

MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI

**CUIDADO HUMANIZADO NO PRÉ-NATAL: UM OLHAR
PARA ALÉM DAS
DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS**

FLORIANÓPOLIS

2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI

**CUIDADO HUMANIZADO NO PRÉ-NATAL: UM OLHAR
PARA ALÉM DAS
DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS**

FLORIANÓPOLIS

2006

Z26c Zampieri, Maria de Fátima Mota
Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências / Maria de Fátima Mota Zampieri ; orientadora Alacoque Lorenzini Erdmann. – Florianópolis, 2006.
437 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.

Inclui bibliografia.

1. Cuidado pré-natal. 2. Humanização da assistência. 3. Complexidade.
4. Enfermagem – Filosofia. 5. Hermenêutica dialética.
I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI

**CUIDADO HUMANIZADO NO PRÉ-NATAL: UM
OLHAR PARA ALÉM DAS
DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem pelo Curso de Doutorado em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de pesquisa: o cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

ORIENTADORA
Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

FLORIANÓPOLIS-SC

2006

MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI

CUIDADO HUMANIZADO NO PRÉ-NATAL: UM OLHAR PARA ALÉM DAS DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS

Tese submetida à banca examinadora como requisito para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, área de concentração em Filosofia, Saúde e Sociedade, no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Doutora em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 13 de dezembro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Marta Lenise Prado
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
(Presidente)

Dra. Ivis Emília Oliveira de Souza
(membro)

Dra. Maria Alice Tsunechiro
(membro)

Dra. Marisa Monticelli
(membro)

Dra. Odaléa Maria Brüggemann
(membro)

Dra. Evanguelia K. Atherino Santos
(suplente)

Dra. Maria José Duarte Osis
(suplente)

Dra. Marta Verdi
(suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico todo o meu esforço e este estudo à minha família, que sempre esteve ao meu lado, trilhando comigo esta caminhada, ouvindo, ajudando, aconselhando, estimulando e me amando muito.

Os meus agradecimentos

Amigo é coisa pra se guardar

Debaixo de sete chaves

Dentro do coração (...)

(Milton Nascimento e Fernando Brant

Canção da América, 1994).

A Deus, que me guiou, me deu forças para trilhar esta trajetória, me ajudou a perseverar nos momentos de depressão, de desânimo, de cansaço, de tristeza, de angústia e de ansiedade; que iluminou os meus caminhos; que mostrou alternativas e possibilidades que me deram maior satisfação, tranquilidade e confiança para finalizar este estudo.

Aos meus pais, Rosali e Saul, que sempre torceram por mim, me aconselharam, me ensinaram o valor do estudo, me acolheram, me deram apoio nos momentos tristes e de desânimo e se alegraram com minhas alegrias, com a superação de minhas dificuldades, com meus progressos e com minhas conquistas.

Às minhas filhas, Gabriela e Juliana, razão de vida, que souberam compreender os momentos de impaciência e de ansiedade e minha ausência em determinadas ocasiões. Mesmo sem saber, com a sua alegria, seus sorrisos, sua vontade de viver e de curtir a vida me ajudaram nesta caminhada, lembrando que é necessário cuidar da qualidade de nossa vida, da saúde, dos amigos e da família. Amo vocês. Espero ter tido tempo para compartilhar com vocês a importância do estudo, da responsabilidade, do respeito pelos outros e o valor da amizade. Obrigada meninas.

Ao Sérgio, que me incentivou a realizar este curso, compartilhou comigo minhas ansiedades e conquistas.

À Universidade Federal de Santa Catarina, que me liberou parte do ano passado e este ano de minhas atividades acadêmicas para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa.

À Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis e à Diretoria do Hospital Universitário, que disponibilizaram os campos para que eu atuasse junto às gestantes e aos profissionais da equipe de saúde.

À chefia do Departamento de Enfermagem e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que sempre estiverem disponíveis para ajudar e para me ouvir quando necessitei, e aos professores, que assumiram a minha carga horária, possibilitando a construção deste conhecimento.

Aos profissionais da equipe de saúde da unidade local de saúde da Agrônômica, do Ambulatório de Tocoginecologia do HU e do Hospital como um todo, que se disponibilizaram a participar deste momento dialógico, demonstraram interesse e atenção, deram valiosas contribuições e me auxiliaram na construção deste novo conhecimento sobre o cuidado humanizado no pré-natal. Obrigada, principalmente, pela amizade e cumplicidade na condução desta pesquisa. Às gestantes, usuárias da unidade local de saúde da Agrônômica e do Hospital Universitário, agradeço pelo interesse, pelas contribuições e pela disponibilidade. Sem vocês, este estudo não se concretizaria.

Às minhas amigas do Grupo de gestantes ou Casais Grávidos Zaira, Vitória e Isabel, pela amizade e pelos conselhos nestes dez anos de caminhada.

À Dra Alacoque Lorenzini Erdmann, minha orientadora, pela sua paciência, tranquilidade, estímulo, confiança e apoio nesta trajetória; por seus conhecimentos técnicos e troca de experiências que contribuíram para o enriquecimento deste estudo e para o meu crescimento profissional. Obrigada por confiar em mim, por respeitar o meu tempo, as minhas possibilidades e por suas orientações.

Aos membros da Banca Examinadora, Dra. Ivis, Dra. Marisa, Dra. Marta, Dra. Maria Alice, Dra. Osis, Dra. Odaléa e Dra. Evanguelia, alguns desde a qualificação do projeto, por aceitarem compor a banca para avaliar este estudo e participarem deste momento de construção, referendando este trabalho e trazendo maior credibilidade a ele. Agradeço por suas valiosas contribuições e atenção humanizada.

À Dra. Elza Berger Salema Coelho, pelas excelentes contribuições durante a qualificação. Pela alegria e leveza que irradia na condução de suas atividades.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cida, Odete, Neide, seu Jorge, Cláudia e bolsistas, pelo apoio e atenção.

À Dra. Alcione Leite da Silva, que compartilhou comigo durante quase dois anos deste caminho seus conhecimentos técnicos e suas vivências, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por suas importantes orientações, que enriqueceram a construção deste estudo, e pela dedicação.

Aos professores do curso de doutorado, pela experiência e conhecimentos compartilhados e pelos momentos de construção coletiva.

Às minhas colegas de doutorado que fizeram esta caminhada ficar mais alegre e mais leve, que ouviram os meus desabaços e minhas ansiedades, que participaram de alguma forma desta construção. Que pena por não conseguirmos fazer mais as nossas festas e por termos nos distanciado um pouco neste último ano para que aprofundássemos nossos estudos. Estejam certas!! Sempre lembrei de vocês, de nossas brincadeiras e risadas, principalmente quando a coisa estava difícil nos momentos solitários deste estudo. Pela amizade, disponibilidade, solidariedade e parceria.

Aos professores do Departamento de Enfermagem, especialmente aos da antiga quarta e aos da quinta fase, pela amizade e apoio.

Às minhas amigas da obstetrícia, Mila, Vitória, Odaléa, Evanguelia, Marisa e Olga, que me deram apoio, estímulo e me ajudaram nesta trajetória. Obrigada pela amizade, solidariedade, parceria e por tentarem compreender o meu jeito de ser.

À Sayonara, que me deu uma grande força com as questões de informática. Obrigada pela amizade e dedicação.

Às minhas colegas da ABENFO e do GRUPESMUR, que souberam compreender as minhas ausências e me estimularam a continuar nesta caminhada.

Aos colegas do GEPADES, pela amizade.

À Lurdinha e à Celina, pela amizade e pela força nesses quatro anos. Meninas, conseguimos terminar esta tese antes de 2007. Podemos curtir um pouquinho nossas vidas. O verão que nos aguarde.

À Astrid, que mesmo não estando tão próxima de mim soube compreender minhas dificuldades, me ouvir e me liberar de uma carga teórica no momento mais difícil e de maior sobrecarga nesses anos de estudo.

À Carmem, Beatriz, Arnildes, Leticia, Sílvia e Ligia, pela amizade de todos estes anos. Quando nos encontramos, tudo se renova.

Ao grupo de casais do Movimento de Emaús/Grupo São Pedro, que me acompanhou durante este tempo, pela amizade e solidariedade.

Àquelas pessoas que pensaram em mim, passaram energia e rezaram para que eu concretizasse meus ideais.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que esta etapa de minha vida se concretizasse.

Muito obrigada a todos e a todas!

RESUMO

ZAMPIERI, M. F. M **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. Florianópolis, UFSC, 2006. 437p. Tese (Doutorado em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Pesquisa qualitativa, exploratória e participante realizada com gestantes e profissionais do ambulatório do Hospital Universitário (HU) e de uma unidade local de saúde, guiada por pressupostos pessoais e de Edgar Morin e interpretada à luz da Hermenêutica dialética como linha de pensamento. Teve como objetivos: compreender o que significa cuidado humanizado no pré-natal, na ótica dos profissionais e das gestantes; conhecer as divergências e convergências entre estes significados e as barreiras que dificultam este cuidado e; propor possibilidades para guiar o cuidado humanizado no pré-natal. A atenção pré-natal está aquém das necessidades e expectativas da mulher, família e dos profissionais, havendo valorização da patologia e despersonalização e fragmentação da mulher. A inquietude em relação a isso, a importância do cuidado pré-natal, a polissemia do termo humanização e a carência de publicações motivaram esta pesquisa. Para subsidiá-la foi realizada uma ampla revisão bibliográfica sobre as práticas obstétricas, programas e políticas de saúde relativas à mulher, cuidado pré-natal e humanização. Os dados foram coletados em 2005, respeitando os princípios éticos, mediante entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Participaram da pesquisa 42 atores sociais: 23 profissionais e 19 gestantes. Após a leitura do “corpus”, foram destacados os discursos e determinados os temas, que, agrupados pela convergência de idéias, deram origem às categorias: caracterizando o cuidado pré-natal; cuidado centrado no ser humano, enfocando a promoção da saúde; atenção integral à saúde da mulher (subcategorias: interdisciplinaridade e formação dos profissionais); acesso à atenção à saúde completa; relações dialógicas entre gestantes e profissionais (subcategorias: acolhimento e relação horizontal e de confiança); valorização da gestante na sua unicidade e multidimensionalidade; ambiente e profissionais humanizados; postura ética e amorosa do profissional e; buscando autonomia e protagonismo dos sujeitos na gestação e na saúde (subcategorias: ampliação de conhecimentos e participação em espaços educativos; conhecer, reconhecer, estimular o exercício e o cumprimento dos direitos; inclusão da família e acompanhante; participação ativa no processo de nascimento e nas questões de saúde da população). As barreiras para efetivação do cuidado humanizado foram: problemas econômicos, sociais, geográficos, educacionais e de segurança das gestantes; ausência de interdisciplinaridade; formação biomédica; desorganização do sistema de saúde; desarticulação entre os níveis de complexidade da assistência; falta de referência e contra-referência, desvalorização da atenção primária e do profissional e, desatenção e desrespeito à gestante. Este estudo contribuiu para a produção de conhecimentos, podendo gerar mudanças nas práticas de saúde. Aponta para uma nova visão de mundo, para um pensamento aberto e de junção que estabeleça redes de solidariedade, incorpore a incerteza, fortaleça o respeito e a inclusão. Um olhar que permita compreender a complexidade do ser humano, da gestação e do nascimento; que os articule aos sistemas sociais, culturais, econômicos e educacionais. Um modelo humanístico e complexo que veja os seres humanos como seres inteiros, singulares e multidimensionais, autônomos e dependentes; que valorize as diferenças, identidades, sentimentos, palavras, experiências, conhecimentos; que os reconheça, como sujeitos de direitos, merecedores de acolhimento, interesse e compreensão. Um cuidado que propicie comunicação autêntica, encontro genuíno, respeito à integridade e à dignidade do outro; que promova à saúde, valorize a vida, fortaleça as redes solidárias e responsabilidades mútuas, garanta e estimule a participação, a autonomia e o protagonismo na vida e saúde.

Palavras-chave: cuidado pré-natal; humanização da assistência, complexidade; hermenêutica dialética, enfermagem e filosofia.

RESUMEN

ZAMPIERI, M. F. M **Cuidado humanizado en el prenatal:** una mirada más allá de las divergencias y convergencias. Florianópolis, UFSC, 2006. 437p. Tesis (Doctorado en Enfermería, área de concentración: Filosofía, Salud y Sociedad). Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, 2006.

Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Investigación cualitativa, exploratoria y participante realizada con gestantes y profesionales del ambulatorio del Hospital Universitario (HU) y de una unidad local de salud, guiada por presupuestos personales y de Edgar Morin e interpretada bajo la luz de la Hermenéutica dialéctica como línea de pensamiento. Sus objetivos fueron: comprender lo que significa el cuidado humanizado en el prenatal desde la óptica de los profesionales y de las gestantes; conocer las divergencias y convergencias entre estos significados y las barreras que dificultan este cuidado y; proponer posibilidades para guiar este cuidado humanizado en el prenatal. La atención prenatal no cubre las necesidades y expectativas de la mujer, de la familia y de los profesionales, valorizándose la patología y despersonalización y fragmentación de la mujer. La inquietud en relación a esto, la importancia del cuidado prenatal, la polisemia del término humanización y la falta de publicaciones motivaron esta investigación. Para subsidiarla se realizó una amplia revisión bibliográfica de las prácticas obstétricas, programas y políticas de salud relativa a la mujer, cuidado prenatal y humanización. Los datos fueron reunidos en 2005, respetando los principios éticos, por medio de entrevistas semiestructuradas y observación participante. En la investigación participaron 42 actores sociales: 23 profesionales y 19 gestantes. Después de la lectura del “corpus”, se destacaron los discursos y se determinaron los temas que, agrupados por la convergencia de ideas, dieron origen a las categorías: caracterizando el cuidado prenatal; cuidado centrado en el ser humano, enfocando la promoción de la salud; atención completa a la salud de la mujer (subcategorías: interdisciplinariedad y formación de profesionales); acceso a la atención de la salud completa, relaciones dialógicas entre gestantes y profesionales (subcategorías: acogida y relación horizontal y de confianza); valoración de la gestante en su unicidad y multidimensionalidad; ambiente y profesionales humanizados; postura ética y amorosa del profesional y; buscando autonomía y protagonismo de los sujetos en la gestación y en la salud (subcategorías: ampliación de conocimientos y participación en espacios educativos; conocer, reconocer, estimular el ejercicio y el cumplimiento de los derechos; inclusión de la familia y del acompañante; participación activa en el proceso del nacimiento y en las cuestiones de salud de la población). Las barreras para hacer efectivo el cuidado prenatal fueron: problemas económicos, sociales, geográficos, educacionales y de seguridad de las gestantes; ausencia de interdisciplinariedad; formación biomédica, desorganización del sistema de salud; desarticulación entre los niveles de complejidad de la asistencia, falta de referencia y contrarreferencia, desvalorización de la atención primaria y del profesional y, falta de atención y respeto a la gestante. Este estudio contribuyó a la producción de conocimientos, pudiendo generar cambios en las prácticas de salud. Apunta a una nueva visión del mundo, a un pensamiento abierto y de unión que establezca redes de solidaridad, incorpore la incertidumbre, fortalezca el respeto y la inclusión. Una mirada que permita comprender la complejidad del ser humano, de la gestación y del nacimiento y articularlos a los sistemas sociales, culturales, económicos y educacionales. Un modelo humanístico y complejo que vea a los seres humanos como seres enteros, singulares y multidimensionales, autónomos y dependientes, que valoricen las diferencias, identidades, sentimientos, experiencias, conocimientos; que los reconozca como sujetos con derechos, que merecen interés, ser acogidos y comprendidos. Un cuidado que propicie comunicación auténtica, encuentro genuino, respeto a la integridad y humanidad del otro, que promueva la salud, valore la vida, fortalezca las redes solidarias y responsabilidades mutuas, garantice y estimule la participación, la autonomía y el protagonismo en la vida y en la salud.

Palabras clave: cuidado prenatal; humanización de la asistencia, complejidad; hermenéutica dialéctica, enfermería y filosofía.

ABSTRACT

ZAMPIERI, M. F. M. - **Humanized prenatal care: a look beyond the divergences and convergences.** Florianópolis, UFSC, 2006, 437p Thesis (Doctorate in Nursing, area of concentration: Philosophy, Health and Society). Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, 2006.

Advisor: Professor Alacoque Lorenzini Erdmann, Ph.D.

A qualitative, exploratory and participative research carried out with pregnant women and professionals from the ambulatory section of the University Hospital (UH) and a local health unit, guided by Edgar Morin and personal assumptions and interpreted in the light of the hermeneutics dialectic as a line of thought. It had as its objectives: to understand the meaning of humanized prenatal care, through the eyes of professionals and pregnant women; to know the divergences and convergences between the meanings and the barriers that make this care difficult; and to propose possibilities for guiding humanized prenatal care. Prenatal attention is below the needs and expectations of the woman, family and professionals, having greater value the pathology and the depersonalization and fragmentation of the woman. The inquietude in relation to this, the importance of prenatal care, the uncertainty of the term humanization and the lack of publications motivated this research. In order to structure this research, a broad bibliographical review of obstetric practices, health programs and policies relative to the woman, prenatal care and humanization was carried out. The data was collected in 2005, respecting the principles of ethics, by means of semi-structured interviews and participatory observation. Participating in the research were 42 participants: 23 professionals and 19 pregnant women. After reading the corpus, the speeches were highlighted and the themes determined, which, grouped by the convergence of ideas, gave origin to the categories: characterizing prenatal care; care centered on the human being, focusing on the promotion of health; complete attention to the health of the woman (subcategories: interdisciplinarity and education of professionals); access to complete health attention; dialogic relations between pregnant women and professionals (subcategories: receptiveness, equality and a confidential relationship); valuing the pregnant woman in her uniqueness and multidimensionality; humanized professionals and atmosphere; ethical and gentle posture of the professional; and seeking autonomy and a protagonist role for the subjects in both gestation and health (subcategories: increasing knowledge and participation in educational sessions; to know, recognize and stimulate the exercise and fulfillment of rights; inclusion of the family and companion; active participation in the birth process and in the health questions of the population). The barriers for effecting humanized care were: economic, social, geographic, educational and safety problems of the pregnant women; absence of interdisciplinarity; biomedical education; disorganization in the health system; disarticulation between the levels of complexity of assistance; lack of reference and counter-reference; devaluation of primary care and the professional; and lack of attention and disrespect towards the pregnant woman. This study contributed to the production of knowledge, potentially generating changes in health practices. It points towards a new vision of the world, towards open minds and a joining that establishes networks of solidarity, while addressing uncertainty and strengthening respect and inclusion. A look that permits an understanding of the complexity of the human being, of gestation and birth and articulates them to the social, cultural, economic and educational systems. A humanistic and complex model that sees human beings as whole beings, singular and multidimensional, autonomous and dependent; that values differences, identities, sentiments, experiences and knowledge; that recognizes them as subjects with rights, deserving of protection, interest and understanding. A care that propitiates authentic communication, genuine encounter, respect for the integrity and dignity of others, that promotes health, values life, strengthens the network of mutual responsibilities and solidarities, guarantees and stimulates participation, autonomy and a leading role in life and health.

Key words: prenatal care; humanization of assistance; complexity; hermeneutic dialectic, nursing and philosophy.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	
DELINEANDO MINHA TRAJETÓRIA E INTRODUZINDO O TEMA DESTE ESTUDO	1
1.1 INTRODUZINDO O TEMA	2
CAPÍTULO 2	
PRÁTICAS E POLÍTICAS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA	18
2.1 PRÁTICAS DE SAÚDE EM OBSTETRÍCIA – MUDANÇA HISTÓRICA	20
2.2 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO BRASIL E ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL	29
2.3 DA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	37
2.4 O SUS E O PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA NOVA PROPOSTA	42
2.5 INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS DIRECIONADAS À ATENÇÃO HUMANIZADA NA GESTAÇÃO	47
CAPÍTULO 3	
ATENÇÃO PRÉ-NATAL	58
3.1 INTRODUZINDO O TEMA: ASPECTOS RELEVANTES	59
3.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL	61
3.3 FINALIDADES E REQUISITOS BÁSICOS	76
3.4 BARREIRAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PRÉ-NATAL	81
3.5 A FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS	87
3.6 A EFETIVIDADE DO PRÉ-NATAL	89
3.7 PERCEPÇÕES, EXPECTATIVAS E SATISFAÇÃO DAS MULHERES E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE O PRÉ-NATAL	92
CAPÍTULO 4	
HUMANIZAÇÃO E CUIDADO HUMANIZADO-CONCEPÇÕES E PERSPECTIVAS	103
4.1 HUMANIZAÇÃO E HUMANISMO	106
4.2 A HUMANIZAÇÃO COMO DIGNIDADE HUMANA	113
4.3 HUMANIZAÇÃO COMO COMUNICAÇÃO E SOLIDARIEDADE	116
4.4 A HUMANIZAÇÃO E A SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO DO SABER E DO CUIDADO	120
4.5 A HUMANIZAÇÃO COMO ACOLHIMENTO	125
4.6 A HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DO CUIDADO	127
4.7. HUMANIZAÇÃO, TECNOLOGIA E ENFERMAGEM	134
CAPÍTULO 5	
REFERENCIAL TEÓRICO	138
5.1 EDGAR MORIN, SUAS IDÉIAS E SUA VIDA.	140
5.2 PRESSUPOSTOS	142
5.2.1 PRESSUPOSTOS DE MORIN	142
5.2.2 ALGUNS PRESUPOSTOS PESSOAIS	146
5.3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS	148
CAPÍTULO 6	
CAMINHOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	158

6.1 CONTEXTUALIZANDO O AMBIENTE DO ESTUDO.-CENÁRIOS DA PESQUISA	161
6.1.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	162
6.1.1.1 <i>O Hospital Universitário e a sua história</i>	162
6.1.1.2 <i>O HU atualmente</i>	165
6.1.2 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE: AGRONÔMICA	170
6.2 POPULAÇÃO ALVO	173
6.2.1 CARACTERIZANDO OS ATORES PARTICIPANTES DA PESQUISA	174
6.2.1.1 <i>As gestantes do HU</i>	174
6.2.1.2 <i>As gestantes da unidade local de saúde</i>	175
6.2.1.3 <i>Os profissionais do HU</i>	176
6.2.1.4 <i>Profissionais da unidade local de saúde da Agrônômica</i>	178
6.3 ATIVIDADES PRÉVIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO- RECONHECIMENTO DO LOCAL E CRITÉRIOS PARA ESCOHA DA POPULAÇÃO ALVO	179
6.4 COLETA DOS DADOS	181
6.4.1 ENTREVISTA	182
6.4.2. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	186
6.5 REGISTRO E TRANSCRIÇÃO DOS DADOS	190
6.6 ORGANIZAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	191
6.6.1 UM CAMINHO PARA INTERPRETAR	191
6.6.1.1 <i>A hermenêutica: operacionalização</i>	201
6.6.2 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	203
6.6.3 CLASSIFICAÇÃO E REORGANIZAÇÃO DOS DADOS	205
6.6.4 ANÁLISE FINAL	209
6.7 RIGOR DA PESQUISA	209
6.8 QUESTÕES ÉTICAS	210
CAPÍTULO 7	
DESCREVENDO AS CATEGORIAS E INTERLIGANDO-AS: APROXIMANDO-ME DOS ATORES SOCIAIS	212
7.1 DIALOGANDO COM AS GESTANTES SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO	213
7.1.1 CUIDADO PRÉ-NATAL/ATENÇÃO PRÉ-NATAL: SIGNIFICADOS E FINALIDADES	214
7.1.2 GARANTIA E FACILIDADE DE ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE COMPLETA	216
7.1.2.1 <i>As barreiras e as possibilidades para ter acesso ao serviço de saúde: institucionais, do sistema, dos profissionais e das gestantes</i>	217
7.1.2.2 <i>A escolha do serviço: facilidades e dificuldades apontadas para acesso e adesão</i>	226
7.1.3 ATENÇÃO INTEGRAL CENTRADA NO SER HUMANO, PRIORIZANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE	228
7.1.4 O ACOLHIMENTO: RECEBER BEM	231
7.1.5 RELAÇÃO DE CONFIANÇA ENTRE O PROFISSIONAL E AS GESTANTES:	233
7.1.6 ATENÇÃO ESPECIAL E DIFERENCIADA QUE VALORIZA O SER HUMANO COMO PESSOA	236
7.1.6.1 <i>Apontando situações que desconsideram a gestante como pessoa</i>	237
7.1.7 TER ACESSO ÀS INFORMAÇÕES, TROCAR CONHECIMENTOS NO ÂMBITO COLETIVO E INDIVIDUAL.	239
7.1.7.1 <i>Fatores que dificultam o desenvolvimento da prática educativa</i>	242

7.1.8 CONHECER, REIVINDICAR OS SEUS DIREITOS COMO GESTANTE E TER ESTES DIREITOS RESPEITADOS	244
7.1.8.1 <i>Descumprimento dos direitos</i>	244
7.1.9 PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA, ESPECIALMENTE, DO COMPANHEIRO	246
7.1.10 PARTICIPAR ATIVAMENTE DO PROCESSO DE NASCIMENTO E DAS QUESTÕES RELATIVAS À SUA SAÚDE E DA POPULAÇÃO	247
7.2 UM COLÓQUIO COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE	248
7.2.1 CARACTERIZANDO O CUIDADO PRÉ-NATAL/A ATENÇÃO PRÉ-NATAL: MAGNITUDE E INCLUSÃO DA ATENÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL	249
7.2.2 CUIDADO CENTRADO NO SER HUMANO, VISANDO SUA AUTONOMIA E A PROMOÇÃO DE SUA SAÚDE: CONTRAPONDO-SE À MEDICALIZAÇÃO DA GESTAÇÃO E TECNIFICAÇÃO DO SER HUMANO	253
7.2.3 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA GESTANTE	255
7.2.3.1 <i>Interdisciplinaridade: sua ausência constitui uma barreira</i>	256
7.2.3.2 <i>Medicalização da saúde como barreira</i>	259
7.2.3.3 <i>Formação dos profissionais da equipe de saúde</i>	261
7.2.4 GARANTIA E FACILIDADE DE ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE COMPLETA	265
7.2.4.1 <i>Obstáculos que impedem a gestante de ter acesso ao pré-natal</i>	266
7.2.4.2 <i>Falta de acesso aos exames e descontinuidade da atenção: vislumbrando possibilidades para superar os obstáculos</i>	268
7.2.4.3 <i>Razões alegadas pelas gestantes para a escolha do serviço</i>	276
7.2.4.4 <i>Barreiras da gestante que dificultam o acesso e continuidade de atenção</i>	279
7.2.5 ACOLHIMENTO DAS GESTANTES	282
7.2.5.1 <i>Impeditivos para a efetivação do acolhimento</i>	283
7.2.6 VALORIZAR E RECONHECER A GESTANTE COMO UM SER HUMANO AO MESMO TEMPO PLURAL E SINGULAR	285
7.2.6.1 <i>Barreiras que impedem a valorização da gestante</i>	288
7.2.7 RELAÇÃO DIALÓGICA ENTRE AS GESTANTES E PROFISSIONAIS	289
7.2.7.1 <i>Obstáculos para a efetivação da relação dialógica entre profissionais e gestantes</i>	290
7.2.8 CONHECER, RECONHECER, COMPARTILHAR, ESTIMULAR A GESTANTE A EXERCITAR OS DIREITOS E EXIGIR O CUMPRIMENTO DESTES	293
7.2.8.1 <i>Desrespeito aos direitos: atenção desumanizada</i>	294
7.2.9 OPORTUNIDADE DE ACESSO A ESPAÇOS INTERDISCIPLINARES EDUCATIVOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS E AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	296
7.2.9.1 <i>Dificuldades no processo educativo</i>	298
7.2.10 INCLUSÃO DA FAMÍLIA	299
7.2.11. TER UM AMBIENTE, EQUIPE E INSTITUIÇÃO HUMANIZADOS	301
7.2.12 ATITUDE ÉTICA E AMOROSA DO PROFISSIONAL, EXPLICITADA NOS PEQUENOS GESTOS	302
CAPÍTULO 8	
APROFUNDANDO OS DIÁLOGOS COM AS GESTANTES E PROFISSIONAIS E CONSTRUINDO ALGO NOVO	307
8.1 CARACTERIZANDO O CUIDADO PRÉ-NATAL: SIGNIFICADOS E FINALIDADES	310
8.2 CUIDADO CENTRADO NO SER HUMANO E NAS SUAS RELAÇÕES, ENFOCANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE	315
8.3 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	323

8.3.1 INTERDISCIPLINARIDADE	326
8.3.2 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA UNIVERSIDADE E NO COTIDIANO DO CUIDADO	329
8.4 ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE COMPLETA E INCLUSÃO DA GESTANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE	332
8.5 RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS E DIALÓGICAS ENTRE GESTANTES E PROFISSIONAIS.	346
8.5.1 ACOLHIMENTO	346
8.5.2 RELAÇÃO HORIZONTAL, DE CONFIANÇA E DE INTERDEPENDÊNCIA	348
8.6 VALORIZAÇÃO DA GESTANTE COMO PESSOA AO MESMO TEMPO NA SUA UNICIDADE, DIVERSIDADE E MULTIDIMENSIONALIDADE	353
8.7 BUSCANDO A AUTONOMIA E O PROTAGONISMO NA GESTAÇÃO E NA SAÚDE:	357
8.7.1 AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E PARTICIPAÇÃO EM ESPAÇOS EDUCATIVOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS	358
8.7.2 CONHECER E RECONHECER OS DIREITOS DAS MULHERES, ESTIMULAR O EXERCÍCIO DESTES DIREITOS E EXIGIR O CUMPRIMENTO DELES	363
8.7.3 INCLUSÃO DA FAMÍLIA, ESPECIALMENTE DO COMPANHEIRO	366
8.7.4 PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PROCESSO DE NASCIMENTO, NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E NAS QUESTÕES RELATIVAS À SAÚDE DA POPULAÇÃO	369
8.8 AMBIENTE E PROFISSIONAIS HUMANIZADOS	370
8.9 POSTURA ÉTICA E AMOROSA DO PROFISSIONAL	372
CAPÍTULO 9	
DELINEANDO POSSIBILIDADES PARA UM CUIDADO HUMANIZADO	378
9.1 INCLUSÃO DAS GESTANTES E FAMILIARES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, ACESSO À SAÚDE COMPLETA	382
9.2 ATENÇÃO INTEGRAL, PRIORIZANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE	384
9.3 AMBIENTES E PROFISSIONAIS HUMANIZADOS: VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE E TAMBÉM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	385
9.4 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE	386
9.5 AMPLIAÇÃO DO OLHAR SOBRE OS SUJEITOS E SUA VALORIZAÇÃO COMO SERES SINGULARES E MULTIDIMENSIONAIS	387
9.6 FORTALECIMENTO DAS RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS: DIÁLOGO ENTRE DISTINTOS HORIZONTES CULTURAIS	388
9.7 FORTALECER OS POTENCIAIS E ESTIMULAR A AUTONOMIA DOS SUJEITOS	389
9.8 ESTABELECIMENTO DE REDES INTERSETORIAIS SOLIDÁRIAS E COOPERATIVAS	391
9.9 ADOÇÃO DE UMA FILOSOFIA E DE POSTURAS ÉTICAS DOS PROFISSIONAIS	392
CAPÍTULO 10	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	394
PERSEGUINDO SONHOS , FINALIZANDO UM PERCURSO, ABRINDO OUTRAS POSSIBILIDADES	394
CAPÍTULO 10	
REFERÊNCIAS	405

CAPÍTULO 1

DELINEANDO MINHA TRAJETÓRIA E INTRODUZINDO O TEMA DESTE ESTUDO

*Somente chega quem começa a caminhar
(Autor desconhecido, 1998).*

*Se pudesse recomeçar a vida,
eu procuraria fazer os meus sonhos
mais grandiosos, porque a vida é infinitamente mais bela
e maior do que eu pensava, mesmo em sonho (G. BERNADOS).*

INTRODUZINDO O TEMA

Minha trajetória na área de saúde iniciou na academia, no curso de enfermagem, quando, na condição de discente, me aproximei, convivi e trabalhei com docentes pertencentes ao movimento em prol da reforma sanitária. Era um período de efervescência política e de uma certa abertura para que o movimento estudantil se expressasse, se organizasse e se engajasse em ações inovadoras e sociais, o que me levou a participar de atividades interdisciplinares de extensão na área da saúde coletiva, enfocando, sobretudo, a saúde das mulheres.

Após concluir a graduação, atendendo ao chamado oportunizado pelo mercado de trabalho, adentrei no mundo da saúde mental acreditando que estava me desviando do sonho de cuidar de mulheres na área de saúde pública, o que na realidade não aconteceu. A experiência em trabalhar em um hospital psiquiátrico mostrou-me uma realidade dura que segregava, homogeneizava, iatrogenizava, excluía as pessoas, tornando-as apenas “pacientes”. No convívio com os profissionais, familiares e “pacientes”, tive momentos alegres, de sofrimento, de indignação, de resignação, de luta e de aceitação, vivendo aquela triste realidade. Assim, com eles passei a defender a reforma psiquiátrica, abrindo novos rumos para a saúde mental, entre eles a humanização dos cuidados prestados.

Esta vivência contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional no que se refere às relações interpessoais e à valorização do ser humano. Foi fundamental quando passei a trabalhar na maternidade, na qual desenvolvi atividades assistenciais, de supervisão e de gerência de enfermagem e quando cursei as especializações: a) “Enfermagem Obstétrica, Perinatal e Obstetrícia social” e, b) “Serviços de Saúde, Administração Hospitalar e Saúde Pública”. Nestes contextos, procurei atender e compreender as gestantes, parturientes, puérperas e familiares de forma personalizada, compartilhando conhecimentos e experiências, respeitando seus valores, privacidade, seus direitos, em suma, a sua dignidade como ser humano.

Ao gerenciar o serviço de enfermagem e participar da comissão que discutia e coordenava o Programa da Saúde da Família, em nível estadual, compreendi que atenção à

saúde depende do trabalho harmonioso, da competência técnica e relacional da equipe de saúde e da articulação das ações entre os serviços de atenção hospitalar, básica e outros setores e entidades.

Posteriormente, na docência, ministrei no curso de graduação a disciplina de atenção primária de saúde, com enfoque na saúde da mulher, e na especialização em Enfermagem Obstétrica, disciplinas que focalizavam o atendimento à mulher em Unidades Locais de Saúde, no período gestacional e puerperal e nas intercorrências ginecológicas. Estendi minhas ações além da sala de aula, desenvolvendo atividades de extensão no Hospital Universitário, participando da implantação da maternidade e do grupo de gestantes ou casais grávidos. Fora do âmbito universitário, participei do comitê de mortalidade materna estadual, da comissão municipal de atenção à saúde da mulher para implantação de protocolos nesta área, da capacitação de funcionários da rede hospitalar e da atenção básica, articulando o ensino, a extensão e a pesquisa. Escrevi em 2001 um livro com minhas colegas da obstetrícia e neonatologia sobre a humanização: “A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento”, e outro em 2005, intitulado “Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher”, publicações que me levaram a refletir e pesquisar exaustivamente sobre o cuidado prestado à mulher.

Ao longo destes anos, compreendi a importância de conhecer as diversas realidades, de valorizar as crenças, os conhecimentos das pessoas, de prestar um cuidado humanizado¹ em todos os níveis de complexidade de saúde, de estimular a participação ativa dos usuários na promoção da sua saúde e nas transformações sociais e de atuar em parceria com eles.

Minha vivência como gestante e mãe também contribuíram para valorizar a atenção pré-natal e compreender melhor o significado atribuído pela gestante à gestação, sendo um dos estímulos para melhor compreender este momento especial na vida das mulheres.

Toda esta bagagem pessoal e profissional direcionou meus estudos para a humanização e para a atenção à saúde da mulher, sobretudo no pré-natal, dois temas apaixonantes que transito com muita dedicação, procurando desvelá-los.

A constatação durante essas vivências da existência de um movimento no âmbito da saúde que valorizava as relações interpessoais e os seres humanos e contrapunha-se à massificação e homogeneização das pessoas, à compartimentalização dos saberes, à violência social e pessoal e à marginalização também contribuiu para que meus conhecimentos sobre este tema fossem aprofundados.

¹ Neste estudo, cuidado humanizado e atenção humanizada são termos que têm o mesmo significado, podendo ora ser utilizado um termo ora outro.

Nas duas últimas décadas, em algumas áreas do conhecimento, tenho percebido uma maior tendência à valorização de aspectos subjetivos e intersubjetivos, tais como a interação, a solidariedade, a comunicação, a compreensão, a atenção, a reciprocidade, o amor, o respeito à cultura, à realidade, aos valores e direitos dos indivíduos. De forma concomitante, tenho percebido também a preocupação de alguns intelectuais com a busca do equilíbrio entre a racionalidade e sensibilidade e entre a tecnologia e humanização. Especialmente, na educação, na economia, na administração e na saúde têm-se buscado novas formas de pensar e ver o mundo dentro de uma perspectiva humanística. Assim, a educação do futuro, para Assmann e Mo Sung (2000) e para Morin (2001a), deveria contemplar o ensino centrado na condição humana, sendo tal condição possível pela convergência das ciências naturais, das ciências humanas, da cultura das humanidades e da filosofia. Para Setzer (2000), o conhecimento científico, a sensibilidade e a habilidade artística precisam unificar-se em uma única visão. Precisamos educar e educar-nos para a sensibilidade social, a compaixão e a responsabilidade social.

Na mesma direção, na economia, segundo Pessoa (2002), a primazia dos interesses do ser humano sobre o capital seria essencial para o avanço da humanidade, no sentido da libertação e da dignidade humana. Na administração, a teoria contemporânea da decisão gerencial deveria reconhecer, além dos critérios racionais, o valor do senso comum, da simplicidade, da intuição, da criatividade, da sensibilidade, da participação, das autonomias individuais, da flexibilidade nas ações e do espírito empreendedor (MOTTA, 2002). Na área de saúde, esta tendência deveria se fazer sentir na produção de conhecimentos e no planejamento de ações mais flexibilizadas e integradoras, privilegiando abordagens mais humanísticas, estéticas e éticas na saúde. Creio que essas novas tendências podem estar se constituindo ou irão se constituir em uma verdadeira revolução paradigmática, conforme abordou Kuhn (2001a):

A transição para um novo paradigma é uma revolução científica. Que são aqueles episódios de desenvolvimento não cumulativos, nos quais um paradigma mais antigo é total ou parcialmente substituído por um novo, incompatível com o anterior (KUHN, 2001a, p.125).

Tenho constatado também que os progressos tecnológicos e científicos alcançados favoreceram o desenvolvimento científico e intelectual do ser humano, aumentaram a sua expectativa de vida e racionalizaram o trabalho. No entanto, alguns acontecimentos na área de saúde, decorrentes destes avanços, entre eles a concepção mecanicista da vida, a fragmentação do ser humano, o estabelecimento de especialidades, a ênfase na tecnologia e na atenção curativa, comentados por Assmann e Mo Sung (2000); Capra (1995) e Morin (2001ab,

2002a), contribuíram para a desumanização do ser humano. Não raramente, o espaço virtual substituiu o espaço das relações humanas; a sensibilidade cedeu seu lugar à racionalização; o culto à individualidade suplantou a solidariedade e a coletividade. A atenção à saúde tornou-se massificada e despersonalizada, pautando-se em rotinas institucionais, privilegiando a técnica em detrimento do indivíduo.

Na obstetrícia, o desenvolvimento das tecnologias, da anestesiologia e da farmacoterapia, somado à melhoria das condições de vida das pessoas, contribuiu para a diminuição de morbimortalidade materno-fetal (FAÚNDEZ; CECATTI, 1991). No entanto, vimos também emergirem situações que contribuíram para a desvalorização da mulher e do nascimento, entre elas a institucionalização e a medicalização do processo do nascimento², a fragmentação da mulher e a expropriação do direito de ela ser o sujeito principal na gestação, no parto e nos cuidados ao recém-nascido (RN) (ZAMPIERI, 2001a). Tais mudanças no cuidado prestado durante o processo de nascimento retiraram das mulheres o poder de conduzirem a gestação e o parto, em nível doméstico e no convívio familiar, e o transferiram para os médicos. Estes, muitas vezes, intervinham no processo sem que isso fosse necessário. Não valorizavam as queixas das gestantes e as tratavam como doentes, normalmente, por atribuírem um outro significado à gravidez. Paralelamente a essas mudanças, a solidariedade entre as mulheres diminuiu, e estas perderam a autonomia e o protagonismo sobre a sua saúde reprodutiva.

Com este modelo de assistência, as ações durante o processo de nascimento foram padronizadas, normatizadas e iatrogenizadas, aumentando o número de intervenções desnecessárias no parto e com o recém-nascido, potencialmente dolorosas, e até perigosas para o bebê, fazendo crescer as taxas de cesariana e os custos hospitalares. A violência institucional durante o trabalho de parto e o parto, isolando a mulher dos seus familiares e negligenciando o seu direito de opinar sobre o atendimento e os procedimentos realizados, passou a fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, gerando insatisfação, descontentamento e angústia por parte das mulheres. Assim, inicia-se um movimento em alguns países desenvolvidos, encabeçado por um grupo de mulheres, que questiona, critica e

² Processo de nascimento é um momento especial da vida, transicional, e que confere vivências pessoais e coletivas para a promoção do desenvolvimento humano. O processo do nascimento é compreendido desde a pré-concepção até o puerpério, sendo que as pessoas que o estão vivenciando (criança, mulher e homem) influenciam e são influenciadas pelo contexto sócio-cultural. Por tratar-se de um processo de transição maturacional e social, os seres humanos que vivenciam o processo de nascimento, podem necessitar de assistência profissional interdisciplinar. Os profissionais de saúde, neste contexto, atuam no sentido de facilitar a transição, buscando promover o desenvolvimento humano e a vida em sua plenitude (Adaptado do conceito de processo do nascimento, construído para o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da UFSC/Ministério da Saúde, apresentado no Manual do Aluno 1999-2000).

se contrapõe a estas práticas já mencionadas, relacionadas ao parto e à assistência à mulher (DINIZ, 2001; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Dentro do movimento de mulheres passa a haver ainda na década de setenta, um crescente reconhecimento de que, mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, esta era vivida em condições de opressão, relacionada ao controle social das grávidas. As mulheres se viram tratadas não como pessoas, com necessidades adicionais e singulares, mas sim como embalagens do feto, como uma “pélvis ambulante” assexuada a ser vigiada, submetidas a todo um conjunto de intervenções institucionais, em especial, no campo da medicina, muitas das quais, como vimos, irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa. No Brasil desde a década de oitenta, este movimento passa a ter como uma de suas frentes a assistência ao parto, produzindo material educativo e propondo políticas públicas, usando o termo humanização da assistência ao parto (DINIZ, 2001, p. 23).

Sedimentava-se uma postura do movimento de mulheres, exemplificada desde a década de 70, na palavra de ordem “nosso corpo nos pertence”. Tal questão de ordem recolocava que a gestação e o parto pertenciam às mulheres e permitia aflorar quais os significados sócio-culturais destes momentos. Fortalecia-se a luta das mulheres para tornaram-se protagonistas de sua saúde reprodutiva e para terem acesso a uma atenção à saúde mais segura, eficaz e humanizada. Reconhecia-se, historicamente, em 1985, em Fortaleza, através de elaborações de recomendações para o parto “*Appropriate Technology for Birth*”, que técnicas resultantes do progresso da Obstetrícia deveriam ser criteriosas e baseadas em evidências científicas. Várias vozes se levantaram solicitando o resgate do parto natural, havendo divergências entre os atores que iriam conduzi-lo e os cenários nos quais iria ser realizado (DESLANDES, 2005ab; DINIZ, 2001; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Da mesma forma, na atenção pré-natal ocorria a expropriação da autonomia feminina e estavam presentes todos os pilares do modelo tecnocrático. Assim, [] como persiste até hoje, as mulheres eram vistas como objeto fora de seu contexto e realidade, sendo vistas como “máquinas” que precisavam ser examinadas para identificar agravos, danos ou disfunções, sem que se estabelecesse nenhuma interação e vínculo com o profissional. As ações praticadas eram da responsabilidade dos profissionais, supervalorizando as técnicas, rotinas, intervenções, centrando-se mais no biológico (DAVIS FLOYD, 2000; DINIZ, 2001; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

No marco mais geral dos direitos humanos, cresce o reconhecimento de que, em muitos contextos, os profissionais de saúde são autoritários e rudes com as mulheres grávidas; que as mulheres sentem-se humilhadas e ameaçadas nas interações com profissionais (DINIZ, 2001, p.61).

Esta inquietação intensa do movimento feminista, a partir dos idos de 1970, aliada, no final da década de 80, à preocupação de alguns profissionais de saúde que faziam parte dos movimentos de redemocratização do País e da reforma sanitária e, no final dessa década e

início da década de 90, às ações da Rede de Humanização ao Nascimento, de instâncias não governamentais ligadas à mulher e da Organização Mundial de Saúde (OMS), culminaram com um movimento de humanização do parto e nascimento e de valorização do ser humano, humanizando o nascer e o viver. Tal idéia se fortaleceu na Conferência Internacional de Humanização ao Parto e Nascimento, em novembro de 2000, em Fortaleza. Participando desta conferência, me senti ainda mais motivada para tentar aprofundar e ampliar conhecimentos sobre a humanização no pré-natal.

Em 2000 ocorre a XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, que enfoca a questão da humanização (BARROS; PASSOS, 2005a), indicando caminhos dentro desta abordagem para as novas políticas públicas de saúde.

O Ministério da Saúde lança alguns programas enfocando a atenção humanizada. Em maio de 2000, apresenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que foi instituído em 2001. Este programa foi substituído em 2004 pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – Humaniza SUS (PNH), que tinha e tem a “Humanização” como política transversal na rede SUS. O Ministério da Saúde também cria em 1999-2000 a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso e, em 2000, institui o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Tais programas e políticas foram acompanhados por produções científicas que delinearão importantes diretrizes técnicas relativas ao pré-natal e processo de nascimento, entre elas os manuais intitulados: “Parto, aborto e puerpério - assistência humanizada à mulher”, de 2001; “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Mãe-Canguru”, de 2002, e “Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada”, em 2005, que foram as bases de dezenas de cursos para a capacitação de formadores no país (BRASIL, 2001c, 2002a, 2005c; DESLANDES, 2005a; FORTES, 2004).

Apesar de todo este movimento em prol da humanização, percebo que na literatura existente ainda não há um consenso acerca da definição e operacionalização do que se convencionou designar como humanização. Também não parece estar claro o que caracteriza um cuidado humanizado à saúde durante o processo do nascimento, havendo diferentes significados para o termo entre os profissionais e as entidades envolvidas, e também para as mulheres que são cuidadas neste período.

Neste sentido, Diniz (2001) afirma que o termo humanizar tem adquirido diferentes sentidos, nos vários contextos, sendo utilizado de formas diversas pelos diferentes atores

sociais envolvidos no cuidado, sendo que cada um deles recria o termo de acordo com sua visão de mundo, função e ambiente em que está inserido.

O termo humanização também diverge em relação ao momento histórico e à teia de relações existentes entre os seres humanos, as outras espécies e o planeta, daí a sua complexidade. É um termo polissêmico, de múltiplos sentidos, muitas vezes controversos, não apenas no âmbito da saúde, mas especialmente no debate filosófico e nas ciências humanas de uma forma geral. Pode estar relacionado ao humanismo, à proteção da humanidade, à visão integral do ser humano, ao uso adequado da tecnologia, ao acesso ao serviço de saúde, ao resgate da sensibilidade, do respeito para com o ser humano e da comunicação autêntica; ao reconhecimento dos direitos do usuário, de suas subjetividades e valores culturais. Ademais, pode estar ligado à valorização das relações interdisciplinares entre cliente e profissional e do reconhecimento de suas expectativas, na condição de sujeitos do processo do cuidado. Pode ser vista ainda em uma perspectiva derivada do senso comum do “ser bom com o outro que sofre”, em uma perspectiva caritativa.

Há ainda, segundo Diniz (2001, p.38), os que rejeitam o termo cuidado humanizado por estar associado a uma crítica à assistência “se é preciso humanizar, é porque a assistência é desumana”. Tal afirmação, na sua concepção, provoca em alguns profissionais de saúde um certo desconforto, pois, implicitamente, questiona sua atuação. Além disso, segundo a autora citada, o cuidado humanizado pode ser compreendido apenas como uma melhor relação humana, perdendo, assim, na concepção de alguns profissionais, sua característica de “prática científica”, o que não é aceitável dentro da visão cartesiana e objetiva.

No senso comum, há ainda, na opinião de Dias (2006); Puccini e Cecílio (2004), aqueles que consideram que todo o cuidado, independente de ser ruim ou bom, seria humanizado, inerente ao ser humano, sendo este termo redundante para eles, opinião da qual discordo.

Entendo que o cuidado emerge simultaneamente no encontro de dois seres humanos, quando um se aproxima do outro para cuidar. Assim sendo, o cuidado humanizado não é algo imposto; a opção de cuidar é uma escolha do profissional. O cuidado humanizado é o resultado da vontade, da atitude de quem se relaciona, se compromete, se preocupa, de quem é atencioso, disponível, compreensivo e respeitoso para com o outro. Consiste em uma atitude diferenciada, em um compromisso ético para com o outro. Considerando que o ato de cuidar é uma escolha, o termo humanizar vai além do conceito instituído por Ferreira (1999, p.346), ou

seja, “se tornar ou ser humano”. Consiste também no agir ético, tendo por finalidade fazer o melhor para o outro.

Na minha concepção, tanto as finalidades do ser humano quanto o cuidado a ele prestado deveria ter como principais objetivos a felicidade e a realização humana. Nesta perspectiva, Morin (2002b) afirma que a finalidade do ser humano não é só sobreviver, é viver plenamente, viver intensamente a vida, viver de amor, viver de comunhão, assumindo o seu destino. O ser humano, em sua complexidade, tem a possibilidade de agir com bondade e compreensão ou maldade e crueldade, nas diversas situações da vida, e perseguir diversas finalidades, podendo optar pelo egocentrismo individualista, cujas finalidades individuais podem devorar a finalidade da espécie e a finalidade social, ou se direcionar para o outro.

Efetivamente, segundo Morin (2002b, p.155), “a sua qualidade de sujeito comporta o para-si egocêntrico e o dom de si, em que o ser egocêntrico inscreve-se numa finalidade para um Nós e para um Outro”. A finalidade do indivíduo vai além dele e do que é destinado a ele, estende-se à espécie e ao social. Deve voltar-se para o outro para que este seja e esteja melhor.

Isso implica, no meu entender, mudanças de posturas dos profissionais que interagem e prestam o cuidado à clientela nas mínimas ações que realizam no cotidiano do cuidar; adoção de uma postura ética voltada ao ser humano e valorização das suas crenças, conhecimentos, necessidades e história.

Na área obstétrica, para Diniz (2001), a atenção humanizada na saúde caracteriza-se como aquela que reconhece os direitos fundamentais das mães e crianças e o direito à tecnologia apropriada à assistência. Esse conjunto de demandas, segundo ela, incluiria o direito à escolha do local e dos tipos de parto, além do respeito ao parto como experiência altamente pessoal. Ademais, o direito de preservar a integridade corporal das mães e crianças, de ter assistência à saúde e apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal, autonomia nas decisões relativas à sexualidade e à reprodução e, proteção contra o abuso e a negligência, sexual e familiar.

Reis, Marazina e Gallo (2004) lembram, contudo, que as primeiras e mais radicais manifestações em prol da humanização não irromperam na área obstétrica, mas no setor de saúde mental nos anos 70 e anteciparam este movimento mais geral de humanização da saúde no primeiro mundo. Naquela ocasião, segundo os autores, lutou-se pela reforma psiquiátrica e pela extinção dos castigos corporais e mentais disfarçados em técnicas terapêuticas, pelo fim do abuso medicamentoso, pela liberação da palavra e abertura de sua escuta, pelos direitos dos pacientes e, sobretudo, pelo reordenamento das relações dos profissionais de saúde entre si e de suas relações com os pacientes. Embalada por este movimento seguia minha trajetória

profissional na psiquiatria, sem me dar conta de todo este processo e sem saber o quanto isto poderia me ajudar posteriormente quando viesse a atuar com as mulheres.

Seguindo este rastilho iniciado na psiquiatria, reforçam Reis, Marazina e Gallo (2004) e fortemente impulsionado pelas lutas feministas, é que o processo de humanização que colocava em questão tanto a visão naturalista do processo de saúde-doença como o poder institucional, determinando práticas e comportamentos, se estendeu também às práticas médicas dirigidas à mulher, em especial durante o parto.

As diferentes abordagens da humanização estenderam-se à área obstétrica e limitaram-se durante muito tempo, principalmente ao trabalho de parto e ao parto, sendo freqüente falar-se em parto humanizado e/ou nascimento humanizado, parto natural, ativo ou ecológico.

A discussão sobre humanização é de certa forma, uma versão brasileira ou latino-americana daquilo que é chamado movimento por um “*gentle birth*”, “*respectful Birth*”. [...] ou daquilo que em muitos contextos é referido com termos aparentados, como o “*natural childbirth*” e suas muitas variações, herdeiros da tradição menos ou mais crítica da assistência do parto psicoprofilático de Dick-Read e de Lamaze, na década de 50, do método Bradley (“*husband-coached birth*”), que já trazia na década de 60 o papel crucial do pai como acompanhante e do nascimento como evento familiar. Há também a abordagem centrada no parto ativo (*active birth*) disseminada pelo trabalho de Janet Balaskas, entre outros (DINIZ, 2001, p.24) (TORNQUIST, 2004, p.109).

No contexto dos anos 50, na Europa, surge o movimento do Parto sem Dor (PSD), [...] utilizando métodos para facilitar o trabalho de parto, baseados na teoria comportamentalista do neuropsiquiatra russo Pavlov. [...]. Tânia Salem atribui o movimento do parto natural e/ou ecológico de Michel Odent, Frédérick Leboyer, Sheila Kitzinger como tributários diretos do ideário do parto sem dor, uma espécie de tronco original, do qual a geração do parto natural e do casal grávido seria apenas sucessora. [...] hoje estes compõem o campo da humanização (TORNQUIST, 2004, p.116).

Creio que este enfoque se deu em virtude das grandes intervenções da medicina e dos riscos inerentes a este período, quando não conduzido de forma adequada. Soma-se a isto o fato de o parto ser o momento em que o nascimento do bebê realmente se concretiza, podendo gerar maior preocupação. Esta ênfase ao trabalho de parto e ao parto deixou de enfatizar outras etapas do ciclo grávido-puerperal, essenciais para que o processo de nascimento pudesse ser tranquilo e saudável.

O fato de as diferentes abordagens da humanização direcionadas a área obstétrica restringirem-se principalmente ao trabalho de parto e ao parto, não sendo dada a mesma importância às demais etapas do processo de nascimento, a gestação, o pós-parto e os cuidados com RN gerou-me grande inquietação e me impulsionou a aprofundar conhecimentos sobre o cuidado pré-natal, tendo sempre a clareza de que este está interligado às outras etapas da vida e do processo de nascimento.

A convicção de que o cuidado humanizado no pré-natal é condição indispensável para que a mulher se sinta mais segura e tranqüila, para prevenir agravos, para diminuir a morbimortalidade materna e fetal, para o preparo à maternidade e paternidade e à estruturação da personalidade do novo ser me motivaram a perseguir este caminho e estudar o tema. O cuidado pré-natal favorece o compartilhamento de experiências e conhecimentos e fortalece os potenciais da mulher para que vivencie a gravidez e o parto de forma normal e com mais autonomia, tornando-a protagonista do processo de nascimento. Ele também fornece subsídios para que a mulher conheça e exerça seus direitos, inclusive o direito de escolher uma pessoa significativa que possa acompanhá-la em todo o processo. A atenção pré-natal estende-se à família grávida, aos familiares que também sofrem mudanças em função da gestação e vivenciam os seus próprios nascimentos, necessitando de suporte emocional e educacional, em especial, o companheiro, que precisa também desenvolver suas capacidades para apoiar a mulher neste processo e para exercer seu novo papel, o de ser pai.

O cuidado com a gestante e o acompanhante de forma humanizada, aliando o conhecimento técnico-científico à intuição, à sensibilidade, ao respeito às crenças, aos valores e ao contexto dos envolvidos no processo, é de fundamental importância para a satisfação da clientela. O cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento humanizado, um nascer saudável.

Apesar da relevância deste cuidado, tenho observado durante meus vinte e quatro anos de trabalho na área obstétrica, sejam na área hospitalar, na atenção básica ou na docência, que, na prática, os programas instituídos ao longo dos anos parecem não ter alcançado a efetividade esperada e a satisfação da clientela. Os programas também não têm atendido as necessidades de toda a demanda, sendo necessário maior empenho político e técnico, maior valorização da atenção primária junto à população e valorização dos profissionais que exercem o cuidado neste nível de atenção.

O PHPN, programa que tem como objetivos assegurar a melhoria de acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal e atender de forma digna a mulher, os familiares e o recém-nascido (BRASIL, 2000bcd, 2001b, 2002f, 2004d), mesmo sendo um passo importante para uma gestação e nascimento com menos riscos e para fortalecer o cuidado humanizado durante o processo de nascimento, imprime uma ação verticalizada. Foi planejado e implementado sem consulta às bases, isto é, aos profissionais que realizam a atenção primária e aos usuários atendidos na rede básica. Além disso, propõe indicadores que permitem apenas uma avaliação quantitativa do atendimento realizado e não consegue atender todos os anseios e necessidades das gestantes e familiares. As questões relacionais, o respeito,

a afetividade e o modo de agir não são passíveis de serem avaliados por meio dos critérios estabelecidos. A proposta desenvolvida pelo Ministério também burocratiza a assistência, já que institucionaliza novos impressos, diminuindo ainda mais o tempo disponível para o profissional prestar o cuidado direto à mulher.

Os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou outras entidades não garantem um cuidado humanizado. Os dados registrados mostram que o conjunto mínimo das ações estabelecidas pelo programa não está sendo desenvolvido, não é registrado ou está sendo subnotificado (BRASIL, 2004e).

A pesquisa realizada pela Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil-BENFAM (1997), em conjunto com o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde e outras entidades, apontou uma alta cobertura do pré-natal no Brasil: 47,5% das mulheres realizaram mais de 7 consultas durante o período gestacional, sendo que 66% delas atendidas no primeiro trimestre. Dados de Brasil (2002de) revelam uma cobertura ainda maior: 49,5 % das gestantes do Brasil têm acompanhamento pré-natal, sendo que a Região Sudeste apresenta o maior percentual (56,3%), e a Região Norte, o menor (38,0 %), de acordo com o número de nascidos vivos de 1998.

No entanto, nas estatísticas do Sistema de Informatização de Acompanhamento do Pré-natal (SISPRENATAL), os indicadores do sistema de informação do Pré-Natal demonstram que em 2002 somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o conjunto mínimo de ações preconizadas pelo Programa, e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (BRASIL, 2004a). Se a avaliação quantitativa, cobrada através de normas e registros pré-estabelecidos está longe dos parâmetros e das metas estabelecidas pelo programa, o que poderíamos esperar se fosse realizada uma avaliação subjetiva. Certamente mais problemas seriam detectados.

Alguns serviços, além de não prestarem uma atenção humanizada que favoreça as relações, a comunicação autêntica, a participação e o respeito à dignidade humana negam a uma parcela das gestantes o básico, o direito ao acesso e à continuidade do acompanhamento neste período ou negligenciam esta atenção.

A negligência, o descaso e a desatenção em relação ao pré-natal são ratificados pelas estatísticas. Estas apontam a grande incidência de complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, entre elas as hemorragias, a doença hipertensiva na gravidez, as infecções, os abortos, as doenças intercorrentes, os problemas com anestesia e o alto índice de mortalidade materna decorrentes, sobretudo, da falta de um acompanhamento minucioso e de atenção adequada à mulher durante a gestação (BRASIL, 1995; COSTA et al., 1997; FAÚNDES;

CECATTI, 1991; ZAMPIERI, 1999). Esta situação não é privilégio do Brasil. Yunes e Mora (1993), com base na organização Pan-Americana de Saúde, referem que as mortes por aborto e complicações na gravidez figuram entre as dez primeiras causas de morte das mulheres em idade fértil, em 23 países das regiões das Américas.

Na realidade, o que constatamos no nosso cotidiano é que os programas instituídos e o cuidado propiciado à gestante ao longo dos anos, em algumas instituições públicas, e até em particulares, estão aquém das necessidades e das expectativas, daquilo que a maioria das gestantes e familiares merece e do que estes e os profissionais almejam, havendo uma hipervalorização da patologia. As ações de saúde parecem não ter alcançado a efetividade esperada pelos programas e a satisfação da clientela. O cuidado está centrado na doença, e não na gestante e na família, seguindo um modelo biologicista e flexneriano.

Certos profissionais não olham a mulher, não estabelecem uma relação empática, muito menos interagem com ela. Centram o seu atendimento em procedimentos técnicos, sem muitas vezes nada informar, sem ficarem atentos às diversas dimensões que envolvem a gravidez. A consulta pré-natal constitui-se, na grande maioria das vezes, em um olhar rápido no abdome e ausculta dos batimentos cardíaco-fetais. São cinco minutos de consulta para sobrar tempo para atender as outras quinze gestantes que aguardam na sala de espera (ZAMPIERI, 1999). A consulta caracteriza-se por um momento rotineiro, apenas para cumprir um protocolo técnico de aferições e medidas, em um lapso de tempo que impossibilita qualquer relação e interlocução entre os envolvidos; não valoriza as pessoas e suas relações, gerando insatisfação às gestantes que não têm suas necessidades atendidas.

As consultas pré-natais, na maioria das unidades de saúde locais, são concentradas em alguns dias da semana ou em apenas um, seja por redução ou descumprimento da carga horária dos profissionais e conveniência destes, seja por excesso de atividades ou de demanda, resultando em intermináveis filas e num longo tempo de espera para conseguir uma vaga. Não raramente, a falta de acesso e de continuidade ao serviço, a agressividade, a falta de disponibilidade de tempo, a indiferença mediante as demandas da mulher, o julgamento, o preconceito, a falta de privacidade, a falta de disponibilidade para informar, para ouvir e encaminhar; a falta de espaço para o compartilhamento de conhecimentos e para expressar vivências, e a falta de participação da família se fazem presentes na atenção pré-natal.

O profissional tem que em duas ou três horas consultar um grande número de mulheres, restando a ele focar o atendimento na solicitação de exames e na ausculta dos batimentos cardíaco-fetais e, quando possível, nos riscos, em conformidade também com a sua formação acadêmica centrada na dimensão curativa.

Alguns profissionais, insatisfeitos com o seu atendimento diferente do idealizado, deixam-se conduzir pela rotina diária, e no cotidiano a situação se repete. As mulheres, por sua vez, acostumadas com a lógica da atenção curativa e desconhecendo seus direitos, confiantes no poder de alguns profissionais, sentem-se, às vezes, gratificadas quando são atendidas rapidamente. Saem com a solicitação de exames nas mãos, mas sem orientação alguma, tampouco com a possibilidade de discussão em relação ao processo vivido. Não raramente, algumas aguardam ansiosamente a marcação dos exames laboratoriais e ultrasonografia, tendo que voltar à unidade várias vezes até conseguir realizá-los, o que desestimula sua participação em outras atividades educativas oferecidas pela equipe de saúde e adesão à consulta no período gestacional.

Um outro fator preocupante é a falta de acesso ao atendimento pré-natal no final da gestação, em consequência do número restrito de vagas no momento de maior probabilidade de intercorrências obstétricas. Muitas gestantes ficam desassistidas nesta ocasião, tendo que procurar as triagens obstétricas no caso de intercorrências e para sanar suas dúvidas. Uma parcela significativa de mulheres não tem suporte neste período; apenas recebe orientação para se dirigir à maternidade ao entrar em franco trabalho de parto ou quando ocorrer complicações. Tal situação gera estresse, medo e insegurança nas gestantes e familiares. O fato de que nesta ocasião aumenta a probabilidade de ocorrência de complicações e riscos e de a maioria das mortes maternas se dar próximo ao parto reforça a necessidade de ações que garantam melhor assistência e cobertura nesse período. Na prática, isto não acontece. A transição harmônica entre o pré-natal e a maternidade é difícil. Além disso, a falta de vínculo e de articulação entre a assistência pré-natal, desenvolvida na unidade local de saúde (ULS), e a assistência ao parto, prestada na maternidade, leva as mulheres que estão em trabalho de parto a peregrinarem de uma instituição hospitalar à outra à procura de vagas, aumentando o limiar de estresse (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Outros fatores também chamam a atenção em relação à humanização no cuidado pré-natal, entre eles estão a falta de acolhimento às gestantes na unidade de saúde, a falta de oferta de outros espaços para expressar medos e dúvidas e para aprendizagem e atendimento, como o grupo de gestantes ou casais grávidos e a sala de espera, o número reduzido de visitas domiciliares e a falta de estímulo para o envolvimento da família no processo. O acompanhante, quando vem à unidade de saúde, permanece muitas vezes no banco da recepção, alheio à consulta, não sendo convidado a participar do processo.

Durante a minha vida profissional, tenho ficado sempre atenta a todos estes fatores, interessando-me, principalmente, pelas gestantes e pelos familiares, por suas necessidades,

expectativas e realidade. Minha preocupação constante tem sido saber se o atendimento prestado, além de avaliar a evolução da gravidez, atende às necessidades da gestante e aumenta o seu potencial para agir, para tornar-se sujeita do processo do nascimento, deixando-a mais tranqüila, segura, satisfeita e feliz. Tenho buscado também compreender as barreiras que dificultam a adesão das gestantes ao cuidado pré-natal, à eficácia e qualidade do acompanhamento durante a gestação e entender como deveria ser este cuidado na ótica das usuárias e também dos profissionais que compõem a equipe de saúde. Tenho refletido se o profissional tem a mesma compreensão da gestante em relação ao cuidado humanizado no pré-natal e por que este muitas vezes não se concretiza na prática.

Os fatores apontados e a certeza de que o pré-natal humanizado é essencial para uma boa evolução da gestação e do parto e para um nascimento mais tranqüilo, aliados à minha inquietude diante do hiato existente nos caminhos percorridos para a efetivação da humanização durante o pré-natal, além de minha paixão por este tema, constituíram-se elementos motivadores para meus estudos. Vale ressaltar que o aprofundamento de uma etapa do processo de nascimento não exclui ou desvaloriza as outras etapas; é apenas um recorte para aprofundamento e compreensão. Entendo que todos os momentos são igualmente importantes, que estes se interligam e se complementam.

A polissemia do termo humanização, os diferentes significados atribuídos a ele pelos diversos atores profissionais, as entidades envolvidas, os gestores, formuladores de políticas, administradores de serviços públicos e privados, o movimento de mulheres, os clientes, a mídia, e a falta de clareza do que se caracteriza cuidado humanizado durante o pré-natal também me instigaram a investigar o tema.

Além disso, contribuíram para a realização desta pesquisa a existência de poucas publicações no Brasil e no exterior que identifiquem a compreensão das gestantes e dos profissionais sobre o cuidado humanizado no pré-natal e estudos que abordem as divergências e convergências de pensamentos sobre o tema na ótica de ambos. Ainda me estimulou a desenvolver este estudo a existência de poucos trabalhos nacionais que detectem as dificuldades assinaladas pelos profissionais para prestar uma atenção humanizada no pré-natal e que proponham ações para alcançá-la. A possibilidade de que os resultados advindos desta proposta possam de alguma maneira auxiliar a transformar as práticas existentes e contribuir para o ensino e assistência foi outro importante motivador deste estudo.

Fundamentada nestas justificativas, propus a realização de uma pesquisa com gestantes e profissionais que compõem a equipe de saúde em uma unidade local de saúde, no

ambulatório e no grupo de gestantes ou casais grávidos do Hospital Universitário, que buscasse responder os seguintes questionamentos:

Qual o significado de cuidado humanizado na atenção pré-natal para os profissionais da equipe de saúde e gestantes? Quais as divergências e convergências existentes a respeito do cuidado humanizado no pré-natal, na ótica dos profissionais pertencentes à equipe de saúde e gestantes?

Para responder à questão do estudo, estabeleci os seguintes objetivos:

- a. compreender o que significa cuidado humanizado no pré-natal na ótica das gestantes e profissionais que compõem a equipe de saúde;
- b. conhecer e identificar as divergências e convergências entre os significados de cuidado humanizado no pré-natal atribuídos pelos profissionais da equipe de saúde e pelas gestantes;
- c. identificar as barreiras que dificultam que o cuidado humanizado no pré-natal seja implementado na prática;
- d. propor algumas possibilidades para guiar o cuidado humanizado no pré-natal.

Guiando este estudo, utilizo alguns pressupostos pessoais e propostos por Morin (2001ab, 2002abc, 2003, 2005) sobre o ser humano e a ética. Busco compreender e refletir sobre a atenção humanizada no pré-natal, em sua complexidade, considerando as contradições, as incertezas e as inter-relações.

Na perspectiva de Morin (2001a), as gestantes e os profissionais da equipe de saúde, envolvidos no processo de cuidar são seres complexos, seres humanos únicos, diversos, multidimensionais pertencentes a uma espécie, a uma cultura, a uma sociedade e cosmos, carregando ao mesmo tempo a unidade e a diversidade cultural, social e individual. Profissionais, gestantes e familiares são seres inteiros, singulares, que fazem parte de um sistema cósmico.

No ser humano existe a presença do todo no interior das partes, cada célula contém a totalidade do patrimônio genético de um organismo policelular; a sociedade, como um todo, está presente em cada indivíduo, na sua linguagem no seu saber, em suas obrigações e normas. Cada indivíduo singular contém “o todo do que faz parte e que ao mesmo tempo faz parte dele” (MORIN, 2001a, p.37).

Gestantes e profissionais interagem entre si, divergem e se complementam, são autônomos e dependentes da cultura, da genética e do social. Vivem em contextos diferentes, que se interligam e atribuem significados diferentes à gestação, os quais precisam ser compartilhados e compreendidos. Para tanto, é essencial conhecer-se e conhecer o outro em

sua complexidade. É necessário o respeito e a compreensão mútua, a vivência da ética da compreensão, proposta por Morin (2005), a qual intersubjetiva pede abertura, simpatia, disponibilidade, afetividade, humanizar-se e agir de forma humanizada para com o outro.

Morin (2001a), além de considerar a importância de uma ética da compreensão para facilitar as relações, entende que o ser humano faz parte de um todo e que traz este todo dentro dele. Reforça que todas as ações se interligam, sendo necessário ligar o ser ao seu contexto e meio ambiente, aliar a sensibilidade e a intuição ao racional, ligar a situação que se mostra em um local com o global, ressaltando que vivemos em uma teia de relações e interlocuções que se influenciam mutuamente.

A atenção à saúde à mulher grávida tem este mesmo caráter, esta mesma complexidade, faz parte e traz o todo deste sistema, no qual se articulam as relações interpessoais, familiares, profissionais, institucionais, intersetoriais. O gestar e o nascer envolvem todos os seres e estão em conexão com o contexto social, o cultural e o educacional, entre outros, fazendo parte da sociedade e do planeta. Portanto, o cuidado humanizado no pré-natal constitui-se em um compromisso ético dos profissionais, das gestantes e dos familiares. Procura valorizar o ser humano em toda sua complexidade, aumentando a sua auto-estima e confiança, fortalecendo-o para protagonizar e conduzir este momento, de forma segura, prazerosa e tranqüila.

CAPÍTULO 2

PRÁTICAS E POLÍTICAS DE SAÚDE NA ÁREA OBSTÉTRICA

***A progressiva coisificação da mulher
e o esvaziamento da natureza do seu caráter
sagrado acompanharam a supremacia
da razão como forma
dominante de apreender o mundo
(Josina Magalhães; Rancisvalle Laís Mourão, 2002).***

***História é a reconstrução do caminho percorrido
pelas pessoas, em diferentes tempos e lugares.
Explica o passado, auxilia a compreender o
presente e a prever o futuro (Maria de Fátima
Mota Zampieri, 2006).***

Neste capítulo e nos capítulos três e quatro procuro conhecer o estado da arte sobre as práticas e as políticas de saúde, o cuidado pré-natal e a humanização. Trata-se de uma revisão bibliográfica dialogada, pesquisada em bases de dados internacionais e nacionais (MEDLINE, BIREME, LILACS, OVID, Science Direct on line, PubMed, Blackwell Synergy, SciELO, LIS, BDENF, Google Acadêmico), no período de 1995-2004, na BIREME, SciELO e na base de dados institucionais e científicas da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (periódicos, manuais, legislação, políticas e diretrizes do SUS, sistemas de informação), no ano de 2005 e 2006. Constituiu-se de resumos e, na sua maioria, de textos completos. Além destas fontes de dados, utilizei livros específicos da área obstétrica, teses, dissertações, publicações indexadas em sites de entidades oficiais e bibliotecas virtuais da Internet. Para a busca, utilizei os seguintes termos: humanization, humanization of assistance, humanización de la atención; humanização da assistência, humanized care, prenatal care, prenatal, history prenatal, pré-natal, cuidado pré-natal, cuidado pré-concepcional, atención prenatal, cuidado humanizado, humanização, humanismo.

Este capítulo, capítulo 2, aborda as práticas de saúde na área obstétrica, sua evolução histórica e as transformações sofridas ao longo do tempo, que culminaram com a transferência da condução do processo da gestação e do parto das mãos das mulheres para as mãos dos homens. Enfoco a importância do movimento feminista na luta pelos direitos das mulheres e nas discussões das relações de gênero. Apresento algumas práticas de saúde existentes no Brasil colonial e imperial. Descrevo os programas na área da saúde da mulher, desenvolvidos pelas políticas públicas, implementados desde as primeiras décadas do século passado até os dias atuais, ressaltando a mudança de enfoque materno-infantil para atenção humanizada e integral à saúde da mulher, apontando nas entrelinhas as relações de poder imbricadas nas políticas públicas e entre os profissionais de saúde.

2.1 PRÁTICAS DE SAÚDE EM OBSTETRÍCIA – MUDANÇA HISTÓRICA

As práticas de saúde no processo de gestar e parir evoluíram ao longo dos anos e transformaram-se de acordo com as visões de mundo, contextos sociais, históricos, políticos e econômicos e questões de gênero. O papel da mulher na reprodução e na sociedade tem determinado estas práticas e o planejamento das políticas de saúde na área obstétrica.

Historicamente, desde os primeiros tempos, a gestação, o nascimento e o parto dos seres humanos sempre foram situações de grande mobilização pessoal e social, envoltos por tabus, ritos e preconceitos, apresentando grande significado e fascínio, já que estavam relacionados à continuidade da vida e à perpetuação da espécie (ZAMPIERI, 1998).

Na Idade Média, no século VII, teólogos, estudiosos e intelectuais acreditavam na debilidade da mulher, garantia de submissão ao homem. Achavam que ela não exercia nenhum papel relevante na gravidez, sendo um ser governado pelos seus órgãos sexuais, pela matriz, o útero, e considerada apenas um instrumento para a continuidade da raça humana. Era considerada um ser natural, ou seja, o seu papel era determinado pela natureza, entendida na época como força ativa que estabelecia e mantinha a ordem do universo (THOMASSET, 1990).

A mulher era considerada um produto secundário e inferior ao homem. Aristóteles, mas, sobretudo Galeno, tinha a idéia de uma semelhança inversa dos órgãos masculinos e femininos. Tal proposta enunciava-se assim no Cânone de Avicena:

Eu digo que o instrumento da geração na mulher é a matriz (matrix) e que ela foi criada semelhante ao instrumento de geração do homem, quer dizer, do pênis e do que o acompanha. No entanto, um destes instrumentos é acabado e voltado para o exterior e o outro é diminuído e retido no interior, constituindo de certa maneira o inverso do instrumento viril (THOMASSET, 1990, p.69).

Em contrapartida, neste período, entre os intelectuais, discutia-se a concepção segundo a teoria seminista. A existência do esperma feminino definindo o papel da mulher na gestação não foi confirmada através da observação imediata. Tornava-se por isso espaço de controvérsia científica e teológica. Segundo Berriot-Salvadore (1990), Aristóteles definia a fêmea como receptáculo passivo do embrião, e os herdeiros de Hipócrates a consideravam como um corpo duplamente ativo pela semente e pelo alimento formador do embrião. Posteriormente, a existência do esperma feminino pôde ser admitida, porém a ele foi negada qualquer utilidade. Não se atribuía a este humor nenhuma parcela de virtude que implicasse a formação e o desenvolvimento do embrião. Nas entrelinhas, lia-se a dicotomia aristotélica, “*a matéria é construída de mênstruos, a forma da semente viril*” (THOMASSET, 1990, p.81). A

idéia da semente feminina, debatida na Idade Média, ocupou lugar central no pensamento das casuísticas.

Naquela época, as mulheres eram atendidas por curandeiras, parteiras ou feiticeiras. Essa situação perdurou por alguns séculos. Em torno da mulher, segundo Collière (1989), elaboravam-se todas as práticas e rituais de concepção e nascimento. Cabiam a elas todos os cuidados com a gestação, o parto, com doentes e moribundos. A autora complementa que as mulheres sempre foram curandeiras. Tratavam as pessoas por meio de plantas e trocavam entre si segredos das suas práticas. Sem livros, suas vivências e experiências formavam seu saber. Transmitem seus conhecimentos e experiências no espaço e no tempo ao interagirem com outras mulheres. Assim, o saber se perpetuava de vizinha para vizinha, de mãe para filha, ao longo dos anos. A maternidade, o parto e os cuidados com o bebê iniciavam a mulher nas práticas do corpo, enquanto que as gravidezes e os cuidados com o recém-nascido levaram-na a descobrir os segredos das plantas e a arte de cuidar e tratar.

A gravidez, o parto e todas as práticas e conhecimentos a eles ligados permaneciam nos finais da Idade Média no domínio exclusivo das mulheres. Os homens não tinham experiência e nem o direito a se pronunciar. O acesso ao quarto durante a parturição era vetado a eles; era oculto sob um véu de pudor (OPITZ, 1990).

No final do século XIV, as práticas das mulheres em relação ao tratamento de doenças, ao uso de poções e aos cuidados à gravidez, ao parto e ao puerpério passaram a ser questionadas por médicos e teólogos na Europa. O medo de que a mulher pudesse exercer privilégios masculinos, o ressentimento da medicina masculina contra uma medicina popular e feminina e o medo de que a Igreja pudesse perder o seu poder culminaram com a perseguição destas mulheres, denominadas pelos homens de bruxas (FRUGONI, 1990; ZAMPIERI, 1998).

O período de caça às bruxas abrangeu mais de quatro séculos, do século XIV ao séc. XVII. No final de século XV e princípio do século XVI foram registradas milhares de execuções na Alemanha, na Espanha, na Itália e, em meados do século XVI, na França, estendendo-se à Inglaterra. Os inquisidores, tanto católicos como protestantes, realizavam tais acusações e procedimentos amparados por lei. Mesmo assim, escondidas nos seus recônditos, as mulheres continuaram a atuar na área obstétrica nos domicílios. No final do século XVI em quase toda a Europa, a campanha dos religiosos e médicos contra as curandeiras urbanas havia atingido sua finalidade. Os homens haviam conquistado absoluto domínio sobre as práticas da medicina, com exceção da área obstétrica, que permaneceria ainda sobre a égide

das parteiras durante outros três séculos (EHRENREICH; ENGLISH, 1984 apud ZAMPIERI, 1998).

Permanecia ainda no século XVI a idéia de que o papel da mulher estava inscrito na natureza. Para todos os precursores da ginecologia e da obstetrícia, entre eles o Alemão Röslin, o italiano Marinello e o francês Liébault, a melhor justificação da mulher e a premissa de protegê-la consistia em explicar a especificidade de seu órgão, pelo qual era definida na sua globalidade. A mulher passa, assim, a ser sujeita ao seu sexo, prisioneira do útero, órgão compreendido como detentor de toda a sua feminilidade, sede da fecundação e gestação, e se reafirma a teoria da mulher-útero. Para a maioria dos médicos e intelectuais, mesmo aqueles que recusavam a idéia da imperfeição da mulher, entre eles Pierre de La Primaudaye, o órgão que dava identidade à mulher explicava a vulnerabilidade de sua fisiologia e psicologia. Desde o século XVI, muitas obras de ginecologia e de obstetrícia atestavam a evolução médica e os progressos sobre a anatomia e fisiologia feminina, além de uma nova consciência dos clínicos, que consideravam a mulher um ser valetudinário, cabendo ao médico aliviar sua dor e convencê-la a aceitar, sem revolta, a sua condição desfavorável e frágil (BERRIOT-SALVADORE, 1990).

Depois de um imobilismo de dezessete séculos, a partir das sucessivas descobertas da biologia, o sistema de geração se revolucionou completamente. Com o novo tratado dos órgãos genitais da mulher (*Mulierum inservietibus tractatus novus*), o holandês Regnerus de Graff desenvolveu, em 1672, a teoria ovista, afirmando que o homem tem sua origem em um ovo que existe antes do coito, nos ovários da mulher, e não em um ovo formado na matriz pela cocção de sementes. Isto colocava por terra a teoria seminista (BERRIOT-SALVADORE, 1990; ZAMPIERI, 1998). Segundo Del Priori (1993), esta descoberta realocava o papel da mulher de guardiã passiva do feto para ser protagonista da gestação e de todo o processo de nascimento.

No momento em que a controvérsia ovista atingiu o seu auge, o alemão Luiz de Hamm e os holandeses Huyghens e Leuwenhoeck descobriram os espermatozóides, fato que poderia ter restituído ao homem o seu poder criador. Contudo, a tese “animalculista”, com efêmero sucesso no século XVII, chocou os cientistas, que não admitiam que o homem surgisse de um verme. Assim sendo, no final do século XVIII, os cientistas reafirmam o apego ao sistema “hipocrático seminista” (BERRIOT-SALVADORE, 1990).

Se o achado convulsionou os médicos e filósofos no restante da Europa em relação ao papel da mulher, em Portugal a compreensão da fisiologia moral feminina não sofria qualquer mudança, endossando a inferioridade da mulher, sua debilidade e seu papel insignificante na

procriação. Estas concepções foram transmitidas às colônias, inclusive ao Brasil (DEL PRORI, 1993). Entre as mulheres, no entanto, na época colonial, no Brasil, “a maternidade era o nicho de apoio e solidariedade feminina entre tantas adversidades da vida colonial, e resistência para as injunções do Estado moderno, da Igreja, da ciência e dos homens” (DEL PRORI, 1993, p.38).

Na Europa, as novas descobertas faziam-se sentir. A teoria seminista, triunfante até o século XVII, e a ovista, difundida no século XVIII, faziam da mulher uma genitora com poder sagrado e perigoso.

A teoria da reprodução ocidental moderna atribui tanto ao homem como à mulher o mesmo peso na participação da formação do embrião. A forma ibero-americana de pensar a reprodução vê como igualmente necessários, tanto o sêmen quanto o óvulo para que haja filiação, mas tal concepção não deixa de ver a mulher em uma posição assimétrica nem descarta a visão pessimista de seu corpo que se mantém como lugar de mistério e perigo, de mandante perpétuo da intervenção da medicina sobre si (TORNQUIST, 2004, p. 72).

O médico, mais consciente da importância de seu discurso, no final do Renascimento até o século das Luzes, intervinha mais diretamente na moral privada e pública, sendo conselheiro das mulheres. Cuidava não só de suas fragilidades e desordens, mas também de sua beleza. Seu papel passa a ser reforçado após o reconhecimento pela ciência da existência de uma anatomia e de uma fisiologia especificamente femininas. O médico, na sua prática, tornava-se por vezes aliado da mulher contra os preconceitos que a ameaçavam (Ibidem, 1990).

Os progressos médicos interferiram na vida cotidiana das mulheres; reforçaram a importância da preparação psicológica das parturientes e a influência do meio sobre as potencialidades de resistência à dor. Tais progressos estenderam-se à formação de parteiras, que passaram a aprender em manuais redigidos em sua intenção as regras elementares de higiene e anatomia. No entanto, segundo Berriot-Salvadore (1990), a compaixão do médico era ambivalente. Ele salvava a mulher do desprezo e da maldição, protegendo-a e intervindo quando esta corria perigo de vida. Considerava a gravidez e o parto como estados patogênicos que desequilibravam o sistema humoral e desregulavam o equilíbrio psicológico e como momentos de sofrimento e risco. Por outro lado, avalizava todas as representações das debilidades femininas e reforçava o poder do médico. Em contrapartida, a mulher tinha a responsabilidade de conduzir satisfatoriamente sua missão de procriadora, vital para o desenvolvimento do gênero humano. Acredito que neste período sedimenta-se a medicalização da gestação. A mulher deixava de ter controle sobre o seu corpo, repassando a responsabilidade pelo nascimento e pela sua vida para o médico, que passava a conduzir todo

o processo de gestar e parir. Foi justamente neste período, no século XVIII, século das luzes que os homens começaram a invadir o último campo forte das curandeiras, a obstetrícia (BARBAUT, 1990).

A exemplo do poder exercido pelos homens sobre a gestação, a sexualidade e o corpo das mulheres, o acesso delas ao mundo do conhecimento durante os séculos XVII e XVIII também era restrito e limitado, sendo a relação das mulheres com a ciência mediada pelos homens, fossem companheiros, irmãos, tutores ou maridos. No século XVIII, com a divisão política e econômica da sociedade em pública e privada, a mulher ficou situada no mundo doméstico, cuidando do lar e das crianças, situação que limitou a sua participação na ciência. Trouxe à tona o processo de exclusão sofrido pelas mulheres e sua invisibilidade como sujeito/objeto do conhecimento (PAIVA, 2001). Não tendo acesso ao saber, as mulheres também apresentavam pouco poder na sociedade em que viviam.

Todo saber tem sua gênese em relações de poder, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. [...] E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder. [...] é o saber enquanto tal que se encontra dotado estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder (FOUCAULT, 1982, p.12).

Paralelamente aos avanços médicos, a cultura católica do século XIX valorizava o papel materno, instituindo este século como o século da mãe. A maternidade da virgem apagava o pecado de Eva. Essa imagem levou à recuperação dos valores da maternidade. A elevada mortalidade materno-infantil tornava a maternidade uma situação de risco natural (GIORGIO, 1990). Desta forma, segundo Knibiehler, (1990) e Zampieri (1998), as mulheres grávidas deveriam tornar-se objeto de vigilância ativa e de respeito. Assim, a medicina, na fala do doutor Marc, em 1816, propunha a proteção da mulher, isentando-a de trabalhos pesados. Vigia todas as suas atividades, limitando seu lazer, controlando-a, assim como a sua gravidez. A preocupação com os riscos nesse período tornava-se evidente na prática de cuidados preventivos, visando evitar as complicações. Observava-se, no entanto, que sob a ótica do moralismo vitoriano, a gravidez tornava-se tabu. A mulher que se encontrava neste “estado interessante” saía pouco de casa, mostrava-se o menos possível (KNIBIEHLER, 1990; ZAMPIERI, 1998).

A medicalização da gestação, iniciada no século XVIII, impunha-se maciçamente no século XIX e XX. O esnobismo contribuiu para isto. Para a população da época, chamar o médico era um sinal de prosperidade (KNIBIEHLER, 1990). Alguns fatos sociais também influenciaram e reforçaram a concepção da gravidez como doença e da mulher como paciente,

transformando a assistência obstétrica. Dentre eles, destaco: a mudança na posição do nascimento de vertical para horizontal, instituída por François Mauriceau; a descoberta do Fórceps pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen, que alteraram a conduta expectante, instaurando a noção de que é possível comandar o nascimento; o aumento da necessidade de mão-de-obra para poder suprir a demanda de recursos humanos, mormente após a Revolução Industrial, o que culminou com uma maior valorização da mulher grávida e do bebê, futuros trabalhadores. Isto levou a sociedade a se empenhar para diminuir a mortalidade infantil e materna. Estes fatos reforçaram a institucionalização e a medicalização do parto, o aperfeiçoamento dos princípios da anti-sepsia e anestesia, o ingresso das parteiras nos hospitais, o estabelecimento de rotinas que viabilizassem um nascimento seguro e diminuíssem os riscos, tornando mais seguro dar à luz no hospital (ARRUDA, 1989; OSAVA: MAMEDE, 1995; SANTOS, 1998; ZAMPIERI, 1998).

Assim, ao longo do tempo, na Europa, o cuidado prestado à mulher modificou-se, passando das mãos das mulheres, as parteiras, para as mãos dos homens, os médicos. Enquanto as parteiras respeitavam e valorizavam o potencial da mulher, considerando-a como protagonista, intervindo o mínimo possível, os médicos encaravam a gestação e o parto como procedimentos e doenças que precisavam de intervenção de um profissional habilitado e competente. Esta intervenção passou a realizar-se, por sua vez, em uma unidade hospitalar, sem a participação da mulher e dos familiares. Mudava-se, assim, o local do parto do domicílio para o hospital, as concepções e as práticas de saúde instituídas durante séculos.

No entanto, segundo Knibiehler (1990), a intervenção do homem na arte da medicina não teria garantido a diminuição da mortalidade materno-infantil e atenuado de pronto os sofrimentos maternos. Paralelo a isto, a clientela das parteiras diminuiu, tendo estas a necessidade de entrar como assalariadas nos hospitais.

Para Tornquist (2004), a entrada das parteiras no hospital foi fundamental para que os partos que eram feitos em domicílio migrassem para a maternidade. Além disso, foram as parteiras que transmitiram grande parte dos saberes atuais, relativos ao parto e à gestação.

Com estas mudanças, a solidariedade feminina existente foi se desorganizando, e as mulheres perderam a autonomia e o domínio da reprodução, culminando na desestruturação de redes de saberes femininos. As barreiras do pudor cederam rapidamente, sendo doravante o médico o protetor natural da mulher no trabalho de parto e não mais o marido e/ou as mulheres. No século XIX, a mulher era tratada como uma eterna doente. A gravidez, a adolescência e a menopausa, segundo os médicos, abalavam o seu sistema nervoso (KNIBIEHLER, 1990).

A medicina das luzes apresentava as etapas da vida feminina como outras tantas crises temíveis, mesmo independentes de qualquer outra patologia (KNIBIEHLER, 1990, p.361).

A partir do último terço do século XIX, uma série de descobertas e progressos científicos e tecnológicos abalou a divisão do trabalho e do poder entre os sexos, reduziram os índices de mortalidade materna e infantil, fizeram crescer a esperança de vida, sobretudo das mulheres, e diminuir a fecundidade.

Iniciada na França no final do século XVIII e na maior parte dos países desenvolvidos um século mais tarde, ou seja, no século XX, a prática do anticoncepcional, principalmente a descoberta da pílula, o aperfeiçoamento e a comercialização dos contraceptivos hormonais a partir da década de 50, e dos dispositivos intra-uterinos um pouco mais tarde levaram parte do contingente feminino a ter maior autonomia e domínio sobre a concepção e a gravidez. A liberação do aborto, em alguns países, e o estabelecimento da contracepção permitiram a muitas mulheres a reapropriação do seu corpo e da sua sexualidade, dando-lhes o domínio da fecundidade e proibindo ao Estado as formas mais constrangedoras de manipulação da família (THÈBAUD, 1990; LEFAUCHER, 1990). A gestação e a concepção, de certa forma, passaram a ser parcialmente controladas pelas mulheres, porém a evolução destas ainda continuou subjugada ao médico. Vale lembrar que um grande contingente de mulheres, principalmente as mais pobres, [...] o que não é diferente atualmente, não tinha acesso aos métodos contraceptivos existentes. Os métodos eram insuficientes e pouco eficazes, e eram poucas as mulheres que tinham orientação para utilizá-los, sendo que a. A maioria deles tinha que ser autorizado pelos médicos (THÈBAUD, 1990).

Ao longo do século XIX, surgem momentos de efervescência feminista, luta pela igualdade entre os sexos, emancipação feminina, autonomia sexual e participação cultural e política. Até 1960, segundo Ávila e Corrêa (1999), persistiu no cerne da luta das mulheres a perspectiva de serem, formalmente, iguais aos homens. Para elas, estava ausente a crítica da desigualdade como um componente das relações sociais, baseada na dominação do sexo que hierarquizava as relações de gênero como as relações de poder.

No final do século XIX, as lutas das mulheres pelos direitos sociais e políticos, pela cidadania e pela proteção social estiveram ligadas aos movimentos feministas, centrando-se não apenas na busca de igualdade para com os homens, mas em favor da igualdade social entre as mulheres. Tais lutas focalizavam os interesses das mulheres das classes sociais mais baixas, as diferenças étnicas e geracionais e a pobreza feminina, que era agravada, segundo as feministas, pelos riscos da vida impostos às mulheres, entre eles, os decorrentes da

maternidade. Para algumas feministas, a maternidade era vista como uma função social e não apenas fisiológica, privada ou individual. Um novo patamar de consciência de gênero aparece nas lutas por direitos reprodutivos, direitos iguais para mulheres desiguais (BOCK, 1990; COSTA, 2002).

Tecnológico, o século XX proporciona às mulheres mais saúde e longevidade, bem como melhores níveis de educação, marcados pela urbanização e pela multiplicação do consumo de bens e serviços. Globalmente, apesar dos malefícios e desigualdades decorrentes da sociedade de consumo, o século XX proporciona uma vida melhor e com menos sofrimento, que se traduz para as mulheres numa transformação do trabalho doméstico e do regime da maternidade. Isto diminui o tempo necessário às atividades de reprodução e possibilita maior participação na vida social (THÉUBAUD, 1990).

O século XX é igualmente o século em que as mulheres, cada vez mais mulheres, tomam a palavra e o controle de suas identidades visuais; sublinhando o desafio político da representação. Elas tentam quebrar os estereótipos e propõem múltiplas vias de realização pessoal (THÉUBAUD, 1990, p.11).

A partir da década 60, a história das mulheres, além de estar intimamente ligada ao movimento feminista, ligou-se a transformações da historiografia. Os estudos da área de antropologia, da história social, da história das mentalidades e da história cultural foram decisivos nesse processo, em que as mulheres buscaram alçar a condição de objeto e sujeito da História (SOIHET, 2002). No final da década de 80, a norte americana Joan Scott enfatizou a importância dos estudos de relações de gênero, focalizando não somente a mulher de forma isolada, mas as mulheres e os homens, diferentes uns em relação aos outros e entre eles (as) próprios (as), só compreensíveis em uma perspectiva relacional. Além disso, ela sugeriu a articulação das questões de gênero à classe social, raça, etnia e política. Para Scott, o gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica (BRASIL, 2004 a; SOIHET, 2002).

Soihet (2002) complementa que não se trata de teorizar a questão da diferenciação sexual, mas de enfatizar o caráter social e cultural das distinções baseadas no sexo, incorporando as relações de poder que atravessam as idéias de assimetria e hierarquização nas relações entre homens e mulheres.

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden siempre a cambios en las representaciones del poder, pero la dirección del cambio no es necesariamente en un solo sentido (SCOTT, 1990, p.45).

Paralelamente aos estudos de gênero, novos avanços na área da saúde valorizando a mulher se sucederam, buscando compreender e dar-lhe maior visibilidade e revelar as

modificações nas relações entre elas e os homens,, estabelecidas em razão da discussão e crítica ao patriarcalismo, às leis e às imagens existentes.

No século XX, de acordo com Arruda (1989), o parto hospitalar passa a predominar, sobretudo, após a segunda guerra mundial. São estabelecidas normas e rotinas que controlam o corpo da mulher, que a despersonalizam, a separam da família e priorizam as atenções aos bebês, que precisam se desenvolver sadios para atender às necessidades de mão-de-obra exigidas pela indústria em ascensão. Para a autora supracitada, o parto se constitui, historicamente, em uma luta de poder entre a mulher, poder de vida, e a ordem médica, poder de controle sobre o corpo, sexualidade e emoções.

Tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder, e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o à situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante (CAMPOS, 2005, p.399).

Com o advento da anestesia, anti-sepsia e progressos relativos à suturação, a cesária torna-se uma prática corrente no século XX, sendo feita muitas vezes de forma eletiva, medicalizando ainda mais o processo de nascimento. A sofisticação dos exames do diagnóstico da gravidez, a segurança dos procedimentos cirúrgicos e a mudança de ênfase para a saúde e o bem-estar do recém-nascido, neste século, dão aos obstetras o controle não só do parto, mas também do período gestacional, a partir do momento em que foi desenvolvido o conceito de exame pré-natal.

Atualmente, início do século XXI, são grandes os progressos tecnológicos já iniciados no séc. XX, entre eles a concepção assistida “*in vitro*”, a inseminação artificial, a gestação de aluguel, que possibilitam a algumas mulheres ter filhos e desenvolver a gravidez. Por outro lado, o controle sobre a fecundação, a gestação e o desenvolvimento do bebê ainda continua sob o jugo do profissional, mormente o médico, que conduz os procedimentos. Além disso, tais progressos trazem no seu cerne grandes questões éticas.

Os progressos tecnológicos nem sempre se refletem positivamente no cuidado prestado às mulheres no ciclo grávido-puerperal. Ainda morrem mulheres em função da falta de ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças; a gestação e parto permanecem medicalizados; a gestação continua sendo vista como uma doença que deve ser tratada e controlada por um profissional de saúde, nas mesmas instalações que são tratadas as patologias. A gestação e o parto ainda continuam sobre o monopólio do médico, sendo expropriando o direito da mulher de ter informação sobre o processo que está vivendo e de exigir seus direitos sociais, sexuais, reprodutivos e de saúde. O cuidado pré-natal é negado ou

negligenciado em alguns lugares. A atenção à saúde é fragmentada, impessoal e centrada em procedimentos e patologias. Apesar dos avanços nesta área, graças, principalmente, ao clamor das mulheres, persiste ainda a atenção à saúde da mulher centrada no modelo biomédico, e ela continua tendo que lutar para ser valorizada como pessoa e para ter direito à assistência digna a sua saúde.

Contudo, paralelo a isto, tem-se buscado o cuidado humanizado às mulheres durante o processo de nascimento, considerando a sua integralidade, multidimensionalidade e os diversos contextos em que estão inseridas, etapas da vida e relações de gênero. Procura-se ver a gestação como um processo de evolução normal, cujos protagonistas são a mulher e seus familiares, bem como fortalecer as redes de apoio social, constituídas por amigos, familiares e profissionais. Nesse contexto, a equipe interdisciplinar tem um importante papel, podendo contribuir para facilitar a condução desse momento, compartilhando conhecimentos e experiências, a fim de que a mulher possa compreender melhor suas vivências, minimizar seus medos e suas ansiedades, preparar-se para os novos papéis, escolher os cenários e tipos de partos possíveis. Além disso, tem também a função de encaminhar a gestante para níveis de maior complexidade de saúde, quando estes forem indicados.

2.2 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO BRASIL E ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

A medicalização da gestação e do parto foi se dando gradativamente também nas Américas, na medida em que estas se desenvolviam e novos conhecimentos e costumes eram introduzidos. Na América do Sul, em especial no Brasil, uma das colônias de Portugal, a evolução se fazia lentamente.

Na época da colonização, o Brasil, habitado por indígenas, por degredados e aventureiros vindos de Portugal e por escravos, a partir da primeira metade do século XVI, não dispunha de nenhum modelo institucionalizado e moderno de atenção à saúde, nem havia esse interesse por parte de Portugal em fazê-lo.

As crenças e costumes de uma população indígena, somada, posteriormente, as dos escravos que acompanhavam os novos habitantes lusos, estavam presentes e eram incorporados pelos novos habitantes. As negras atendiam às escravas na senzala e as mulheres da casa grande, sendo esta tarefa parte de suas atribuições.

Desprovidas dos recursos da medicina para combater as doenças cotidianas, as mulheres recorriam a curas informais [...] havia os saberes vindos da África, baseados no emprego de talismãs, amuletos e fetiches, e as cerimônias de curas indígenas, apoiados na intimidade com a flora medicinal brasileira (TORNQUIST, 2004, p. 82).

Havia nessas terras os pajés, que exerciam a sua pajelança e tratavam de seus doentes. As mulheres gestavam seus filhos e os tinham sozinhas, acoradas na mata ou na beira dos rios ou ainda junto com as outras mulheres em suas ocas, sobre esteiras ou tábuas. Algumas índias da tribo Bororó faziam covas quando sentiam as contrações. Pariam o filho neste local, de cócoras.

Entre os Tupinambás, quando a mulher entrava em trabalho de parto, esta se deitava no solo ou sobre tábuas, em mesas rústicas de parir conservadas no interior das malocas. A índia era atendida pelas mulheres idosas e também pelo companheiro, que fazia força sobre o seu abdome e cortava o cordão com os dentes ou com uma pedra. Em seguida, erguia o recém-nascido, se fosse varão, cumprindo um rito de passagem. Lavado no rio, o recém-nascido era ungido em óleo e seu corpo era pintado de preto e vermelho pela tintura de genipapo e colocado em uma tipóia na frente da oca. Enquanto a mulher banhava-se no rio, o pai ficava na rede deitado, alimentando-se com comidas leves, recebendo visitas das outras mulheres, que o presenteavam e o consolavam pelos sofrimentos e esforços havidos. Tal prática foi denominada de covade (choco), costume conhecido entre os povos indígenas, ocorrendo ainda na atualidade em algumas comunidades de índios. Os homens Tupinambás explicavam tal prática, “o choco do marido”, por ter o filho saído “dos lombos” masculinos, cabendo à mulher apenas o papel de guardiã da semente no ventre (REZENDE, 2000). Estas práticas, das quais as mulheres e familiares participavam e ainda participam em algumas aldeias indígenas no Brasil, aceitas por todos, refletiam sua cultura, o contexto em que viviam e as suas experiências. O parto e o nascimento vividos pelas indígenas de forma diferente, na concepção de Tornquist (2004), eram e são, a um só tempo, eventos biológicos, culturais, sociais e individuais; verdadeiros ritos de passagem, de acordo com a abordagem de Monticelli (1994).

No entanto, para Rezende (2000), dentro da lógica cartesiana, as práticas obstétricas dos silvícolas brasileiros, à época do descobrimento e no século seguinte, eram rudimentares.

Segundo Del Priori (1993), o cuidado com a saúde, entre os brancos, limitava-se à ação dos boticários, que exerciam as habilidades de tratar e de curar, utilizando ervas. Em relação à mulher, adentravam no cenário as comadres e parteiras que elaboravam fórmulas caseiras para os males da mulher (para mulheres não fecundas, histéricas e com doenças da madre ou útero). Essas mulheres gozavam de enorme prestígio nas sociedades tradicionais. Pela sua idade, não podiam conceber, mas conheciam os cuidados na gravidez, no parto e pós-parto. Muitas mulheres negras também auxiliavam as mulheres durante a gestação e o parto.

Os homens só interferiam no caso de emergência. Era reduzido o número de parturientes, mesmo as ricas e nobres, que procuravam a assistência de um médico para parir e, quando o faziam, era por uma complicação ou por ostentação.

No Brasil Colônia, tais mulheres, que detinham o conhecimento e o domínio da arte de partejar, constituíam-se de negras, algumas portuguesas ou caboclas, designadas como “curiosas”, cujos valores entravam em conflito e vezes transgrediam a moral religiosa católica (PROGIANTI, 2001). Assim, a Igreja Católica lutou para afastar estas mulheres associadas a símbolos negativos, situação que se estendeu às parteiras diplomadas que chegaram ao Brasil após a chegada da família real. Estas também sofreram os ataques movidos por médicos e por religiosos, os quais as acusavam de aborteiras e infanticidas (PROGIANTI, 2001).

Nesta perspectiva, especialmente no século XVIII, nas colônias, a Igreja tenta substituir a ação das curandeiras pela interseção da Nossa Senhora do parto e de outras santas, estimulando a oração e ampliando o poder da catequese, esvaziando as antigas tradições (DEL PRIORI, 1993).

Posteriormente, com a vinda da família real, em 1808, criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. As atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação de atribuições sanitárias às juntas municipais e controle dos portos e ação de boticários, fato decorrente da carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império.

No Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. Em outros estados brasileiros, estes profissionais eram inexistentes. Em 1808, Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico Cirúrgico, no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano, foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar (POLIGNANO, 2004; REZENDE, 2000). O poder médico ganhava espaço, cabendo a estes profissionais responderem sobre as causas das doenças da população, bem como controlar e fiscalizar os seus hábitos, visando a sua saúde.

As questões de saúde pública ficaram subordinadas na época da colonização à Intendência Geral de Polícia, que, juntamente com as escolas de medicina, adotou um pensamento higienista para toda a sociedade.

Ao longo do século XIX, a incorporação dos preceitos higiênicos na família e a sua responsabilidade pela gestação, nascimento, crescimento e educação das crianças levaram a mulher a ser considerada elemento-chave nesse processo. O médico, por sua vez, seria aquele que atenderia a mulher em suas fragilidades, seu consultor e confessor, que penetraria no espaço familiar e provocaria modificações no perfil das relações familiares. Assim,

estimulava que as mulheres assumissem a sua responsabilidade social na educação e procriação dos filhos; apelava para que a mulher deixasse valer seu instinto natural; advertia as mulheres sobre as conseqüências de negligenciar a vocação de ser mãe ao assumir outras atividades fora do lar e estimulava a amamentação para diminuir a mortalidade infantil. Posteriormente, nas famílias mais abastadas, a mulher ainda recebia a função de assegurar a ordem social, mantendo o casamento e a família em harmonia (MANDU, 2002; OSIS, 1994; POLIGNANO, 2004).

Em 1832, as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina, passando a conceder os títulos de Doutor em Medicina, de Farmacêutico e de Parteira, através dos respectivos cursos de Medicina e Farmácia. Determinava a lei que ninguém mais poderia curar, ter botica ou partejar sem o título conferido por essas faculdades. A institucionalização da prática de parteira retirava a sua autonomia e estabelecia a sua vinculação, transformando-a em uma profissão auxiliar, subordinada às regras emitidas pelas escolas médicas, que normatizavam o exercício profissional e validavam os diplomas (FRAGA; PONTES, 2002). Em 1833, uma francesa, naturalizada brasileira, Marie Josephine Mathilde Durocher é a primeira e única mulher a se matricular na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no Curso de Parteias; sendo que só após 5 anos matricularam-se mais 5 mulheres (FRAGA; PONTES, 2002).

De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina. Tal situação persistiu até meados do século XX, quando os cursos de parteiras foram extintos e foram criados cursos, anexos às faculdades de medicina, para profissionais de enfermagem que desejassem trabalhar em salas de parto nas maternidades. Em 1939, em São Paulo, foi fundado o Curso de Enfermagem Obstétrica, anexo à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, tendo formado apenas uma turma, em razão da curta duração do curso e do baixo nível de escolaridade exigido (primário). Considerando esta formação precária, o médico Álvaro Guimarães Filho, professor responsável pelo curso, propõe a criação da especialização da obstetrícia após a formação de enfermeira geral. A partir de 1949, as escolas de enfermagem passaram, oficialmente, a formar enfermeiras obstétricas, tendo o direito ao certificado de enfermeira Obstétrica aquela enfermeira já diplomada que cursasse mais um ano de especialização em obstetrícia. Os dois tipos de formação continuaram sendo oferecidos, sendo que os cursos de enfermagem e de obstetrícia funcionaram de maneira independente até 1960, quando o Conselho Nacional de Educação determinou que a enfermeira optasse, no final do curso de dois anos, por estudar mais um ano de obstetrícia ou aprofundar a enfermagem. Com a crescente hospitalização do parto, o campo

de atuação das parteiras passou a ser objeto de disputa entre estas, as enfermeiras e os médicos, gerando grandes polêmicas entre enfermeiros e parteiras em relação à formação (RIESCO; TSUNECHIRO, 2005) e também [] conflitos entre estes três profissionais, que creio repercutem até hoje e que podem interferir no cuidado prestado à mulher.

Retornando às questões da saúde no Brasil, no século XIX e início do XX, entre 1889 e 1920, na chamada Primeira República, a inexistência de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. Os serviços de saúde Pública eram dirigidos pela Diretoria Geral de Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores. Naquela época, destaca-se Osvaldo Cruz, que comandava as campanhas sanitárias para combater as endemias urbanas (POLIGNANO, 2004; CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001).

Segundo Polignano (2004) e Andrade; Soares e Cordoni Junior (2001), a assistência individual hospitalar nesta época era privada. A assistência aos pobres, inclusive para as mulheres com intercorrências na gravidez e no parto, era feita pelas Casas de misericórdia.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz, que era puramente fiscal e policial (POLIGNANO, 2004). Naquele mesmo ano, cria-se um curso para visitadoras sanitárias, mantido pela Cruz Vermelha. Surge, então, a primeira categoria de pessoal de enfermagem, formada no Brasil, com algum preparo para atuar na área da Saúde Pública (FRAGA; PONTES, 2002).

A discussão sobre a proteção à maternidade e à infância passou a envolver maior número de médicos e adotar um tom político-pedagógico, de acordo com Martins (2004), no final do século XIX e início do século XX. Passou-se então a discutir a criação das maternidades e a implantação de uma política pública, mantida pelo governo, para criar maternidades, ambulatórios, distribuir enxovais e indenizar as mulheres no período em que se ausentassem do trabalho, o que foi pouco considerado pelos governantes da época. Essas discussões iniciais, a insistência e a indignação de alguns médicos, suas argumentações e planos para construção de maternidades resultaram, em 1904, na fundação da Maternidade de Laranjeiras, no Rio de Janeiro, ainda que com poucos leitos. Além disso, tiveram como consequência a organização de um serviço de assistência domiciliar prestada pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância, um ambulatório denominado de Dispensário Moncorvo, em homenagem a um pediatra que atendia a uma pequena parcela da população. O governo brasileiro, contudo, não reagia aos apelos dos médicos, sendo o atendimento obstétrico

insipiente até o começo do século XX. Insatisfeitos com as condições de saúde das mulheres grávidas e com a falta de uma política direcionada a elas, alguns médicos passaram a esboçar uma política de saúde materno-infantil. Tal política buscava abranger a qualidade dos serviços, a assistência social, a proteção legal às mulheres grávidas e às puérperas, a orientação à mulher para cuidar de seus filhos, a prática da puericultura e a formação de médicos e enfermeiros, que se estendeu aos outros estados do país (MARTINS, 2004). Os médicos passaram a estimular o parto hospitalar, pautados no conhecimento científico e no discurso moralizador a respeito da maternidade e da proteção das mulheres, inicialmente nas camadas mais pobres. Posteriormente, isto aconteceu com a camada média e alta, após convencer as mulheres de que o hospital era um ambiente seguro e fornecia acomodações particulares e seguras a elas.

A medicalização do processo de gestar e de parir se solidificava. Segundo Martins (2004), a hospitalização do parto pode ter iniciado no Brasil de acordo com registros hospitalares nas primeiras décadas do século XX, ou a partir de 1960, caracterizando este século o da hegemonia da biomedicina e de seu modelo de atenção, principalmente, no ocidente.

A medicalização do parto tornou-se um modelo a ser seguido como parte do projeto de modernização, atravessada pela idéia de civilização vigente à época. Embora com ritmos diferenciados, de acordo com a especificidade de cada país, o que se observava era uma grande sincronidade nestes processos, já que a medicina ocidental dos últimos séculos era intrinsecamente cosmopolita (TORNQUIST, 2004, p.78).

A associação entre parto medicalizado e civilidade tornou-se uma marca comum entre os diversos países ocidentais capitalistas, inclusive os países do Terceiro Mundo, para os quais modernizar significa compartilhar os modelos e costumes dos países centrais (TORNQUIST, 2004, p. 79).

Na primeira e segunda década do século XX, vieram a público, segundo OSIS (1994), as primeiras preocupações oficiais com a saúde da mulher, traduzidas em leis e decretos na forma de legislação trabalhista, tendo as finalidades de proteger a maternidade das mulheres que exerciam atividades fora do lar e proteger as crianças. Em São Paulo, em 1917, surgiu a primeira lei de abrangência estadual, proibindo o trabalho noturno de mulheres e restringindo o trabalho no último mês de gravidez e no primeiro mês do pós-parto. Em 1923, surgiu a primeiro decreto federal para a trabalhadora feminina, facilitando a licença maternidade e garantindo o direito à amamentação durante a jornada de trabalho (OSIS, 1994).

A institucionalização da atenção à saúde materno-infantil dá-se com reforma de Carlos Chagas, na década de vinte, desenvolvendo-se, posteriormente, por forças dos dispositivos legais e programáticos (TYRREL; CARVALHO, 1998). As primeiras ações que visavam

melhorar o bem-estar do binômio, mãe e bebê, iniciaram, assim, de forma institucionalizada, no início do século XX, quando alguns profissionais de saúde julgaram interessante fazer visitas domiciliares às gestantes, chegando-se a cogitar a internação hospitalar para algumas delas.

No final da década de 20 e início de 30, influenciado por experiências americanas, inicia a estruturação de uma nova organização médico-sanitária, que valoriza a educação como via essencial à saúde. Para proteção médico-sanitária da gravidez e vida infantil, utilizavam-se tecnologias como a visita domiciliar, o estímulo à amamentação natural ou o recurso das amas-de-leite, a educação da mulher em relação aos cuidados na gravidez e com os bebês, a distribuição de leite às gestantes e nutrizas pobres (MANDU, 2002).

A partir de 1930, com a ditadura de Vargas nasce uma nova estrutura de previdência social, os institutos de aposentadorias e de pensões por categorias dos trabalhadores, sendo seus presidentes nomeados pelo Estado. O operariado brasileiro passa a viver uma nova fase, com a tutela da atividade sindical pelo Estado. É criado o Ministério do Trabalho e, posteriormente, o Ministério da Educação e Saúde, que passa a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo. Naquela época, foram estabelecidos o decreto número 21.147 (1932), que regulamentava o trabalho da mulher, e as constituições de 34 e 37, reforçadas posteriormente pelas de 46 e 67, que determinavam a adoção de medidas para diminuir a mortalidade materno-infantil, asseguravam o descanso antes e depois do parto, sem alteração de salário e emprego (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001; OSIS, 1994). Em 1939, regulamenta-se a justiça do trabalho, e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (POLIGNANO, 2004).

Segundo Osis (1994), paralelo a estas mudanças relacionadas ao trabalho, as políticas públicas da área de saúde iam se concretizando em programas. A atenção à saúde da mulher, um dos principais focos destes programas, traduzia-se na proteção ao grupo materno-infantil. Valorizava-se naquele período a mulher e o seu papel de mãe. Assim, os programas de saúde buscavam enfatizar a questão da reprodução, dada a importância social deste fenômeno.

O primeiro órgão do governo que se voltou exclusivamente para o cuidado materno-infantil, segundo OSIS (1994), foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), que atuou de 1940 a 1965, coordenando e normatizando as ações voltadas à infância e adolescência. Este Departamento normatizou as ações de puericultura, entendendo-a como ciência que cuida da procriação e da criação da espécie humana, direcionada à infância, adolescência e proteção da gestação e maternidade. Acreditava-se, naquela ocasião, que a reprodução era uma função social que interessava muito mais à sociedade do que ao indivíduo, cabendo ao

governo cuidar desta área. Assim, buscava-se proteger a população materno-infantil, principalmente a mais pobre, com o intuito de garantir gerações saudáveis, as quais pudessem servir de mão-de-obra para o capitalismo vigente.

O término da II Guerra Mundial havia gerado grandes mudanças econômicas e políticas que passaram a marcar o cenário mundial. A industrialização e o processo de urbanização foram acelerados. Na saúde, solidificavam-se ações públicas voltadas à maternidade e infância, em virtude da preocupação com a formação de quadros humanos para suprir as necessidades crescentes do trabalho industrial (MANDU, 2002).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que passou a coordenar, em nível nacional, a assistência materno-infantil, culminando com um processo de centralização, observado no Estado Brasileiro e, especificamente, nas políticas de saúde (OSIS, 1994). No entanto, segundo Polignano (2004), apesar da criação do Ministério e das políticas adotadas, não houve uma efetiva preocupação com o atendimento dos problemas de saúde pública que eram de sua competência.

A tendência que veio se cristalizando desde 50, decorrente da industrialização e urbanização acelerada, e que se fortaleceu com a Revolução de 64, foi a de concentrar a intervenção estatal na expansão da medicina previdenciária hospitalar e ambulatorial, fundamentada no cuidado médico individualizado. Estabelecia-se a dicotomia entre a medicina curativa e de saúde pública, preterindo-se as práticas sanitárias (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001; OSIS, 1994).

Entre 1964 e 1973, indo até meados dos anos 80, ainda no período da ditadura militar, instituiu-se o modelo de atenção à saúde, chamada médico-assistencial-privatista. Tal modelo privilegiava a assistência médico-curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento de uma assistência generalista e preventiva. Além disso, estimulava a criação de um complexo médico industrial privado, orientado para o lucro (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001; POLIGNANO, 2004).

Após a Revolução de 64, mais precisamente em 1971, voltou-se a falar dos cuidados específicos para o grupo materno-infantil, no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil que previa programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gestação de alto risco, ao aleitamento materno, à nutrição e de controle de crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 4 anos, bem como à atenção ao período intergestacional (OSIS, 1994).

A ampliação da seguridade social para empregados rurais e para as domésticas e a proliferação de contratos de serviços com empresas privadas levaram a um caos orçamentário,

criando condições para corrupções no setor previdenciário. Tentando contornar esta crise, foram adotadas várias medidas político-administrativas, sendo criado, em 1974, o Ministério da Previdência Social para gerenciar as atividades do seguro social (MPAS) e assistência médica, passando a controlar os recursos. São definidos os campos de atuação do Ministério da Previdência e do Ministério da Saúde, sendo o primeiro voltado para a assistência médico-assistencial individualizada, e o segundo, responsável pelos serviços de saúde pública (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

O período de 1974 a 1979 constituiu-se em uma fase de mudanças conceituais importantes no âmbito da discussão das políticas sociais e de saúde no Brasil, surgindo um movimento crítico de reflexão sobre as políticas públicas. Foi nessa fase que se consolidou o movimento brasileiro da reforma sanitária (BRASIL, 2003c). O movimento de mulheres teve uma participação efetiva e importante neste período.

Nesse contexto, surge o primeiro programa de atenção materno-infantil, em 1975, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com versão preliminar em 1974. O alvo eram crianças, especialmente com desnutrição e rendimento e aprendizagem escolar baixos, além de gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil. Segundo OSIS (1994), tal programa tinha o intuito de propiciar o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho.

Em 1975, aconteceu no México a Conferência Mundial do Ano Internacional de Mulheres, que proclamou o período de 1976 a 1985 como o decênio das Nações Unidas para a mulher: igualdade, desenvolvimento e paz. As mulheres organizaram-se reivindicando uma resposta governamental as suas demandas de saúde (FORMIGA FILHO, 1999).

A Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) propiciou à mulher brasileira um espaço para discussão, numa conjuntura política marcada pelo cerceamento das liberdades democráticas, repercutindo com ênfase na sociedade organizada as questões de assistência à mulher. Ainda em 1975, o movimento de mulheres, engessado devido aos governos militares, reorganizou-se abrindo debates sobre a discriminação a que estavam submetidas às mulheres, com denúncias da assistência prestada à mulher, exigindo *respostas* governamentais (FORMIGA FILHO, 1999, p.153).

2.3 DA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Em 1977, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que na verdade era uma norma incorporada ao programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em conjunto com a Associação de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO),

a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), a Associação Brasileira de Reprodução Humana e oito universidades do Ceará, de Campinas, de Pernambuco, de São Paulo e de Brasília. Esse Programa emergiu com a finalidade de normatizar e implementar ações de assistência aos riscos reprodutivos e obstétricos e ao planejamento familiar. Posteriormente, o Programa foi engavetado por pressão da Igreja, dos sanitaristas e do movimento feminista, os quais acreditavam que esse fosse direcionado para o controle da natalidade (OSIS, 1994). Todos os programas até então estabelecidos eram direcionados à saúde materno-infantil.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Há análises que demonstra que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostas pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (BRASIL, 2004a, p.15).

Em 1979, a Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU) aprovou a Convenção sobre “Eliminação de todas as formas de discriminação à mulher”, assinada em 81 e ratificada em 84. O Brasil tornou-se signatário, garantindo os direitos sociais, econômicos e culturais equitativos entre homens e mulheres e proteção à saúde reprodutiva, entre outros. No mesmo ano, como país membro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Brasil aprovou o Plano Quinquenal Regional de Ação sobre a Mulher, Saúde e Desenvolvimento (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001; BRASIL, 2004b; FORMIGA FILHO, 1999; OSIS, 1994).

Em outubro de 80, ainda no regime militar, com a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposta a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase toda a população brasileira. Propunha um amplo programa materno-infantil, que não foi implantado, em virtude da crise econômica, dos interesses dos dirigentes dos programas de assistência médica previdenciária e dos empresários do setor de assistência médica (OSIS, 1994). Em 1983, no governo do Presidente João Baptista Figueiredo, foi criado as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando a um novo modelo assistencial que incorporava o setor público. Tal projeto procurava

integrar ações curativo-preventivas e educativas, sendo estabelecida como área prioritária a promoção da saúde da mulher e da criança. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (CARVALHO; MARTINS; CORDINI, 2001, FORMIGA FILHO, 1999).

Durante a década de 1980, o movimento feminista assume a saúde, em especial, a saúde reprodutiva, como tema central de luta e atuação, criando um campo de pressão para mudanças nas políticas públicas. Nesse período, foram feitas severas críticas ao saber e ao poder médico, historicamente vinculado a um discurso disciplinador do corpo feminino, então associado ao lugar de reprodução e de imperfeição biológica. Este saber justificava a hierarquização dos sexos (ÁVILA; CORREA, 1999; DESLANDES, 2005ab).

Ao longo do tempo, o embate deste movimento contra a lógica biomédica dos serviços de saúde desdobrou-se. Foram questionados: a representação fragmentada e dominante do corpo feminino no discurso biomédico; o papel da mulher na função reprodutiva, inscrito na natureza, controlado e domesticado, reiterado por programas e serviços; o privilégio das técnicas curativas em detrimento de ações de prevenção e de promoção e; a biologização da reprodução e sexualidade. Na trajetória dos grupos feministas autônomos, após realização de encontros e seminários regionais e nacionais, germinaria a idéia de um novo modelo de assistência à saúde da mulher, tendo como princípios a sua integralidade e autonomia (ÁVILA; CORREA, 1999).

Nos anos 80, a Organização Mundial de Saúde realizou três conferências internacionais (Washington, Fortaleza e Trieste) com o objetivo de estabelecer consensos sobre as tecnologias mais apropriadas para o pré-natal, parto e nascimento. Tais encontros apontaram a necessidade de reconhecer o direito da mulher de ter acesso efetivo a uma assistência de qualidade que garantisse a privacidade, o respeito e suporte emocional e considerasse a gestante como partícipe das informações e decisões sobre seu atendimento (DESLANDES, 2005ab).

No final dos anos 70 e 80, impulsionados pelo debate dos movimentos organizados de mulheres e dos profissionais ligados à área, foram propostas as ações de atenção integral à saúde da mulher (AISM), com a finalidade de evitar a fragmentação do seu corpo, por meio das especialidades médicas, e melhorar a assistência à mulher em sua saúde reprodutiva (FORMIGA FILHO, 1999; OSIS, 1994).

Uma Comissão³, especialmente convocada pelo Ministério da Saúde (MS) para a redação do Programa, em abril de 1983, sob a portaria MS 344/83, preparou um documento intitulado “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de Ação Programática”, que estabelecia o conceito de integralidade. Esse conceito implicava o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (OSIS, 1998; FORMIGA FILHO, 1999).

Assim, a partir de idéias discutidas em 1980, em Copenhague, e na Conferência Mundial sobre a mulher, na cidade do México em 1975, o Ministério da Saúde e da Previdência Social, incorporando as diretrizes ligadas à saúde, reivindicadas pelas mulheres, e os estudos de profissionais da área, estabeleceu o programa denominado de Projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Tal programa foi apresentado na ocasião pelo Ministro Waldir Arcoverde. As bases filosóficas do Programa introduziram outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimulados e discutidos nas ações educativas, articuladas ao programa. Exigia dos gestores e profissionais uma postura diferenciada que extrapolava capacitação técnica tradicional e pressupunha a incorporação de novas questões ligadas aos direitos do gênero feminino. No entanto, somente em 1984 foi lançado pelo Ministério o documento Assistência Integral à Saúde da Mulher: base da ação programática, que representou o marco inicial das atividades de coordenação e interação dos diversos setores intra e interministeriais, envolvidos no processo (BRASIL, 1984; FORMIGA FILHO, 1999; OSIS, 1998; SERRUYA, 2003).

O PAISM, concebido em 1983 e regulamentado em 1986, definiu a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Resultou de um esforço de profissionais de saúde, do movimento de mulheres e dos técnicos do Ministério da Saúde, no sentido de preconizar ações que ampliavam significativamente o atendimento à saúde das mulheres. Nesse programa, a mulher era vista não apenas como um órgão reprodutivo, mas na sua integralidade em todas as fases da vida, desde a infância até a velhice, de acordo com a característica de cada fase (BRASIL, 1984; OSIS, 1998).

³ Integravam essa Comissão três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, da equipe do Ministério da Saúde e fortemente identificada com o movimento de mulheres; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele Departamento.

Este programa englobava um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, que tinham por objetivo a melhoria de vida da população feminina. O programa também previa a realização de atividades educativas para ampliar os conhecimentos das mulheres sobre seu próprio corpo, exercício de sua sexualidade e regulação da fertilidade, riscos decorrentes dos abortos provocados e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, tornando-as sujeitos de sua saúde reprodutiva e de sua vida. Contemplavam ainda duas grandes áreas na assistência à mulher: a *assistência clínico-ginecológica*, que incluía o planejamento familiar, o controle de câncer cérvico-uterino e diagnóstico precoce de câncer de mama; a educação social; e a *assistência ao ciclo grávido puerperal*. Esta segunda área compunha-se de um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os fatores de riscos na gestação, além de um conjunto de ações harmônicas e integradas, educativas, sociais, psicológicas, clínicas à mulher na gravidez, no trabalho de parto, parto, puerpério imediato normal ou com complicações (BRASIL, 1984).

No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ampliou o elenco de ações destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência (PENNA; PROGIANTI, 1999).

Seu conteúdo inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva, adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo, em 1994 e em Beijing, em 1995. Conseqüentemente, 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 (OSIS, 1998, p.31).

O lançamento do PAISM teve um amplo significado social, constituindo-se em elemento catalizador de debates, importante naquele momento histórico de democratização da sociedade brasileira, de grande efervescência política, com intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil, que lutavam pelo restabelecimento da democracia. O PAISM representou um marco na história das políticas públicas dirigidas às mulheres ao romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, de doença e reprodução. O PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, da atenção materno-infantil para a integralidade (LEÃO, 2002; OSIS, 1998; SERRUYA, 2003).

Em suma, podemos constatar que o Estado criou vários programas na área materno-infantil, ao longo da história, entre as décadas de 70 e 80, que se complementavam, ampliavam as ações e se inseriam dentro das políticas adotadas na ocasião (TYRRELL; CARVALHO, 1998).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), elaborado em 1974, tinha por finalidade reduzir os altos índices de mortalidade materno-infantil e como meta a atenção a serviços prioritários, limitando-se à reprodução (gestação, parto e puerpério). Sua articulação se dava nos três níveis federal, municipal e estadual. O PNSMI ampliou-se em 1978. Além da assistência materno-infantil foi acrescentada a assistência pré-concepcional e concepcional. Tinha como meta a descentralização técnico-administrativa, definindo-se desta forma a regionalização dos serviços. O Programa da Assistência à mulher (PAISM, 1984), além de prestar assistência à reprodução (pré-natal, parto, pós-parto), estendia suas ações ao planejamento familiar e à assistência clínico-ginecológica. Surgia a referência e contra-referência, ampliando a cobertura dos serviços de rede básica (TYRRELL; CARVALHO, 1998).

2.4 O SUS E O PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA NOVA PROPOSTA

O PAISM expressou pragmaticamente a aplicação dos princípios de universalidade e integralidade, enfatizando a utilização das Ações Integrais de Saúde (AIS). Nesse sentido, pode-se dizer que tal programa representou um importante passo no caminho percorrido para o estabelecimento da Reforma Sanitária. Tais idéias foram levadas à VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), significando desconcentração de recursos de alguns serviços, descentralização e unificação dos serviços de saúde e uma estratégia e ponte para o SUS, como foi considerado por muitos analistas políticos (BRASIL, 1989,1987; OSIS, 1998). Tal conferência aprovou o relatório em que passou constituir o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira que foi levado à Assembléia Constituinte em 1987 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

Em outubro de 1986 ocorre também a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, tendo como um dos enfoques a assistência integral à saúde da mulher, na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Defendia os princípios de integralidade, regionalização, hierarquização, equidade, qualidade de assistência, participação da mulher e comunidade nas questões da saúde, reforçando o PAISM e a Reforma Sanitária (BRASIL, 1987a).

Naquele mesmo ano, em junho, foi promulgada a lei do exercício profissional da Enfermagem, Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo decreto número 94.406/87; que instituiu que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 1986, 2000a; FRAGA; PONTES, 2002).

Esses fatos ocorreram concomitantes à eleição da Assembléia Nacional Constituinte, em 1986, e à promulgação da nova Constituição, em 1988. Boa parte das reivindicações do Movimento Sanitário foi contemplada na nova constituição, inclusive a garantia do novo Sistema Único de Saúde, SUS (OSIS, 1998; BRASIL, 1988). O processo de construção do SUS teve grande influência na implementação do PAISM, e este, na implementação do SUS. Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080. Essa lei define o seu modelo operacional, propondo a sua forma de organização e de funcionamento (BRASIL, 1988, 1990ab, 2000e; POLIGNANO, 2004).

O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2004a, p.17).

O SUS, ainda em processo de construção, um projeto inacabado e inconcluso, carece de determinação e vontade política para a sua efetivação, trazendo consigo princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização de um país (RIZZOTO, 2002). Tem como princípios doutrinários a universalidade⁴, a equidade⁵, a integralidade⁶ e os princípios organizativos como: hierarquização, participação popular e a descentralização política administrativa (BRASIL, 1990ab, 2000e; POLIGNANO, 2004). Além disso, segundo Portaria nº. 3.925, de 13 de novembro de 1998, o SUS fundamenta-se ainda: a) na saúde, como um direito; b) na resolutividade, ou seja, eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde; c) na intersetorialidade como o desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde e para humanização do atendimento; d) na humanização do atendimento, entendida como responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população (BRASIL, 1998, 2000e).

Os principais desafios enfrentados para a consolidação do SUS foram: a inclusão assistencial de um enorme contingente populacional anteriormente sem assistência ou

⁴ Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

⁵ Acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência.

⁶ Igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

assistido restritamente; a fusão das redes assistenciais após 1989 (uma que era vinculada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e outra que era vinculada ao Ministério da Saúde), inclusive dos recursos que passaram a ser gerenciados apenas por um órgão em cada esfera do governo; as adequações de gerenciamento e de organização assistencial, necessárias à implementação dessas medidas (BRASIL, 2002h).

Segundo Brasil (2003a, 2004f), o avanço no fortalecimento da atenção básica caracterizou-se pelo incentivo às ações consideradas estratégicas, dentre as quais está a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF). Dentre as ações básicas, eleitas nesse programa, temos: o controle da Tuberculose; a eliminação da Hanseníase; o controle da Hipertensão; controle do Diabetes Mellitus; as ações de Saúde Bucal; ações de Saúde da Criança e ações de Saúde da Mulher. A área da saúde da mulher tem como enfoque a atenção pré-natal, o controle câncer cérvico-uterino, a detecção precoce do câncer de mama, climatério, o puerpério e o planejamento familiar.

A origem do Programa de Saúde da Família está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como medida de enfrentamento aos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do País. O ideário do Programa de Saúde da Família, calcado nos princípios da Reforma Sanitária, assume como foco a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. Privilegia, também, a vertente municipalista, estimulando a organização dos sistemas locais e buscando a integração de fato com a comunidade (BRASIL, 2003a, 2004f).

Ao PSF foi então atribuída a função de desenvolver ações básicas no primeiro nível de atenção à saúde, propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O programa deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (BRASIL, 2003a, 2004f).

O PSF, concebido em 1994, como estratégia para a organização e o funcionamento do SUS, assume lugar de destaque na atenção básica, podendo ser entendido como o “novo fazer” de saúde, substituindo o modelo tradicional de assistência orientado para a cura. Tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Nessa estratégia que se apresenta como reorganizadora do modelo assistencial, a equipe de saúde tem como compromisso: entender a família e o seu espaço

social como núcleo da abordagem, e não mais o indivíduo isoladamente; prestar uma assistência integral, resolutiva, contínua e qualificada; estimular ações de promoção à saúde e prevenção de doenças; identificar e buscar intervir sobre fatores de risco; planejar as ações com base nos critérios epidemiológicos e sociais; racionalizar a utilização dos demais níveis assistenciais; buscar a humanização das práticas de saúde, criar vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e comunidade; buscar parceiros intersetoriais capazes de potencializar as ações e o atendimento às demandas da comunidade; desenvolver ações educativas; promover a socialização de conhecimentos do processo de saúde/doença; promover a organização do serviço e da produção social à saúde; estimular o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e; a organização da comunidade para que esta atue ativamente no controle social (BRASIL, 2004f; SOUZA, 1999).

Segundo Brasil (2004a), o processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90. Foi influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do PSF. A implementação das ações na área da saúde da mulher e em outras áreas sofreu dificuldades. Para solucionar e enfrentar esta questão, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001a), fortalecendo a capacidade de gestão do SUS, ampliando o poder do município, definindo o processo de regionalização da assistência e estabelecendo critério de habilitação para os estados e municípios.

A Norma Operacional Básica 96, que define estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema e a Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001, editadas pelo Ministério da Saúde, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Consolida o processo de municipalização da gestão do SUS (BRASIL, 2004b, p.18).

De acordo com a NOB-SUS 01/96, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados, segundo os sistemas municipais de saúde, voltados ao atendimento integral de sua própria população e inseridos de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. Estabelece ainda, que as ações desse sistema municipal "têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e à disponibilidade das ações e meios para o atendimento integral" e que a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território (BRASIL, 1998, p.8).

Em relação à área da saúde da mulher, a NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde) determina que os estados e Distrito Federal elaborem um Plano Diretor de

Regionalização que garanta a esta parcela da população um conjunto de ações básicas e serviços, o mais próximos possível de sua residência, em seu município, entre elas: assistência ao pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; imunização; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Garanta ainda o acesso e a integralidade de ações em todos os níveis de atenção, do menor ao de maior complexidade (BRASIL, 2001a).

Para produzir informações, conhecer e analisar as situações de saúde, suas transformações e acompanhar a evolução das ações estabelecidas no SUS e no PSF, foi criado, em 1998, o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), a partir do Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários. Esse sistema informatizado tem possibilitado a identificação dos problemas nas micro-áreas, propiciado a criação de indicadores populacionais referentes à área de abrangência, identificando as condições de desigualdades sociais nos diversos locais e facilitando as intervenções (SOUZA, 2002).

Dados do Sistema de Informação de Atenção Básica-indicadores-2002 (BRASIL, 2003f) revelam que a proporção de gestantes com cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), que iniciaram precocemente o pré-natal no primeiro trimestre no Brasil é de 69%, sendo maior na Região Sudeste, com 78%, e Região Sul, com 77,6%. Santa Catarina atingiu o mesmo percentual da Região Sul. O menor índice encontrado no Brasil, em relação ao início precoce do pré-natal, está na Região Norte, com 58,6%, sendo o Acre o estado que apresentou o menor percentual no Brasil, alcançando 51,8%.

Em que pese os esforços ao longo desses anos de implantação e implementação do SUS, o que se vê é o descaso para com os serviços e atividades do setor público de saúde no Brasil. A realidade que vivenciamos é de precariedade no atendimento à saúde da coletividade (BARRETO; MEDEIROS; SILVA, 1999). Na área da saúde da mulher, no acompanhamento pré-natal, a situação não é diferente.

Muitas mulheres ganham seus filhos sem terem um acompanhamento da gestação, sem compreenderem o processo que estão vivenciando, o que dificulta a sua participação ativa no processo de nascimento e a reivindicação de seus direitos e de seus familiares. Muitas mulheres morrem em decorrência das complicações na gestação, parto e pós-parto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam que, em 1990, em todo o mundo, cerca de meio milhão de mulheres tenham morrido anualmente por causa das mortes maternas, vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Destas, 95% ocorrem nos países em desenvolvimento, onde nem sempre os óbitos resultantes de morte materna são corretamente

notificados pelas autoridades de saúde, seja por negligência, descaso ou ignorância (COSTA, et al., 1997; COELHO, 2003).

No Brasil, milhares de mulheres morrem todos os anos por complicações ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério, sendo este o quinto maior índice de mortalidade da América Latina. Estima-se que ocorram 134,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, sendo que as causas mais frequentes de morte materna são as doenças hipertensivas da gravidez, as hemorragias, as infecções e os abortos, as chamadas causas diretas; 98% destas mortes seriam evitáveis se as mulheres tivessem condições de vida digna e atenção à saúde adequada (BRASIL, 1995ab).

O despreparo dos profissionais ou a falta de profissionais com perfis para atender esta população é uma questão a ser considerada. Tsunehiro; Bonadio, Oliveira (2001) afirmam que atenção prestada por alguns profissionais da rede pública ou privada evidencia o despreparo destes para interagir, escutar, aproximar-se da usuária, respeitar a sua singularidade, sem perder de vista o seu contexto familiar, social e sua bagagem cultural, para reaprender o popular e ser ético e humano com as clientes.

Como vemos, ainda é muito forte a visão hegemônica, cartesiana e biologicista, centrada nas doenças e nas especializações médicas, em detrimento da prevenção de doenças e promoção da saúde. Contudo, vem ocorrendo lentamente uma mudança de paradigma que repercute nas políticas de saúde.

2.5 INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS DIRECIONADAS À ATENÇÃO HUMANIZADA NA GESTAÇÃO

Analisando os altos índices de mortalidade materna e também as mortes perinatais, mortes consideradas evitáveis, a Coordenação Materno-Infantil (COMIN) do Ministério da Saúde, a FEBRASGO, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Pan-Americana de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e o Fundo da População das Nações Unidas (FNUAP), em um esforço comum, lançaram em 1995, o Projeto Maternidade Segura.

O Projeto Maternidade Segura, através de um conjunto de critérios e procedimentos técnicos, denominados de “Oito Passos para a Maternidade Segura”, foi criado com a proposta de mobilizar profissionais que atuassem direta ou indiretamente nos cuidados da mulher, aumentar a cobertura e melhoria de qualidade de atendimento nos serviços de saúde e prestar orientação adequada à gestante. Os oito passos buscavam garantir informação sobre

saúde reprodutiva e sobre os direitos da mulher; assegurar assistência durante a gravidez, o parto e o puerpério, assim como o planejamento familiar e incentivar o parto normal e humanizado; ter rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar toda equipe de saúde para implementar as rotinas; possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal; possuir arquivo e sistema de informação; avaliar periodicamente os indicadores de saúde maternos e perinatais. O projeto Maternidade Segura e demais programas implementados pelas políticas públicas foram fruto do empenho dos profissionais da área e, sobretudo, das mulheres (BRASIL, 1995b).

No decorrer das últimas décadas, a mulher vem conquistando seu espaço como pessoa e profissional e luta para ser protagonista de sua história, de sua vida e saúde. Os movimentos feministas têm buscado garantir os direitos das mulheres, disseminar o conceito de cidadania e estabelecer uma nova dinâmica de relações sociais entre homens e mulheres. Lutam, sobretudo, por uma maior participação da mulher na sociedade, por melhores condições de vida e atendimento à sua saúde reprodutiva em todas as faixas etárias.

As mulheres representam a maior parte da população brasileira. Segundo censo demográfico do IBGE (2000 abc) e Brasil (2004a), a população total, por situação de domicílio no Brasil, é de 169.799.170, sendo que 86.223.155 são mulheres, o que representa um percentual de 50,77%. No Brasil temos 58.404.409 mulheres em idade reprodutiva, ou seja, entre 10 e 49 anos, o que significa 65% do total da população feminina. As mulheres freqüentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos e outros membros da família. Constituem-se em um segmento social importante na elaboração das políticas de saúde.

Segundo Leão (2002), no final da década de 90, o quadro de saúde das mulheres apresentou características bastante complexas. Problemas emergentes, como a Aids, a violência e as doenças cardiovasculares estão lado a lado com problemas tradicionais, tais como, o câncer de colo e de útero, a mortalidade e a morbidade associadas às complicações na gravidez, no parto e no puerpério, dificultando o estabelecimento de diretrizes na área de saúde. Essas questões são tão articuladas e dinâmicas que não é mais possível prestar atenção à saúde da gestante sem contextualizá-la em seu ambiente e nas suas relações. É impossível prestar atenção pré-natal dissociada da questão da sexualidade, da questão de gênero, da violência sexual e urbana, da saúde mental, das drogas, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), dos aspectos nutricionais, do seu corpo, das condições de vida e de saúde,

da sua vida social, política, econômica e cultural e de todas as mudanças e transformações no planeta.

Em virtude dessa complexidade, a coordenadora técnica do Ministério da Saúde, Tânia Lago, reforça ser importante não perder a perspectiva da mulher, apontada como meta norteadora das ações a questão da integralidade. A partir de 1998, três pontos básicos têm direcionado, segundo ela, a ação do Ministério da Saúde: a redução de iniquidades dos indicadores epidemiológicos entre as várias regiões do País, aproximando os índices de morbimortalidade do Nordeste aos do Sul; a ampliação das opções no campo do direito reprodutivo, principalmente, assistência humanizada às mulheres com aborto e vítimas de violência sexual e; a assistência integral e humanizada às mulheres, redirecionando o modelo vigente curativo e intervencionista para outro que fortaleça as ações preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2002c).

A assistência humanizada às mulheres vítimas de abortos e vítimas de violência e as gestantes de alto risco foi, de certa forma, contemplada em 2001, com o lançamento pelo Ministério da Saúde do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Tal programa consistia de um conjunto de ações integradas com a finalidade de possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização, democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS.

Uma nova cultura de atendimento, estimulando uma abertura de diálogo do nível de gestão à tessitura mais cotidiana do encontro entre profissionais, profissionais e usuários. Esta proposta de humanização dos serviços públicos de saúde busca opor-se à violência (maus-tratos ou incompreensão de suas demandas e expectativas); ampliar o processo comunicacional; conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema hospitalar de saúde, agregando a eficiência técnica, científica e uma ética que considerasse e respeitasse a singularidade das necessidades do usuário e do profissional que acolha o imprevisível e também o desconhecido (BRASIL, 2001b, 2002f; DESLANDES, 2004).

Ciente da importância do cuidado pré-natal para a redução das taxas de mortalidade materna, de que a falta de percepção dos direitos femininos e dos aspectos fundamentais da humanização eram panos de fundo da má assistência e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o Programa Nacional de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN). Assim, o PHPN propôs os marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios para aderirem ao programa (BRASIL, 2001b; SERRUYA, 2003).

Este programa foi instituído pelo Secretário das Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, através das portarias números 569, 570 e 571, 572, subsidiado na análise das necessidades de atenção à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Alguns itens destas portarias foram alterados pela portaria 1067 GM de 4/07/2005. Este programa tem por objetivos mobilizar esforços no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem acesso, cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. Além disso, busca ampliar ações adotadas pelo Ministério na área de atenção à gestante, como investimentos, alocações de recursos e financiamentos nas redes estaduais de assistência à gestante de alto risco, na capacitação das parteiras e nos cursos de obstetrícia, bem como a realização de investimentos nas unidades hospitalares (BRASIL, 2000bcd). O Programa de Humanização no Pré-natal é um importante instrumento para organização e estruturação das redes de referência para o atendimento das gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde (BRASIL, 2000bcd).

Segundo Brasil (2000c), o programa estabelece como princípios que: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, ao acompanhamento pré-natal adequado, ao acesso à maternidade no momento do parto; à assistência ao parto e ao puerpério e ao neonato de forma humanizada e segura. Segundo este programa, considera-se que a mulher recebeu assistência pré-natal completa se: iniciou precocemente a atenção pré-natal (antes dos quatro meses), quando todas as consultas de pré-natal (6 consultas) e todos os exames obrigatórios (ABO-RH, VDRL, parcial urina, glicemia de jejum, HIV Hb/Ht,) tiverem sido realizados, bem como a imunização antitetânica, a realização do parto, a consulta no puerpério, até o 42o dia e as atividades educativas relativas ao processo.

O PHPN instituiu uma série de medidas, como o estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da assistência. A criação do sistema informatizado de informação e acompanhamento, o SISPRENATAL, essencial para o programa, tem permitido o fornecimento de um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar e avaliar mais detalhadamente a qualidade do cuidado pré-natal e melhorar a gestão dos serviços (SERRUYA, 2003). No entanto, segundo relatório de avaliação do PHPN (BRASIL, 2004e), tal sistema, com potencial de instrumentalizar gerenciamento do programa, não dá conta de retratar de forma integral a realidade do atendimento realizado no local de atenção e depende de uma atitude constante do coordenador municipal do Programa para o funcionamento e o fluxo de informações.

O estudo de Serruya (2003) revela que, desde a instituição do Programa de Pré-Natal e Nascimento até dezembro de 2002, houve a adesão de 3.983 municípios, o que representa 72% de adesão no país, porém grande parte deles ainda não encaminha os dados solicitados ou não está realizando os procedimentos estabelecidos.

Segundo Brasil (2002g), 2.5 milhões de gestantes foram atendidas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), o que representa 77,5% do total das grávidas do país (4.375 milhões). Serruya (2003) afirma, no entanto, que até o final de 2002 as regiões Norte e Nordeste apresentavam os menores índices de adesão, em torno de 65%, seguidos da região Sul com 67%, apesar de Santa Catarina e Paraná terem 100% de adesão. Cerca de 20% das mulheres realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, cerca da metade delas realizaram também a consulta puerperal e os exames obrigatórios em 2002, e 41% das mulheres foram imunizadas com a vacina antitetânica (SERRUYA, 2003).

Desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (AIH), registra-se uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4 consultas de pré-natal para cada parto (BRASIL, 2004a, p.28).

O relatório final do projeto de avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), de 2004, concluiu que os municípios de menor aporte populacional e as capitais necessitaram de mais tempo para a adesão ao programa, bem como para o início da produção dos procedimentos previstos pelo PHPN, sendo levantada a hipótese de que nos municípios menores isto ocorreu pela falta de recursos humanos, materiais e estrutura para desenvolver o programa. Contudo, apesar destas dificuldades, estes municípios tiveram o maior percentual de permanência das gestantes em atendimento e completaram o previsto pelo Programa em menor tempo que os municípios de grande porte, provavelmente pela maior agilidade de ajustes na prática cotidiana. Concluiu, ainda, que a captação média de gestantes com até cento e vinte dias foi alta em todas as regiões do País, e que o Nordeste e o Norte do País apresentaram os menores índices de gestantes que completaram as seis consultas de controle pré-natal, realizaram os exames laboratoriais e foram imunizadas. Foram levantadas como fragilidades do programa: a reduzida realização da segunda bateria de exames no terceiro trimestre, a falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto e a escassa realização da consulta de puerpério (BRASIL, 2004e).

Em que pese o aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência continua precária. Isto é atestado pela alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos por 1.000 nascidos vivos, no SUS; pelo fato de ser a hipertensão arterial a causa

mais freqüente de morte materna no Brasil e também pela reduzida cobertura de vacinação antitetânica, sendo que apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante desta vacina, segundo o sistema de informação do Programa. Os indicadores do sistema de informação do Pré-natal, SISPRENATAL, demonstram que em 2002 somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o mínimo das ações preconizadas pelo Programa e apenas 9,43% realizaram o número de consultas preconizadas pelo programa (6) e a consulta de puerpério (BRASIL, 2004a; SERRUYA, 2003). Segundo Serruya; Cecatti e Lago (2004), os baixos índices alcançados podem ser decorrentes da falta de estrutura das unidades de saúde (recursos humanos, materiais e físicos), do despreparo dos profissionais para preenchimento e encaminhamento dos dados, dos altos custos dos exames e, no que se refere à consulta puerperal, da falta de estratégias, em nível local, que facilitem o agendamento destas consultas. Os autores supracitados referem ainda que concentrar esforços e recursos para qualificar a ação mais antiga e tradicional de atenção à mulher para torná-la realmente efetiva é até uma forma de honrar um débito histórico. Por outro lado, pode parecer um resgate da valorização da mulher como “reprodutora”. Essa contradição é, no entanto, aparente, porque, em primeiro lugar, a proposta de melhoria da atenção obstétrica com abordagem humanística também é uma importante demanda da agenda de saúde das mulheres e, em segundo lugar, porque a focalização realizada na assistência com o PHPN parte de uma constatação praticamente consensual da necessidade de ampliar o acesso e garantir a qualidade. Por fim, a instituição do programa não teve como pressuposto ou consequência o não-atendimento a outras demandas.

Este programa, implantado de forma verticalizada, busca avaliar quantitativamente as ações desenvolvidas na área, tais como: a produtividade dos profissionais e a cobertura dos atendimentos. O PHPN é um primeiro passo, mas não avalia de forma abrangente o cuidado prestado à mulher nesse período. Observa-se também, de modo empírico, que os profissionais não têm uma adesão efetiva para preencher os dados, o que leva a uma subnotificação e uma avaliação distorcida da realidade. Acredito que estas lacunas estão relacionadas com a não-inclusão destes profissionais no processo de planejamento e implantação do programa, além do despreparo técnico.

De acordo com Barros e Passos (2005a), críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso, entre elas o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH-1999, o Programa de Acreditação Hospitalar-

2001, o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar-2000, o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde-1999, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento-2000, e a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Mãe Canguru-2000, reduziam-se grande parte das vezes a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns profissionais de saúde e era posta em segundo plano pela maioria dos gestores e dos profissionais.

Para Barros e Passos (2005a), a humanização como está sendo posta, marcas ou imagens vazias, slogans já sem a força de um movimento instituinte, se apresenta como um conceito-sintoma⁷ nas práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção; b) identificadas ao exercício de algumas profissões (assistente social, psicólogo, enfermagem) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências do mercado que devem focalizar atenção ao cliente e garantir qualidade total nos serviços. Para ganhar esta força necessária, respondendo aos anseios dos usuários e profissionais da saúde, a humanização deve ser entendida não como um princípio do SUS ou o próprio SUS, mas como uma política de saúde que, em minha opinião, vem para consolidar o SUS e legitimá-lo.

Dentro desta perspectiva, segundo Barros e Passos (2005a), é necessário o enfrentamento de dois desafios: o conceitual e o metodológico.

Para eles, deve-se partir da existência concreta, considerando o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos, sendo necessário o reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde.

Desta forma, redefinido o conceito, deve-se tomar a humanização como uma estratégia de interferência nestas práticas, com vistas a transformá-la, levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de coletivamente transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo e assumindo o protagonismo de sua saúde.

Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BARROS; PASSOS, 2005b, p.391).

⁷ Segundo Barros e Passos (2000a, p.390), é “noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. É como tal que o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio”.

O desafio metodológico depende da alteração dos modos de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde. “Neste sentido, a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade” (BARROS; PASSOS, 2005b, p.391).

Consiste em alterar efetivamente as práticas de saúde a partir da transformação dos modos dos sujeitos se relacionarem, formando e fortalecendo coletivos e redes.

Esta mudança de relação no campo da saúde é possível com a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado. Para mudar a maneira de atender à população em um serviço de saúde, é necessário alterar também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e participação, aumentar os graus de comunicação e interconexividade intra e intergrupos nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de co-responsabilização e de co-gestão (BARROS; PASSOS, 2005a).

Adotar a humanização como política transversal que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. A humanização deve caminhar [...] para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde, fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação que só se efetiva a partir do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos (BARROS; PASSOS, 2005a, p.393).

Humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde é, portanto, levar em conta ao mesmo tempo cada vida e todas as vidas, cada homem e todos os homens, um homem e a humanidade enquanto força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (BARROS; PASSOS, 2005b, p.393).

Pensando na adoção da humanização como uma política, em 2003 a nova gestão do Ministério da Saúde inicia a condução de uma proposta que busca expandir a humanização para além do ambiente hospitalar e estabelece a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS (PNH) que se constitui em uma política de caráter transversal que atinge todos os níveis de atenção e perpassa as ações ([] ligadas também à assistência à Mulher) e instâncias gestoras do SUS. Esta proposta entende a humanização como uma transformação cultural da atenção à saúde e de gestão do processo de trabalho. Implica, segundo Brasil (2004j, 2006a, p.16), em:

- a. traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- b. construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- c. oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- d. contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Considerados tais premissas, a humanização nesta política é entendida como:

- a. valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- b. fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- c. aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- d. estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- e. identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- f. mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho (BRASIL, 2004j, 2006a, p.17).

As políticas públicas continuam buscando aprimorar o atendimento à mulher. Ratificando o trabalho, iniciado em 2003, o Ministério da Saúde, ao considerar a saúde da mulher como prioridade, publica em 2004, o “*Documento Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-Princípios e Diretrizes*”, em parceria com setores da sociedade, em especial com o movimento das mulheres, o movimento negro, o das trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores, estudiosos e organizações não-governamentais. Este documento incorpora, sob o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, como princípios norteadores, e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega também a prevenção e o tratamento de mulheres com HIV/AIDS e portadoras de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades (BRASIL, 2004a).

No mesmo ano, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sanciona a Lei n.º 10.745/2004 que estabelece o ano de 2004 como o Ano da Mulher, homenageando todas as mulheres. Propõe programas e atividades junto à sociedade civil para divulgar e comemorar as conquistas femininas. Além disso, busca promover iniciativas que consolidem a equidade e a justiça na inserção da mulher na sociedade brasileira. Em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, o Ministério criou o Disque Saúde Mulher (BRASIL, 2004b).

Em julho de 2004, ocorreu a Conferência Nacional, em Brasília, que teve como tema “Políticas para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero”. Teve como objetivo propor diretrizes para a fundamentação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, atendendo a três eixos básicos: 1) análise da realidade brasileira: social, econômica, política, cultural e desafios à construção da igualdade; 2) avaliação das ações e políticas

públicas, desenvolvidas para as mulheres, nas três instâncias de governo: municipal, estadual e federal frente aos compromissos internacionais – acordos, tratados e convenções; 3) proposição de diretrizes da Política Nacional para as Mulheres, em uma perspectiva de gênero, apontando as prioridades dos próximos anos (BRASIL, 2004c1).

Em 2005 é instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, que entre outras questões, reforça que as gestantes têm o direito ao acompanhamento e acesso ao pré-natal, à assistência ao parto e pós-parto e o direito ao acompanhante já referendado pela lei nº 11.108/05. Estabelece os princípios e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal no anexo 1 (do pré-natal, parto, pós-parto e atenção ao RN), na qual evidencia a qualidade e humanização da atenção em todo o processo (o acolhimento e a autonomia) (BRASIL, 2005b).

É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de coresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2005b, p.2).

Ao longo dos anos, observamos um insistente empenho do Ministério da Saúde em relação à saúde da mulher, evoluindo de uma atenção centrada apenas na reprodução, passando pelo PAISM, à humanização na assistência e atenção à saúde reprodutiva. Atualmente, o Ministério da Saúde tem enfatizado a questão de gênero, a cultura e a atenção aos segmentos da população feminina, ainda pouco visibilizados. Dentre esses se encontram os segmentos das mulheres rurais, das deficientes, das negras, das indígenas, das presidiárias e das lésbicas. Tem também valorizado os problemas emergentes que afetam a saúde da mulher e a participação destas nas discussões e atividades ligadas a esta área (BRASIL, 2004a).

O discurso parece atender aos anseios das feministas, das mulheres como um todo e de uma boa parcela de profissionais. Contudo, precisamos questionar. Por que idéias tão positivas não se efetivam na prática, não se concretizam e se cristalizam em ações visíveis subjetivas e objetivas, em especial na gestação? Por que as mulheres e também os profissionais estão insatisfeitos? Será que a verticalização destas ações é um impeditivo?

Noto que apesar dos esforços dos profissionais e dos planejadores das políticas públicas, a cobertura de atenção pré-natal ainda não é satisfatória. Os critérios mínimos, instituídos no PHPN não são cumpridos pela maioria dos estados cadastrados no programa, os índices de mortalidade materna são altos, o atendimento não atende o princípio de integralidade proposto e, sobretudo, a atenção humanizada, fundamentada no respeito à

dignidade humana, na competência relacional e técnica, na responsabilidade social e no compromisso com o outro, não é efetiva.

Certamente programas verticalizados sem a participação dos mais envolvidos, os atores sociais, podem não ser seguidos, já que não houve um comprometimento.

Como reverter este cenário para que tenhamos um cuidado humanizado, uma clientela satisfeita e um nascimento mais saudável e condizente com o ser humano? Uma gestão participativa? Uma ecologia do feminino, uma nova escuta do mundo e da totalidade do ser, valorizando a subjetividade, a sensibilidade, não esquecendo a racionalidade, parece ser um caminho. A compreensão da complexidade das relações entre as pessoas e com a mãe terra, a participação no cuidado e na gestão, a reinvenção de possibilidades antigas, a disponibilidade para com o outro e o respeito ético no agir, talvez possam se constituir em algumas das perspectivas, neste novo tempo, para melhorar a atenção à mulher no período gestacional.

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Grávida

Ávida

Pávida

Grá... vida

À... vida

Dá... Vida

Com desejo ou com medo

Há vida na grávida

Que ora ávida pela

Vida

Ora com medo da

Vida

Não da própria

Vida

Mas da Nova

Vida

Que nela gera

(Paloma Pacheco, 29/09/97).

Este capítulo aborda a evolução histórica, as finalidades, a efetividade do pré-natal, bem como as barreiras para seu desenvolvimento, as percepções, expectativas e satisfação das gestantes e percepções profissionais sobre esta atenção.

3.1. INTRODUZINDO O TEMA - ASPECTOS RELEVANTES

A atenção à saúde no período gestacional não se restringe à consulta pré-natal, estende-se também ao grupo de gestantes ou casais grávidos, aos atendimentos em sala de espera e domiciliar e às visitas domiciliares. Constitui-se de uma série de ações e de estratégias estabelecidas e construídas em co-participação com a clientela, objetivando a saúde da mulher e de seu filho, o acompanhamento do processo de gestar e a preparação para a maternidade e paternidade (ZAMPIERI, 2005).

A gestação é uma das fases do ciclo de desenvolvimento humano, cujas cadeias de ocorrências estão ligadas entre si direta ou indiretamente, fazendo parte do processo de nascimento que engloba o período que vai desde a pré-concepção até o pós-parto, incluindo os cuidados com o recém-nascido (RN). Este processo especial na vida da mulher e da família constitui-se em um período de transição do desenvolvimento humano extremamente importante. A gravidez caracteriza-se, por ser uma experiência humana complexa, transitória, especial, singular e multidimensional que envolve a mulher, o seu parceiro, a família e a sociedade. Não é apenas um evento isolado, nem descontextualizado dos demais processos que acontecem no ciclo de desenvolvimento humano. Na gestação ocorrem grandes transformações físicas, emocionais, culturais, psicológicas, sociais, pessoais e alterações de ritmo de vida e de papéis, influenciadas pelos sistemas pessoais, sociais, culturais, educacionais, econômicos e políticos (ZAMPIERI, 1998).

Para Cunningham (2000) e Freitas et al. (2006), a gestação pode e deve ser considerada como um estado fisiológico normal, e por isso sua evolução, em 90% dos casos, se dá sem intercorrências. Infelizmente, para Cunningham (2000), a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que acompanham a gestação tende, na opinião de alguns, a estigmatizar a gravidez normal como um processo patológico.

Assim, a gravidez ora é vista como uma situação normal que ocorre durante o ciclo da

vida ora é encarada como doença. É vista por Maldonado (2000) como um estado de crise que pode ser saudável, gerando crescimento e amadurecimento pessoal e familiar, ou uma crise que pode ser patológica, podendo levar a gestante e/ou família a um desequilíbrio, desintegração ou desorganização. Tudo depende de como a mulher e familiares encaram a vida, de suas experiências, vivências, preparo, desejos e dos recursos de que dispõem. Neste momento vital, vários fatores interagem e influenciam, entre eles: a história pessoal, os antecedentes gineco-obstétricos, o momento histórico da gravidez, a aceitação da gravidez pela gestante e família, as condições sócio-econômicas, culturais e espirituais, a formação educacional e o fato de estar ou não realizando o pré-natal (ZAMPIERI, 1998).

A gravidez tem um caráter individual, já que cada mulher a vivencia de forma única, podendo ainda se diferenciar para uma mesma mulher em cada nova gestação. Contudo, a gravidez também é um evento social, envolve o coletivo, uma vez que mobiliza a atenção do meio no qual a mulher está inserida e, de uma forma mais ampla, o sistema social (Ibidem, 1998). Está inserida numa teia de relações, de acontecimentos interdependentes que ocorrem no seio de uma família e na sociedade. A maneira como é conduzida a gestação pode refletir na saúde da mulher e na saúde mental do recém-nascido, na formação da personalidade desse novo ser, nas suas interações com os outros e com a vida. Sendo assim, além de cuidar da mulher, é fundamental cuidar do novo ser que carrega, como a sua mãe e todos os humanos, a forma inteira da condição humana, a vida e o cosmos.

As experiências que a mulher, o acompanhante e os familiares vivenciam no seu nascimento com o bebê intra-útero e após o nascimento influenciam a gravidez, o estabelecimento de vínculos com o bebê intra-útero e após o nascimento. Todas as suas experiências e vivências ao longo da vida, interconexões e inter-relacionamentos com as pessoas e o mundo têm importância e significado nessa etapa da vida.

O nascimento, a infância e a adolescência estão relacionados e repercutem na gravidez. Os ambientes em que as gestantes crescem, atuam e vivem, as relações estabelecidas na família e no trabalho, as questões sociais, culturais e educacionais estão associadas à gravidez. Forma-se assim uma complexa rede de relações intersubjetivas e de dialogicidade. Desta forma, não podemos ver a gestação, a gestante e todos os envolvidos nesta fase especial da vida sem inseri-los no conjunto de contextos e sistemas sociais, culturais ou outros, nos quais interagem, estabelecem acordos e decidem (figura 1).

A atenção primária de saúde à mulher grávida ou a atenção pré-natal também apresenta esta complexidade, tendo determinadas características diferentes de outros níveis de atenção, entre elas, a extensão e capilaridade desta rede de atenção e as demandas de saúde,

que se encontram muitas vezes na fronteira entre os “problemas da vida e da gravidez” e a “patologia”. Tais situações não podem ser solucionadas apenas com o arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina. Esta complexidade reforça a importância do uso de tecnologias leves ou relacionais que podem auxiliar na identificação das necessidades das gestantes e na negociação de ações para satisfazê-las naquele ou em outros espaços institucionais. Reforça ainda a importância da ação interdisciplinar e da articulação intersetorial, já que a atenção à gestante na unidade local de saúde gera uma multiplicidade de outras demandas (psicológicas, sociais, entre outras), que aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão (TEIXEIRA, 2005).

As unidades de saúde à disposição das gestantes e familiares estão articuladas e têm uma relação de interdependência com os outros serviços de saúde e sistemas sociais, educacionais, econômicos, políticos e outros que compõem a comunidade e o mundo, constituindo um todo interconexo que influencia e é influenciado.

A compreensão da complexidade das relações entre os serviços, entre os seres humanos e destes com os outros seres e com o planeta, tornam a gestação e os atores que dela participam parte de um todo que, concomitantemente, tem o todo e a ele pertence. Nesta perspectiva, entendo que a atenção pré-natal deva ser compreendida considerando toda esta dinamicidade, toda esta complexidade, todo este movimento que envolve a vida, os seres humanos e a teia de relações e interconexões que se estabelecem no viver.

Para tanto, é importante também procurar compreender a evolução histórica das práticas estabelecidas no que concerne à atenção pré-natal, bem como as relações estabelecidas ao longo dos anos. Isto pode nos servir de subsídio para implementar ações exitosas, transformar algumas práticas, evitando erros que porventura tenham ocorrido em outros locais e manter as experiências que vêm dando certo.

3.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A história do pré-natal é um tema pouco explorado, havendo poucos estudos que abordam esta questão. A história da obstetrícia relatada por alguns autores aborda muito mais a questão do parto do que o pré-natal, e quando o fazem não parecem dar a devida relevância. Além disso, as versões sobre o início da atenção pré-natal divergem de acordo com os diversos autores. A evolução histórica do pré-natal parece ter se dado de forma semelhante no mundo e no Brasil, nem sempre ocorrendo nos mesmos períodos. Em nosso país, grande parte das práticas estabelecidas neste âmbito foi embasada em estudos publicados na literatura

norte-americana e adotados pelos órgãos de formação e pelas políticas públicas. As fases, que historicamente foram sendo implementadas ao longo dos anos, na minha concepção, influenciaram a forma e as estratégias de cuidar da mulher e do feto durante o período gestacional e no processo de nascimento, bem como o estabelecimento de normas, rotinas e protocolos.

Martins (2004), doutora em história social, ao falar da história da obstetrícia, refere que o acompanhamento clínico da mulher grávida, ou seja, o atendimento pré-natal era um assunto desconhecido até o século XIX. A gravidez até então continuava sendo um assunto de mulheres, cercado por interdições e pudores que foram lentamente cedendo conforme o médico assumia o papel de responsável pela saúde dos membros da família. Com o início do ensino oficializado, tornou-se imperativo ampliar os campos de investigação e conhecer a evolução clínica da gestante para o bom termo do parto. Inicialmente houve uma resistência dos médicos quanto à necessidade de uma especialidade médica voltada para a gravidez e o parto por consideraram estes eventos como acontecimentos simples e assunto de mulheres. Velpau, professor da faculdade de Medicina de Paris, afirma Martins (2004), criticou esta situação, publicando o tratado em 1885, *Traité Complet de l'Art des Accouchements*, que defendia o caráter científico da obstetrícia. Para ele, a arte de gestar e de parir deveria acompanhar as transformações científicas, vindo a se tornar uma ciência exclusivamente produzida por médicos, e os partos poderiam ser assistidos por parteiras, mas apenas pelas treinadas e submetidas a sua autoridade. Mesmo enfrentando resistências consideráveis, a ciência dos partos, conjunto dos conhecimentos relativos à reprodução da espécie, foi uma das primeiras especialidades médicas a se constituir.

Os tratados de obstetrícia do século XIX descrevem como novos procedimentos médicos os estudos anatômicos e fisiológicos sobre o corpo feminino, a gravidez e o seu diagnóstico, o exame físico da mulher (palpação e toque), o parto normal, as complicações do pós-parto e cuidados e problemas com o recém-nascido, entre outros. Ainda, segundo a autora, o exame para as parteiras durante a gestação respondia as demandas das clientes para confirmar a gravidez e as ajudava a identificar o momento do parto. Para os médicos, era uma forma de saber construído, fundamentado na articulação do olhar, tato e audição (ausculta, percussão, palpação e inspeção).

A partir do final do século XIX, a quantificação tornou-se uma prática generalizada nas ciências biomédicas e estendeu-se à obstetrícia, criando-se a mulher pélvica, que podia ser medida, passando esta a ser objeto do saber e do poder médico (MARTINS, 2004). No final do séc. XIX, o parto hospitalar começou a ser aceito pelas mulheres. Hospitais e maternidades

foram criados na Inglaterra, Estados Unidos, França e na Alemanha durante a segunda metade do séc. XIX. Para Martins (2004), com a sofisticação dos exames de diagnóstico da gravidez no século XX, a segurança dos procedimentos cirúrgicos e a mudança de ênfase para a saúde e bem-estar do recém nascido, os obstetras conseguiram não só o controle do parto, mas do período gestacional, com o desenvolvimento do conceito de exame pré-natal.

Chasan (2005), médica psiquiatra, amplia um pouco esta visão sem negá-la. Embasada na publicação de Arney (1982), intitulada *Power and the Profession of Obstetrics* (1982), Chasan (2005) abordou a construção da obstetrícia como profissão e mostrou como era encarada a gravidez e o parto ao longo dos anos. Segundo este autor citado por Chasan (2005), houve dois momentos cruciais de transformação na obstetrícia. O primeiro ocorreu com a entrada dos homens na profissão, ocupando o lugar das parteiras. O segundo deu-se no pós II Guerra Mundial, com uma transformação qualitativa do modo de controle social sobre a mulher, a gravidez e o parto. A obstetrícia como profissão dividiu-se em três períodos que se superpõem e coexistem. O primeiro período, denominado pré-profissional, abrangeu o período até o final do século XIX. No período pré-profissional, o nascimento e a gestação eram percebidos como um mistério. A classificação da gravidez era dicotômica no eixo normal/anormal e havia uma divisão nítida de tarefas entre as parteiras e os cirurgiões-barbeiros, sendo que as primeiras ocupavam-se das gestações e dos partos normais, e os cirurgiões, dos anormais. Tal período findou no final do século XIX, quando a medicina eliminou as parteiras e adquiriu o monopólio dos partos (CHASAN, 2005).

O segundo período, o “profissional”, referiu-se ao intervalo entre 1890 e 1945. Este período profissional estava fundamentado em um paradigma corpo-máquina, de base científico-racionalista. Nele, a gravidez era concebida como um fenômeno patológico ou potencialmente patológico, e a dicotomia normal/anormal ainda era aplicável, porém com limites tênues. Os limites e a duração do parto eram controlados pelo especialista em obstetrícia, havendo algumas diferenças locais específicas. Na Inglaterra, as parteiras atendiam aos partos normais, e os médicos intervinham nos anormais, enquanto nos EUA os médicos atendiam todos os tipos de parto. O obstetra especialista dominava o processo, dirigindo a gravidez, e a gestante era percebida como “veículo” de material obstétrico.

Com a concepção racionalista e a conseqüente disciplinarização do parto obscureceu-se a fronteira entre normal e anormal, e o parto é compreendido como um processo mecânico contínuo sobre o qual se pode interferir, ‘melhorando’ seu funcionamento (CHASAN, 2005, p.5).

Esta reformulação da base ideológica foi extremamente importante para a entrada dos homens na prática dos partos. Contribuíram para isto o fato de esta atividade ser altamente

lucrativa para os médicos, os quais gastavam menos tempo com as mulheres do que as parteiras, em função do uso de fórceps e de procedimentos cirúrgicos, e também pelo fato da redução das mortes nas maternidades. Contudo, segundo Chasan (2005), o medo em torno de gravidez e parto persistiu, podendo ter servido como justificativa para a construção da noção da gravidez e do parto como patologias, fundamental para que os homens obtivessem o controle sobre a gestação e o parto. Contribuiu também o fato do bem-estar físico e o crescimento das populações constituírem-se objetivos políticos indispensáveis para o desenvolvimento das nações, sendo necessário reduzir a mortalidade materno-fetal.

No segundo período, estabeleceu-se uma produção centralizada de conhecimentos (os médicos redigiam suas experiências, e as parteiras, não); os obstetras controlavam os partos, a tecnologia disponível consistia em técnicas basicamente intervencionistas, tais como fórceps, anestesia e cirurgias cesarianas. O parto científico nos hospitais facilitava a entrada dos médicos em um campo que era restrito apenas às parteiras (CHASAN, 2005).

O terceiro período, denominado “período de monitoramento”, afirma Chasan (2005), estendeu-se de 1945 aos dias atuais. Perto do fim da II Guerra, a metáfora corpo-máquina mudou para “corpo como sistema”. Estabeleceu-se uma estrutura geral de monitoramento e vigilância, englobando a gravidez, o parto e o pós-parto em um contínuo. Nesta prática, calcada na teoria dos sistemas, o corpo da mulher passou a ser concebido como um sistema de comunicação aberto, composto por diversos sistemas interligados (sistema neuro-hormonal, sistema social, sistema econômico). A tecnologia disponível passou a incluir diversos dispositivos visuais e laboratoriais, visando o acompanhamento e a vigilância minuciosos da gravidez e do parto, em nível hospitalar. A tecnologia do parto mudou de “ganhar o controle sobre o parto” para “monitoramento e vigilância”. A partir deste período, a gestação passou a ser vista como um processo, e a família passou a ser nele incluída. Surge um movimento social em prol da “humanização” do parto, com diversos desdobramentos refletidos na obstetrícia, contrapondo-se à medicalização do parto. Para Arney, reforça Chasan (2005), o médico neste período assumiu a responsabilidade de negociador, facilitador e árbitro de uma nova ordem social, ao mesmo tempo em que são construídos o corpo feminino, a gravidez e o parto como ‘totalidade bio-psico-social, humanizados e monitorados.

Ratificando o exposto por Martins (2004), Neme (1995) afirma que a partir da primeira década do século XX, criaram-se, então, em todos os países desenvolvidos, no âmbito das maternidades, os serviços de pré-natal, os quais visavam à assistência às gestantes, em caráter preventivo e curativo.

Neme (1995) refere ainda que, historicamente, na atenção pré-natal, três (3) fases se

fizeram sentir, divergindo de outros autores no que concerne aos períodos e ações. A primeira constituiu-se do aconselhamento. Neme (1995) não deixa claro o seu início, contudo, de acordo com a primeira publicação que ele menciona, pode ter iniciado em meados do século XVI e terminado em 1901, quando começa a segunda fase. A segunda fase estendeu-se de 1901 até 1960, constituindo-se de visitas, internações hospitalares e criação de maternidades. Finalmente, a terceira, iniciada após 1960, evidencia a introdução do conceito de perinatologia, com a hipervalorização do conceito, em virtude dos altos índices de mortalidade infantil identificados. Segundo Arruda (1989), esta fase também pode ser decorrente da necessidade de mão-de-obra para atender às necessidades impostas pela revolução industrial.

A primeira fase, iniciada como o aconselhamento, mencionada nos livros dos hindus, recomendava que as gestantes se mantivessem alegres, evitassem a cólera e o medo e obedecessem às regras dietéticas. Era inicialmente feito pelas mulheres da comunidade, as quais tinham conhecimentos sobre os cuidados na gestação e parto, sendo posteriormente assumido por intelectuais, teólogos e profissionais de saúde. Ainda nesta fase, citam-se publicações de Thomas Raynald (1570), de Mauriceau (1668), abordando aspectos dietéticos e recomendações destituídas de fundamentos científicos. Tenon (1788) publicou "*Memoires des Hôpitaux de Paris*", relacionado à proteção da gestante. Admite-se que Thomas Bull (1837) publicou a primeira obra considerando especialmente os cuidados pré-natais (NEME, 1995).

A segunda fase, de acordo Neme (1995), inicia-se nos Estados Unidos, em 1901, no "*Boston Lying in Hospital*". Cunningham et al. (2000, 2001) confirma esta versão referindo que a assistência pré-natal foi organizada por reformistas e enfermeiras, sendo que, em 1901, a Sra. William Lowell Puttman passou a realizar visitas domiciliares durante a gestação às mulheres inscritas no serviço de parto domiciliar do "*Boston Lying in Hospital*".

Gregory e Davidson (1999) divergem em relação ao período do início da assistência pré-natal. Afirmam que, nos Estados Unidos, o acompanhamento pré-natal iniciou em 1900. Segundo eles, este se constituía de visitas domiciliares às gestantes, sendo conduzidas por enfermeiras de Saúde Pública, por meio das quais as mulheres eram instruídas para o autocuidado e recebiam apoio emocional até o momento do parto.

De acordo com Cunningham et al. (2000, 2001), o trabalho da Sra. William Lowell Puttman foi tão bem sucedido que em 1911 foi criada uma clínica de pré-natal para clientes externos, e as mulheres foram estimuladas a se inscreverem no programa. Puttman convenceu o Dr. J. Whitridge Willians a prestar assistência pré-natal no *The Johns Hopkins Hospital*.

Posteriormente, segundo os autores, este atendimento evoluiu com o advento dos centros de maternidade. A avaliação da história atual e pregressa da gestante (*anamnese*) e o exame físico se tornaram uma parte formal da consulta pré-natal. Além disso, foram determinados objetivos educacionais específicos. A finalidade da consulta pré-natal era identificar condições maternas e neonatais desfavoráveis que poderiam ser evitadas ou tratadas.

Para Cunningham et al. (2000, 2001) e Alexander e Kotelchuck (2001), a evidência preliminar da importância da atenção pré-natal foi baseada em um estudo realizado, em 1914, por J. Whitridge Williams, o qual constatou que a mortalidade infantil poderia ser reduzida através de uma atenção sistemática e organizada do pré-natal. Subseqüentemente, múltiplas clínicas de maternidade foram abertas nos Estados Unidos e relatórios foram conduzidos, sugerindo uma associação entre o cuidado no pré-natal e a redução significativa da mortalidade materno-fetal. Isto resultou no estabelecimento de diretrizes e apoio por parte do governo a estes serviços. Na década de 50, o Dr. Nicolas J. Eastman considerou que a assistência pré-natal organizada era de vital importância, alegando que tal ação tinha contribuído muito mais para salvar vidas maternas que qualquer outro fator ou ação isolada (CUNNINGHAM et al. 2000, 2001).

A idéia de organizar o pré-natal, contudo, tem sido atribuída às propostas feitas por Ballantyne no final do século passado, que definiam que este cuidado poderia reduzir a mortalidade materno-fetal e neonatal (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 2001; CUNNINGHAM et al., 2001; PEIXOTO, 1981).

Entendo que talvez a terceira fase, citada por Neme (1995), tenha iniciado algumas décadas antes em alguns lugares. No período de 1876 a 1912 constatou-se um número expressivo de mortes neonatais em Chicago e em outros locais dos Estados Unidos e do Mundo, e foram tomadas várias medidas de Saúde Pública e adotadas novas tecnologias de cuidado com o recém-nascido. Foram criados hospitais para crianças, foi projetada a primeira incubadora humana, designados recursos para proteger os bebês e estimulados os cuidados com a gestação e parto.

Dye e Tarpey (1980) referem que, no período de 1876 a 1912, Dr. Joseph B. De Lee defendia a “causa” da atenção obstétrica em Chicago. Em fevereiro de 1895, ele alugou quatro quartos com o objetivo de prover cuidado antenatal e parto para as mulheres pobres, de forma gratuita. A partir daí, em 1897, a Maternidade de Chicago foi por ele fundada. No final de 1918, as recomendações do Comissário da Divisão de Higiene de Chicago estabeleceram em Chicago a expansão das instalações e iniciação do cuidado pré-natal.

Assim, após estas medidas, Chicago, em 1936, foi considerada a cidade de grande

porte mais saudável para os bebês recém-nascidos. No final de 1952, o Departamento de Saúde publicou e distribuiu, ao longo dos Estados Unidos, o livro intitulado “Progresso na prevenção de mortes neonatais desnecessárias”, resultado das investigações intensivas das causas de mortalidade de neonatal em Chicago durante os anos 1936 a 1949 (DYE; TARPEY, 1980). Tinha como objetivo reduzir ainda mais as mortes neonatais na cidade, o que veio a acontecer. Entre 1960 a 1980, segundo Dye; Tarpey (1980), foi instituído e expandido em Chicago um programa interdisciplinar direcionado às mulheres e crianças de risco que não haviam tido cuidado médico privado. Tinha a finalidade de propiciar cuidado de saúde para as mulheres grávidas em trabalho de parto, parto e no pós-parto, controle de natalidade e também cuidados à criança. O programa, a partir de 1974, por falta de recursos, deixou de atender a toda a demanda, restringindo-se à população de maior risco, buscando mesmo assim manter dois objetivos principais: reduzir a taxa de mortalidade infantil em 20% até 1983 e disponibilizar nas maternidades cuidado especializado a todas as mães.

A redução da mortalidade materno-fetal contribuiu para esta evolução e medicalização do parto, ocasião em que se incrementaram novas tecnologias hospitalares e médicas. Eliminou-se do parto sua faceta de momento de construção da identidade feminina, ao expropriar da mulher a condição do sujeito do processo (ARRUDA, 1989). Com a introdução de berçários, unidades de tratamentos intensivos neonatais e aleitamento artificial, a mulher repassou parte de sua responsabilidade para com o seu filho para as mãos do médico. A atenção à criança se intensificou, havendo grandes progressos na área de perinatologia nos Estados Unidos. Segundo Arruda (1989), a década de 70 testemunhou interesse e apoio renovado e intensificado ao cuidado perinatal em quase todos os países do mundo.

Nesta mesma década, foi desenvolvido o maior número de pesquisas relativas ao cuidado no pré-natal nos Estados Unidos. O Instituto de Medicina (IOM), com a proposta de Kessner, definiu um “*index*” que orientava as categorias essenciais para um pré-natal adequado, relacionando-o à redução do baixo peso do bebê ao nascer. Os três fatores propostos por Kessner diziam respeito ao mês em que deveria iniciar o pré-natal, ao número de consultas ajustadas à idade gestacional e ao lugar onde seria realizado o cuidado (privativo ou público) (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 2001).

De acordo com Alexander e Kotelchuck (2001), com os estudos de Gortmaker, usando os índices de Kessner modificados, estabeleceu-se um novo paradigma de pesquisa e de políticas de saúde. O Congresso dos Estados Unidos da América (EUA), a partir de pesquisas para diminuição da mortalidade materno-infantil, encaminhou uma série de iniciativas legislativas que expandiram a ação do Medicaid às mulheres grávidas de baixa renda e às

crianças. A atenção pré-natal foi estabelecida como a chave de intervenção de saúde pública à população, fundamental por prevenir baixo peso ao nascer e nascimentos pré-termos. Evitando a ocorrência dessas adversidades, reduzir-se-ia a morbidez infantil, a mortalidade neonatal e os custos de cuidados intensivos (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 2001). Posteriormente, percebeu-se que o índice da mortalidade infantil diminuía, sem, no entanto, diminuir o baixo peso ao nascer e a prematuridade. A afetividade da atenção pré-natal foi questionada, o que levou ao desenvolvimento de novos estudos.

Contudo, para Gregory e Davidson (1999), as diretrizes para a atenção pré-natal mudaram pouco até que foram modificados pelo painel de especialistas multidisciplinares que definiram premissas e recomendações para o cuidado no pré-natal, em 1989, endossadas em parte pelo “*American College of Obstetricians and Gynecologists*” (ACOG), em 1997. Os achados do painel dos especialistas resultaram em duas publicações: um relatório de suas recomendações denominado “*Caring for our Future: the content of prenatal care*” e um livro que resume a literatura, na qual estas recomendações são baseadas. O Painel revisou assuntos pertinentes à atenção pré-natal e baseou-se em evidências. Tal painel teve uma influência extremamente importante nas condutas relativas ao pré-natal, sendo as suas recomendações alvo de estudo e da implementação prática em diversos países, inclusive o Brasil, mesmo que isto não fosse explicitado claramente nos programas adotados.

Nesse painel de “*experts*” ou especialistas, segundo Cunningham et al. (2000, 2001) e Gregory e Davidson (1999), a atenção pré-natal foi conceituada como uma série de interações definidas como consultas e contatos com cuidadores, que incluem três componentes essenciais: 1) atenção precoce e contínua avaliação de risco; 2) promoção da saúde e; 3) acompanhamento e intervenções psicossociais e médicas. As atividades específicas para avaliar adequadamente o risco incluíam uma anamnese completa, exame físico e laboratorial, de acordo com o trimestre de gestação, avaliação de crescimento e bem-estar fetal.

Ainda em relação ao painel, foram elucidadas quatro diferenças específicas nas recomendações, quando comparadas às diretrizes prévias. Primeiro, o painel propôs uma mudança no calendário de visitas ou consultas pré-natais. Embora sempre houvesse uma ênfase na consulta pré-natal precoce, idealmente iniciada no primeiro trimestre, o painel recomendou que todos os encontros de profissionais com mulheres em idade reprodutiva devessem ser considerados como uma oportunidade para o cuidado na pré-concepção. Além disso, o painel especificou quais os fatores que deveriam ser buscados no cuidado de pré-concepção (nutrição; condições da saúde da mulher, como hipertensão, diabetes etc.; exercícios; imunizações contra o tétano, rubéola e hepatite, planejamento da natalidade,

educação em saúde sobre a maternidade e a paternidade, comportamentos saudáveis e de risco, amamentação, cuidados com a mulher, entre outros). Em segundo lugar, o painel sugeriu que o prazo, o tempo e a frequência das consultas deveriam ser específicos para cada mulher e baseados em avaliação de risco individualizada. No terceiro item, o painel defendeu menos consultas para mulheres múltiparas e desafiou as práticas atuais, sugerindo que a frequência de visitas não fosse acelerada ao término de gestação. Propôs, ainda, o planejamento da frequência de consultas para as gestantes de baixo risco; sugeriu nove visitas para as mulheres nulíparas e sete visitas para as mulheres múltiparas, em situação de baixo risco. Finalmente, o painel sugeriu que a documentação da consulta pré-natal fosse unificada para facilitar a comunicação e a continuidade de cuidado, e também para favorecer as análises comparativas da qualidade do cuidado e os resultados deste (CUNNINGHAM ET AL., 2000, 2001; GREGORY E DAVIDSON, 1999).

Talvez a mudança mais significativa proposta pelo painel, que repercutiu na assistência à gestante também no Brasil, envolveu os objetivos da atenção pré-natal. O painel declarou como objetivos não apenas promover a saúde e bem-estar da mulher grávida, do feto e do recém-nascido, mas também da família. O painel avançou a noção de que a extensão da atenção pré-natal não terminava com o parto, mas deveria incluir o cuidado de pré-concepção, estendendo a atenção à mulher até um ano depois do nascimento da criança (CUNNINGHAM ET AL., 2000, 2001; GREGORY E DAVIDSON, 1999).

Toda esta evolução histórica nos Estados Unidos e também na Europa, centros mais desenvolvidos, certamente influenciaram o desenvolvimento da Obstetrícia no Brasil e a atenção à mulher grávida. Contudo, são poucas as publicações disponíveis ao público que abordam esta questão.

A história do pré-natal no Brasil não é relatada por muitos autores. O enfoque maior é dado ao desenvolvimento da obstetrícia, das práticas e políticas de saúde, sendo que a atenção pré-natal é timidamente mencionada. Martins (2004), em seu livro "Visões do Feminino - a medicina da mulher nos séc. XIX e XX" revela alguns aspectos em relação à gestação e também ao pré-natal quando aborda a prática obstétrica no Brasil. Para Martins (2004), embasada na pesquisa histórica do Doutor Fernando Magalhães, até meados do século XIX, as mulheres brasileiras não procuravam os hospitais para dar à luz seus filhos. Análise dos livros de registros de entradas e saídas de pacientes no Hospital de Santa Casa de Salvador, entre 1852 e 1853, apontou três situações relacionadas à obstetrícia e apenas a realização de um parto. A situação era um pouco diferente no Rio de Janeiro, onde desde 1847 funcionava no Hospital de Caridade da Santa Casa uma enfermaria para atender mulheres pobres que

eram cuidadas pelas irmãs de caridade.

Havia uma resistência por parte dos provedores para liberar as clínicas de mulheres para o exercício do ensino da medicina e também da obstetrícia, os quais alegavam falta de estrutura. Contudo, segundo a autora citada anteriormente, esta resistência estava mais relacionada à segregação sexual, de acordo com os padrões morais da época. Ademais, havia uma reação das autoridades civis e religiosas à criação de estabelecimentos específicos para o atendimento obstétrico em decorrência dos riscos similares existentes na Europa. Naquele Continente, as primeiras enfermarias criadas nos mais antigos hospitais eram verdadeiras casas de morte. No Brasil, no entanto, esta reação à criação de uma enfermaria de partos não se restringia ao medo das mortes, mas também tinha a ver com os preconceitos das autoridades e das irmãs de caridade contra as mães solteiras, na sua maioria, negras e pobres, e até prostitutas. Estes temiam que a criação desta enfermaria estimulasse a maternidade fora do casamento.

Somente no século XIX, afirma Martins (2004), os estudantes de medicina começaram a ter ensino de obstetrícia voltado para a clínica, aprendendo a realizar exames, reconhecer as apresentações, utilizar o instrumental obstétrico e fazer cirurgias. Mesmo não sendo o ideal, o sistema de enfermarias proporcionou aos estudantes as condições necessárias para observar o corpo feminino e realizar o parto sem distócia.

Martins (2004) lembra que Fernando Magalhães teceu críticas à medicina em relação ao exercício da obstetrícia, alegando que até meados do séc. XIX eram poucos os médicos habilitados e interessados em exercer a obstetrícia. Mostrou um quadro desolador da obstetrícia do século XIX, criticando os médicos por falta de preparo e interesse, e as parteiras, pela ignorância. Segundo ele, havia falhas na formação dos médicos que estudaram em Portugal, pois a obstetrícia por eles desenvolvida permanecia presa às práticas e teorias tradicionais da medicina portuguesa, prevalecendo a autoridade dos textos clínicos em detrimento da clínica. Por outro lado, aqueles que haviam estudado em outros centros, como Paris, não haviam se tornado parteiros famosos.

Para Martins (2004), este historiador e médico não considerou que o atendimento às grávidas e parturientes, aos recém-nascidos e às mulheres com doenças ginecológicas eram feitos por parteiras habilitadas, o que explica o reconhecimento destas profissionais por parte da clientela e o longo período que estas continuaram a exercer o ofício.

No Brasil, os atendimentos obstétricos foram majoritariamente domiciliares até o século XIX, não se verificando a epidemia de infecção puerperal que ocorreu nas instituições hospitalares da Europa. No entanto, a mortalidade materna até a década de 70 do século XIX

era elevada por conta dos partos difíceis, hemorragias e outras complicações. A partir da década de 50 do século XIX, alguns médicos começaram a se preocupar mais com a obstetrícia, mesmo que não fosse uma atividade lucrativa, haja vista que as mulheres continuavam fiéis às parteiras. Estes realizaram teses e publicações, entre elas um livro “O médico da primeira infância e o conselheiro da mulher grávida”, de Antônio Ferreira Pinto, publicado em 1859 (MARTINS, 2004).

Já na metade do século XIX, relata Martins (2004), se percebe um movimento intelectual influenciado por publicações européias, o qual era contrário à reclusão das mulheres da elite e a vida desregrada das mulheres do povo. Para estes intelectuais, as mulheres deveriam ser férteis e saudáveis para cumprir a sua função materna, ou seja, assumir a responsabilidade pela manutenção da raça e vigor de uma nação. A partir daí, há uma preocupação maior com a gravidez e o parto que se revestem de um novo simbolismo político, levando os médicos a assumi-los, evitando deixá-los ao encargo dos leigos.

Embora a maioria das mulheres continuasse a chamar as parteiras para atendê-las no momento de ter o seu filho, também no Brasil deu-se o mesmo movimento em direção aos médicos parteiros, cuja clientela era inicialmente bastante diferenciada. O costume de chamar o médico parteiro para o atendimento domiciliar permaneceu restrito à classe mais rica e às camadas médias urbanas, ou seja, ao longo da segunda metade do século XIX até o século XX. Neste período, os obstetras brasileiros começaram uma campanha de convencimento sobre as vantagens e a segurança do parto hospitalar em relação ao domiciliar. Até então, os médicos só atendiam em instituições hospitalares mulheres sem recursos ou aquelas com posses que pudessem pagar pelo atendimento personalizado (MARTINS, 2004).

Os médicos brasileiros, segundo Martins (2004), estavam convictos de que a eles cabia o papel de orientadores e protetores das mulheres para que estas pudessem assumir a sua função natural e social. Isto ampliou sua intervenção na gravidez e conquistou a confiança da mulher, que repassou a responsabilidade do nascimento para o médico, transformando o parto durante a primeira metade do século XX em um evento hospitalar. Iniciaram vários estudos sobre a gravidez e teses foram produzidas em relação a este tema, especialmente em relação ao diagnóstico. Estabelecido o diagnóstico, independente de ser dado pela parteira ou pelo médico, dificilmente havia acompanhamento da gestação, uma vez que na época não havia o conceito de pré-natal, e as mulheres só procuravam o profissional ou a parteira quando entravam em trabalho de parto.

No entanto, já no final do século XIX e início do XX, nas cidades mais desenvolvidas, alguns discursos médicos começaram a se alterar, recomendando a realização de exames com

certa frequência na gravidez. Com esta recomendação os médicos procuravam não só certificar-se das condições da mulher e determinar a hora do parto, mas induzi-la a aceitar as regras por eles estabelecidas, as quais determinavam o que era melhor para elas e seus filhos, iniciando o processo de medicalização da gravidez, do parto e puerpério. Estas recomendações e mudanças de comportamento propostas em relação à nutrição, ao repouso e às consultas não atingiram todas as mulheres brasileiras. As pobres não tinham condições financeiras de seguir todas as prescrições. Assim sendo, estas orientações dirigiam-se, sobretudo, às mulheres mais ricas. Os médicos conseguiram alcançar este intento tentando convencer as mulheres de que seguindo tais prescrições médicas teriam uma gravidez mais tranqüila, um parto controlado e um bebê saudável (MARTINS, 2004).

Galletta (2004) diverge um pouco em relação ao início do pré-natal no Brasil, concordando com Neme (1995) em relação ao período em que começou no mundo. Para ele, até 1901, ninguém achava que a mulher devesse ter seu filho em hospital e muito menos se internar no período gestacional. Só a partir desse ano que se concluiu que a mortalidade materna poderia ser evitada, tratando a mulher de forma adequada antes do parto. Para ele, a atenção pré-natal é algo muito recente em termos de medicina. Os primeiros serviços de atendimento pré-natal só surgiram no Brasil entre as décadas de 20-30, sendo que só no Pós-Guerra é que eles realmente se estabeleceram. Até então, a atenção à mulher se voltava para a diminuição dos agravos a sua saúde, sem se pensar muito no feto.

No final do século XIX, as teses redigidas por docentes e médicos brasileiros revelavam uma alteração do discurso médico em relação às mulheres grávidas. Este estabelecia regras de higiene na gravidez e determinava o papel dos médicos, que era o de manter a “vigilância científica” das mulheres em todas as classes sociais. Outros discursos já no início do séc. XX iam além. Determinavam uma orientação eugênica em relação ao assunto, justificando a intervenção médica para evitar a degeneração da raça e o enfraquecimento da pátria. Também se percebe neste mesmo período um interesse pelo feto. Até então, a mulher era objeto exclusivo da obstetrícia (MARTINS, 2004).

A produção do conhecimento sobre o corpo feminino no Brasil se acentuou a partir do momento em que foram criadas instituições médico-hospitalares que forneceram as condições necessárias para o desenvolvimento da clínica, da cirurgia, do ensino prático e das pesquisas científicas, dando início à medicalização do corpo feminino no Brasil (MARTINS, 2004).

Segundo Martins (2004), partir do início do século XX os médicos perceberam que os seus conselhos quanto à saúde e bem-estar das mulheres e das crianças não surtiriam efeito se o seu público alvo não fosse ampliado. As diferenças sociais eram empecilhos às suas

reformas em prol de um povo saudável e preparado para conduzir a nação. Suas recomendações médicas higienistas chocavam-se com a realidade das mulheres pobres, que não podiam procurar os médicos e buscavam as parteiras, sendo proposta a organização de uma assistência pública mantida pelo governo que criasse novas maternidades, ambulatórios, distribuísse enxovais e indenizasse as mulheres grávidas trabalhadoras. Esta proposta regimentou vários adeptos, os defensores de uma obstetrícia social voltada para a disseminação de preceitos higiênicos e científicos entre as populações mais pobres, mas não atingiu a todos os médicos. Começaram as campanhas médicas para construção de maternidades a partir da primeira década do século XX, para estimular ações voluntárias em prol das mulheres pobres e rumores sobre a legislação das gestantes operárias que não se concretizaram na prática, visto que os direitos dos trabalhadores na época era um assunto de polícia. As discussões em relação à proteção da mulher grávida antes e depois do parto tomaram força com a tese de Faustino Castro, em 1919.

Contudo, de acordo com Martins (2004), os médicos só conseguiram ampliar o processo de hospitalização e incutir o hábito de consultas antes do parto quando conseguiram convencer as mulheres de classe média e rica de que o hospital-maternidade era seguro e fornecia acomodações particulares, confortáveis e seguras para elas. Isto, contudo, não ocorreu sem a formulação oficial de uma política de saúde materno-infantil centrada na proteção materno-fetal e na reprodução, como vimos, sendo desencadeada após a década de 30 do último século.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas foram vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, como a sexualidade e a reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à sobrecarga de trabalho das mulheres (BRASIL, 2004a).

Endossado e reivindicado pelas mulheres, a partir de 1986 se regulamenta e se concretiza o PAISM, como já foi abordado, que propõe a atenção integral à mulher nas diversas etapas da vida e nos contextos em que estão inseridas, tendo como um dos seus objetivos aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população (OSIS, 1998,

CARVALHO; NOVAES, 2004). A partir deste ano foram realizadas em todo o Brasil oficinas e treinamentos sobre a saúde da mulher e também sobre o pré-natal, considerando esta abordagem integral.

Com a regulamentação do SUS em 1990 e posteriormente com o Programa de Saúde da Família em 1994, novo destaque foi dado ao cuidado pré-natal no Brasil, sendo redigidos vários manuais que serviram de subsídio para a assistência à gestante. Ao longo dos anos, nestes manuais, foram ressaltados aspectos que deveriam ser observados, buscados, implantados e avaliados no cuidado pré-natal.

Em 1986, ainda no PAISM, reeditado em 88 e 2000, é lançado o manual de pré-natal de baixo risco, chamado posteriormente de Assistência Pré-natal, que propõe que a assistência pré-natal ocorra na unidade básica de saúde, caracterizada como a principal porta de entrada do sistema, local onde são firmados os vínculos do setor saúde com a comunidade. Enfoca, sobretudo, a consulta pré-natal (as finalidades, etapas da consulta, achados e cuidados), a visita domiciliar e a educação em saúde. A partir de 1999, enfoca além da assistência pré-natal (consulta, atividades educativas e visita domiciliar), a humanização, enfocando o acolhimento, o trabalho interdisciplinar e as atividades dos profissionais (BRASIL, 1986, 2000a). Lança também o Manual de Pré-Natal de Alto risco (BRASIL, 2000g), que aborda as principais complicações na gravidez, os cuidados e a avaliação fetal.

No final do século XX, em 1995, o Ministério da Saúde lança o Projeto Maternidade Segura e, em 2000, o Programa Nacional de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), que garante acesso, atenção digna, ou seja, uma atenção humanizada no pré-natal. Instituiu também a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que reforça, entre outras coisas, que a gestante tem o direito de ter acesso à atenção pré-natal, assistência ao parto e pós-parto e de ter um acompanhante.

Em 2005 foi editado o Manual técnico, intitulado Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada, que dá ênfase, além do exposto, à avaliação pré-concepcional, trabalho interdisciplinar no pré-natal e na consulta puerperal. Aborda também a violência na gestação e no processo de nascimento e as complicações na gravidez (BRASIL, 2005b).

Tomando por base a retrospectiva histórica, percebo que o cenário existente nos Estados Unidos (EUA) parece não divergir muito do existente no Brasil. O atendimento gratuito nos EUA à população tem suas limitações, sendo a maioria dos cuidados realizados por planos de saúde. As propostas estabelecidas no último painel têm se aproximado muito do que tem sido desenvolvido em algumas regiões do Brasil.

Dentro desta perspectiva, no Brasil, o número mínimo de consultas para a gestante de baixo risco, estipuladas pelo Ministério da Saúde, é de seis. Na prática, realiza-se uma consulta por mês, sendo que nos últimos meses ela é semanal. Desta forma, as gestantes normalmente superam a margem estipulada pelo painel mencionado. De acordo com as recomendações, no Brasil procura-se captar a gestante e encorajá-la a participar das consultas precocemente ainda no primeiro trimestre. Além disso, em alguns serviços, procura-se estimular a participação de alguém que seja significativo para a gestante neste novo momento que ela vivência, o familiar, o companheiro ou os amigos.

Nas consultas pré-natais realizadas em algumas unidades de saúde por enfermeiras ou médicos, de forma alternada, são preconizados o histórico completo da gestante, incluindo dados de identificação, antecedentes pessoais e familiares ginecológicos, obstétricos, situação da gravidez atual e dados relativos à mesma, entre outros, e os exames laboratoriais essenciais, instituídos pelo Programa de Humanização ao pré-natal e Nascimento. O exame físico faz parte da consulta e busca avaliar, dentre outros, os fatores de risco, o estado nutricional, crescimento, desenvolvimento do bebê e bem-estar do binômio. As consultas, de acordo com o preconizado, atendem aos requisitos estipulados pelo painel interdisciplinar.

Em alguns municípios do Brasil foram instituídos protocolos que ampliaram a oferta de exames e adotaram outros programas ministeriais que fornecem apoio à mulher grávida e ao seu filho, tais como: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o programa de imunização, o programa de prevenção do câncer cérvico-uterino, de detecção precoce do câncer de mama, de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Em relação aos impressos utilizados na consulta, no Brasil, os documentos estabelecidos pelo PHPN não são utilizados em todas as regiões, estados e municípios. Isto dificulta a referência e contra-referência e o preenchimento dos documentos pelos profissionais. Pode levar à subnotificação, dificuldade para comparação de dados e resultados entre as instituições, os serviços e os municípios e, levantamento epidemiológico. Nem todos os municípios têm informatizadas as informações relativas ao pré-natal, o que impede alimentar as informações no SISPRENATAL⁸.

As finalidades do pré-natal quase sempre se restringem ao período gestacional, ao parto e puerpério. Nas últimas décadas, em especial, com o Programa da Saúde da Família, busca-se desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças à mulher. Estas ações procuram, de certa forma, prepará-la para uma possível gestação, antes mesmo de ela se

⁸ Software que foi desenvolvido pelo Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde.

concretizar. Entretanto, ainda não é uma proposta de todos os profissionais e nem das políticas de saúde em vigência, sendo um objetivo pessoal do profissional. Raramente as gestantes procuram a unidade de saúde para fazer um acompanhamento pré-concepcional.

A evolução histórica permite-nos compreender que tudo está em processo de mudança e que estas transformações decorrem das necessidades de um segmento da população, de interesses sociais e de estudos realizados. Aponta que muitas ações desenvolvidas no Brasil são frutos de pesquisas e estudos internacionais.

3.3 FINALIDADES E REQUISITOS BÁSICOS

A atenção pré-natal consiste em um acompanhamento minucioso de todo o processo da gravidez. Pressupõe envolvimento, compromisso, empatia e respeito à clientela. Não se restringe apenas aos aspectos biológicos, engloba a multidimensionalidade da mulher e de seu filho. A atenção à saúde no pré-natal, seja de risco ou não, do ponto de vista do ideal, segundo Aumann e Baird (1996), deve avaliar não só o processo fisiológico, mas também a adaptação da mulher à gestação, os suportes e os recursos que dispõe, o tipo de vida que leva e o sistema de crenças pessoais adotados pela gestante e família.

A atenção pré-natal visa assegurar o bem-estar materno e fetal, favorecer a compreensão e adaptação da gestante, do companheiro e dos familiares às novas vivências, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período e prepará-los para o parto e pós-parto, buscando fortalecer seus potenciais e, assim, poderem melhor decidir e agir. Procura-se estimular comportamentos saudáveis e evitar os de risco; propiciar o compartilhamento de conhecimentos e experiências sobre o processo vivido e espaços para expressar sentimentos e medos. A atenção pré-natal busca, sobretudo, avaliar a saúde da mulher e do feto e o seu desenvolvimento nas dimensões fisiológica, social, psicológica, cultural e espiritual, o que contribui para a redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil. Tem como um dos objetivos principais identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez, possibilitando, quando necessário, o encaminhamento da gestante à níveis de referência de maior complexidade que assegurem a ela o tratamento precoce das condições anormais. Durante as consultas de pré-natal, bem como no grupo de gestantes ou casais grávidos, sala de espera e visita domiciliar, é indispensável o suporte emocional e educacional para que se obtenha uma boa condução da gestação (ZAMPIERI, 2005).

O acompanhamento pré-natal possibilita o estabelecimento de um importante espaço

para os profissionais atuarem e para as mulheres e familiares expressarem seus medos e angústias, fortalecendo os potenciais destes para que possam participar ativamente do processo de nascimento. Para tanto, os profissionais da saúde, na ótica de Tronchin e Melleiro (1998), devem estar preparados e sensibilizados para compreenderem a mulher e família em suas crenças, valores e expectativas, construindo assim um sistema que possibilite a efetiva participação destes no processo do cuidado, minimizando a lacuna existente entre o conhecimento profissional e o conhecimento popular. Os cuidadores devem mudar de atitude, o que implica a vontade consciente do profissional de recodificar o saber cientificamente aprendido, reconhecer o sistema cultural contextualizado e trabalhar nas soluções para os problemas encontrados com as clientes.

De acordo com Lu et al. (2000) e United States (1989), o cuidado no pré-natal é direcionado para a mulher, para a criança e para a família. No que se refere à saúde infantil, o pré-natal visa aumentar o bem-estar do bebê, reduzir nascimentos de recém-nascidos (Rns) pré-termo e de baixo peso, identificar o retardo de crescimento intra-uterino e as anomalias congênitas, promover o crescimento e o desenvolvimento saudáveis e, reduzir problemas neurológicos e morbidades. Somam-se as estas finalidades a diminuição da negligência e violência à criança, além da supervisão à saúde do concepto, evitando, muitas vezes, a hospitalização do bebê após o nascimento.

O cuidado pré-natal promove, ainda, segundo os autores supracitados, o exercício de comportamentos saudáveis pela mulher, tais como a boa nutrição, o exercício regular, as imunizações e os *check-ups*; propicia conhecimentos sobre a segurança infantil, doméstica e a amamentação, bem como possibilita intervenções de saúde e psicossociais. Além disso, o cuidado no pré-natal aumenta o bem-estar da gestante antes, durante e depois de gravidez, melhora sua auto-imagem, capacitando-a para o autocuidado. Promove o desenvolvimento de habilidades para a maternidade, assim como reduz as intervenções desnecessárias e os riscos na gravidez e no parto.

É uma oportunidade, segundo Lu et al. (2000), não só para melhorar os resultados imediatos da gravidez, mas também a saúde global da mulher, sendo um dos caminhos por meio do qual ela tem acesso ao serviço de saúde. Constitui-se em uma ocasião para educação em saúde, que pode beneficiar todos os membros da família, permitindo um acompanhamento contínuo da gestação e, em conseqüência, maior desenvolvimento cognitivo e maturidade das crianças no futuro. Constitui-se também em oportunidade para cuidar da saúde da gestante e para esta se envolver com as questões sanitárias de sua comunidade.

Para a família, promove o desenvolvimento familiar e a interação do pai-criança e da

mãe, além de identificar e tratar comportamentos que podem conduzir à negligência em relação à criança e à violência familiar (UNITED STATES, 1989).

Para Lu et al. (2000), o cuidado no pré-natal é uma janela para atender as populações de vulnerabilidade, para promover o desenvolvimento da infância, mas também a saúde e bem-estar na vida adulta. Reduz comportamentos de risco, sendo a oportunidade para aconselhar, educar e disponibilizar recursos para as famílias evitarem comportamentos não saudáveis, tais como fumar, beber álcool e usar outras drogas. Assim, possibilita evitar o baixo peso e as infecções respiratórias decorrentes do fumo, de defeitos, incapacidades infantis, problemas como baixo peso, prematuridade, descolamento de placenta, má-formação congênita, disfunção neuro-comportamental e sofrimento fetal, decorrentes do álcool. A atenção na gravidez, na atualidade, na concepção de muitos autores, entre eles, Berry et al. (2001); Gregory e Davidson (1999) e Lu et al. (2000), deveria ser ampliada para se alcançar um nível adequado de saúde, propiciar o desenvolvimento das crianças e também da população em geral e também diminuir os índices de morbimortalidade infantil e materna. Segundo eles, deveria iniciar antes da concepção e continuar durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto.

Berry et al. (2001) e Lu et al. (2000) denominam esta atenção à saúde de “pré-concepção”, entendendo-a como parte do cuidado pré-natal. A atenção ao pré-concepcional consistiria no processo de identificação das condições que poderiam afetar a gravidez, mas que poderiam ser melhoradas por intervenções precoces antes da concepção e do início da rotina pré-natal. Seria uma etapa integrante e importante de promoção da saúde materna e do recém-nascido, que poderia ajudar o casal a tomar decisões sobre gravidez, maternidade e paternidade, prevenindo problemas durante a gestação e melhorando a saúde dos bebês ao nascerem. Por outro lado, ampliaria os conhecimentos, as habilidades, ações e estratégias dos profissionais, estimulando a criação de ambientes encorajadores, desenvolvendo políticas públicas saudáveis, fortalecendo ações na comunidade, podendo servir de subsídio para reorientar o planejamento dos serviços de saúde. Contudo, segundo Wallace e Hurwitz, (1998), menos de 40% das mulheres britânicas consideraram o cuidado de pré-concepção essencial. Em contraste, 86% de médicos e 95% das enfermeiras revelaram que este cuidado melhora a saúde materna e do recém-nascido.

Tal proposta, na concepção de Berry et al. (2001) e Lu et al. (2000), amplia as finalidades do pré-natal. Permite identificar os fatores de risco com antecedência, avaliando a história de saúde da mulher e da família (doenças crônicas-diabetes, problemas renais, hipertensão, epilepsia, doenças genéticas, cardíacas, psiquiátricas, infecções, etc), a história

reprodutiva, o estado nutricional, as imunizações; a exposição ao fumo e álcool e as condições sócio-econômicas pessoais e familiares antes da gravidez ser planejada e confirmada. Propicia uma educação baseada em risco, a discussão dos possíveis efeitos da gravidez sobre as condições de saúde da mulher, a identificação e avaliação das questões genéticas, os recursos médicos existentes para o prognóstico materno-fetal e a introdução de intervenções, se apropriadas e desejadas. Oportuniza o planejamento da gestação, evitando a gravidez indesejada e suas conseqüências, aumentando, assim, o intervalo entre os partos. Proporciona uma importante oportunidade para a educação dos pais e o fornecimento de suporte emocional e social.

Evidências sugerem que os benefícios dos cuidados pré-concepcional e pré-natal refletem-se na saúde e no desenvolvimento do ser humano, estendendo-se à vida adulta (BERRY et al., 2001; JOHNSON et al., 2006; LU et al., 2000). A realização do pré-natal é um direito das mulheres. Através dele se busca garantir a saúde integral e o bem-estar das gestantes e dos fetos, bem como a satisfação, a segurança e a felicidade. A atenção humanizada no pré-natal é o primeiro passo para vivência tranqüila e saudável do processo de nascer.

O cuidado pré-concepcional foi reconhecido como um passo importante para cuidado de saúde às mulheres em idade reprodutiva. Fala-se, inclusive em uma política de saúde pré-concepcional, que vai além da melhora dos resultados da gravidez. Depende de mudanças de atitudes, comportamentos e ampliação de conhecimentos de homens, mulheres, famílias, comunidades e instituições (JOHNSON et al., 2006).

Em 2005, o Ministério da Saúde brasileiro propõe aos profissionais de saúde que estimulem as mulheres a realizarem o acompanhamento pré-concepcional, propondo algumas ações, entre elas: o planejamento familiar, a orientação nutricional, as informações sobre os riscos das drogas lícitas ou ilícitas e medicamentos na gravidez, avaliação das condições dos trabalhos desenvolvidos pela mulher, administração preventiva de ácido fólico, prevenção de rubéola, toxoplasmose, HIV/Aids e sífilis, avaliação da existência de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, epilepsia, anemias, câncer), de problemas renais e de doenças genéticas (BRASIL, 2005c).

Os quatro requisitos básicos, segundo Brasil (2000a) e Schwarcz et al. (1996), de um controle pré-natal eficiente são: ser precoce, ser periódico, ser completo e ter ampla cobertura:

Precoce: o primeiro contato com a cliente deve ser feito de preferência durante o primeiro mês de gestação. Isto permite realizar oportunamente ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, proteção e recuperação da saúde, identificar precocemente as gestações

de risco e planejar os cuidados.

Periódico: a frequência do controle pré-natal varia de acordo com os riscos que as gestantes apresentam, sendo que as de baixo risco necessitam de um número menor de consultas (uma vez por mês, até 36 semanas, e quinzenal ou semanal, a partir daí). A frequência das consultas das gestantes de alto risco, denominadas também de gestantes especiais, depende da patologia e dos riscos a que estão expostos, ela e o bebê, podendo ser quinzenal, semanal e até diária.

Completo: deve contemplar ações de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação de saúde. Além disso, as normas de assistência, segundo Freitas et al. (1997, 2006), devem diferir segundo o grau de risco que a gestante apresente. As necessidades de saúde das gestantes de baixo risco são atendidas, de uma maneira geral, com procedimentos simples. As gestantes de alto risco normalmente requerem técnicas mais especializadas. O controle pré-natal será diferente de um caso para o outro, seja em objetivos, conteúdo, número de consultas e tipo de profissionais que prestam o cuidado. A gestante deve vincular-se a uma unidade de saúde, receber o cartão da gestante, documento que servirá de elo entre a assistência pré-natal e assistência hospitalar, devendo este ser atualizado a cada consulta, procedimento ou encaminhamento.

Ter ampla cobertura. Quanto maior for o percentual de gestantes que têm um acompanhamento pré-natal, maior o impacto na redução da morbimortalidade materna e perinatal.

A assistência pré-natal deve ser ainda, segundo o Ministério da saúde, Brasil (2000a, 2000b), hierarquizada, integral, regionalizada, universal e igualitária. A assistência deve seguir os níveis de complexidade primário, secundário, terciário, obedecendo aos sistemas de referência e contra-referência.

O nível primário, nível básico de atenção prestado no serviço público (centros de saúde ou unidades locais de saúde), atende às gestantes de baixo risco; o nível secundário (centros de saúde de referência ou policlínicas) é usado pelas gestantes que apresentam algum fator de risco; e o terciário (maternidades públicas ou privadas), nível de atenção, para o qual as gestantes que necessitam de acompanhamento minucioso e de internação são referenciadas.

A assistência deve ser regionalizada, ou seja, observar a realidade da cliente e, sempre que possível, ser prestada dentro da área de abrangência da unidade local de saúde. Deve seguir os princípios de universalidade e de igualdade de acesso aos serviços de saúde, favorecendo a autonomia da cliente. O cuidado durante o pré-natal deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, entre

outros, visando atender à gestante e sua família em sua totalidade.

A assistência pré-natal deve contemplar: apoio laboratorial; área física adequada; instrumentos de registro, entre eles cartão de gestante; ficha perinatal, mapa de registro diário; materiais de consumo e permanente; medicamentos essenciais; recursos humanos qualificados e em número suficiente para atender a demanda; meios para avaliar a assistência; pessoal competente e sensibilizado para atender às mulheres com qualidade e de forma humana, com compromisso e responsabilidade, valorizando os conhecimentos, as crenças e os valores; e, ainda, normas da assistência que permitam maior flexibilidade e estabelecimento de prioridades (Ibidem, 2000).

3.4 BARREIRAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PRÉ-NATAL

Apesar dos benefícios conhecidos da atenção pré-natal, podem existir barreiras ou lacunas que impedem o acesso e dificultam o início precoce e a adesão ao serviço de pré-natal. Estas barreiras podem estar relacionadas aos aspectos sócio-demográficos, educacionais, econômicos, culturais e pessoais da gestante e dos familiares, bem como às instituições de saúde e suas inter-relações, no que se refere à suficiência de recursos humanos e materiais, qualidade da assistência prestada e políticas de saúde adotadas.

Estudos nos Estados Unidos e na Europa dividem essas barreiras em barreiras externas e internas. As barreiras internas incluem as questões sócio-econômicas, culturais e individuais (conhecimentos e sentimentos). As barreiras internas referem-se ao baixo nível sócio-econômico e de escolaridade, ao estado civil, em especial ser solteira; aos baixos salários, à ocupação, à idade materna (adolescentes e idade superior a 40 anos), à raça e à etnia. Incluem também o desconhecimento da gravidez, a ambivalência ou não aceitação da gravidez pela gestante e família, a multiparidade, a falta de suporte social, do companheiro ou da família, a dificuldade de percepção e convicção da importância do cuidado no pré-natal, a tensão emocional pessoal ou familiar, o medo e a ansiedade, a insatisfação e as expectativas em relação ao cuidado. As barreiras externas dividem-se em questões relacionadas à instituição e aos profissionais e às ligadas ao acesso ao pré-natal. Entre as primeiras, temos: a desarticulação entre os serviços; os altos custos médicos; os seguros inadequados; o tratamento impessoal ou rude; as práticas institucionais pouco hospitaleiras; a falta de uma fonte regular de cuidado à saúde; a comunicação inapropriada e insatisfatória entre clientela e profissionais; a linguagem técnica dos profissionais; horários dos ambulatórios ou das clínicas inconvenientes e o descrédito da população em relação à atenção prestada. A inacessibilidade

ao cuidado de saúde diz respeito à distância do local do cuidado, falta de transporte, inabilidade ou dificuldade para obter o agendamento médico ou de enfermagem, tempo longo de espera, problemas para cuidar dos outros filhos, conflitos entre os horários do trabalho, da escola dos filhos e os horários oferecidos pelas unidades de saúde para a consulta (BRAVEMAN et al., 2000; GIBLIN, POLAND, AGER, 1990; LIA-HOAGBERG et al., 1995; KINSMAN; SLAP, 1992; LOWRY; SAEGER; BARNETT, 1999; MDONALD; COBURN, 1988; MELNYK, 1988; OXFORD et al., 1985; POLAND, AGER, OLSON, 1987; ROBERT et al., 1998; THOMAS; GOLDING; PETERS; 1991).

Robert et al. (1998) realizaram um estudo com 878 mulheres grávidas de classe alta da comunidade de Midwestern (Olmsted - Minnesota), descrevendo as barreiras percebidas e os fatores associados à iniciação precoce da consulta pré-natal. Das mulheres respondentes, 98 (12%) informaram barreiras externas relativas ao cuidado pré-natal. Estes fatores incluíram a dificuldade de realizar o agendamento (46,9%), tendo que esperar em média seis semanas para consegui-lo; problemas para cuidar dos filhos (26,5%) e falta de transporte (14,3%). As barreiras internas para o cuidado pré-natal citadas foram: renda anual menor \$17,000 e uma gravidez não intencional. As barreiras pessoais informadas para cuidado pré-natal, nesse estudo, diferem freqüentemente das informadas, como as mais importantes, entre mulheres de baixa-renda, sendo apontadas: a dificuldade em obter agendamento e os problemas no cuidado dos filhos menores. Entre as mulheres de baixa-renda, as barreiras externas mais citadas foram: as barreiras financeiras; os seguros inadequados de saúde; a pobreza; a falta ou o transporte inadequado e; a falta de creches para crianças.

Lu et al. (2000) estabeleceram algumas lacunas e barreiras relativas aos serviços e políticas de saúde, recursos humanos, materiais e financeiros para a realização do acompanhamento pré-natal e pré-concepcional na Califórnia. A lacuna mais evidente no cuidado da saúde reprodutiva e na pré-concepção consistia na falta ou inexistência de recursos financeiros públicos e organizacionais suficientes para o atendimento das mulheres de baixo risco. Somava-se a isto, o fato da atenção pré-concepcional não se estender ao setor privado por ser esta prática desconhecida nesse contexto. Além disso, constatava-se número insuficiente ou reduzido de materiais educativos para viabilizar o compartilhamento de conhecimentos com as famílias grávidas.

Segundo os autores supracitados, outras lacunas importantes diziam respeito à falta de treinamento contínuo dos prestadores de cuidado, despreparados para compartilhar conhecimentos e experiências e fornecer informações sobre a maternidade e paternidade, somadas ao reduzido número de profissionais para dar suporte e apoio psico-social.

Ressaltaram, ainda, a pequena ênfase dada aos programas educativos em relação à redução e cessação do uso do fumo na gravidez, a falta de infra-estrutura para fornecer apoio à violência doméstica e medidas para a sua prevenção. Como este tipo de cuidado representa, em potencial, oportunidade para identificar problemas de saúde maternos, promover intervenções precoces de saúde pública e estimular estratégias de prevenção primária e secundária, este não poderia ser ignorado. Assim, essa questão deveria merecer maior atenção por parte de gestores, dos responsáveis por políticas de saúde e prestadores de cuidado de saúde.

Para Lu et al. (2000), a barreira mais forte e mais consistente para o estabelecimento do cuidado pré-natal e pré-concepcional adequado e precoce estava relacionada à pequena valorização destes cuidados aos olhos de mulheres grávidas e profissionais de saúde. A baixa valorização do cuidado pré-concepcional poderia ser decorrente da falta de conhecimento sobre essa proposta por parte das mulheres e profissionais de saúde, bem como em função da ocorrência de gravidez não intencional que impedia o planejamento dos cuidados antes da gestação.

Outra barreira freqüentemente identificada pelos profissionais e cliente, de acordo com os autores supracitados, era a fragmentação da assistência de saúde e a articulação inadequada entre os vários serviços e entre os profissionais da equipe de saúde, ou seja, entre os próprios serviços pré-natais (uns têm seguro, outros, de maior complexidade, não), entre estes e outros serviços hospitalares e laboratoriais e, entre as especialidades. Era comum a desarticulação entre a ginecologia, o serviço de planejamento familiar, serviço de reprodução assistida, serviço de doenças crônicas e degenerativas, serviço de neonatologia, de pediatria, de nutrição e de enfermagem, entre outros, dificultando a atenção à saúde da mulher. A barreira considerada extremamente importante, na concepção dos autores, em relação à fragmentação dos serviços de atenção à saúde, consiste na desarticulação entre os serviços de saúde reprodutiva, os outros serviços de saúde e os cuidados médicos com as crianças. Os obstetras vêem freqüentemente o trabalho deles terminando com o nascimento, e os pediatras vêem o seu iniciado com o nascimento, não havendo um trabalho conjunto.

Como dificuldade, Lu et al. (2000) referiram ainda a diversidade cultural entre os profissionais, as mulheres e familiares e a dificuldade dos profissionais em compartilharem dados por causa do segredo profissional. No caso de usuários de drogas, a inexistência ou insuficiência de serviços para atender esta clientela foi considerada outra barreira.

Ainda na Califórnia, Braveman et al. (2000) realizaram um estudo durante os anos de 1994–1995, focalizando 3071 mulheres no pós-parto com Medi-Cal ou cobertura privada, avaliando o cuidado pré-natal e as barreiras que o impedem de ser realizado de forma

adequada. Vinte e oito por cento das mulheres tiveram atenção pré-natal inadequada (iniciaram tardiamente ou não realizaram), embora só 6% estivessem desatentas às suas gravidezes durante o primeiro trimestre. O estudo controlou numerosos fatores sócio-demográficos, conhecimentos, atitudes, convicções sobre a importância do pré-natal, comportamentos, circunstâncias de vida estressantes (falta de suporte social, de comida, de casa, pobreza, separação e divórcio) e outros obstáculos logísticos (falta de transporte, tempo e como cuidar dos filhos), que poderiam impedir o acesso e a aderência ao cuidado pré-natal e o acompanhamento dos riscos. Revelou que os fatores que determinavam o cuidado pré-natal inadequado eram significantes e experimentados por mais de um quinto de mulheres de baixa-renda, antes mesmo que elas ficassem grávidas. Os principais fatores levantados foram: gravidez não desejada ou falta de planejamento (43% e 66% de mulheres, respectivamente), nenhum profissional regular antes da gravidez (afetou 22% de mulheres) e nenhuma instrução além de escola secundária (afetou 76% de mulheres). Problemas de transporte afetaram 8% de mulheres, parecendo ser a única barreira de logística significativa para cuidado pré-natal inadequado.

Ainda em relação ao pré-natal adequado, segundo Gazmararian et al. (1999), as mulheres que adotaram um plano de seguro de saúde comunitário durante a gravidez eram atendidas mais tardiamente que mulheres que se matriculavam antes da gravidez. As mulheres que se sentiam cansadas para procurar o cuidado e que experimentavam violência física durante a gravidez iniciavam o pré-natal tardiamente ou não o realizavam. A ajuda do pai da criança era significativamente relacionada ao adequado cuidado pré-natal.

Na Europa, Delvaux et al. (2001) realizaram um estudo com 1283 mulheres com atenção pré-natal inadequada e com 1280 controles com atenção adequada, em dez países europeus. Segundo o estudo, as barreiras não foram muito incidentes devido ao grande estímulo e incentivo para a realização do pré-natal durante décadas. Em relação aos achados, o pré-natal inadequado era mais incidente em mulheres com baixos níveis sócio-econômicos e educacionais, sem seguro, com idade abaixo de 20 anos, sem planejamento da gravidez, solteiras, múltiparas e estrangeiras. Nos dados agrupados dos dez países, a razão citada mais freqüentemente pelas mulheres que receberam cuidado inadequado no pré-natal e que as levaram a não procurarem a atenção pré-natal foi o fato de não sentirem ou terem qualquer problema médico (28,8%). A segunda razão informada foi a ignorância da gravidez (26,4%), seguida de já ter conhecimento sobre o que fazer. A razão diferia em cada país. Na Áustria, Dinamarca, Grécia, Hungria, Itália e Espanha, a primeira razão apontada foi a ausência de problemas médicos. Porém, na Alemanha, em Portugal e na Suécia, a primeira foi a

ignorância da gravidez.

Os autores supracitados identificaram como principais dificuldades os aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde e os cuidados com os filhos. Um total de 32,7% das mulheres com cuidado inadequado informou ter dificuldades em lidar com pelo menos um dos itens da organização dos serviços de saúde em comparação com 16,5% das mulheres do grupo controle. Entre eles: a obrigação de realizar agendamentos ou marcações de consultas com antecedência, seguidos por distância da unidade de saúde e transporte para consultórios médicos. Barreiras culturais foram estabelecidas como segundo problema, citado mais freqüentemente por mulheres com cuidado pré-natal inadequado. Mulheres com cuidado pré-natal inadequado mais freqüentemente informaram dificuldades. As dificuldades financeiras para ter acesso ao cuidado pré-natal foram informadas como uma barreira por 7,6% dos casos, comparados aos percentuais de 3,0% do grupo controle. Entre os estrangeiros, as barreiras estavam associadas à organização dos serviços de saúde no que se refere à necessidade de agendar consultas com antecedência e barreiras culturais, principalmente, relacionadas ao idioma. Barreiras financeiras estiveram presentes. Contudo, percebeu-se que, embora os recursos financeiros sejam necessários, a redução das barreiras financeiras não assegura o cuidado pré-natal adequado (DELVAUX; BUEKENS; BOUTSEN, 2001).

Segundo Delvaux et al. (2001), programas de atenção pré-natal compreensivo (atenção ampla e completa), incluindo local apropriado, agendamento das consultas e acesso garantidos para todas as mulheres, mesmo as estrangeiras, podem favorecer o cuidado pré-natal adequado e a adesão ao mesmo. Reduzir barreiras de linguagem e tentativas para atender às necessidades das diversas culturas, populações ou grupos minoritários também podem encorajar as mulheres a realizarem o cuidado no pré-natal. Além disso, o planejamento de gravidez, em todas as faixas etárias e, em especial na adolescência, evitando a gravidez indesejada, a negação e a ambivalência na gravidez, pode propiciar o acesso mais precoce ao cuidado pré-natal.

No Brasil, fundamentada nas minhas atividades práticas e nas publicações de alguns autores brasileiros que se seguem, percebo que as barreiras em relação ao pré-natal não divergem muito dos países da Europa, bem como dos Estados Unidos. No entanto, o número de trabalhos científicos que avaliam esta questão é reduzido e insuficiente.

Oba e Tavares (2000) destacam alguns problemas que dificultam o cuidado pré-natal em Ribeirão Preto: falta de treinamento dos profissionais, problemas no agendamento e nos registros dos prontuários, inexistência de uma referência hospitalar, desarticulação entre os

serviços de pré-natal, parto e puerpério, rodízio dos profissionais, atendimento por alunos e ausência de referência e contra-referência.

Silveira, Santos e Costa (2001) realizaram estudo transversal descritivo e auditoria dos registros médicos para avaliar a estrutura e o processo de atendimento pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde em Pelotas, Sul do Brasil, em 31 unidades de saúde. Nesse estudo, constataram baixa cobertura (53%), com a realização de uma média de 5,3 consultas durante o pré-natal; 37% dos pré-natais foram considerados adequados e uma elevada proporção de atendimentos pré-natais foi classificada como inadequada, resultado inferior ao do estudo da coorte, realizado no ano de 1993 e publicado por Halpern et al. (1998). No estudo de Halpern et al. (1998), 82,2% das gestantes realizaram 5 consultas ou mais, e o número médio de consultas era de 7,6. Os fatores fundamentais ou barreiras apontadas para o estabelecimento destes resultados foram: o baixo nível de renda das gestantes usuárias do pré-natal, das unidades em estudo; o sub-registro das consultas realizadas pelos profissionais e a dificuldade de acesso à clientela, em virtude de que a oferta dos serviços, na sua maioria, somente ocorria nos turnos diurnos, quando estas mulheres trabalhavam em nível doméstico ou público. Os autores destacaram, ainda, que esses achados podem estar refletindo problemas, tanto do serviço, quanto do usuário. Quanto ao serviço, as equipes podem estar despreparadas para implementar ações de divulgação do programa, para trabalhar com prioridades, para buscar as gestantes faltosas e para interagir como equipe multidisciplinar. Quanto às usuárias, pode estar ocorrendo a falta de conscientização sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas, principalmente, entre as gestantes de baixa renda.

Tsunechiro; Bonadio e Oliveira (2001) realizaram pesquisa com 211 gestantes atendidas no pré-natal do Amparo Maternal, em São Paulo, instituição que fica fora da área da abrangência da residência destas mulheres, para saber por que procuravam e aderiam ao serviço, já que perdiam mais tempo, gastavam mais e tinham dificuldade com o transporte. O estudo evidenciou os aspectos relacionais e técnicos como aqueles mais relevantes para as gestantes. Todos os depoimentos demonstraram que as mulheres desejavam ser vistas e tratadas como seres humanos; serem acolhidas e respeitadas; não sofrerem julgamentos, preconceitos ou discriminação em relação ao estado civil, a raça, a idade ou situação socioeconômica. Comprovaram que o uso de técnicas de comunicação terapêutica, a competência técnica e o trabalho interdisciplinar proporcionam o “continente”, tão importante e necessário à gestante. A disponibilidade de local para realizar os exames de laboratório e a ultra-sonografia no próprio serviço, bem como a garantia de um lugar para a realização do

parto foram motivos que favoreceram a opção da gestante para a procura e continuidade do acompanhamento pré-natal. Chamou a atenção o fato de as mulheres considerarem o serviço um lugar de cuidado para pessoas saudáveis e exclusivo para gestantes. Em relação às questões administrativas, foram evidenciadas com barreiras: o longo tempo de espera para ser atendida e a descontinuidade do atendimento no momento do parto, o que não impediu a continuidade do acompanhamento pelas gestantes. O estudo revelou, sobretudo, que as gestantes procuraram o Amparo Maternal pela acessibilidade ao serviço em qualquer momento do processo gestacional, pelo acolhimento e pela qualidade técnica e humana de seus profissionais.

As barreiras para adesão e continuidade à atenção pré-natal parecem ser similares nos Estados Unidos, Europa e Brasil, sendo mais frequentes: a falta de acolhimento; o descompromisso; o despreparo de alguns profissionais; a falta de articulação entre os serviços e profissionais; o longo tempo de espera, a garantia de continuidade de atenção; a falta de acesso ao serviço; a situação financeira e educacional insatisfatória da gestante, a falta de transporte e distância das unidades de saúde; a dificuldade de liberação das ocupações domésticas e profissionais, a violência, a falta de locais para deixarem os outros filhos, o desconhecimento da importância da atenção pré-natal, entre outros.

3.5 A FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS

O número de consultas pré-natais sempre foi uma questão extremamente controversa, podendo ser para algumas gestantes uma barreira (tempo gasto com a consulta e liberação das atividades). Alguns autores defendem que um número menor de consultas para gestantes de baixo risco não alteraria o andamento da gestação, diminuiria os custos e o seu estresse. No entanto, entre as gestantes esta questão é divergente.

Tradicionalmente, as gestantes de baixo risco, nos Estados Unidos, com acompanhamento pré-natal participavam de um calendário de 14 a 16 consultas pré-natais, estas recomendadas pela Faculdade Americana de Obstetras e Ginecologistas. Em 1989, um painel de especialistas, reunido pelo Departamento de Estados Unidos de Saúde e Serviços Humanos, propôs a diminuição da frequência das consultas pré-natais para mulheres grávidas, saudáveis, de baixo risco (aproximadamente nove consultas para as mulheres nulíparas e sete para mulheres que já pariram), baseado no planejamento de testes específicos ou eventos que acontecem na gravidez. A Organização Mundial de Saúde, após alguns estudos multicêntricos baseados em evidências, também estabeleceu um novo modelo de atenção pré-natal, que

estipula para as gestantes de baixo risco quatro consultas durante a gestação e uma no pós-parto, sendo a primeira precoce e com um tempo mais prolongado. Propõe uma atenção personalizada e acolhedora à gestante, bem como acesso prioritário. Reforça a importância das atividades educativas e estimula a entrega de material escrito para fortalecimento e aprofundamento das informações (WHO, 2003).

As avaliações, baseadas em evidência, mostraram que a redução do número de consultas não gerava nenhum efeito adverso nos resultados maternos ou neonatais para as gestantes de baixo risco, devendo essa questão ser considerada pelas mulheres grávidas e prestadores de cuidado de saúde (CUNNINGHAN et al., 2000, 2001; PASSEADOR; McCULLY; VEST, 2001).

Embora os estudos variem quanto à redução da frequência das consultas, pesquisas mostram que não há nenhuma diferença estatisticamente significativa nos resultados perinatais com aproximadamente 8 consultas pré-natais, substituindo as tradicionais 14 consultas (CUNNINGHAN et al., 2000, 2001). Numerosos estudos publicados confirmam que para a gestante de baixo risco não é a quantidade de visitas ou consultas que promove resultados saudáveis e satisfatórios, mas a exploração dos conteúdos das visitas pré-natais (McDUFFIE et al., 1996; PASSEADOR; McCULLY; VEST; 2001; SIKORSKI et al., 1995).

Embora a redução do número de consultas pré-natais pareça ter resultados semelhantes, comparados com o programa da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), estabelecido antes de 1989, e a satisfação da cliente pareça ser mais alta com a redução das consultas, tal proposta não atende às expectativas de todas as mulheres. Pesquisa recente sobre a satisfação do cuidado prestado no período gestacional, contribuiu para identificar que a redução do número de consultas pré-natais pode não ser apropriada para todas as mulheres, especialmente, para aquelas cujos estados estão vulneráveis (com riscos), podendo levar a resultados desfavoráveis. Gregory; Davidson (1999) e Hildingsson; Waldenström e Radestad (2002) referem que, a despeito dos estudos realizados, a diminuição da frequência das visitas (consultas) foi associada à ansiedade materna, insatisfação e descontentamento. No entanto, nenhum efeito negativo para a mãe e para a criança, a longo prazo, foi observado. Creio que seja necessário realizar estudos aprofundados em relação a este tema; adotar critérios mais flexíveis no que concerne ao número de consultas, respeitando as singularidades e as necessidades das mulheres grávidas.

3.6 A EFETIVIDADE DO PRÉ-NATAL

A despeito do uso difundido do pré-natal, sua efetividade e efeitos continuam sendo objetos de debates. Autores fizeram uma revisão histórica do pré-natal, nos EUA, buscando definir conceitualmente o pré-natal em termos de utilização, satisfação e qualidade, além de pesquisar controvérsias e desafios enfrentados por investigadores e defensores que procuram definir o valor do cuidado pré-natal (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 2001). Um problema fundamental, questionado pelos pesquisadores, é que o cuidado pré-natal, da mesma forma que outras práticas médicas de intervenções em saúde, se estabeleceu como uma prática padronizada, sem o desenvolvimento de tentativas clínicas randomizadas que demonstrassem a sua eficácia. Por outro lado, a falta de acompanhamento pré-natal pode culminar com resultados de nascimentos adversos e, assim, se constituir na supressão de um direito e uma ação antiética. Conseqüentemente, é improvável que uma tentativa de controle randomizada seja executada (GREGORY; DAVIDSON, 1999).

Além disso, há uma grande limitação na realização de estudos para interpretar e analisar a efetividade do cuidado pré-natal, em razão do grande número de variáveis que envolvem esta pesquisa. O grau de instrução das mulheres, a consciência e preocupação destas com a sua saúde influenciam esta avaliação. As mulheres conscientes de sua saúde iniciam mais precocemente o pré-natal que as outras, mantêm um horário regular de consultas, demonstram o autocuidado com sua saúde e promovem comportamentos saudáveis, tais como manter uma dieta adequada, privar-se do uso de tabaco, álcool e substâncias ilícitas. Além disso, realizam o planejamento de suas gravidezes e se preparam para a concepção. As mulheres podem ainda influenciar o conteúdo das consultas pré-natais mediante a seleção dos profissionais, adesão aos conselhos destes no que se refere aos comportamentos saudáveis na gravidez; reivindicação dos seus direitos, podendo isto interferir na satisfação e na qualidade do cuidado que elas recebem. O autocuidado com a sua saúde e a promoção de comportamentos saudáveis pode contribuir para reduzir o risco de baixo peso e outras intercorrências (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 2001).

Contudo, segundo Alexander e Kotelchuck (2001), uma das maiores controvérsias da efetividade do cuidado pré-natal tem relação com a diminuição do baixo peso e da prematuridade ao nascer. Várias revisões da literatura em relação à prevenção de nascimentos prematuros concluíram que as ações atuais desenvolvidas no pré-natal não são particularmente efetivas em relação à diminuição das taxas de baixo peso e nascimentos pré-termos, apesar da diminuição da mortalidade infantil. Isto parece refletir o fracasso da atenção

à saúde pública e, reciprocamente, o sucesso das altas tecnologias e avanços médicos. Esta questão, no entanto, está longe de ser esclarecida.

Estudos mais recentes, porém, como os de Humphrey e Keating (2004) e de Orvos et al. (2002), contradizem esta questão. Ambos reforçam a importância do pré-natal na diminuição de baixo peso e prematuridade. O primeiro, um estudo retrospectivo, realizado pelo Departamento de Obstetrícia e ginecologia da Universidade de Szeged, Hungria, no período de 1996 a 1998, examinou as condições sociais de mulheres que nunca receberam o cuidado pré-natal na Hungria. A amostra constitui-se de 108 casos, 54 de mulheres que não tinham recebido atenção pré-natal e 54 controles, dentre 5.262 mulheres pesquisadas. Comparados os controles, observou-se que o grupo que não tinha feito a consulta pré-natal apresentava maior número de nascimentos pré-termos (33% contra 14%) e de baixo peso ao nascer, independente da faixa etária, idade materna, nível educacional, número de gravidezes, paridade e estado matrimonial. De forma similar, temos o segundo estudo realizado na Austrália (Nova Zelândia) com um total de 226 mulheres que não tiveram atenção pré-natal, dentre 16.176 mulheres pesquisadas. Houve uma maior incidência de nascimentos pré-termos, hemorragias no pós-parto, baixo peso dos bebês ao nascer, apgar dos bebês com pontuação mais baixa no primeiro e quinto minuto e mortes perinatais no grupo que não realizou pré-natal.

Considerando a relação custo-benefício e pesquisas baseadas em evidências, o desafio continua sendo confirmar quais os componentes do cuidado pré-natal que são fundamentais e aqueles que conduzem a ótimos resultados. A eficácia do pré-natal não pode ser apenas determinada através da diminuição dos índices de prematuridade e de baixo peso, mas deve ser vista de forma mais ampla, devendo incluir as questões maternas, neonatais e resultados familiares, bem como o conteúdo, a satisfação e a qualidade do cuidado pré-natal (GREGORY; DAVIDSON, 1999).

Para Alexander e Kotelchuck (2001), a controvérsia sobre a efetividade da atenção pré-natal tem estimulado novas pesquisas e ampliado estudos nessa área com a finalidade de avaliar o papel e a utilização adequada do pré-natal para gestantes de baixo risco; a satisfação das gestantes; o cuidado pré-natal integral (compreensivo) e de qualidade; os benefícios e a efetividade dos conteúdos estabelecidos como padrões na prática do pré-natal; as finalidades, a estrutura, o significado, a eficácia e o custo-efetividade dos programas de pré-natais e de seus componentes específicos; o início da utilização de cuidado pré-natal; a relação entre a atenção pré-natal e a adoção de comportamentos saudáveis. Além destes, tem sido propostos estudos em relação ao impacto da atenção pré-natal sobre o estado de saúde pós-natal, a

morbimortalidade materna e perinatal e sobre os comportamentos de saúde maternos de risco, como abuso de substâncias lícitas e ilícitas.

Uma outra questão, segundo os autores supracitados, que não deveria ser esquecida, é a importância do cuidado pré-natal na prevenção da morte materna, devendo-se, neste sentido, propor alterações no conteúdo das consultas. O conteúdo também deve ser adaptado às características da população a que ele se destina. Segundo Alexander e Kotelchuck (2001), muitos pesquisadores observaram que o impacto da atenção pré-natal varia de acordo com os grupos de risco, socioeconômicos, demográficos, culturais e médicos, e sugerem que fatores como o estado de saúde, a idade, a educação, a pobreza e as condições ambientais sejam considerados nas novas pesquisas.

Importante também é avaliar a assistência prestada pelos profissionais e os fracassos do sistema de saúde que impedem a efetividade do pré-natal. Já é uma constatação que numerosos prestadores de cuidado e características de sistema influenciam a adesão ao cuidado pré-natal. Neste contexto, alguns atributos são indispensáveis, sendo necessário serem pesquisados, entre eles a disponibilidade dos profissionais; a acessibilidade (horário de atendimento, formas de realizar o agendamento, local que oferece os serviços e tem disponibilidade de estacionamentos e transportes); recursos financeiros, humanos e de materiais; a qualidade e as diferenças de atenção dos profissionais; a organização dos cenários e serviços; a manutenção da continuidade do cuidado; articulações entre os profissionais; amplitude e extensão do cuidado; satisfação com o cuidador/ambiente/local; a competência cultural dos profissionais e do sistema e; a qualidade global e funcionamento do sistema de atendimento ao pré-natal (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 2001).

Desde a sua origem, há mais de 100 anos, a atenção pré-natal é um dos cuidados de promoção à saúde e prevenção de doenças, frequentemente usado nos EUA, no Brasil e no mundo, e seu uso está cada vez mais sendo difundido. Há razões para se acreditar que a atenção pré-natal tenha um papel importante para manter baixas as taxas de mortalidade materna e fetal e há evidências de que o cuidado pré-natal proporciona outros benefícios à saúde materna e infantil, como já mencionado.

O cuidado pré-natal, segundo evidências, é um fator importante que afeta os resultados maternos e fetais. Embora haja controvérsias sobre quais os elementos do cuidado pré-natal que são os mais importantes e qual a frequência que o torna mais efetivo, o benefício global da atenção pré-natal não pode ser questionado. A iniciação precoce do pré-natal, por outro lado, está associada a resultados melhores na condução da gravidez (ROBERTS et al., 1998).

Além dos intelectuais, as gestantes também refletem empiricamente sobre o pré-natal,

seus benefícios, barreiras, conteúdos, sobre a forma como é conduzido, sobre as atitudes dos profissionais que o realizam. Neste sentido, apresentam expectativas e percepções em relação a esta atividade.

3.7 PERCEPÇÕES, EXPECTATIVAS E SATISFAÇÃO DAS MULHERES E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE O PRÉ-NATAL

Quando procuram o serviço de saúde para realizarem a consulta pré-natal ou qualquer outro atendimento em relação à gravidez, as gestantes apresentam algumas expectativas ou percepções que, quando satisfeitas, reforçam a importância dessa atividade e favorecem a sua adesão a ela, bem como auxiliam na interação com o profissional. Estas percepções revelam também o compromisso do profissional de saúde com esta clientela.

Roberts et al. (1998), no estudo com mulheres grávidas de classe alta da comunidade de Midwestern (Olmsted - Minnesota), avaliaram a percepção sobre as expectativas das gestantes em relação ao pré-natal e a sua importância na primeira consulta. O estudo revelou que quase todas as mulheres (95%) percebiam o cuidado pré-natal como muito importante, diminuindo o percentual quando diminuía a idade gestacional materna, a idade da mulher, sua formação educacional e quando esta era múltipara. As mulheres múltiparas e mulheres com mais de 35 anos percebiam o cuidado pré-natal como menos importante por acreditarem que não precisavam de cuidado de saúde, talvez porque já tivessem adquirido conhecimento durante as outras gravidezes ou porque para elas a atenção recebida em gravidezes anteriores não havia alterado o curso ou o resultado da sua gravidez. Para Roberts et al. (1998), isto é preocupante, porque cada gravidez é uma gravidez, devendo ser avaliados os riscos, desconfortos e as modificações gravídicas, independente do número de gestações. A percepção da consulta pré-natal como menos importante para mulheres com menos anos de formação educacional formal, especialmente as mulheres nulíparas, pode refletir a falta de experiência prévia da gravidez, a falta de conhecimento e desvalorização cultural e social da educação pré-natal entre as mulheres. Estas duas questões, segundo os autores supracitados, devem ser melhor investigadas. Ainda, de acordo com Roberts et al. (1998), o início tardio do cuidado pré-natal estava associado com a percepção diminuída da mulher sobre a importância do cuidado neste período.

Em relação às expectativas das mulheres sobre o conteúdo da primeira visita pré-natal, de acordo com Roberts et al. (1998), a maioria das mulheres esperou que o médico confirmasse a gravidez e sua duração; discutisse sobre medicamentos, exercícios, dietas e

realizasse um exame obstétrico completo (pélvico); 20% ou mais das mulheres não esperavam que o médico abordasse a prática do fumo, o uso de álcool e drogas ilícitas ou atividade sexual durante gravidez. Aproximadamente 60% esperavam que o médico avaliasse o bem-estar do bebê durante a primeira visita pré-natal. Isto não variou entre mulheres que consideraram a atenção pré-natal como importante e as que não. Apesar de nessa comunidade a prevalência de Aids ser baixa, mais de 50% das mulheres acreditavam que o médico fosse discutir sobre Aids. Menos de 50% delas esperava que se discutisse o problema mais comum, o abuso sexual e a violência doméstica. Estas expectativas das mulheres sobre o conteúdo da consulta pré-natal podem refletir a falta de ênfase dada à violência doméstica e à educação relativa ao uso de drogas e de álcool.

Estudos mencionados por Hildingsson; Waldenström e Radestad (2002) sobre os aspectos que as mulheres percebem como importantes no cuidado de pré-natal revelam que a competência clínica e técnica do prestador do cuidado, o número suficiente de exames, incluindo o ultra-som, o tempo de espera curto, as informações e explicações suficientes e equipes de saúde cordiais e amigas constituem fatores importantes no atendimento pré-natal.

Os autores acima citados realizaram um estudo em 1999 e 2000 com 3.061 mulheres que falavam a língua sueca, com a finalidade de explorar as expectativas dessas mulheres sobre o cuidado pré-natal; preferências relativas ao número de consultas e; atitudes relativas à continuidade da cuidadora (parteira). Para essa população, o aspecto mais importante de cuidado era a saúde do bebê, seguido da saúde da mãe e do envolvimento do companheiro, sendo este último, em especial, para as primíparas. As mulheres também declararam como sendo muito importante terem tempo para falar sobre seus próprios assuntos (58%) e adquirirem informações sobre trabalho de parto e nascimento (56%). Menos importante foi a oportunidade para participarem de grupos educativos de gestantes (29%). Setenta por cento das mulheres preferiram seguir o agendamento estabelecido para consultas pré-natais, 23% preferiram mais e 7% menos consultas. As mulheres primíparas, com idade inferior a 25 anos, com abortos anteriores e concepção assistida, e as múltíparas, com aborto ou natimortos e uma experiência de nascimento prévia negativa desejavam mais consultas. O desejo por diminuir o número de visitas ou consultas pré-natais esteve associado com a idade superior a 35 anos e primíparas com mais de dois filhos, quando a ocasião da gravidez era imprópria. Mulheres com menor formação educacional tenderam a preferir visitas menos frequentes. Quase 70% das mulheres identificaram que a continuidade do cuidador (parteira ou obstetra) durante todo o processo de gestar e parir como muito importante; 27% como bastante importante e; só 3% como menos importante ou não importante. As mulheres múltíparas

(74%) avaliaram a continuidade como sendo mais importante que as mulheres primíparas (66%). O sistema sueco com continuidade da parteira (midwife) durante gravidez foi muito apreciado.

As percepções de uma comunidade carente de recursos divergem bastante das refletidas anteriormente. As percepções de 169 mulheres sobre atenção pré-natal, em especial das Americanas-africanas, população vulnerável das comunidades urbanas, foram estudadas por Milligan et al. (2002). O estudo foi realizado com mulheres sem-lar, que têm pouca adesão ao pré-natal e que vivem em uma comunidade com altos índices de mortalidade infantil, pobreza e história de abuso de drogas. Os autores utilizaram para coleta de dados os grupos focais. O estilo de vida ligado às drogas representava uma barreira para a iniciação precoce do acompanhamento pré-natal, uma vez que as mulheres temiam que o profissional descobrisse que usavam substâncias ilícitas. Em contrapartida, o acesso à consulta pré-natal tornou-se um espaço para a prevenção e o tratamento das mulheres que faziam uso de drogas. Neste sentido, a provisão de mais instalações para tratamento de drogas para grávidas e puérperas deveria ser considerada um imperativo. Para todas as participantes, um aspecto motivador era a participação do companheiro. Quando o pai se envolvia, havia a convicção de que a condição global da mulher melhorava. Ao contrário, a sua ausência constituía-se em uma barreira. A atitude dos prestadores do cuidado de saúde era outro assunto importante, embora não tão fundamental como o estilo de vida e o papel do pai, freqüentemente identificados em todos os grupos. Segundo as mulheres, atitudes da equipe, tais como, abertura, sinceridade, alegria e cordialidade podem contribuir para o cuidado pré-natal. No entanto comportamentos ou atitudes agressivas, ameaçadoras e julgadoras podem dificultar o cuidado.

Para Milligan et al. (2002), direcionar esse assunto não é tão simples. Profissionais de saúde sobrecarregados, esgotados emocionalmente com o trabalho podem ter poucos recursos para atender à clientela, o que pode refletir nas suas atitudes e no cuidado prestado. Pessoal de apoio, como as recepcionistas que fazem o agendamento e a equipe de saúde, deveria ser treinado para se comunicar com pacientes de um modo respeitoso e prestar um cuidado sensível. Clínicas que prestam cuidado pré-natal poderiam realizar uma avaliação dos padrões de comunicação, como também indicar os “*ombudsman*” para defender os clientes. Concluíram que para projetar um sistema de atenção pré-natal pertinente às pessoas vulneráveis das comunidades urbanas, é necessário criatividade, consideração e sensibilidade. Requer interação freqüente entre mães, pais e profissionais, disponibilidade e acesso ao serviço.

Alguns destes predicativos mencionados por Milligan et al. (2002) são expressos nos trabalhos desenvolvidos no Brasil por Dióz (1998), que avalia a assistência pré-natal em Cuiabá, sob o ponto de vista da usuária e por Marcom (1997), que identifica as percepções e expectativas das gestantes sobre o pré-natal. O primeiro estudo apresenta as dimensões técnicas e humanas do pré-natal, identifica a necessidade de acolhimento da gestante, o qual envolve sensibilidade, interação, vínculo, acesso ao serviço e preocupação com os problemas reais da gestante. Reforça a necessidade da competência técnica e a importância da educação, enfatizando as relações de horizontalidade, o resgate de conhecimentos prévios, o vínculo e a recriação de conhecimentos, a partir das trocas, participação crítica e valorização dos conhecimentos, o que favorece a autonomia da cliente. A autora destaca ainda que há uma divergência entre o que a gestante espera e conhece acerca do serviço e o desempenho dos profissionais.

O trabalho de Marcom (1997), caracterizando a assistência pré-natal em um Hospital Universitário, identifica as seguintes expectativas das gestantes: a) gratuidade no atendimento, de exames de rotina e ultra-som; b) fornecimento de orientações em relação ao desenvolvimento da gravidez e cuidados relativos a ela, trabalho de parto, parto e cuidados com o RN; c) necessidade de supervisão do discente por profissional da área, com menor rotatividade de alunos; d) necessidade de atendimento pessoal e interesse dos profissionais pelas vivências das gestantes; e) necessidade de que os profissionais identifiquem as ansiedades, medos e preocupações da clientela; f) utilização de uma linguagem que a gestante compreenda, limitando os termos técnicos, e g) possibilidade de realização do parto pela profissional que acompanhou o pré-natal. Esse estudo enfoca ainda que a gestante não tem participação ativa durante a consulta e que esta não contempla suas reais necessidades, pois está centrada na gravidez e não na mulher grávida. A adesão da cliente ao serviço, ou não, segundo a autora, está relacionada à assistência prestada pelos profissionais.

Na última década, a satisfação das mulheres com os serviços de pré-natais e a atuação dos profissionais de saúde tem sido alvo de estudos. Segundo Lowry; Saeger; Barnett (1999), clientes que recebem um cuidado compreensivo, completo, integral e individualizado, mediado por comunicação positiva e cuidadosa, têm uma relação duradoura com o profissional, ao invés de interagir com muitos membros da equipe, relatam maior satisfação com o seu cuidado que outros clientes.

A satisfação com o cuidado, de acordo com os autores, está correlacionada às expectativas que se têm do cuidado, como a acessibilidade, a disponibilidade, o conforto e a continuidade de cuidado pelo cuidador. O cuidado mais individualizado, em locais

agradáveis, familiares e confortáveis, resulta em uma melhor continuidade de cuidado pré-natal. Algumas clientes são motivadas a buscar o cuidado, baseadas na convicção de que o cuidado pré-natal assegurará um bebê saudável; outras são incentivadas pela presença de sintomas de doenças e intercorrências na gravidez.

Estudo realizado em 1994, por Lowry; Saeger e Barnett (1999), na Flórida, em dois tipos de clínicas, comparou a satisfação das mulheres de baixa-renda, mulheres com maior risco de iniciar tardiamente o pré-natal, de terem maiores complicações e intercorrências na gravidez e de não aderirem ao cuidado oferecido. A amostra constituiu-se de 62 mulheres de cada uma das clínicas: a Clínica Municipal de Serviço de Saúde Pública de Recursos humanos (PHCs) com (Improved Pregnancy Outcome Program-IPOP), ou seja, programa de melhoria dos resultados na gravidez (IPOP), cuja assistência primária era realizada por enfermeiras de práticas avançadas (APNs), e um centro de cuidado ambulatorial de saúde multidisciplinar para as mulheres e crianças (MDC), que atendem populações de alto risco.

A reclamação principal dos clientes do MDC (43%) e do PHC (56%) foi o tempo total gasto na clínica para cada consulta, em virtude da distância e do transporte utilizado, sendo que ao PHC somavam-se as queixas do barulho e o excesso de pessoas na sala de espera, dados estes referentes aos elementos ambientais dos serviços. As clientes do MDC tinham declarações positivas sobre a habilidade técnica de enfermeiras, ensino e relações interpessoais, e estavam mais satisfeitas com o cuidado de enfermagem que as do PHC. Para ambas as clínicas, o nascimento de uma criança saudável, com “APGAR” satisfatórios e com idade gestacional adequada era indicativo de atenção pré-natal consistente. As clientes gostaram de ser atendidas de forma personalizada pela enfermeira; gostaram do ambiente limpo, alegre, do serviço e da disponibilidade do cuidado com as crianças, do transporte e do estacionamento.

A satisfação com cuidado e a sua relação com a adesão ao pré-natal entre mulheres africano-americanas foi também pesquisado por Handler et al. (2003). Foram entrevistadas 125 mulheres que tinham seguro Medicaid e 275 sem seguro, enfocando as características pessoais, a experiência do cuidado pré-natal e avaliação do cuidado prestado no pré-natal (satisfação). Dados revelam que as mulheres estavam altamente satisfeitas com o cuidado pré-natal, com um percentual de 80,3%. As mulheres de Non-Medicaid mostraram-se significativamente menos satisfeitas, com o percentual de 79,1%, do que as mulheres de Medicaid, com 82,8%. Os autores referem que, embora a literatura aponte a associação entre satisfação da cliente e uso de cuidado de saúde, no que tange à saúde geral, o uso de cuidado pré-natal pode ser uma experiência diferente. Os pacientes satisfeitos com o atendimento nos

serviços de saúde vão, provavelmente, continuar procurando estes serviços; vão manter uma relação com um profissional específico, acompanhar e obedecer às normas e procedimentos ditados pelos serviços de saúde. No caso contrário, procuraram outros serviços. Em contraste, segundo os autores, o cuidado prestado no pré-natal é uma experiência de curto prazo que acontece dentro de um período de nove meses, com objetivo específico e imediato de parir uma criança saudável. Nessa perspectiva, as mulheres podem considerar que realizar a consulta pré-natal é uma obrigação ou dever, um passo necessário para assegurar o bem-estar de seu filho. Isto pode contrastar com uso de outro serviço de saúde preventivo que depende da escolha da mulher. A satisfação da mulher com o sistema de serviço de saúde, durante o processo de nascimento, pode ficar alterada ainda mais se ela não realizar o acompanhamento pré-natal ou iniciá-lo tardiamente. A satisfação pode, assim, não determinar que ela use o cuidado. Por outro lado, a satisfação com a atenção pré-natal pode, igualmente, afetar a adesão e o uso da atenção pré-natal em gravidezes subseqüentes ou o uso de serviços de controle de natalidade e cuidado pediátrico no período pós-parto, sendo necessária uma exploração adicional a respeito.

Koninck et al. (2001) avaliaram a humanização, a satisfação das mulheres e a continuidade de cuidado nos centros de nascimentos assistidos por parteiras e compararam com o atendimento recebido pelos médicos. A amostra constituiu-se de 933 clientes de enfermeiras obstétricas ou obstetrizes e de 1.000 clientes dos médicos de Quebec - Canadá. Os resultados mostraram que as mulheres de ambos os grupos estavam geralmente satisfeitas com o cuidado que receberam, embora as cuidadas pelas enfermeiras obstétricas ou obstetrizes (parteiras) tivessem uma avaliação mais positiva.

Clientes das enfermeiras obstetras ou obstetrizes tiveram um número de visitas (consultas) pré-natais semelhantes a dos médicos, porém estas eram mais longas (78 minutos contra 33 minutos), e a subseqüente (66 minutos contra 19 minutos). O cuidado delas foi percebido como mais personalizado que a dos médicos (87,9%, um terço a mais que os médicos), sendo que as gestantes atendidas por estas profissionais tinham maiores oportunidades de questionar e discutir as informações, atingindo um percentual de 84,6%. Constatou-se ainda que as clientes atendidas por parteiras amamentavam mais os filhos e participavam das reuniões nos centros de nascimento, local em que consultavam, bem como, visitavam as suas dependências, familiarizando-se com o ambiente. Já as atendidas pelos médicos tinham de ser referenciadas ao local onde iriam parir, sendo oportunizada a visita somente em algumas instituições hospitalares. Das gestantes atendidas pelos médicos, apenas 64% delas tinham oportunidades para questionar, percentual inferior ao das parteiras.

O cuidado pré-natal conduzido pelas parteiras foi expresso pelas mulheres, segundo os autores, como: “caloroso”, “respeitoso”, “você sente como você fosse uma pessoa”, “encorajada”, “a pessoa não sente como um número”. Isto demonstrou a satisfação e atenção humanizada do cuidado pré-natal. Ao contrário, em relação ao cuidado prestado por alguns médicos, faziam críticas, descrevendo a experiência como: “eu me sentia como um número”. Nem todos os comentários eram negativos em relação à atenção do médico (KONINCK et al., 2001, p.63-4).

Quando as clientes dos médicos explicavam a sua satisfação, mencionavam freqüentemente a competência do profissional e o sentimento de “estar em boas mãos”. Segurança era um critério importante para a qualidade da experiência delas, e várias gestantes informaram que tinham conhecimento de que se algo desse errado teriam certeza de que estariam “no lugar” certo.

Alguns comentários criticaram as enfermeiras pela falta de empatia e apoio no período intraparto, embora algumas explicassem que esta situação era o resultado da falta de pessoal. Contudo, outros comentários elogiavam as enfermeiras por terem sido responsáveis e pelo apoio humano recebido. A maioria das clientes das parteiras pôde escolher o tipo de parto (84%), e foi atendida pela mesma profissional durante as fases do processo de nascimento (70,5%), o que não aconteceu com algumas clientes dos médicos (75% e 38,8% respectivamente). Avaliando as necessidades, as expectativas e a satisfação das mulheres com o cuidado pré-natal, os autores enfatizaram que estes achados deveriam ser incluídos no cuidado futuro, nos serviços de obstetrícia, em Québec e outros locais.

Além das gestantes, os profissionais apresentam algumas percepções que podem ajudar na efetividade e na adesão ao pré-natal. Segundo Proctor (1998), existem poucos estudos comparando as convicções e percepções dos profissionais e dos clientes ou das mulheres/gestantes/puérperas e profissionais em relação à satisfação ou qualidade dos cuidados. Ressalta que em virtude da natureza interativa existente entre cliente e cuidador, é fundamental e necessário examinar as percepções de ambos, sendo a percepção a essência do cuidado de qualidade e fundamento para o serviço prestado.

Estudo realizado por Proctor (1998), através de grupos focais, no período de julho de 1994 a junho de 1997, com 38 mulheres grávidas e pós-natais, em duas maternidades, em Yorkshire, na Inglaterra, avaliou as seguintes dimensões em relação ao cuidado prestado: continuidade do cuidador (médico ou parteira); ambiente; natureza da informação; acesso ao serviço, cuidado e tratamento; relacionamento da mulher e profissional; relação entre o desejo de engravidar e aderência ao serviço; atributos dos profissionais; envolvimento da mulher nas

decisões do cuidado; sentimentos de confiança e capacidade para o controle do cuidado.

O estudo reforçou que a relação entre a mulher e a parteira ou o médico deveria ser e estar baseada no respeito e compreensão. Mais significativamente, sugeriu uma troca de paradigma de domínio profissional dos serviços, em termos de planejamento, implantação, desenvolvimento e avaliação, para um serviço colaborador e integrado, no qual as visões dos profissionais de saúde e das gestantes fossem reconhecidas e operacionalizadas. Identificou percepções similares, compartilhadas pelas mulheres e parteiras em relação a alguns aspectos importantes dos serviços da maternidade, porém, diferenças fundamentais se mostraram evidentes. Tais diferenças, segundo o estudo, podem afetar adversamente a relação entre as duas partes (profissionais e gestantes), as percepções das mulheres sobre o serviço, o retorno no futuro e o estímulo para recomendá-lo a outras gestantes.

Destaco os seguintes aspectos em relação à pesquisa. A continuidade do cuidado durante a gravidez foi considerada importante tanto para as parteiras como para as mulheres grávidas e as pós-natais. No entanto, as parteiras valorizavam muito mais conhecer a gestante antes de realizar o parto do que manter a continuidade durante todo o processo. Ambas tiveram opiniões semelhantes sobre a necessidade e importância de as gestantes terem acesso ao serviço; esperarem pouco tempo pelo atendimento e terem garantia de acesso ao cuidado na maternidade.

Em relação ao ambiente, as parteiras e mulheres reforçaram a importância de ambientes simples, familiares, confortáveis e agradáveis, especialmente durante o trabalho de parto. As mulheres, no entanto, consideraram importantes os ambientes familiares não pelas condições, mas porque julgavam que estavam vivenciando uma situação natural e não estavam doentes, não sendo necessário ser tratadas em uma clínica ou hospital.

A característica da relação que as parteiras identificaram como importante para mulheres era a precisão. Os dois assuntos que elas consideraram chaves durante o pré-natal e em todo o processo de nascimento foram: serem ouvidas e serem respeitadas. O sucesso dos resultados, determinados pelas mulheres e pelas parteiras, dizia respeito ao nascimento saudável do bebê, havendo uma grande preocupação por parte das mulheres, se a equipe, em especial, se as enfermeiras obstétricas (parteira) estavam treinadas para realizar o cuidado.

As parteiras tinham clareza da importância de prover um serviço clínico e efetivo baseado em evidências. Acreditavam que as gestantes tivessem o direito de avaliar o serviço e fazer queixas por escrito, o que não foi colocado pelas gestantes. Para as mulheres, ter a oportunidade de fazer escolhas significativas variou de acordo com as diferentes fases da gestação e idade. No entanto, para as parteiras isto divergia em função do modo de ser da

cliente, havendo as passivas e aquelas ativas no processo. As mulheres falaram da necessidade de elas terem controle da experiência do parto, particularmente durante o trabalho e o período pós-natal imediato. Ter controle também significou para muitas mulheres sentirem-se confiantes para pedir ajuda ou conselho, terem o direito de confrontar-se ou opor-se a uma decisão médica. Para as parteiras este confronto significava conflito com o profissional.

As parteiras, neste estudo, não mencionaram a importância de envolver os acompanhantes das mulheres em decisões de cuidado, assunto importante para muitas mulheres, em especial durante o trabalho de parto e nascimento.

As mulheres desejavam receber informações que as ajudassem no preparo para a maternidade, para se sentirem mais seguras, para fazerem escolhas e como fonte de confiança, sendo apenas os dois primeiros objetivos enfocados pelas parteiras. Tais profissionais subestimaram a importância de as mulheres desejarem explicações sobre os exames pré-natais, sobre procedimentos simples, como a episiotomia e curativo perineal, e sobre procedimentos especializados, como a analgesia. As parteiras não valorizaram vários aspectos relativos aos cuidados que a mulher precisa ter consigo e com o bebê no pós-parto, com exceção da amamentação. Também subestimaram a capacidade de as gestantes criticarem e discutirem sobre os folhetos, pedindo a elas que discutissem primeiramente com os companheiros. Apesar de desejarem informações, quando as parteiras lhes ofereciam a oportunidade de questionar, muitas mulheres mostravam-se ansiosas em relação ao que perguntar. Muitas não sentiam confiança para pedir conselhos porque percebiam que o pessoal estava muito ocupado. Considerando estes aspectos, os autores reforçaram a necessidade de a equipe oferecer um guia com informações relativas aos aspectos específicos do cuidado, além de prestar maior atenção na comunicação não verbal.

O cuidado pré-natal, segundo Proctor (1998), foi caracterizado, principalmente, por necessidade de informação, compreensão e confiança mútua.

Dentro desta mesma perspectiva, temos o estudo realizado por Moura, Rodrigues e Silva (2003a), em oito municípios do Ceará, em maio e junho de 2001, com 30 enfermeiros e 30 gestantes, em relação à percepção das gestantes e enfermeiras sobre a consulta pré-natal. Os enfermeiros apontam como aspectos relevantes da consulta de enfermagem: o acolhimento adequado (interagindo, conversando, ouvindo, valorizando as atitudes do cliente e envolvendo o parceiro e a família); o relacionamento interpessoal; a realização da história clínica e obstétrica, de forma a contemplar; a identificação dos fatores psicológicos, sociais e educacionais e de riscos, na perspectiva de uma abordagem holística e individual; a solicitação dos exames laboratoriais; a imunização contra o tétano; o registro das consultas e a

referência para outros profissionais a outros níveis de complexidade da assistência à saúde. As gestantes identificaram como pontos relevantes da consulta de enfermagem a interação estabelecida pelo enfermeiro, as orientações voltadas para o cuidado da saúde, a realização do exame físico e obstétrico, a solicitação dos exames laboratoriais e a coleta da história clínica obstétrica, com enfoque voltado para a identificação e avaliação dos fatores de risco.

O estudo acima reforçou também que é dever do enfermeiro informar os clientes sobre os aspectos relativos à sua saúde, e que é direito dos clientes receberem tais informações e participar das decisões que influenciam sua saúde.

As percepções e expectativas das enfermeiras e gestantes nos levam a um cuidado sensível, compreensivo, efetivo e respeitoso que caracterizam o cuidado humanizado. Será que é possível implementá-lo na prática com as mulheres gestantes em nosso cotidiano? Será que este cuidado é o que almejamos? No que os profissionais e as gestantes divergem e convergem em relação ao cuidado humanizado no pré-natal?

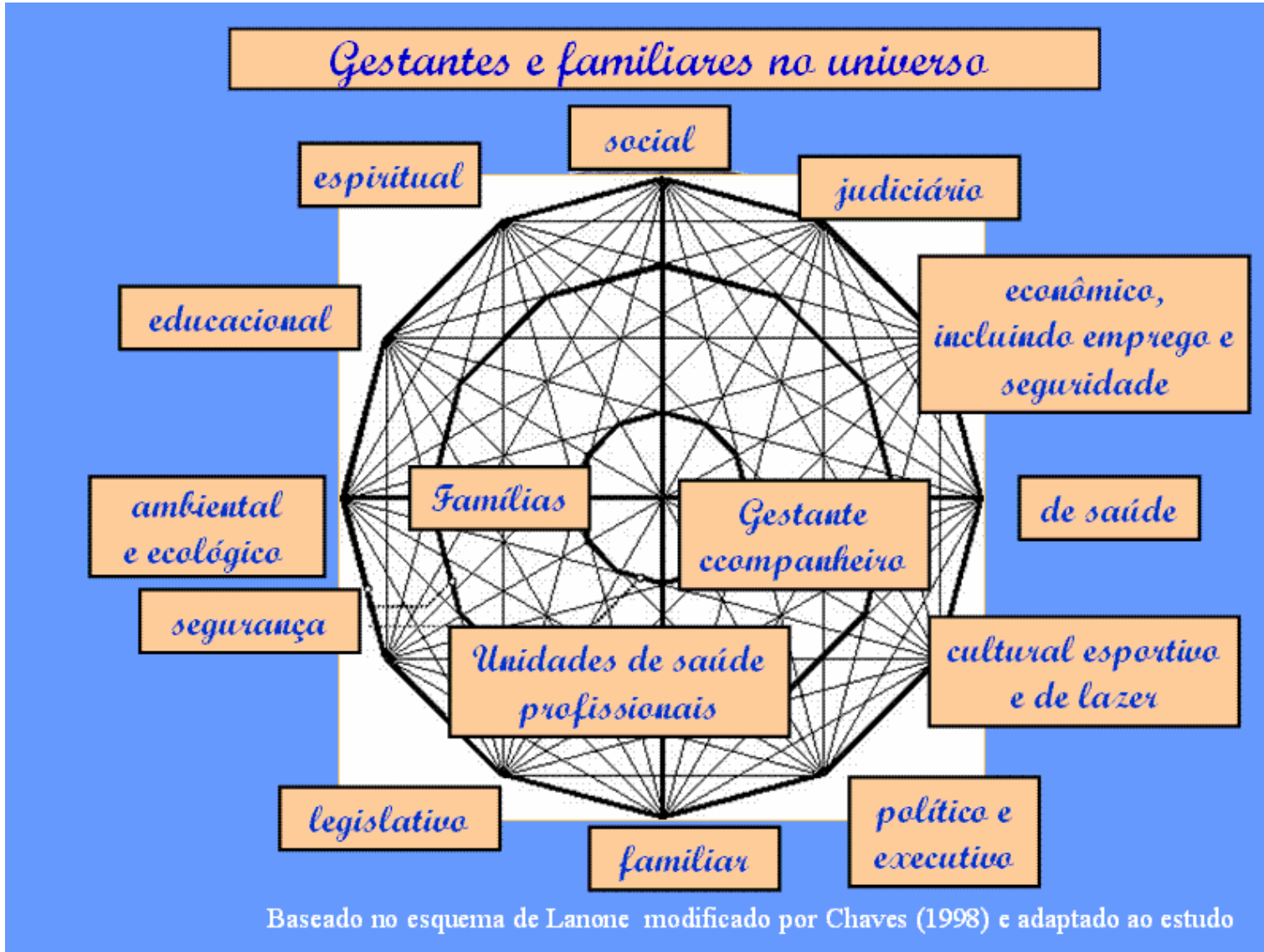


FIGURA 1. GESTANTES NO UNIVERSO

CAPÍTULO 4

HUMANIZAÇÃO E CUIDADO HUMANIZADO - CONCEPÇÕES E PERSPECTIVAS

*É cooperação, disponibilidade, participação, amor;
interação, cientificidade, autenticidade, envolvimento;
vínculo compartilhado;
espontaneidade, respeito, presença;
empatia, comprometimento, sensibilidade;
intuição, compreensão, confiança mútua;
estabelecimento de limites, olho no olho;
valorização das potencialidades;
visão do outro como único;
percepção da existência do outro;
toque, respeito ao silêncio, receptividade;
observação, comunicação, calor humano;
sorriso, autoconhecimento;
(Maria Emilia de Oliveira;
Maria de Fátima M. Zampieri; Odaléa Bruggemann, 2001)*

Cuidado humanizado, também entendido como cuidado sensível, solidário, atencioso, respeitoso ou simplesmente cuidado, na acepção autêntica da palavra, parece ser a proposta de alguns profissionais e gestantes. No entanto, não está claro, o que realmente é humanização e como ela se caracteriza no cotidiano do cuidado.

A humanização pode e deve estar inserida nos projetos de organização dos serviços de saúde e na organização da sociedade, buscando condições que possibilitem aos seres humanos exercerem sua humanidade e respeitarem uns aos outros. Pode constituir-se em um novo paradigma de relacionamento entre os prestadores e os receptores do cuidado e entre todos os seres humanos.

O conceito de humanização é um termo amplo e complexo. A definição de humanização tem divergido ao longo dos anos, sendo difícil conceituá-la ou interpretá-la. Assim, buscarei refletir sobre esta questão para melhor compreendê-la. Contudo, nesse momento não tenho a intenção de abranger toda a complexidade desse tema e suas relações. Acredito que a definição do termo humanização depende da visão de mundo que se têm, do contexto filosófico, científico, literário, político, religioso, mitológico, popular, histórico e geográfico e, das relações entre os seres humanos e destes com os outros seres, a sociedade e o planeta.

Segundo Abbagnano (1992) e Cabral et al. (1989), a humanização está relacionada à humanidade e, nesta acepção, pode assumir dois sentidos filosóficos. No primeiro sentido, humanidade seria “aquilo” que faz com que um ser seja considerado humano. Está relacionada à temática do direito natural, da natureza dos direitos humanos, da fraternidade, da dignidade, igualdade etc., princípios essenciais da espécie. No segundo sentido, designaria o conjunto de seres humanos, quer em um determinado momento ou época da história, quer em toda extensão da história.

A humanização pode estar associada à idéia de qualidade, de dignidade, de superação da técnica, da mecanização e da fragmentação do ser humano. Indica uma idéia contrária à animalidade. Pode ser vista como oposição a violência (institucional). Também é compreendida como sinônimo de cidadania e de agir eticamente, conquista de direitos e de autonomia, acolhimento, resgate ou reafirmação da subjetividade e da sensibilidade, comunicação efetiva, solidariedade e, valorização de si e do outro, de sua cultura e história.

Humanização não é uma palavra que se reduz apenas a um significado. Além de ter vários, todos convergem, são interligados e complementares e, ao mesmo tempo, são distintos e até contraditórios. Não é um termo unívoco, mas polissêmico e por vezes ambíguo.

Estudo com gestores de maternidades, realizado por Deslandes (2005ab), revelou que os principais significados, atribuídos pelos sujeitos, ao termo “humanização” se relacionam com: 1) a qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários. Neste contexto, temos o acolhimento e a empatia. Tratar como gostaria de ser tratado, ou melhor, tratá-lo da forma como ele gostaria. Não esquecer nunca que o cliente vive em outro contexto; tem crenças e experiências distintas e, portanto, tem expectativas e necessidades diferentes das suas como profissional; 2) o reconhecimento dos direitos do cliente (ter acompanhante, ter autonomia para escolher a sala e o tipo de parto, a posição para parir, para caminhar e ser informada dos procedimentos); 3) a democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes, sendo este item o menos mencionado; 4) o protagonismo da mulher; 5) a desmedicalização da atenção ao parto e nascimento, ou seja, a diminuição das intervenções; 6) a promoção de vínculos entre familiares, mãe e recém-nascidos hospitalizados; 7) a valorização dos profissionais de saúde, sendo este item pouco valorizado pelos gestores.

Para Campos (2005), a humanização tem relação estreita com a defesa da vida e mais radical ainda da Paidéia, ou seja, pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles, doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde.

Para Ayres (2005, p.1) é um compromisso da tecnociências que tem por fim a felicidade humana.

A humanização pode ser genericamente definida como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem Comum.

A humanização, do ponto de vista filosófico pode ser traduzida, de acordo com Ayres (2005), como um ideal de construção da livre e da inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde promovida por interações sempre mais simétricas que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades.

Para alguns autores e profissionais que atuam no cotidiano do cuidado, a humanização é sinônimo de humanismo. No entanto, as doutrinas ou movimentos focados no humanismo atribuem aos seres humanos algo de característico no Universo, diferente em relação aos outros seres vivos. Definem os seres humanos ou estabelecem uma imagem da "natureza" ou da "essência" humana. Para Nogare (1988), Abbagnano (1992) e Puleddala (2003), o humanismo é qualquer tendência filosófica que leva em consideração as possibilidades e os

limites do ser humano e tudo o que está relacionado a ele. Assim, temos vários humanismos com concepções, reivindicações e perspectivas opostas ou complementares, de acordo com o contexto, época e finalidades.

4.1 HUMANIZAÇÃO E HUMANISMO

Segundo Puleddla (2003), o conceito de Humanismo é um dos mais contraditórios e ambíguos. Há o humanismo literário, o cristão, o renascentista, o cultural, o existencialista, o filosófico, o científico, o existencialista e o moderno, entre outros, que divergem em concepção e objetivos. Contudo, de acordo com Nogare (1988) e Strieder (1990), os diversos humanismos, muitas vezes, nos apontam caminhos e aspectos que contribuem para o estabelecimento da dignidade humana, da liberdade, da autonomia, do respeito entre os seres humanos e destes com os outros seres e ambiente, que levam a promoção e valorização do ser humano. São doutrinas que atribuem, filosoficamente, ao ser humano características, que o distingue dos animais e dos outros seres do Universo.

Para Puleddala (2003), cada "humanismo" comporta de modo mais ou menos explícito uma definição ou uma imagem da "natureza" ou da "essência" humana. Os humanismos dizem respeito aos seres humanos, explicitam como estes são ou como deveriam ser. Em outros termos, cada humanismo contém um aspecto normativo ou um projeto, que se busca levar à prática. O humanismo nunca é definitivo, sempre está em formação, no sentido de que seus elementos vão integrando-se constantemente a novos conhecimentos, aprofundamentos e enriquecimentos.

De acordo com Abbagnano (1992) e Nogare (1988), o humanismo tem dois significados. No âmbito do pensamento ocidental, é um movimento literário, lingüístico e filosófico, o qual procura resgatar a cultura clássica (grega e latina), originado na Itália, na segunda metade do século XIV, sendo difundido para os outros países da Europa. Nesse movimento destacam-se alguns princípios fundamentais, tais como: a exaltação da dignidade e liberdade, do valor e do prazer; a importância dos estudos das leis, da medicina e da ética contra a metafísica; o reconhecimento da historicidade e da totalidade do ser humano e seu destino de viver no mundo e dominá-lo. Este movimento enfatizou as questões éticas, a dignidade e liberdade, essenciais para a humanização. Em contrapartida, o último princípio contribuiu para que alguns seres humanos, ao longo da história, desenvolvessem novas técnicas para dominar a natureza, utilizando-as, muitas vezes de forma irresponsável, levando a destruição da mesma e a desumanização do ser humano.

O segundo significado de humanismo é entendido como um movimento filosófico que toma como fundamento a matéria humana ou os limites dos interesses do ser humano ou em sentido mais amplo, qualquer caminho filosófico que leva em consideração as possibilidades e limites do ser humano, favorecendo e fundamentando a reordenação de problemas filosóficos (ABBAGNANO, 1992; NOGARE, 1988).

Para Nogare (1988), o terceiro significado de humanismo é o humanismo de caráter ético-sociológico. Considerando as idéias de São Tomas, Kant, Marx, Max Sheler, Nogare (1988) define humanismo como a doutrina que atribui ao ser humano o valor de fim, de forma tal que tudo esteja a ele subordinado, inclusive a responsabilidade pela sua realização na sociedade e na história. O ser humano representa um valor absoluto. Dentro desta perspectiva, os humanistas o reconhecem como um ser superior a todos os outros seres. Vêem no ser humano o objetivo e a meta das atividades e de todas as instituições, no sentido de possibilitar a ele, a realização plena e possível de sua humanidade e personalidade, isto é, de sua liberdade. Segundo Nogare (1988), isto só é possível na convivência social, tendo por base o Amor. No entanto, o ser humano tem agido como um ser irracional que domina os outros seres e seus semelhantes e, até o seu planeta, sem pensar nas conseqüências nefastas de seus atos, que podem levar a sua destruição, da sua espécie e do seu planeta.

Segundo Nogare (1988), em sentido estrito, o humanismo filosófico significa qualquer doutrina que dignifica os seres humanos, que propicia autonomia, conduz ao crescimento, a liberdade de criação e a reciprocidade entre os seres humanos. Entretanto, há divergências de humanismos, de acordo com as visões de mundo dos intelectuais e filósofos e evolução histórica.

Nogare (1988) refere que o humanismo teve raízes no pensamento grego. O humanismo grego e romano exaltava os valores da beleza, da força, da harmonia, do heroísmo e a ética. Contudo, este humanismo valia para uma minoria aristocrática, excluindo as mulheres e os escravos, o que o tornava desumano para esta parcela da população. O humanismo cristão realçava o valor do ser humano como pessoa, isto é, como indivíduo autônomo, responsável, aberto à plenitude e orientado por Deus.

Para Cabral et al. (1989), seria possível enunciar um sem número de humanismos, tantas quantas as posições que subordinam o ser humano às antropologias descritivas ou subalternizam a sua realização pessoal e livre a outros fins, como o Estado, a Sociedade ou o progresso científico e técnico, entendido como exclusivo domínio da natureza.

Com os gregos surge o primeiro preceito humanista com Sócrates. “Conhece-te a ti mesmo”. Esse princípio tem sido fundamental para a humanização do próprio indivíduo e para humanizar as relações com as outras pessoas.

De acordo Puleddala (2003), Nogare (1988) e Strider (1990), o humanismo no Renascentismo exalta a dignidade e a liberdade do ser humano. Concebe o ser humano como "grande milagre", como um infinito que enquanto microcosmo reflete em si todas as propriedades do universo ou macrocosmo. Esta concepção implica que o universo não seja simples matéria inanimada, como na visão moderna, mas um organismo vivo e sensível a seu modo; que seja uma espécie de macro-antrópos. Compreende que o ser humano não é um simples expectador, mas que pode modificar, melhorar e recriar. É a única criatura liberta de natureza determinante, dizia Pico Della Mirandola. Para Strider (1990), o humanismo da Renascença foi a semente que desabrochou no Iluminismo, a partir do qual nasceram os direitos Universais do Homem, inseridos nas constituições dos países modernos, o que não significou a existência real do homem humanizado.

Além do humanismo grego e romano, cristão e renascentista, temos o humanismo moderno de Descartes, Kant e Hegel que faz do homem o ponto de partida, o centro da perspectiva e construção de toda a realidade. Segue-se, posteriormente, o humanismo comunitário. Entre 1804 e 1807, com Feuerbach floresce o humanismo comunitário caracterizado pela crescente politização do pensamento e do comportamento do ser humano, ao longo da história, isto é, a consciência de que o comportamento do ser humano individual deva ser visto sempre em relação à sociedade, em seu condicionamento a esse todo social e significado para ele. Feuerbach encontra a essência do ser humano na união do ser humano com o ser humano, só existindo humanização à medida que aumenta o espírito comunitário (STRIDER, 1990).

Na Modernidade, a categoria de Humano tendeu a se universalizar. Nesse período, todos os tipos de “homens” foram considerados humanos e integrantes de uma espécie comum, a Humanidade. Esta condição não era oportunizada às mulheres, crianças, indígenas e estrangeiros em outros humanismos em determinados períodos da história e outros contextos (BAREMBLITT, 2004).

Para Nogare (1988), no humanismo moderno, o modelo da racionalidade dominante traz a marca do ser humano divisível (corpo e alma), objetivo e quantificável e a idéia do “mundo-máquina”. O ser humano é visto como senhor da natureza. Essa vontade de dominar a natureza foi acompanhada por um desenvolvimento concomitante do domínio de alguns homens sobre outros homens. A razão emancipadora transforma-se em razão instrumental que

se servindo dos mesmos mecanismos da ciência e da tecnologia não se detém ante o próprio ser humano, objetificando-o e mercantilizando-o. Esta objetificação do ser humano ameaça sua liberdade e sua subjetividade, o domina e o conduz a uma nova servidão e desumanização. Essa ameaça, segundo Nogare (1988) e Goergen (2003), fica particularmente forte no contexto da globalização em que a subjetividade, a individualidade e a identidade tornam-se, mais e mais permeáveis às imposições comandadas por interesses técnicos sistêmicos que pouco têm a ver com os interesses genuinamente humanos. Segundo Nogare (1988), para Marx, tais interesses podem levar a alienação. Assim, a libertação da alienação expressa o pólo positivo do humanismo de Marx e meta do socialismo marxista.

Segundo Nogare (1988) e Gaarder (1995), o humanismo existencialista cristão iniciado com Kierkegaard valoriza e respeita o ser humano em sua singularidade, a sua existência, a comunhão interpessoal e com Deus e estimula o desenvolvimento das capacidades dos indivíduos. Kierkegaard considera que a verdadeira realidade é o existente, o singular e não o universal e abstrato. O singular é o ser humano valendo mais do que a espécie. O importante é a existência de cada um e não a descrição genérica de cada ser. Para ele, devemos ser nós próprios. Isto implica relação com o outro e reconhecimento de Deus em si. Contrapõe-se, sobretudo, contra o espírito de seu tempo que tendia a dissolver os indivíduos no anonimato e na impessoalidade; opunha-se ao socialismo que pregava a igualdade porque entendia que a diferenciação era própria do ser humano.

Del Gabriel Marcel, na mesma perspectiva, entende que o ser humano cuja existência foi concebida por Deus sempre está por se fazer; é artífice de si mesmo. Reforça a importância de respeitar o indivíduo em sua singularidade, intimidade e originalidade. Exalta o valor da comunhão interpessoal. Ser para Marcel é “ser com”, desde que se trate de uma comunhão autêntica, de forma que o outro se torne um verdadeiro “tu”, uma presença, o que para ele só é possível pelo Amor. Assim, distingue dois planos: o plano do ser, entendendo-o como o plano da subjetividade, da intimidade, das experiências individuais e indivisíveis, no qual o ser humano se encontra, vive sua existência autêntica, realiza suas potencialidades, o que o torna humano verdadeiramente. O plano do ter, que é o da objetividade, da problemática, da técnica e, portanto, o plano da alienação no qual o ser humano é “coisificado” e degradado a um simples objeto, é escravizado e desumanizado e se torna autômato (NOGARE, 1988).

Mounier, ampliando a visão de Marcel, reforça que para o estabelecimento do relacionamento humano se faz necessário a comunicação e a comunhão autêntica entre as pessoas, sendo isto possível quando há disponibilidade dos sujeitos. No entanto, Mounier

deixa claro: “Impossível atingir a comunidade, esquivando-se da pessoa [...] só na medida em que várias pessoas sejam realmente pessoas, é que igualmente poderão ser comunidade” (SEVERINO, 1983, p.85). Para ele, só é possível esta comunhão interpessoal, através do Amor, o qual possibilita o reconhecimento e vontade do outro enquanto outro. Permite ainda que cada um seja ele mesmo, seja pessoa. A concomitância e indissociabilidade da existência pessoal e comunitária é a verdade básica do personalismo de Mounier (NOGARE 1988; SEVERINO, 1983).

A pessoa é inseparável da comunidade e incompreensível sem ela. Para constituir-se como pessoa tem necessidade de descentrar-se para fora de si, num movimento de ruptura e recolhimento. [...] Ao sair de si encontra-se com o outro, não apenas na convivência de uma sociedade, mas na reciprocidade do intercâmbio de amor de uma comunidade (SEVERINO, 1983, p. 81-2).

A experiência existencial mostra a pessoa como uma presença dirigida para o mundo e para as outras pessoas, sem limitações, misturada com elas em perspectiva de universalidade. O outro não limita a pessoa. O “Tu” e, nele o “NÓS”, precede o “EU”, ou pelo menos o acompanha. Só na natureza é que reina a exclusão, a alteridade absoluta; [...] a pessoa, porém é essencialmente comunicação, e só ela o é plenamente, pois pelo mesmo movimento que faz existir, ela se expõe e se exprime (SEVERINO, 1983, p. 81-2).

Para tanto, Mounier reforçando Severino (1983) estabelece como necessárias algumas ações, que entendo serem humanizadoras: a saída de si mesmo, rompendo-se o egocentrismo e a individualidade e colocando-se disponível para o outro; a compreensão da singularidade do outro, tentando se colocar no lugar do outro sem deixar de ser o que é; a participação nas dimensões existenciais do outro, inclusive nos sofrimentos; o ato de doação sem medida de espera e compensações e, finalmente, a fidelidade e continuidade desta comunhão. Para Mounier (apud SEVERINO, 1983), o ser não pode ser separado do “seu agir”. É importante o engajamento da pessoa na História, com vistas a transformá-la de modo responsável e ético. Portanto, a existência da pessoa não pode ser tecida apenas considerando o agir puramente técnico. A pessoa é chamada a agir eticamente, a construir o seu ser, a se fazer, podendo romper assim com os determinismos de uma concepção derivada das abordagens puramente científicas. Esta criação individual não pode ser separada do coletivo ou não será humana.

De acordo com Nogare (1988), Mounier opõe-se a Sartre que tem uma concepção de relacionamento humano baseada nos conflitos. No humanismo de Sartre, o ser humano existe, descobre-se e depois se define. Está sempre por se fazer; está constantemente se fazendo. Não é fim, está se projetando para fora de si mesmo, construindo-se, realizando-se no mundo, buscando sempre a sua libertação. É um projeto em que se vive subjetivamente e intersubjetivamente. Assim, o ser humano é responsável pela sua existência. Este humanismo existencialista caracteriza-se por esse tipo de transcendência (superação de si) e pela

subjetividade, negando a Deus. Sartre e Ferreira (1978), respondendo as críticas feitas por outros existencialistas, que diziam que o existencialismo de Sartre não atendia a solidariedade humana, afirmam que o indivíduo nunca pode prescindir de si, do seu eu, mas isso não significa que deva se fechar em si. Ele pode compreender os outros, se abrir aos outros, o que acontece todas as vezes que ele escolhe (NOGARE, 1988).

Escolher isto ou aquilo é afirmar ao mesmo tempo o valor do que escolhemos, porque nunca podemos escolher o mal, o que escolhemos é sempre o bem. [...] nada pode ser bom para nós sem que o seja para todos. Se a existência precede a essência e se quisermos existir, ao mesmo tempo em que construímos nossa imagem. Esta imagem é válida para todos e para a nossa época inteira. Assim, a nossa responsabilidade é muito maior do que podemos imaginar ou supor, porque envolve toda a humanidade (SARTRE; FERREIRA, 1978, p. 219). [...] Assim, sou responsável por mim e por todos e crio uma certa imagem de ser humano por mim escolhida; escolhendo-me, escolho o ser humano, o homem (SARTRE; FERREIRA, 1978, p.220).

Para Strider (1990), as perspectivas humanísticas do Existencialismo e do Marxismo são diferentes. O primeiro avalia e valoriza o ser humano à medida que se realiza como indivíduo, que enfrenta a vida com liberdade e responsabilidade. O segundo valoriza o ser humano a partir de sua contribuição para o social.

O Humanismo científico emerge com Teilhard Chardin. Trata-se de um humanismo que visa não somente conhecer e poder mais, mais “ser mais”, em consonância com as leis da evolução que buscam a formação de um ser humano novo, mediante todos os caminhos da técnica e do pensamento. “Ser mais”, não somente individualmente, não somente como humanidade, mas como universo inteiro. Isto é possível, na opinião de Chardin, através da organização das energias humanas dirigidas para a formação desse ser humano novo, desta nova humanidade e universo, sendo o Amor uma destas energias (NOGARE, 1988).

Segundo Chardin (1970), o ser humano é a chave, a cabeça do universo, a forma avançada de vida, o desfecho da cosmogênese. Representa um infinito em complexidades e em consciências. É altamente complexo e profundamente interiorizado. O ser humano não é só uma recapitulação da História e do Cosmos no tempo, mas uma miniatura da estrutura do Universo. Isto significa um estreito parentesco com a natureza, não sendo o ser humano o senhor do universo, mas parte integrante deste. Assim, Chardin (1970) alerta sobre a importância do ser humano ter respeito e colaborar com a natureza. Ressalta que esta preocupação com o planeta deve ser estendida também às pessoas. Para ele, isto é possível, libertando as pessoas de uma visão individualista e trabalhando-se em uma perspectiva coletiva e comunitária que culmina com melhores condições de vida para todos. Reafirma o sentimento de comunhão e de responsabilidade que temos para com todos os nossos semelhantes, homens e mulheres.

Seja em que domínio for quer se trate de células, de um corpo, ou de membros de uma sociedade, ou de elementos de uma síntese espiritual, a União diferencia. As partes aperfeiçoam-se e completam-se em qualquer conjunto organizado (CHARDIN, 1970, p.287).

[...] Para sermos plenamente nós mesmos, é em direção contrária, é no sentido de uma convergência com todo o resto e para o Outro, que temos de avançar. [...] O verdadeiro ego só cresce em razão inversa do egoísmo (CHARDIN, 1970, 289).

De acordo com Nogare (1998), o humanismo atual é abordado por Herbert Marcuse, que faz uma acusação à sociedade altamente desenvolvida e, em particular, a Americana, designando-a de desumana. Para ele, é desumana porque mantém e coloca o ser humano num meio irracional e repressivo, em contraste com as suas prerrogativas fundamentais: a razão e a liberdade.

Para Marcuse, a sociedade desenvolvida exige ao máximo o uso da racionalidade, no entanto, está se tornando cada vez mais irracional. Tudo tem de ser tratado de forma científica e técnica, confundindo-se racionalidade com medição e experimentação. Os homens são obrigados a trabalhar até o embrutecimento e organizam divertimentos que em lugar de tirar o cansaço, prolonga-o. Esta situação absurda de nossa sociedade racionalizada não é senão a expressão profunda da contradição. A escravidão do ser humano que pensa ser e estar livre. O ser humano é dominado pelo sistema, sendo o extremo de sua alienação querer defender e manter esta situação. Cria-se um monótono universo unidimensional e homogêneo em que todos pensam julgam e comportam-se da mesma forma, inteligentemente usados pela classe dominante, não escapando nem a arte, a cultura e a filosofia (NOGARE, 1988).

A ciência e, conseqüentemente, as técnicas, estão tornando o ser humano um robô, criando nele uma mentalidade e atitudes puramente matemáticas e tecnológicas, esvaziando-o de todo o sentido humano e humanitário. O progresso, as descobertas das ciências e a introdução de novas técnicas ameaçaram não somente os valores e sentimentos humanitários, mas a própria existência do ser humano.

Cientistas e jovens não são contra a ciência e a técnica. São contra a sociedade que pretende construir-se somente sobre estas pilastras, sem levar em conta outras exigências e componentes humanos, entre eles, o respeito à singularidade do indivíduo, as condições para o efetivo exercício da liberdade autêntica, a subordinação dos fatores materiais de lucro, de prestígio, de poder econômico e político aos valores do amor, da fraternidade e comunidade (NOGARE, 1988, p. 230).

A técnica deve estar a seu serviço e não o ser humano estar a serviço da ciência e da técnica. A subjetividade é o núcleo da autonomia, da reflexão, da avaliação e do julgamento. É preciso ser preservada se não quisermos sacrificar no altar da ciência e da tecnologia o próprio ser humano (GOERGEN, 2003).

O desafio é formar um novo ser humano

Formar um ser humano interpelador capaz não só de absorver as influências, mas de colocá-las numa tela reflexiva que lhe permita avaliá-las, rejeitá-las ou integrá-las seletiva e conscientemente. [...] sujeitos autônomos, capazes de resistir ao sistema e negar a ideologia [...] Sem este ideal nos rendemos, abrimos mão de nós mesmos como seres capazes de escrever a nossa própria biografia e conduzir nossa história (GOERGEN, 2003, p.105).

Os vários humanismos se consolidaram momentaneamente perante as situações sociopolíticas, econômicas e filosóficas, contradições, incertezas, visões de mundo, sempre em um movimento dinâmico de construção e reconstrução. Atualmente, busca incessantemente a valorização do ser humano em sua individualidade e nas suas relações com os seus pares, com os outros seres e com o universo, considerando toda a complexidade do ser humano e a sua totalidade. Busca-se a humanização da Humanidade, apesar e superando a desumanidade. Busca-se respeitar o ser humano em sua dignidade.

4.2 A HUMANIZAÇÃO COMO DIGNIDADE HUMANA

A humanização no cuidado ou na atenção à saúde implica respeito e valorização da dignidade humana. Questionando as novas concepções do humano e do que é ser humano, face às novas biotecnologias e a fragmentação do homem, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - CNECV (1999) ⁹ debruçou-se sobre o conceito da dignidade humana. Para o CNECV, o conceito de dignidade humana é evolutivo, dinâmico e abrangente CNECV (1999).

Segundo este conselho, a abordagem atual da dignidade humana se faz pela negativa, pela negação da banalidade e do mal, pelo confronto no cotidiano com situações de indignidade, de ausência de respeito, de indiferença e de violência. Nesse sentido, ela é fundamental na definição dos direitos humanos como na abordagem de novos problemas da bioética e de uma ética do ambiente; uma ética que implica também solidariedade. Além disso, diz respeito ao lugar que o ser humano se atribuiu nesse mundo tomado pela técnica, perdendo a sua ligação ao mundo sensível e vivo, cometendo atos indignos contra a vida dos homens, dos animais vegetais e contra o planeta.

A humanização e a dignidade humana contrapõem-se a animalização do ser humano, um ser guiado apenas por seus instintos, respondendo apenas com violência a violência que lhe é infligida e imposta, contrariando o sentido de humano (RATTNER, 2003).

Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores

⁹O CNECV é responsável por analisar sistematicamente os problemas morais suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina e da saúde em geral (CNECV, 1999).

possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. Segundo Rech (2003), é tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano (FORTES, 2004, p. 31).

Para Assmann e Mo Sung (2000), a eliminação física dos seres humanos, percebida como algo normal pelos causadores diretos e pela sociedade, tem sido verificada freqüentemente na evolução da nossa espécie, mesmo nos tempos modernos. Esta situação e as mais diversas formas de discriminação, como por exemplo, a da mulher, a da etnia e a do racismo, implica que sejamos cautelosos diante da suposição de que a dignidade humana tenha sido reconhecida efetivamente e estendida para todos os membros de nossa espécie. Por isso, segundo Assmann e Mo Sung (2000, p.113), é fundamental que se ratifique, das mais variadas formas e nas diversas ocasiões, o desejo de todos de alcançar “essa meta ética e social da dignidade humana universalizada”.

A declaração de interdependência, citada por Assmam e Mo Sung (2000), reforça o respeito à dignidade de cada vida humana e a considera interdependente do ambiente. A declaração expressa a preocupação com as gerações futuras; ressalta a relação e interdependência entre os seres humanos e o ambiente; reconhece os limites dos recursos existentes e a necessidade de ar, de comida, de abrigo, de saúde, de proteção, de justiça e de auto-realização. A declaração aponta a necessidade de um trabalho solidário e harmônico, respeitando o ambiente como caminho para melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência dos seres e do planeta.

A sobrevivência da nossa espécie está associada à sobrevivência da natureza e, deste modo, ao alargarmos o conceito de dignidade, estamos a assegurar a continuidade dos seres humanos numa ética de responsabilidade pelo futuro, num alargamento não só da concepção do que é ser humano, mas também do que é comunidade sem a qual o ser humano não subsiste (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida-CNECV, 1999, p.6).

A responsabilidade adquire uma visão amplificada; não se limita apenas ao presente, estende-se ao futuro; não se limita àqueles que nos rodeiam, mas se estende a todos os seres e aquilo que adquiriram e construíram em suas vidas e, a sociedade como um todo.

Para Hans Jonas (1995), o futuro da humanidade tem de ser incluído nas nossas escolhas presentes. Isto significa que não temos o direito de escolher ou de arriscar a não existência de gerações futuras só por causa da nossa existência.

Um novo imperativo seria "agir de tal modo que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência da humanidade genuína, de uma vida autêntica na terra" (JONAS, 1995, p.41).

Neste sentido é importante a noção de ética de responsabilidade de Jonas (1995, p. 357) e a contribuição de Sousa Santos (1991, p.40).

Responsabilidade é o cuidado, reconhecido como dever, por outro ser; cuidado que, dada a ameaça de sua vulnerabilidade, se converte em preocupação.

[...] nos põe no centro de tudo o que nos acontece e que nos faz responsáveis pelo outro; o outro que pode ser um ser humano, ou um grupo social, um objeto, um patrimônio, a natureza; o outro que pode ser o nosso contemporâneo, mas que será cada vez mais um outro futuro, cujas possibilidades de existência temos que garantir no presente.

Dentro deste contexto, temos outra noção do humano, de dignidade, mas também outra noção de comunidade. Esta comunidade, quanto mais aprofunda o que é a dignidade humana, mais se “abre”, dá lugar ao encontro do que era considerado “não-humano”, tornando-se mais humana e libertando-se de um poder totalitário que oprime e destrói. Dirige-se ao encontro de uma ética que salvaguarda a humanidade. Humanidade não sem desumanidade, mas apesar da desumanidade (CNECV, 1999).

Neste sentido, para ser humano é preciso ser reconhecido enquanto tal e não somente reconhecido como organismo biológico ou psicológico (corpo e mente). O ser humano encontra este reconhecimento na relação com o outro. A dignidade é, neste sentido, o efeito deste reconhecimento e a sua fundamentação. Nesse reconhecimento recíproco, o ser humano torna-se capaz de libertar-se e exercer sua humanidade. Assim, enquanto o outro não for totalmente livre, eu não serei livre.

O termo dignidade Humana é o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio [...] a Dignidade Humana estaria baseada na própria natureza da espécie humana a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio. Esse projeto de auto-realização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de ação e não instrumentalização da pessoa. Esta auto-realização pessoal que seria o objeto e a razão da dignidade, só é possível através da solidariedade ontológica com todos os membros da nossa espécie. Tudo o que somos é devido a outros que se debruçaram sobre nós e nos transmitiram uma língua, uma cultura, uma série de tradições e princípios. Uma vez que fomos constituídos por esta solidariedade ontológica da raça humana e estamos inevitavelmente mergulhados nela, realizamo-nos a nós próprios através da relação e ajuda ao outro. Não respeitá-los a dignidade dos outros se não a respeitássemos o outro. Na ética moderna, a dignidade humana exprime-se em um “nós-humanidade”, que não é a soma dos “eus” individuais (CNECV, 1999, p.10).

A dignidade humana não é só uma característica de cada ser humano à medida que é a característica fundamental de toda a humanidade e está na totalidade do humano.

A dignidade humana afirma que todo o ser humano é o maior valor. É o fim em si mesmo. Os comportamentos que mais indignificam cada um de nós são aqueles que indignificam os outros, sobretudo, os mais débeis e vulneráveis, as crianças, os idosos, os doentes e os excluídos. Reconhecer a dignidade dos membros da família humana implica obrigações, responsabilidades e compromissos com qualquer ser humano, independente de quem sejam sem esperar recompensa.

Segundo Assmann e Mo Sung (2000), a sensibilidade solidária é uma forma de conhecer o mundo que nasce do encontro e do reconhecimento da dignidade humana dos que estão incluídos e, mormente, dos excluídos do sistema social. Este conhecimento é marcado pela afetividade, pela empatia e pela compaixão. A solidariedade para com os excluídos, uma vida digna e prazerosa para todos e um sentido mais humano para as nossas vidas são possibilidades ainda não totalmente existentes, mas desejadas ao longo dos anos, constituindo-se na esperança e na utopia de um mundo melhor.

4.3 HUMANIZAÇÃO COMO COMUNICAÇÃO E SOLIDARIEDADE

Humanizar, segundo Betts (2004), é comunicação, reconhecimento mútuo e solidariedade. Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. As palavras que o sujeito expressa precisam ser reconhecidas pelo outro ao mesmo tempo em que esse indivíduo necessita ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas dos meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes.

A deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores podem repercutir de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra, a falta de troca de informações e a debilidade da escuta e do diálogo promovem a violência, comprometem a qualidade do atendimento e mantêm o profissional de saúde refém das condições inadequadas de trabalho que lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico. Só o ser humano é potencialmente capaz de compreender os outros seres humanos porque ambos são dotados de linguagem. O jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de *status* podem constituir fortes impeditivos para o diálogo. Assim, estas impossibilidades comunicacionais apontadas no debate de Habermas com Gadamer devem ser consideradas para que os espaços de diálogo tenham bases mais viáveis para se efetivarem (DESLANDES, 2004, MINAYO, 1999).

Para Betts (2004, p.2), quando cuidamos de alguém temos quatro tipos de motivação, com conseqüências distintas em relação à humanização e que, por sua vez, podem ter influenciado ou determinado às estratégias para o estabelecimento das políticas de saúde, predominantes no século XIX: “o sentimento de compaixão por quem sofre; a idéia de podemos contribuir para o bem comum e para o bem-estar em geral; a paixão pela

investigação científica, que se funda sobre o ideal de uma pura "objetividade" e, finalmente, a solidariedade genuína".

Para Betts (2004) e para Caponi (2000), a compaixão instaura um exercício de poder, de coerção e de submissão sob um discurso de humanismo desapaixonado e desinteressado, gerando além da obediência e da dependência uma sensação de dívida e gratidão eternas pela atenção recebida. Serve, por outro lado, para minimizar as angústias dos que cuidam frente à situação do outro e reduzir o temor de que a dor ou a doença possa acontecer consigo, ao mesmo tempo em que sugere o engrandecimento moral daquele que presta o cuidado e faz caridade. Esta motivação permanece alheia ao diálogo e exclui a argumentação por parte de quem é cuidado, já que este não participa do cuidado, não o solicita e o recebe verticalmente. Além disso, ao manifestar piedade por alguém nesta ótica, se está caracterizado essa pessoa como sujeita de alguma debilidade e desprovida de potencialidades para exercer o seu cuidado, como alguém que só pode superar suas limitações com a ajuda de uma pessoa compassiva.

Na opinião de Betts (2004), outra forma de motivação desse compromisso com a pessoa que sofre é fornecida pelo utilitarismo, situação que gera a necessidade de procurar ações que atendam e propiciem felicidade para um maior número de pessoas. Assim, um ato correto é aquele produz conseqüências favoráveis e positivas para o bem-estar comum e geral.

Segundo Caponi, (2000), são estes critérios de bem-estar geral, de urgência social, de felicidade e de interesse comum que governam as mais variadas instituições de saúde pública, sejam elas ligadas à saúde (hospitais ou asilos etc.), à organização urbana, à educação ou à punição (presídios). Estas instituições, muitas vezes, condicionam o ser humano a ser e agir conforme a maioria deseja, e não como ele deseja, impossibilitam a oportunidade de ele decidir, restringindo a sua liberdade.

Tanto a ética utilitarista, quanto a ética compassiva, afirma Betts (2004, p.1),

por si só, são desumanizantes pelo fato de colocarem os princípios acima dos sujeitos envolvidos, banindo as decisões tomadas coletivamente com base no diálogo e argumentação. Consideram que os princípios religiosos ou de utilidade geral são os únicos que podem determinar de antemão o que dever ser levado em consideração e feito.

Uma terceira motivação do compromisso com a pessoa que sofre é trazida pelo discurso técnico-científico que desperta no homem moderno a questão da objetividade e neutralidade e se estende ao cuidado e à investigação. Em que pese os benefícios da ciência e da tecnologia, a dimensão desumanizante se dá à medida que o ser humano fica reduzido a

objeto da técnica e das normas inflexíveis, despersonalizado em uma investigação fria e objetiva (BETTS, 2004).

A saúde passa a ser valorizada como um bem acima de qualquer discussão, justificando, assim, formas coercitivas de controle social em nome da utilidade e da felicidade do maior número de pessoas, da piedade compassiva pelos que sofrem e do condicionamento dos comportamentos, considerados mais saudáveis pelo saber médico científico e higienista do momento. Tudo isso sem qualquer tipo de questionamento a respeito do que as pessoas envolvidas pensam e tem a dizer sobre o assunto (BETTS, 2004, p.1).

De acordo com Betts (2004) e Caponi (2000), uma quarta motivação para o compromisso estabelecido com quem sofre, que defendo como a mais importante, é propiciada pela solidariedade. A solidariedade implica preocupação com a universalização da dignidade humana, sendo que esta precisa da mediação das palavras faladas e trocadas no diálogo com o outro para poder se generalizar.

A solidariedade precisa, para poder existir, de respeito, de admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, de aceitar ou negar a assistência. A pessoa sujeita a uma necessidade não reclama ser protegida. Não quer nem o olhar piedoso, nem o isolamento. Ela exige poder inserir-se em uma rede de vínculos em que seja reconhecida como igual em orgulho e em dignidade (CAPONI, 2000, p.95).

Uma relação autêntica para com o outro implica, no mínimo, alteridade e aceitação da pluralidade humana.

Assim, a aceitação da alteridade *não é uma escolha*, é uma *condição ontológica* para se poder existir enquanto humano; e o amor à condição emocional para que a aceitação se dê. E, para isso, creio ser condição necessária que o homem desenvolva uma subjetividade aberta para as diferenças, para as especificidades do outro e que desenvolva, em decorrência, uma emocionalidade que o permita sentir prazer em se deparar com o diferente – um diferente, não mais como uma ameaça por ter uma “verdade” diversa, mas como uma fonte de riquezas, exatamente por ter uma “verdade” diversa; um companheiro, com o qual possamos ser solidários (FERREIRA, 1999).

Pressupõe o reconhecimento do outro na diferença e na singularidade, sendo que o laço social humanizante somente se constrói pela mediação da palavra, através da qual tornamos inteligíveis nossos próprios pensamentos, anseios, temores e sofrimentos. Nossos sentimentos e sensibilidades só tomam forma e expressão na relação simbólica com o outro. Enfim, as coisas do mundo se tornam humanas quando as discutimos com nossos semelhantes.

Nesse sentido, humanizar a assistência hospitalar implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pensa e promove as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (BETTS, 2004, p.1).

Solidariedade é reconhecer o outro na diferença. Pode ser entendida como um fato e uma necessidade de interdependência na vida social, um conceito associado à coesão social. Neste sentido, a exclusão social decorrente da condição socioeconômica compromete a própria capacidade de a sociedade manter-se coesa e se reproduzir como sociedade, sendo uma questão ética a ser refletida. O que afeta uma pessoa ou um grupo social ou a natureza afeta a própria pessoa porque estamos interligados e somos interdependentes. O reconhecimento desta interdependência é o primeiro passo para uma atitude solidária ativa (ASSMANN; MO SUNG, 2000).

A dificuldade dos indivíduos em desenvolver sentimentos de pertença à espécie humana tem a ver com a dificuldade de romper com as barreiras do individualismo e das corporações. Reconhecer a complexidade da condição humana é um aceno para admitir a interdependência do gênero humano e reconhecer a legitimidade do outro (a). Desenvolver e vivenciar uma dinâmica de respeito ao outro é um fascinante, amplo, enredado processo de construção de éticas da compreensão, da fraternidade e de solidariedade (STRIEDER, 2002, p.12).

Solidariedade também é uma atitude capaz de respeitar as diferenças e se interessar por problemas da coletividade, principalmente daqueles que sofrem. Ser solidário é, efetivamente, além de ter respeito, compartilhar um sentimento de interdependência, reconhecer a pertença a uma comunidade de interesses e de afetos; tomar para si situações comuns; responsabilizar-se pessoal e coletivamente por elas (ASSMANN; MO SUNG, 2000; BETTINELLI, 2001).

Solidariedade com os excluídos, os que estão fora do sistema, implica compreender as experiências destes a partir de seu mundo e de sua história, e não a partir de nossa visão. Implica reconhecer e assumir a nossa condição humana, nossos limites e possibilidades. Pressupõe o reconhecimento do outro que lembra nossas inseguranças e esperanças (ASSMANN; MO SUNG, 2000).

Ainda, segundo Assmann e Mo Sung (2000), a perspectiva da sensibilidade e da inclusão do outro precisa ser articulada a partir da ótica de uma sensibilidade cooperativa e do exercício da responsabilidade para com o outro. A crise da humanidade e a sua incivilização e as dificuldades relacionais conformam uma inegável degradação solidária

Para os autores supracitados, a solidariedade é uma relação inter-humana fundamentada na alteridade, que pressupõe o reconhecimento do outro na diferença e na singularidade. Para tanto, é necessário que cada um relativize a si mesmo e as suas certezas. Quando duvidamos de nossas certezas culturais e dos rótulos sociais que usamos para classificar as pessoas, podemos abrir-nos para um novo tipo de percepção das pessoas no mundo. É necessário também valorizar a sensibilidade como conhecimento; a sensibilidade

compreendida como as experiências físicas da visão, da audição e do tato. Valorizar a sensibilidade, no sentido de “sensibilidade humana”, ou seja, capacidade de sentir a empatia e a compaixão, de se deixar tocar pelas vidas, pelos sofrimentos e pelas alegrias das outras pessoas, denominada por Assmann e Mo Sung (2000) de sensibilidade solidária.

A solidariedade e a responsabilidade são resultados de um profundo sentimento de aceitabilidade e de significação do outro, envolve sentimentos de cooperação e de colaboração mútua, sentimentos de hospitalidade e de convergência, contrários ao ódio, egoísmo e à indiferença (STRIEDER, 2002). Segundo Bettinelli (2001), a solidariedade como valor humano é um caminho possível de ser seguido. Valoriza o racional, o sensível e busca aprimorar as relações. Valoriza o potencial para criar, buscando melhor viver e ser.

4.4 A HUMANIZAÇÃO E A SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO DO SABER E DO CUIDADO

A superação da fragmentação humana, da “coisificação” e das disjunções por uma visão integral, de respeito às diferenças, valorizando a subjetividade, a solidariedade, a complexidade humana e a humanização das relações tem sido proposta como um novo ou um outro caminho para o cuidado em saúde.

Embora o paradigma dominante baseado na racionalidade, na objetividade, na experimentação, no determinismo mecanicista e nas certezas e verdades absolutas tivesse os seus pilares abalados pela física, química e biologia, no final do século XX, a visão de mundo cartesiana e os princípios da física newtoniana ainda continuam influenciando o pensamento científico ocidental no século XXI (MORIN, 2002a e 2001b; SANTOS, 1987).

Segundo Capra (1995), isto tem uma influência importante nas dimensões sociais, políticas, econômicas, educacionais e na atenção à saúde no nosso cotidiano. Vivemos um momento de crise paradigmática em que convivem simultaneamente dois paradigmas, caracterizando um período de transição como já dizia Kuhn (2001ab), até que novas soluções sejam encontradas pelo novo paradigma.

Para Santos (1987), o modelo de racionalidade característico da modernidade, estabelecido a partir da revolução científica do século XVI, desenvolveu-se nos séculos seguintes no domínio das ciências naturais estendendo-se mais fortemente no século XIX às ciências sociais mais emergentes. As leis da ciência moderna passaram a privilegiar o funcionamento das coisas em detrimento do agente ou do fim destas, havendo um rompimento do conhecimento científico e do senso comum e prático. De acordo com Capra

(1995), a revolução científica começou com Copérnico, com a concepção heliocêntrica, reforçada por Kepler e Galileu. Posteriormente, Bacon descreveu o método empírico da ciência, formulando uma teoria clara de procedimento indutivo. A partir de Bacon, o objetivo da ciência passou a ser a produção de conhecimentos que pudessem ser usados para controle da natureza, contrários aos objetivos da antiguidade, entre eles a sabedoria, a compreensão da ordem natural da vida e a busca de harmonia.

Descartes e Newton reforçaram este paradigma. O primeiro criou um método lógico e racional que permitiu construir o pensamento científico, construir uma completa ciência da natureza, acerca da qual pudesse ter certeza absoluta. Este método, tendo por base a matemática, influenciou os ramos da ciência moderna. Para Descartes, a única verdade possível era sua capacidade de duvidar, reflexo de sua capacidade de pensar. “Eu duvido, eu penso, eu existo”. Indo além de Descartes, Newton estabeleceu as bases da mecânica que se difundiram nas diversas áreas da ciência (CAPRA, 1995; CHÂTELET, 1995; SANTOS, 1987).

Com o firme estabelecimento da visão mecanicista do mundo do século XVIII, a física tornou-se naturalmente a base de todas as ciências. Esta concepção cartesiana da natureza foi estendida aos organismos vivos que passaram a ser considerados como máquinas, constituídas por componentes separados. Tal concepção levou a fragmentação das disciplinas acadêmicas e serviu de fundamento lógico para o tratamento das pessoas e do meio ambiente natural como se fossem formados por peças separadas, exploradas por diferentes grupos de interesse (CAPRA, 1995; SANTOS, 1987). Na saúde isto se reflete até hoje com a fragmentação da atenção prestada, fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, dificultando a complementaridade e articulação entre os níveis de assistência da rede básica.

A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no modelo biomédico que continua constituindo o alicerce conceitual da moderna medicina científica. Nesse processo, a tecnologia médica atingiu ao longo dos anos um grau de sofisticação, de complexidade e de especialização sem precedentes, e se tornou onipresente, afastando, por vezes o cuidador daquele que é cuidado.

Para Capra (1995); Canguilhem (1990); Koifman (2001) e Santos (1987), o corpo humano, dentro desta visão, passou a ser considerado uma máquina que poderia ser analisada por meio do estudo de suas peças. A doença passou a ser vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, os quais passaram a ser estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular. A doença passou a ser considerada como resultado dos processos

degenerativos, das falhas do mecanismo regulatório e biológico, decorrentes dos agentes químicos, biológicos e físicos que invadiram o organismo. O papel dos médicos passou a ser intervir física e quimicamente para consertar o defeito de funcionamento do mecanismo de um sistema, órgão ou tecido e atacar os agentes invasores.

Davis-Floyd (1994) alerta ainda que a concepção de corpo como uma máquina foi aplicada de forma diferenciada para os homens e para as mulheres. Metaforicamente, os corpos masculinos passaram a ser percebidos como os mais próximos de máquinas perfeitas, tidos como o padrão. O corpo das mulheres, em razão de seu completo desvio do protótipo masculino, por suas características femininas únicas – como útero, seios e ovários – e pelos processos fisiológicos unicamente femininos – como a menstruação, a gravidez, o parto e a menopausa – foi percebido de forma distinta. As mulheres eram vistas como sujeitos predispostos ao mau funcionamento.

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perdeu freqüentemente de vista a totalidade e integridade do cliente como ser humano. Neste contexto, conforme Amoretti (2003); Deslandes 2004 e Oliveira (2002), as relações assimétricas de poder passaram a ser estabelecidas. O profissional de saúde passou a determinar as ações que deveriam ser tomadas, e o cliente passou a assumir uma posição passiva e de objeto a ser manipulado, desconstituído da condição de pessoa. O profissional passou a conduzir o atendimento de acordo com a sua bagagem cultural, dirigindo o “relato do doente”, interferindo com outras perguntas, impedindo muitas vezes a sua expressão ou mesmo interrompendo a sua fala.

No limite desta discussão, quando se converte o outro em objeto, em quaisquer circunstâncias, se violenta o seu ser. Quando a racionalidade se resume às lógicas instrumentais começa a predominar a desumanização. Quando a assimetria das relações de poder e de saberes distancia interlocutores e oblitera os discursos e as escutas, estão colocadas as condições para transformar o outro em um objeto de manipulação ou exploração. Neste sentido, a época atual, de grande racionalidade tecnocientífica é própria para a constituição de uma razão instrumental que coloca o outro como objeto, desconstituindo-o da condição de pessoa (AMORETTI, 2003, p. 4).

Os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram cada vez mais redirecionando a formação e a atuação dos profissionais de saúde, em especial da medicina, modificando também a sua escala de valores.

Conforme Gallian (2001) e Goergen (2003), esse processo de supervalorização das ciências biológicas, da superespecialização e dos meios tecnológicos que acompanharam o desenvolvimento da medicina, nestas últimas décadas tornaram mais visível a

“desumanização” dos profissionais da área de saúde, a “coisificação” do sujeito, a supressão da consciência e a diluição da subjetividade. Essa objetificação do ser humano ameaçou sua liberdade e subjetividade, o dominou e o conduziu a uma nova servidão. Para Rizzoto (2002), esse processo resultou na perda da autonomia do sujeito do ato de se cuidar, não por uma escolha consciente das pessoas, mas em decorrência da “medicalização” da saúde e da sociedade ocorrida no século XIX e XX. Resultou no distanciamento entre o saber popular e científico tornando-se um impeditivo a mais no relacionamento e na humanização do cuidado.

O avanço das ciências e as novas descobertas no campo da física, entre elas a teoria da relatividade de Einstein, a teoria quântica de Niels Bohr (princípio da complementaridade) e de Heisenberg e de outros cientistas (princípio da incerteza) e a teoria de Godel (da incompletude) pulverizaram os principais conceitos da visão de mundo cartesiano e da visão mecanicista de Newton. As noções de espaço e de tempo absolutos, das partículas sólidas, da substância material fundamental, bem como a descrição objetiva da natureza e a solução dos problemas no sistema formal foram fatores questionados pelos novos domínios da física, levando a crise deste paradigma e a configuração de um novo (CAPRA, 1995; SANTOS, 1987). A partir destas mudanças na física, segundo SANTOS (1987, p.28):

[...] em vez da eternidade, a história; em vez do determinismo, a imprevisibilidade; em vez de mecanicismo, a interpenetração, a espontaneidade e auto-organização; em vez de reversibilidade a irreversibilidade e a evolução; em vez da ordem, a desordem; em vez da necessidade, a criatividade e o acidente.

Morin (2005) coloca a importância de romper com a fragmentação, a compartimentalização e a atomização do saber. Para ele, tais aspectos impossibilitam imaginar um todo com elementos solidários e tendem atrofiar o conhecimento da solidariedade, da consciência solidária e da responsabilidade. É necessário propor novos caminhos para a formação dos indivíduos, valorizando e assumindo a condição humana.

Um investimento sério na formação (inclusive desde a graduação) pode, de fato, fortalecer idéias outrora consideradas utópicas ou fora do âmbito e do “papel” da assistência. Isso pode dar subsídios para que no curso da história (seja de curta, média ou longa duração) e no campo da negociação da ordem política de gestão, os agentes de uma determinada organização constituam novos parâmetros para ação, introduzindo mudanças na cultura da assistência (DESLANDES, 2004, p.12).

É necessário usar tecnologias leves e menos consumidoras de recursos no cuidado e fortalecer as potencialidades e capacidades dos seres humanos para que participem e decidam livremente sobre o seu corpo e a sua vida. Sobretudo, é essencial valorizar o ser humano como pessoa.

[...] o estatuto de pessoa identifica-me em dignidade com todos os outros; ligado a esta dignidade, sou co-responsável com todos os outros pelo seu estatuto. A pessoa é uma relação humana, uma prerrogativa ética que, ao mesmo tempo, me pertence e me ultrapassa: aquilo que nela me pertence, ultrapassa-me; aquilo que nela me ultrapassa, pertence-me. Ela faz do homem aquilo que os filósofos chamam ser genérico, responsável pelo seu gênero como bem próprio e como bem comum. [...] é intrinsecamente um conceito de valor (SÈVE *apud* AMORETTI, 2003, p.4).

É fundamental adotarmos um pensamento aberto que não separe elementos diferentes do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o afetivo e o mitológico); que garanta a interdependência, a interatividade e inter-retroatividade entre o objeto de conhecimento e o seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si. Um pensamento que una, que conjugue, que apreenda em conjunto o texto e o contexto; o observador e o observado; a filosofia, o humano, a cultura e a ciência; o racional e o sensível, o local e o global, o multidimensional e a unicidade; que considere as diferenças, as contradições e as incertezas; que valorize o ser humano em sua totalidade e singularidade, considerando sua realidade e relações; enfim, um pensamento complexo (MORIN, 2001a). É necessário estender este pensamento às nossas ações e ao cuidado.

Na enfermagem, Playle (1995) reforça a necessidade de mudança de paradigma para embasar a prática (educação, cuidado, pesquisa e gerenciamento), redefinir a ciência da Enfermagem, alterar a noção de objetividade nas suas práticas e as atitudes dos componentes equipe de Enfermagem. Os enfermeiros têm feito grandes progressos no desenvolvimento das suas bases de conhecimento. No entanto, mantém ainda a contradição entre o paradigma de humanização e o paradigma positivista, no qual foi iniciada e constituída como profissão. Tal contradição constitui-se em uma barreira para a integração da arte e da ciência na Enfermagem. Assim, os enfermeiros devem procurar ter conhecimento desta contradição para caminhar rumo a uma mudança efetiva. É necessário fazer uma análise mais profunda das questões ontológicas e epistemológicas e dos interesses sociais que influenciam o que é aceito como legítimo conhecimento levando em conta o conceito hegemônico. A formação de profissionais, tanto em nível de graduação como de pós-graduação, fortalecendo esta nova visão da atenção à saúde direcionada à mulher, é essencial. Neste sentido, as novas diretrizes curriculares estão propondo um novo perfil do enfermeiro: profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva qualificado para o exercício da Enfermagem e para o cuidado integral centrado no ser humano, embasado no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; um profissional capacitado para atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, capaz de assumir compromisso ético, humanístico e social (BRASIL, 2001d).

4.5 A HUMANIZAÇÃO COMO ACOLHIMENTO

O acolhimento humaniza as relações entre clientes e profissionais. Por meio da escuta ativa, o profissional mostra ao outro que o compreende. Pela aceitação, abre-se ao outro de forma compreensiva; pela empatia, compreende os sentimentos do outro e não apenas as suas idéias; pela confiança possibilita a tomada de consciência das próprias emoções e do manejo adequado e; com a conduta de ausência de julgamentos, evita os julgamentos negativos que possam desencadear atitudes inadequadas e, freqüentemente, dificultar a adesão à terapêutica (MOURA; LOPES, 2003).

Nascimento (2003) afirma que o acolhimento precisa deixar de ser apenas responsabilidade do pessoal da recepção, mas também objeto da prática de toda a equipe de saúde. Ao citar Merhy, a autora afirma que a entrada em uma instituição de saúde não deve “barrar” e “limitar” o atendimento e, sim, deve ser a oportunidade de se responder de modo criativo aos problemas que ali aparecem. Deve-se introduzir o cliente no novo ambiente que também é seu. Para tanto, é necessário aproximar-se deste, sensibilizar-se com seus problemas e dúvidas; dar importância às queixas e não banalizá-las. É necessário ainda criar vínculos e estabelecer uma relação de compromisso que tenha como base a sinceridade, a responsabilidade e a confiança. Um acolhimento digno é um direito de todos nós, clientes e cidadãos. É necessária a escuta individualizada e o respeito ao indivíduo e a sua história. O acolhimento é fundamental como parte do processo de criação do vínculo e do próprio processo terapêutico que deve visar à autonomia do cliente. O acolhimento é a tecnologia leve mais potente para humanizar o cuidado nos processos gerenciais de Enfermagem. O acolhimento concretizado através de ações resolutivas e respeitadas do enfermeiro e dos membros da equipe de saúde constitui-se um diferencial na solidificação do cuidado humanizado.

A humanização do processo de acolhimento depende da atuação adequada e da receptividade demonstrada por todos os profissionais que entram em contato direto ou indireto com aquele que procura o serviço de saúde. O conhecimento abrangente e profundo dos fatores relacionados aos problemas de saúde do cliente, bem como da sua realidade, de sua situação sócio-econômica e das suas crenças e valores contribui para que os profissionais se comprometam com a clientela. Conhecer a característica da clientela e seus conhecimentos, estimular a sua participação no cuidado, bem como ter competência profissional e conhecimento técnico atualizado para dar respostas ao cliente (resolutividade) também é

essencial. O efetivo equacionamento ou solução dos problemas é importante, sendo necessário que o profissional que acolhe a clientela dê retornos que atendam as expectativas da mesma.

O acolhimento procurando dar resolutividade às necessidades é abordado pelo Ministério da Saúde, Brasil (2004g, p.5), sendo entendido como:

um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Ampliando esta visão, Teixeira (2005) entende que o acolhimento caracteriza-se por diálogos amplos que acontecem nas relações entre profissionais e usuários em qualquer dos encontros estabelecidos na imensa rede de conversações que são os serviços.

O acolhimento dialogado, isto é, como uma técnica de conversação passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são, enfim, os “nós” dessa imensa rede de conversações que são os serviços. [...] o acolhimento-diálogo, no sentido mais amplo possível, corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a serem satisfeitas. [...] acolhimento dialogado, como uma técnica de conversa, se caracteriza primordialmente por um conjunto de disposições ético-cognitivas, pela aceitação de um conjunto de pressupostos e predisposições no diálogo com o outro, que define, a rigor, seus domínios de ação e de significação (TEIXEIRA, 2005, p.592).

Nestes encontros dialógicos procura-se identificar, elaborar e negociar as necessidades que poderão vir a ser satisfeitas, em conformidade com certas disposições ético-cognitivas:

- (1) reconhecer o outro como um legítimo outro;
- (2) reconhecer cada um como insuficiente;
- (3) reconhecer que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

A arte de conversar não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades (TEIXEIRA, 2005, p. 593).

Para Camelo et al. (2000), as principais habilidades interpessoais que facilitam o acolhimento do profissional são: envolver-se; prestar atendimento; comunicar-se também de maneira não verbal, demonstrando receptividade, respeito disponibilidade e interesse. Além disso, demonstrar compreensão e valorizar o significado que aquele que procura o serviço atribui ao problema; personalizar o atendimento; mostrar ao acolhido que é co-participante do processo, avaliando a situação em conjunto com este e reforçando a sua parcela de responsabilidade no problema, tornando-o sujeito do processo. Já as habilidades do cliente são: capacidade de envolver-se; possibilidade de avaliar a situação real em que se encontra no momento do processo; compreender os elementos presentes em sua vida; agir e decidir;

procurar o melhor caminho e; demonstrar disponibilidade interna.

A esfera estética é outra faceta a ser considerada. Engloba a organização, a higiene, a limpeza do ambiente e das mãos, a apresentação dos profissionais e sua identificação e, a identificação nominal dos clientes (HOGA, 2004). Depende de um agendamento livre, buscando-se evitar as longas filas ao relento nas madrugadas à espera de um atendimento que é seu por direito e deveria ser garantido pela instituição.

O “estar com” é uma necessidade social básica de toda pessoa. Sentir-se acolhido, reconhecido, amparado, ouvido, sentido e solidarizado faz parte da nossa exigência gregária e de comunicação. As pessoas mostram freqüentemente seus sentimentos e suas emoções, através da expressão facial, da forma como se movimentam e se vestem, dos gestos, da entonação da voz, do olhar e do conteúdo da sua fala. Assim, os profissionais que atendem a clientela devem estar bem consigo ao interagirem para estabelecerem uma relação dialógica e autêntica (SALLES et al. 200?).

4.6 A HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DO CUIDADO

A humanização¹⁰ é um processo de comunicação no cuidado entre pessoas, que conduzem à transformação do *self*; é a compreensão do espírito fundamental da vida, é um senso de compaixão para e unidade com: o Universo, o espírito e natureza; outras pessoas na família, a comunidade, a sociedade rural e global e outras pessoas no futuro, como também gerações passadas.

Humanização é um meio importante de encorajar e potencializar os indivíduos e grupos em direção ao desenvolvimento de uma sociedade sustentável e o prazer de viver a vida. Pode ser aplicada a qualquer situação do cuidado, no processo de nascimento, nas doenças terminais, na invalidez, na pobreza, na saúde e na doença, na educação, no ambiente, na economia, nas políticas e na cultura (UMENAI et al., 2001, p. S3).

O cuidado humano é o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o “ethos” fundamental do humano. O cuidado é mais que uma atitude. Representa uma atitude de atenção, de zelo e desvelo, de preocupação, de responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2004). Para Heidegger (1989), o cuidado é a essência do ser humano. Antes de nascermos já estamos subjugados à essência do cuidado. Sem o cuidado, o indivíduo deixa de ser humano. Assim para Heidegger (1989), o cuidado é um fenômeno ontológico. Onde há cuidado desabrocha a vida autenticamente humana. Cuidamos dos outros porque os descobrimos com valores em si mesmos.

¹⁰ Conceito adotado pela Conferência Internacional de Humanização do Parto, realizada em novembro de 2000, em Fortaleza, Ceará, Brasil, com perto de 2000 participantes de mais de 23 países.

Segundo Zoboli (2004), o sentido genuíno do cuidar é o de promover a vida. O cuidado tem duas significações básicas interligadas entre si. A primeira vinda do latim, derivado do latim “*cura*” (forma erudita) e “*coera*” (mais antiga), usada para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou advinda do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. A segunda vem da palavra *cogitare-cogitare*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar, uma atitude de desvelo e de preocupação. Cuidar do outro é fazê-lo crescer numa relação mútua e com crescimento mútuo. É basicamente um processo e não uma série de serviços orientados a consecução de determinados objetivos vistos de uma forma isolada. O verdadeiro cuidado favorece a devoção, a confiança, a paciência, a humildade, o conhecimento do outro e a coragem, sendo necessário “colocar-se” e “estar com”.

Para Erdmann (1996, p.122 e 123), o cuidado envolve a relação pessoa-pessoa e está presente no processo vital.

O cuidado humano pode ser visto como polifuncional, extrapolando a funcionalidade objetiva e seus efeitos nos limites das possibilidades de constatação. O cuidado contém como elemento intrínseco a relação pessoa-pessoa e está presente na vida humana, no seu processo vital... (...) a vida/o processo de viver é um contínuo processo de cuidado mútuo e simultâneo de si, dos outros, pelos outros.

Na opinião de Waldow (1999, 2004), o cuidado humano incorpora os aspectos técnicos e científicos, enfatiza, principalmente o interativo, a criatividade, o emocional e o intuitivo, além do aspecto moral. Para esta autora, cuidar é um processo de ajuda ao outro para ser, para crescer e se realizar. A cuidadora ao cuidar, no seu verdadeiro sentido, relaciona-se com o outro, exprimindo seu conhecimento e sensibilidade, demonstrando habilidade técnica e espiritualidade, elevando-o e ajudando a crescer. O outro em sua experiência genuína, compartilha seu ser, seu conhecimento, seus rituais de cuidado, suas características que auxiliarão no processo de cuidar. Este cuidado, falado por Waldow (1999, 2004), entendido por ela como cuidado humanizado, não estaria restrito a área de Enfermagem, já que outros profissionais desenvolvem ações com estas características.

O cuidado profissional é um processo que ocorre em um contexto institucional no qual se criam relações entre o cuidador e aquele que é cuidado. Nele o cuidador expressa o seu ser e o saber fazer. Esta relação caracteriza por uma relação de ajuda e se expressa no envolvimento, na criação de um vínculo de intimidade com o outro que se dá em função da proximidade do cuidador com aquele que cuida (SILVA, 1998). Nessa proximidade ambos aprendem e aprimoram a arte de se comunicar percebendo-se e conhecendo-se através do olhar, das expressões, do tom de voz ou do toque. No entanto, essa proximidade nem sempre

produz vínculo, pois se pode estar próximo do outro sem estar envolvido. Neste caso, o outro é o “não ser”, alguém sem uma representação definida. Ambos nesta relação representam uma condição de “não cuidado”, já que para o estabelecimento do cuidado, que acredito seja humanizado, é necessário à aceitação mútua.

Nesta condição, continua Silva (1998), é necessário um esforço para que ambos se cativem o que também depende de uma escolha. Entretanto, há situações que levam ambos, cuidador e ser cuidado a se rejeitarem. Tal atitude pode passar despercebida, ficar no anonimato de modo disfarçado ou não, constituindo-se em uma ação “não bem aceita”, podendo ser difícil transformá-la. No envolvimento, aponta Silva (1998), às vezes, ocorre uma relação conflituosa cheia de contradições, de ambigüidades e de frustrações que inviabiliza o cuidado. No entanto, isso pode ser superado quando há desejo; comprometimento com o outro e com o próprio ser cuidador. Além disso, quando há troca de conhecimentos e de experiências, parceria entre o cuidador e o ser cuidado, compartilhamento de responsabilidades, participação ativa de ambos, respeito às crenças valores e atitudes de cada ser e oportunidade de expressar sentimentos como o afeto, alegria, amizade, e sensibilidade. Ademais, quando se ouve atentamente e reflexivamente as expectativas e necessidades, e quando o outro é valorizado como pessoa. “É no outro que encontro apoio para superar o meu viver caótico e para transformar este viver” (SILVA, 1998, p. 212).

Cuidar envolve uma verdadeira ação interativa. O encontro genuíno entre o profissional e o cliente, essencial para humanização, só vai se efetivar quando profissionais e clientes estiverem abertos e disponíveis para tal ocorrência (HOGA, 2004). O cuidado, segundo Rizotto (2002) por si só não garante que o trabalho da equipe de saúde seja humanizado.

Para Rios (2003), a humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e sócio-culturais dos clientes e dos profissionais. Reconhece também, como destaca a autora, o funcionamento institucional, importante para a compreensão dos problemas e para a elaboração de ações que promovam as condições de trabalho e a qualidade de atendimento.

Neste sentido, a humanização não se restringe ao cliente e a forma como este é cuidado. Tem relação com o contexto em que se insere este cuidado, com o ambiente de trabalho e, principalmente, com o conjunto de relações presentes no cotidiano dos serviços.

Diz respeito aos profissionais de saúde que exercem a sua ocupação com responsabilidade, por iniciativa própria, em prol do outro para que este seja e esteja melhor, mas que também atuam no cotidiano do cuidar em busca de sua autonomia, do fortalecimento

de suas potencialidades, de sua realização e do seu crescimento pessoal. Assim, segundo Salles et. al. (200?), os profissionais precisam ser valorizados pessoal e financeiramente, serem remunerados dignamente e elogiados pelo seu desempenho. Investir no desenvolvimento pessoal do enfermeiro, implantando planos de desenvolvimento profissional e pessoal, fortalecendo as relações interpessoais no trabalho e implementando programas específicos de promoção e prevenção da saúde física e mental são essenciais.

Os profissionais necessitam ser respeitados, compreendidos e também se compreender. Para que o profissional consiga prestar uma assistência humanizada é preciso também saber aceitar, reconhecer, expressar e compreender seus próprios sentimentos. No cuidado ao cliente emergem e se confrontam sentimentos contraditórios e profundos tais como a piedade, o amor, a compaixão, o ódio, a raiva, a indiferença, a culpa, a ansiedade, a vergonha e o medo, entre outros. O profissional não pode cuidar do outro, retirando-se do mundo, negando seus desejos, emoções, história de vida e sensualidade (SALLES; et. al., 200?). É preciso que se mostre uma pessoa semelhante àquele que atende; uma pessoa que tem poder e impotência, conhecimento e ignorância, acertos e erros, que também sofre, tem limites, resistências, problemas, sentimentos e; que precisa também ser respeitada. Um ser que deseja aprender a aprender (ÁVILA, 1999).

As dimensões subjetivas do profissional constituem facetas importantes e o conjunto delas determina a forma como os profissionais estabelecem o relacionamento interpessoal com os clientes (HOGA, 2004). O autoconhecimento do profissional de saúde favorece o estabelecimento do relacionamento interpessoal, possibilita conhecer suas limitações e fragilidades e, permite desenvolver melhor suas potencialidades. Para Salles et. al. (200?), a implementação de uma prática de cuidado humanizada requer que o cuidador olhe para si, cuide de si, situe-se no mundo e interaja com ele. A forma do profissional viver a vida, de se relacionar com o mundo, com as pessoas, com a família, com os amigos, com o trabalho, interfere na forma como cuida. Se o profissional estiver bem com a vida, com quem se relaciona, sentindo prazer de estar vivo terá melhores condições para acolher e cuidar.

As condições de trabalho da equipe de saúde também são importantes. Incluem o conforto para a equipe; a alimentação; o local para descanso; o relaxamento e os exercícios físicos e compensatórios; a supervisão terapêutica; os recursos materiais para execução do trabalho; os espaços de socialização e recreação; as escalas de trabalho sem sobrecarga; as atividades participativas e criativas. Tudo isto é tão importante quanto a remuneração, a motivação e o elogio, tornando o ambiente e as relações mais humanas, o que certamente refletirá no cuidado prestado (SALLES et al. 200?).

Para Cordero (2000), a enfermagem no seu processo histórico herdou a responsabilidade para exercer o cuidado à vida humana, significado e fundamento de sua prática, o que exige um projeto vocacional e um compromisso existencial que dá respostas a uma série de motivações para alcançar um nível satisfatório de desenvolvimento e de saúde do ser humano, em nível individual e coletivo.

Segundo Capella e Vaz (1995), a humanidade ou humanização é intrínseca ao cuidado prestado pela Enfermagem, pois a Enfermagem atua no campo das relações e do sensível. O trabalho de Enfermagem não se faz no isolamento; ele é sempre compartilhado com outros sujeitos. A razão de existência e sentido da profissão da Enfermagem é cuidar da saúde do cliente e da comunidade. Este cuidar acontece, segundo as autoras, sempre dentro de um campo de relações entre o sujeito que cuida e àquele que é cuidado. Acontece em um campo em que estão presentes modos singulares de existência, requerendo, assim, uma atenção especial do enfermeiro que executa o cuidado, devendo esse cuidado se traduzir em uma expressão ética, em um compromisso voltado para a justiça social.

Para Bettinelli (2001), o cuidado é um processo interativo, dinâmico, de envolvimento e de co-responsabilidade entre o enfermeiro e o cliente. Este encontro de duas realidades (cliente/enfermeiro; cliente/profissional de saúde) no qual são compartilhados conhecimentos, sentimentos e busca-se proporcionar melhores condições de saúde e de viver exige respeito à dignidade humana. Essa interação, permeada pela solidariedade, envolve atitudes éticas, sensibilidade e reciprocidade no processo do cuidado. O cuidado de Enfermagem deverá constituir-se na interação, no contato com o cliente e no resgate com o humano (CECCATO E SAND, 2001). Neste sentido, a Enfermeira precisará desenvolver uma relação interdependente e recíproca com o ser cuidado, propiciando condições de crescimento e de aprendizagem, com vistas ao seu restabelecimento, e acréscimo, seu fortalecimento e realização.

O cuidado, na concepção de Cordero (2000), numa perspectiva humanística, tem como preocupação máxima o ser humano e tudo o que tem a ver com seus interesses e seus problemas. Têm como ideal desenvolver em cada indivíduo o que há especificamente de mais humano. A humanização implica respeito à liberdade interna do ser humano para pensar, sentir e crer. Se expressa no ser humano que ajuda o outro consciente do valor da sua existência e o reconhece em sua dignidade em todas as etapas da vida.

A equipe de enfermagem busca o bem-estar da clientela em conjunto com outras profissões, prestando atenção integral durante todas as etapas da vida, promovendo e reabilitando a saúde, prevenindo doenças, diminuindo os impactos do meio e,

conseqüentemente, as alterações de saúde, fomentando o avanço das investigações, desenvolvendo tecnologias, e compartilhando ações e concepções através do exercício da interdisciplinaridade (CORDERO, 2000).

Cada membro da equipe de Enfermagem, segundo Cordero (2000), representa um potencial de capacidades, de eficiência e de humanização, que podem ser traduzidos em atos de vontade, não requerendo prescrição, indicação e gratificação para proporcionar um cuidado mais humanizado ao cliente. Depende apenas de sua vontade e de sua atitude. Isto pode ser visível nas pequenas ações. É possível quando se demonstra habilidade para compreender a problemática de cada pessoa; quando se desenvolve a sensibilidade necessária que permita diminuir ou minimizar as suas angústias decorrentes da doença ou da perda de uma vida, enfim, quando se tem sensibilidade para assumir atitudes que inspirem a confiança do cliente e dos seus familiares.

A humanização das ações se mostra na atuação, na prática dos profissionais de Enfermagem; consistindo em: amabilidade; cortesia; disponibilidade para facilitar a comunicação; genuíno interesse em oferecer o melhor cuidado; compreensão das vivências e valorização dos significados destas vivências atribuídos pelos clientes; atitude de respeito à dignidade humana e reflexão sobre os valores pessoais (da enfermeira), da clientela e dos familiares (CORDERO, 2000). A filosofia humanística no que se refere ao cuidado de Enfermagem aponta para uma mudança de abordagem, do modelo curativo para o modelo holístico e/ou complexo. Tal modelo personaliza a atenção; respeita as diferenças, realidade e crenças; articula os serviços de promoção da saúde e de prevenção de doenças e o curativo, no âmbito individual e coletivo. Para Playle (1905), este modelo está baseado na empatia, na participação conjunta, no respeito mútuo e genuíno. Tem como características, a escuta ativa, a compreensão, o cuidado, o encontro, a valorização do contexto e o significado atribuído pelo cliente a esta nova experiência. A subjetividade, uma das características principais nessa visão, enfatiza a arte na Enfermagem.

Segundo Zampieri (2001c) para guiar o cuidado, a prática de enfermagem é fundamental um conjunto organizado e sistematizado de conceitos e pressupostos, um referencial teórico, com uma perspectiva humanística que:

- a) deve ser construído de forma dialógica e horizontal pela equipe de saúde. Todos devem expressar as suas próprias concepções, seus pensamentos, sentimentos e sua visão de mundo. Deve abranger as diversas maneiras que os profissionais compreendem o cuidado, a humanização e o ser humano. Pode ser fundamentado em concepções individuais ou grupais e nas idéias de autores que estudam a

humanização. Deve expressar a realidade, nas quais os profissionais estão inseridos. Assim sendo, está em constante mudança;

- b) deve respeitar a individualidade de cada ser humano, suas diferenças e potenciais para se desenvolver, crescer e ser mais e transformar a realidade em que vive;
- c) deve aliar o científico, o racional, a sensibilidade e intuição;
- d) depende de um trabalho interdisciplinar;
- e) depende de um ambiente humanizado e da humanização dos profissionais. Para tanto, precisamos nos conhecer e conhecer o outro.
- f) depende de uma mudança de atitude do profissional e não apenas de mudanças de procedimentos.

Para guiar a prática e o cuidado de Enfermagem, um grande número de teóricas de Enfermagem desenvolveu seu referencial, tendo por base valores que apontam em direção a uma perspectiva humanística. Dorothea Orem enfoca o autocuidado, fortalecendo os potenciais da clientela para se autocuidar, decidir sobre sua saúde e sua vida e superar seus déficits de cuidado. Imogene King estabelece os conceitos e suas inter-relações, evidenciando as interações entre os seres humanos, destes com o meio e com a sua própria pessoa, buscando o alcance dos objetivos e o bem-estar. Valoriza a percepção, a comunicação, as interações, as transações, a ética entre os seres humanos, essenciais no cuidado humanizado. Joyce Travelbee, por sua vez, reforça a relação interpessoal para assistir o indivíduo. Madeleine Leninger reforça a importância de valorizar a questão cultural e os valores da clientela que influenciam os seres humanos, grupos a que pertencem e o cuidado prestado, entendendo este como a essência da Enfermagem. Para ela o cuidado humanizado é a característica central dominante e unificada da Enfermagem. Outras teóricas, entre elas, Florence Nightingale, Wanda Horta e as mais atuais Myra Levine, Callista Roy, Marta Rogers, Watson valorizam o ser humano, suas potencialidades e suas relações. No entanto, apenas Josephine G. Paterson e Loreta T. Zderard publicam, em 1976, uma teoria que explicita o termo “Humanístico” em sua teoria denominada de “Enfermagem humanística”. Esta teoria busca uma visão mais ampla do potencial dos seres humanos e, ao invés de tentar suplantá-las, volta-se para suplementá-las. A essência da Enfermagem humanística é difícil de ser definida já que ela se preocupa com as experiências fenomenológicas dos indivíduos e com a exploração das experiências humanas (OLIVEIRA; BRUGGEMANN; FENILLI, 2003). A Enfermagem humanística pode ser considerada como um diálogo vivo; envolve o encontro entre duas pessoas, havendo alguém para cuidar e alguém para ser cuidado; envolve a presença, ou seja, a disponibilidade recíproca; implica relacionamento, o

que significa estar com outro em presença genuína e; finalmente, em um chamado e uma resposta, a comunicação interativa entre os seres humanos (PATERSON; ZDERAD, 1979).

4.7 HUMANIZAÇÃO, TECNOLOGIA E ENFERMAGEM

A tecnologia de ponta e pesada para muitos estudiosos é considerada o “reverso” da medalha da humanização, uma vez que despersonaliza, afasta o profissional do cliente, torna o ambiente frio e dificulta as relações. Mas será que é possível a coalescência entre tecnologia e humanização?

Meyer (2002) refere que as autoras que trabalham com a temática da tecnologia apontam para a multiplicidade e complexidade de definições que essa palavra engendra. Geralmente pensam em produto ou artefato, materiais usados para facilitar ou tornar mais eficientes as tarefas diárias, equipamentos ou máquinas que intervêm no organismo humano de forma evasiva ou não e, o que é mais comum, associam à informatização, à cibernética, à robótica, enfim, aos produtos da chamada biotecnologia de ponta.

Algumas enfermeiras acreditam que a tecnologia é positiva, uma vez que fornece meios e condições para avaliar os procedimentos e assistência tornando-os mais eficazes e eficientes. Outras têm uma visão pessimista. Entendem que a tecnologia dificulta a relação enfermeira-cliente e centra a assistência no diagnóstico e na intervenção. Por meio dela, o ser humano é traduzido apenas como informação gerada por exames e monitores sofisticados e complexos que qualificam, quantificam e visibilizam as funções biofisiológicas. Priva os clientes da sua individualidade, da subjetividade e da dignidade como seres humanos, podendo criar a alienação entre ego e corpo e separar as enfermeiras da missão delas, ou seja, do cuidar. Nessa concepção, as máquinas são onipresentes e exigidas pela população. Esta visão de saúde é determinada em parte pela perspectiva da sociedade contemporânea que vive na idade da máquina; adota e usa a nova tecnologia, valorizando o emprego de sofisticados serviços. Dentro deste contexto, o cliente pode deixar de ser o principal foco e preocupação dos profissionais. O cliente pode ser visto como uma extensão da tecnologia, reduzindo o status do ser humano (BARNARD; SANDELOWSKI, 2001; MEYER, 2002; McCONNELL, 1998).

Finalmente, completa Meyer (2002), têm aquelas enfermeiras que não consideram nem boa nem má a tecnologia, acreditam que o resultado ou impacto de seu uso se define na estreita relação com o contexto físico (trabalho), material e social do cuidado, sendo essa

vertente criticada pela autora porque não contextualiza as condições sociais, políticas e históricas (MEYER, 2002).

A Organização Mundial de Saúde concebe a tecnologia em saúde em um contexto mais amplo, definindo-a como métodos, procedimentos, técnicas, equipamentos que são cientificamente válidos, adaptados às necessidades locais; aceitos por todos que a usam; mantidos e utilizados com recursos que a comunidade ou país pode dispor. Desta maneira, pessoas e comunidade são envolvidas não somente em definir a natureza do cuidado de saúde, mas também a participação em loco de uma ampla agenda de mudanças sócio-econômicas. Tecnologias têm o propósito de prevenir (administração de sangue, controle de pressão), diagnosticar, realizar terapêutica (tratamento de uma pessoa doente), reabilitar (uso de uma prótese), organizar (uso de computador ente laboratório e clinica) ou administrar e assistir (leitos).

A tecnologia pode ainda ser definida como instrumentos e conhecimentos que interligados fundamentam, delimitam e facilitam o cuidado. Para alguns, o cuidado tem sido definido como tecnologia. Para Merhy, citado por Nascimento (2003), quando se fala em tecnologia, não está se referindo exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também a certos saberes constituídos para a geração de produtos, e inclusive para organizar as ações humanas na assistência prestada, até mesmo em sua dimensão inter-humana. De acordo com a autora supracitada, existem três tipos de tecnologia em saúde: as tecnologias duras, leve-duras e leves. Tecnologias duras se constituem de equipamentos do tipo máquinas, instrumentais, normas, rotinas e estruturas organizacionais. Tecnologias leve-duras dizem respeito aos saberes estruturados como a fisiologia, a anatomia, a psicologia, a clínica médica, a cirúrgica, e tantos outros saberes que fundamentam o cuidado. Tecnologias leves são aquelas implicadas com o conhecimento da produção das relações entre sujeitos. Estão presentes no espaço relacional profissional-cliente e só se materializam em atos. Estas são as tecnologias de acesso, de acolhimento, de produção de vínculo, de encontros de subjetividades que levam a humanização do cuidado. Todas estas tecnologias são utilizadas na Enfermagem e no fortalecimento desta como profissão.

Segundo Meyer (2002), o uso da tecnologia contribuiu para que a profissão de Enfermagem estabelecesse saberes e sistematizasse o cuidado cientificamente diferenciando-o do cuidado leigo. Permite conciliar a objetividade da ciência masculina com a intuição e emoção do feminino, posicionando o cuidado como interface da humanização na relação médico-paciente. As críticas ao paradigma positivista, objetivo e neutro levaram as enfermeiras a refletirem sobre a tecnologia e a ressignificá-la no que tange a humanização do

cuidado. Para Meyer (2002), o cuidado, fundado no cerne de uma cultura feminina, se teoriza como a interface da humanização na relação tecnologia-cliente que aí se processa. Complementa que é necessário rever os conceitos de humanização e de ser humano e também de masculino e feminino para melhor compreensão dessa questão.

Para Barnard e Sandelowski (2001), o que determina se uma tecnologia desumaniza, despersonaliza ou objetifica não é a tecnologia por si só, mas a forma como as tecnologias individuais são usadas e operam nos contextos específicos dos clientes; os significados que os clientes atribuem às tecnologias; o que os indivíduos ou grupos culturais definem como humano e; o potencial da técnica para enfatizar a eficiência e a ordem racional no cuidado de Enfermagem na saúde e na sociedade.

Enfermeiros podem ser pontes entre o mundo humano pessoal e o mundo impessoal da tecnologia. A tecnologia aumenta a eficácia e habilidade do enfermeiro, propicia mais tempo para que este interaja com o cliente e o veja na sua totalidade, ou seja, mais do que a soma das partes. Um dos papéis do enfermeiro é facilitar a ligação entre a tecnologia e humanização, utilizando a tecnologia em prol da saúde do cliente, sendo necessário que este se prepare para tal tarefa (McCONNELL, 1998).

A revolução das tecnologias em saúde, caracterizada e testemunhada no século passado e neste século, ainda avançará mais, implicando em questões econômicas, legais e éticas, tornando-se cada vez mais complexa. O propósito do uso da tecnologia no cuidado que se deve ter em mente é a melhoria de saúde humana. Assim, a enfermeira tem que estar atenta aos desenvolvimentos futuros das tecnologias em saúde e contextos nos quais estas ocorrem, para ajudar a direcioná-las, facilitando na sua prática a coalescência da tecnologia e da humanização (McCONNELL, 1998).

Tecnologia não é, assim, simples ou necessariamente um paradigma de cuidado oposto ao tocar, mas é também um instrumento ou um agente que facilita o toque. A tecnologia pode se humanizada até mesmo em espaços de cuidado de saúde intensamente tecnológicos (BARNARD; SANDELOWSKI, 2001). A tecnologia em saúde é direcionada para as pessoas e por esta razão deve ser ajustada a humanização. A tecnologia deve ser um instrumento para uma atenção humanizada.

O problema da tecnologia para enfermeiros pode estar ligado não a própria tecnologia, mas as nossas escolhas e de nossos clientes e, sobre o que entendemos que seja o cuidado humanitário, natural, e digno. Uma morte digna poderia requerer assim um “*low*”-tecnologia ou a presença de “*high*”-tecnologia, dependendo desta visão. A resolução deste problema depende, em parte, da escolha de cliente e da família (BARNARD; SANDELOWSKI, 2001).

Para Barnard e Sandelowski, (2001), o problema da tecnologia para enfermeiros pode estar menos na tecnologia em si e mais no discurso da diferença ao redor da tecnologia experimentado freqüentemente, o que é oposto ao discurso prevalecente. Discursos profissionais, paradoxalmente, refletem freqüentemente realidades adversárias, ou seja, quanto mais se fala em liberdade significa que há menos liberdade; mais conversa sobre respeito emerge menos respeito; e mais discussão de cuidado humanitário prevalece o cuidado menos humanitário. Dentro deste mesmo raciocínio, enfatizando a diferença entre toque e tecnologia, nós podemos estar focalizando diferenças que não existem ou que não importam, nos desviando, assim, das diferenças que realmente são importantes. Uma pergunta que nós temos que responder é: o discurso de diferença ao redor da tecnologia está nos impedindo de reconhecer a tecnologia que pode prejudicar o cuidado humanitário ou a tecnologia que pode ajudá-lo?

CAPÍTULO 5

REFERENCIAL TEÓRICO

Um tom pra cantar

Um tom pra falar

Um tom pra viver

Um tom para a cor

Um tom par o som

Um tom para o ser

Um tom pra gritar

Um tom pra calar

Um tom pra dizer

Um tom para a voz

Um tom pra mim

Um tom pra você

Um tom pra todos nós

(Caetano Veloso,

Um tom, 1997).

Este capítulo aborda alguns conceitos e pressupostos que guiam este estudo. Primeiro faço um relato da bibliografia de Edgar Morin, a seguir menciono seus pressupostos e os meus pressupostos pessoais e, posteriormente, as concepções teóricas do autor.

O referencial teórico é uma organização sistemática de pressupostos, de conceitos e suas definições que direcionam a pesquisa e as ações. É um sistema organizado de conhecimentos que permite um olhar específico da realidade. De acordo com Monticelli (1996), além de oferecer uma perspectiva para observação, para a reflexão e interpretação da realidade, o referencial teórico, ao ser operacionalizado, viabiliza o redimensionamento dos conceitos e/ou pressupostos anteriormente formulados.

Segundo Morin (2001ab, 2002a), o conhecimento sob forma de palavra, de idéia, de teoria, é fruto de tradução/reconstrução. Expressa-se por meio da linguagem e do pensamento e, por conseguinte, está sujeito a erro, já que depende da subjetividade do conhecedor, de sua visão de mundo e de seus princípios de conhecimento. Uma teoria não deve ser simplesmente instrumentalizada, nem pode impor seu veredicto de modo autoritário, devendo ser relativizada. A teoria está sempre em construção. É provisória, até que outra teoria a suplante. É um esforço intelectual da compreensão da realidade e, por isso é aproximação da mesma. Uma teoria deve ajudar a orientar estratégias cognitivas que são dirigidas aos sujeitos humanos. Portanto, segundo Morin (2001ab) deve ser aberta, crítica, autocrítica, reflexiva, e possível de se transformar.

Para estruturar o referencial teórico deste estudo, elejo alguns pressupostos, fundamentados em idéias de Morin (2001ab, 2002abc, 2003) e acrescento idéias próprias.

Escolhi o referencial de Morin por estar em consonância com sua visão aberta, de junção e de complementaridade. Também por estar em conformidade com suas abordagens em relação ao conhecimento como algo em constante construção; ao ser humano como um ser complexo que se faz humano dentro de uma cultura e comunidade; à interdependência dos seres e de suas relações, à ética da compreensão como forma de resistência a qualquer tipo de agressividade e possibilidade para a concretização da humanização no cuidado e das interações entre os seres humanos.

Construo, também, uma síntese das idéias de Morin sobre ciência, paradigma, conhecimento, ser humano e também sobre a ética da compreensão, com vistas a guiar todas as fases do estudo, da coleta à análise dos dados.

5.1 EDGAR MORIN, SUAS IDÉIAS E SUA VIDA

Pensador pluralista, com inúmeras publicações sobre grandes temas, os paradigmas, o conhecimento, a vida, a morte, o ser humano, a sociedade, o amor, a poesia, a ética, escrevendo também sobre sua vida, trazendo para o leitor a sua autobiografia. Edgar Morin nasceu em 8 de julho de 1921, em Paris, França. Foi condenado a morte e rejeitado antes mesmo de nascer, pois estava colocando em risco a vida de sua mãe. Por milagre, mãe e filho foram salvos, sendo que a partir daí, foi adorado e amado por nove anos até a sua mãe morrer. Era judeu; seus pais migraram para França, durante a primeira década do século. Sentia-se solitário, diferente e triste, pelos preconceitos em relação a sua nacionalidade e pela sua condição de órfão. Adorava a música, os concertos o cinema, os livros, a literatura, os clássicos, os romances e aventuras, o teatro e a arte. Seu universo cultural o influenciou no seu desenvolvimento pessoal, lapidando sua sensibilidade, delineando seus padrões estéticos e a definição do seu estilo literário. Influenciado pelo romantismo e racionalismo, buscou fervorosamente o saber, sempre procurando aprender e descobrir o novo, com uma curiosidade onívora que o acompanhou pela vida (MORIN, 2002a).

Trilhou os caminhos traçados por Marx, vendo o marxismo não como uma teoria reducionista que explicava a história humana pela luta de classes e pelo desenvolvimento das forças produtivas, mas como uma verdadeira ciência multidimensional, articulando as ciências naturais e humanas, na esperança de um mundo melhor (MORIN, 2002a).

A ideologia e o seu trânsito pela arte o impulsionaram para as leituras e primeiros escritos. Segundo Petraglia (2002), aos treze anos já somava muitas tentativas e ensaios inacabados, que revelavam suas ansiedades e contradições. O comunismo lhe pareceu, inicialmente, a solução e o caminho da crença em si mesmo, neste ideal e na vida.

Ingressou na faculdade e, impressionado pela guerra, dedicou-se ao estudo da economia política, tendo o ideal de através da política alcançar a humanização do processo econômico. Para tanto, ampliou seus conhecimentos nas Ciências Sociais. Matriculou-se na Sorbonne, simultaneamente, nos cursos de História, Geografia, Direito e frequentou disciplinas de Ciências Políticas, Sociologia e Filosofia. Ampliou conhecimentos também na Biologia e na Física (PETRAGLIA, 2002).

Viveu de perto o fim da República e sofreu a dor da guerra com suas perseguições, seus temores e suas amarguras. Entretanto, nunca deixou de crer no amor e na razão, que sempre orientaram sua vida, seus pensamentos e suas obras. Foi representante do Estado Maior do Primeiro Exército Francês na Alemanha e Chefe de Assessoria de Comunicação e imprensa do Governo Francês. Em 1946, publicou o primeiro livro: “O ano zero da Alemanha”. Desenvolveu outras atividades jornalísticas no período de 1947 a 1950. Entre 1948 e 1950 editou o seu segundo livro: “O homem e a morte” (PETRAGLIA, 2002).

Entre 1947 e 1950, ficou desempregado, não tendo como sustentar as duas filhas. Nesta época apresentou um crescente desgosto pela política partidária (MORIN, 2002a). Em 1951, foi expulso do partido comunista por divergências em relação ao estalinismo e críticas ao dogmatismo (PETRAGLIA, 2002). Após estes anos de degradação e humilhação e marginalidade, em que se sentia no fundo de poço, iniciou-se uma discreta e silenciosa ascensão em sua vida. Paralelo a esta penosa situação e, de forma contraditória, viveu um período de felicidade, de amizades, com discussões inflamadas, passeios noturnos com intelectuais, poetas e amigos, com o pouco dinheiro que tinha. Em 1950, era “um cadáver político, exilado e desempregado, sem perspectivas”. O seu destino mudou após dois anos, quando se tornou um jovem pesquisador (MORIN, 2002a).

Circulou do empírico ao teórico, do antropológico ao contemporâneo e da cultura humanística à cultura científica, fazendo, naturalmente, uma ponte entre a cultura humanística e científica. Intelectual livre. Edgar Morin refere que se recusou a ser professor, embora este posto fosse oferecido como um presente aos que lutaram na resistência ao invasor alemão durante a segunda guerra mundial. Encontrou abrigo como pesquisador no *Centro National e de Recherche Scientifique* (CNRS) e preferiu o eterno combate ao corporativismo acadêmico, continuando o seu autodidatismo. Escreveu mais de 30 livros, tornando-se um dos pensadores mais importantes do século XX. Sofreu perseguições e repúdios destes intelectuais, em nome do saber, do progresso e da ciência. Para Edgar, os intelectuais e cientistas adoravam denunciar o cretinismo dos meios de comunicação de massa e dos incultos, sem jamais admitir que os espíritos simples possuíssem saber e capacidade de estabelecer a diferença entre ficção e realidade. Atacavam o conformismo e os estereótipos e esqueciam que eles mesmos formavam uma cultura convencional cheia de estereótipos e preconceitos (MORIN, 2002a).

Em 1960 e 1970 concluiu, respectivamente, o mestrado e doutorado de pesquisa, tornando-se institucionalmente o que sempre fora, um investigador (PETRAGLIA, 2002).

De acordo com Petraglia (2002), contemporâneo de Henri Atlan, Ilya Prigogini, Félix Gattari e Monod, Morin sofreu várias influências de pensadores, intelectuais, estudiosos e filósofos das diversas áreas da ciência, em momentos distintos da história e influenciou muitos outros. Nas ciências sociais e políticas foi influenciado pelos textos de Marx, Charles Gide, Simiand, Pirou, Hauser, na psicologia por Freud, Jung, Lacan, Rank, Bachelard, Ferenczi; na filosofia foi profundamente tocado por Montaigne, Pasqual, Heidegger, Kierkegaard, Rousseau, Proust, Chardin. Historiadores como Lamartine, Aulard, Jaurès e Mathiez também o influenciaram. Compartilhou ainda das idéias de Castoriades, Serres, Kuhn, Bataille, Popper, Lakatos, Maturana e Feyerabend.

Entre os livros fundamentais escritos por ele temos: “O cinema e o homem imaginário”; “As estrelas”; “Terra pátria” e os seis volumes do “método”; “O paradigma perdido-a natureza humana”; “Meus demônios”; “Elogios da inteligência humana”; “Convites ao prazer da reflexão”; “Os sete saberes necessários à Educação” e a “A cabeça bem feita”.

Em 1977, adentrou ao Campo da Educação, convidado por Claude Allègre, ministro da Educação da França para equacionar uma reforma dos saberes no ensino médio, quando organizou oito jornadas temáticas transdisciplinares que refletiam sobre o mundo, a terra, a vida, a humanidade, a arte e próprio conhecimento. Uma reforma de pensamento que afrontava a hiperespecialização da educação. Em 1999, convidado pela “*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*” (UNESCO), lançou as sementes para reflexão da educação deste milênio, com o livro: *Os sete saberes necessários a Educação* (MORIN, 2001a, 2002c).

5.2 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos de Edgar Morin (2001ab, 2002ab, 2003), nesse estudo, enfocam o ser humano e suas relações, a ética, o real e o imaginário. Acrescento também alguns pressupostos pessoais, que abordam a humanização e o cuidado humanizado.

5.2.1 PRESSUPOSTOS DE EDGAR MORIN

- a. As noções do real e do imaginário não são apenas antagônicas, mas complementares e inseparáveis. O mundo é meio imaginário, meio irreal. A utopia pode tornar-se real, o que parece impossível, pode ser possível (MORIN, 2002a, 2003);

- b. A verdade sempre está em marcha ininterrupta fazendo-se e desfazendo num jogo dialético. Assim, as verdades são provisórias (MORIN, 2002a);
- c. Na busca da verdade, as atividades auto-observadoras devem ser inseparáveis das atividades observadoras, as autocríticas das críticas, os processos reflexivos inseparáveis dos processos de objetivação. O conhecedor deve estar integrado em seu conhecimento (MORIN, 2001ab);
- d. É vital para a humanidade conjugar o conhecimento das partes e das totalidades, aproximar o sujeito do objeto, a alma do corpo, o espírito e a matéria, a qualidade e a quantidade, o sentimento e a razão, a existência e a essência, a liberdade e o determinismo (MORIN, 2001a);
- e. O conhecimento das informações e dos dados deve ser situado em seu contexto para adquirir sentido. Conhecer o ser humano é contextualizá-lo no universo e não separá-lo dele (MORIN, 2001ab);
- f. “No mundo humano, o desenvolvimento da inteligência é inseparável do mundo da afetividade, isto é da curiosidade, da paixão. O ser humano é sensível e racional” (MORIN, 2001a, p.20);
- g. “O ser humano define-se como trindade indivíduo/sociedade/espécie. Não só os indivíduos estão na espécie, mas também a espécie está nos indivíduos; não só os indivíduos estão na sociedade, mas a sociedade está nos indivíduos, inculcando-lhe desde o nascimento a sua cultura. A plenitude e a livre expressão dos indivíduos constituem o propósito ético e político e a própria finalidade da tríade indivíduo/espécie/sociedade” (MORIN, 2002b, p.52);
- h. No ser humano existe a presença do todo no interior das partes. A sociedade como um todo está presente em cada indivíduo, na sua linguagem, no seu saber, em suas obrigações e em suas normas. Cada indivíduo singular contém o todo, do qual faz parte (MORIN, 2001ab, 2002b);
- i. “A unidade humana traz em si as suas múltiplas diversidades. Compreender o humano é compreender sua unidade na diversidade, sua diversidade na unidade” (MORIN, 2001b, p.55);
- j. “O ser humano contém toda a vida sem deixar de ser uma unidade elementar da vida. Ao mesmo tempo, carrega a plenitude da realidade humana, com a consciência, o pensamento, o amor e a amizade. Comporta toda a humanidade sem deixar de ser unidade elementar da humanidade” (MORIN, 2002b, p.73);

- k. O ser humano tem uma autonomia dependente de seus genes, de sua cultura, das crenças, de suas idéias, de seus amores, do ambiente e das normas da sociedade. É pela consciência, que o ser humano diferencia-se dos animais manifestando sua liberdade (MORIN, 2002b);
- l. O ser humano é sujeito quando se situa no centro do mundo para conhecer e agir. O sujeito é egocêntrico, podendo esta condição levar ao egoísmo, excluindo-o do mundo ou ser altruísta, quando se dedica o seu Eu a um NÓS e a um TU, levando a inclusão. O sujeito surge para o mundo integrando-se na intersubjetividade no seu meio de existência, compreendendo o outro subjetivamente (MORIN, 2002ab);
- m. “A complexidade humana não poderia ser compreendida dissociada dos elementos que a constituem: todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e dos sentimentos de pertencer à espécie humana” (MORIN, 2001a, p.55);
- n. O ser humano e a sociedade são multidimensionais. O ser humano é um ser complexo e traz em si ao mesmo tempo o modo bipolarizado: é *sapiens* e *demens* (sábio e louco); *faber* e *ludens* (trabalhador e lúdico), *empiricus* e *imaginarius* (empírico e imaginário); *economicus* e *consumans* (econômico e consumista) *prosaicus* e *poeticus* (prosaico e poético). É ético, é estético, subjetivo, objetivo, racional e irracional, agressivo e afetivo e amoroso, sensível e insensível, comunicável e incommunicável. O ser humano é um ser psíquico, social, biológico, espiritual, cultural e histórico, um ser multidimensional. sonhador, crédulo e descrente. A sociedade comporta as dimensões histórica, sociológica e religiosa (MORIN, 2001a, 2002b);
- o. As únicas resistências que podemos usar para combater a agressividade existente no mundo e entre as pessoas, seja ela uma violência implacável aos seus pares, as outras espécies ou planeta, seja a falta de atenção, de disponibilidade e a indiferença são a cooperação, a comunicação, a compreensão, a amizade, a comunidade e o amor, acompanhadas de perspicácia e de inteligência (MORIN, 2002ab);
- p. A afetividade permite a comunicação cordial nas relações interpessoais; a simpatia e a projeção/identificação com o outro permite a compreensão. Assim, compreender é um processo de empatia, de identificação e projeção. Sempre intersubjetiva a compreensão pede abertura, disponibilidade e simpatia (MORIN, 2002b);
- q. A evacuação total da afetividade e da subjetividade esvaziaria de nosso intelecto a existência para só dar lugar as leis, as normas, as equações, os modelos e as formas;

- tiraria toda a substância de nossa realidade. Tudo o que é humano comporta a afetividade, inclusive a racionalidade, toda a sensibilidade e o imaginário (MORIN, 2002b);
- r. A compreensão do outro requer a consciência da complexidade humana, dos nossos limites, das incertezas e da nossa condição humana; demanda autocompreensão; requer a compreensão de nós mesmos, o auto-exame crítico que permite que evitemos julgamentos e tenhamos tolerância e respeito para com as idéias antagônicas as nossas (auto-ética); requer a abertura subjetiva para o outro (ética da comunidade) (MORIN, 2001a);
 - s. Cada ser humano tem todas as potencialidades inteligentes, mas as predisposições hereditárias, as determinações familiares, culturais, históricas, os acontecimentos ou acidentes pessoais podem limitá-las ou estimulá-las (MORIN, 2002a);
 - t. Cada um é responsável por suas palavras, por seus escritos e pelos seus atos, mas não é responsável pelo modo como suas palavras, atos e escritos são compreendidos e interpretados (MORIN, 1998);
 - u. Compreender significa apreender em conjunto, abraçar junto o texto e o seu contexto, as partes, o todo, o múltiplo e o uno (MORIN, 2005);
 - v. A compreensão humana é alcançada quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos, nos tornando abertos aos seus sofrimentos e alegrias (MORIN, 2002c);
 - w. A auto-ética reencontra a ética da comunidade que a precede e a transcende, e consiste na compreensão, na solidariedade, na fraternidade, no AMOR para com o outro. A ética para com outro se opõe a todas as formas de exclusões, sobretudo as que excluem o outro da espécie humana. Deve compreender a necessidade fundamental de cada sujeito humano de ser reconhecido como sujeito humano por outro sujeito humano. A Ética complexa é uma ética da compreensão;
 - x. A ética da compreensão deve estar relacionada à ética planetária que pede a mundialização da compreensão. A compreensão é ao mesmo tempo meio e fim da comunicação humana. O planeta necessita de compreensões mútuas (MORIN, 2001a, 2002ab);
 - y. Quando o ser humano se relaciona com as outras pessoas, com a sociedade como sujeito pode abrir o seu eu, seu “nós” para o outro, os semelhantes, a vida, o mundo, tornando-se rico em humanidades (MORIN, 2001a);
 - z. A ética complexa insere-se num circuito de religação em que cada instância é necessária a outra (MORIN, 2005);
 - aa. A ética do futuro ou antro-po-ética propõe assumir a nossa missão antropológica: trabalhar para humanização da humanidade; concomitantemente obedecer à vida e guiá-

la; assumir o destino humano em suas contradições e plenitude; alcançar a unidade planetária na diversidade; respeitar o outro ao mesmo tempo na diferença e na sua identidade; desenvolver a ética da solidariedade, da compreensão e ensinar a ética ao gênero humano (MORIN, 2001a, 2003, 2005).

5.2.2 ALGUNS PRESUPOSTOS PESSOAIS

Embasada na minha experiência profissional e nas leituras sobre humanização e cuidado pré-natal realizadas nos últimos dez anos, e guiada pelas idéias de Morin, elaborei os seguintes pressupostos que também serviram de guia neste estudo.

- a. Humanizar é respeitar a singularidade e a diversidade do ser humano, fortalecendo o seu potencial para agir, para ser mais e transformar a sua realidade;
- b. A humanização deve ser percebida, sentida, assimilada significativamente pelos profissionais que cuidam e pelos que são cuidados;
- c. O cuidado humanizado no pré-natal depende da postura ou da atitude do profissional, de uma postura amorosa e ética, de respeito ao outro, de reconhecimento do outro como legítimo outro (ser singular e multidimensional com demandas e subjetividades próprias), de sua disponibilidade para com o outro, respeitando o seu contexto, seus valores e crenças; de colocar-se no lugar do outro procurando compreender o que outro sente, pensa e necessita. Depende também da valorização das pequenas ações no cotidiano do cuidado;
- d. Participar de uma atenção pré-natal, além de ser caminho para fortalecer a mulher e torná-la protagonista do processo de nascimento e da sua vida, é uma medida importante para estimular comportamentos saudáveis e evitar os de risco e reduzir a mortalidade materno-fetal, sendo a condição primeira para um nascer saudável;
- e. A gestação é uma experiência complexa, social, individual, transitória e única que deve ser vista na inter-relação com os outros acontecimentos da vida e deve estar inserida nos diversos contextos em que a mulher e seus familiares atuam, interagem e exercem sua autonomia;
- f. As gestantes, familiares, companheiro e os profissionais da equipe de saúde são seres únicos, plurais e multidimensionais, dinâmicos históricos, sociais, culturais, racionais, sensíveis, afetivos, solidários; altruístas, egoístas que se relacionam intersubjetivamente, de acordo com seus valores, suas expectativas, suas crenças, suas

necessidades e seu estilo de vida. São seres com conflitos, dificuldades, resistências, limitações, contradições, mas também seres com propostas, soluções, oportunidades, possibilidades, facilidades e esperanças. Tem uma autonomia dependente de sua cultura, de sua genética, de sua educação, mas paradoxalmente tem liberdade para decidir e agir nas diferentes situações de sua vida;

- g. O cuidado humanizado à gestante implica atenção á saúde voltada à valorização do ser humano em sua integralidade, considerando suas similaridades, suas diferenças, incertezas e contradições;
- h. O cuidado humanizado caracteriza-se como uma escolha, consiste em uma atitude diferenciada. É um compromisso ético para com o outro com a finalidade fazer o melhor para o outro, com vistas a proporcionar um viver melhor e mais saudável, alcançar a felicidade e a realização.
- i. Cuidado humanizado no pré-natal tem o mesmo significado de atenção humanizada no pré-natal. É um cuidado educativo, interdisciplinar, complexo e terapêutico que envolve as gestantes, os familiares, os profissionais e a comunidade. É um processo interpessoal entre profissional e os usuários (gestantes e familiares), os cuidadores e aqueles são cuidados, que acontece durante a existência humana. Consiste de uma relação intersubjetiva, dialógica, de ajuda, de confiança, de compreensão, de proximidade, de respeito, de valorização da dignidade humana. Uma relação que envolve empatia, interação, compartilhamento de conhecimentos e experiências, comunicação efetiva, encontros autênticos; reconhecimento recíproco, transformações com vistas ao crescimento mútuo, fortalecimento das potencialidades para ser mais, viver melhor, conquistar e exercer a autonomia. Consiste de uma rede de conversações complexas com a finalidade principal de promover a saúde, mas também de prevenir patologias, diagnosticar fatores de risco e recuperar a saúde. Deveria iniciar já na pré-concepção, estimulando comportamentos saudáveis, evitando os de risco, prevenindo agravos e patologias e controlando problemas e doenças crônicas existentes. Se expressa na criação de vínculos de intimidade, no envolvimento e na co-presença. Envolve a família e a comunidade que dá suporte, influencia e é influenciada. Implica se autoconhecer e conhecer o outro na sua complexidade. Valoriza os seres humanos na sua unicidade e multidimensionalidade, nas suas subjetividades, nas suas crenças, nos seus valores, nas suas diferenças, nos seus pensamentos, sentimentos e conhecimentos. Necessita de parcerias e da criação e sedimentação de redes intersubjetivas com outras unidades de saúde, instituições hospitalares e setores da

sociedade que trabalham em prol da saúde e da vida. Comporta também os desencontros, os conflitos, as relações de poder, as incertezas e as contradições que podem ser superados pela ética da comunidade, da compreensão e pelo Amor. Depende de uma equipe de saúde, de profissionais, de ambientes humanizados, de uma postura ética e amorosa do profissional de saúde e de pequenos gestos que constituem a diferença no cuidar.

5.3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS

Edgar Morin interessa-se em compreender o mundo contemporâneo, incorporando as contradições, as imprevisibilidades, os antagonismos e as complementaridades, os possíveis desdobramentos dos imaginários do futuro. Dedicar esforços a questão da diversidade e complexidade do conhecimento do ser humano e da vida. Acredita que o sujeito é fundamental na construção do presente. Defende um novo paradigma que busque a junção, a articulação reintegradora do que está desintegrado; um pensamento complexo, um saber que seja complexo, inter (trans) disciplinar para dar conta dos problemas multidimensionais, transacionais, globais e planetários.

Há uma inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas e, por outro lado, realidades e problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transacionais, globais, planetários. [...] a hiperespecialização impede de ver o global (que ela dilui). [...] O retalhamento das disciplinas (no ensino) torna impossível apreender "o que é tecido junto", isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo (MORIN, 2001c, p.13).

Contrapõe-se à tendência para a fragmentação da ciência; ao pensamento redutor, determinista, disjuntor e simples, decorrente de uma visão mecanicista, quantificável e dividida em especializações e também às certezas e verdades absolutas e descontextualizadas.

Na sua concepção, a hiperespecialização impede tanto a percepção do global quanto do essencial. Impede de ver os problemas particulares, pois não os contextualiza, rejeita os laços e intercomunicações e articulações dos saberes, fragmenta a sistemicidade (relação da parte com o todo) e a multidimensionalidade dos fenômenos (MORIN, 2002a). Da mesma forma, a redução (limita o conhecimento do todo às partes), como se a organização do todo não produzisse qualidades ou propriedades novas em relação ao considerado isoladamente. Exclui tudo o que não é quantificável, eliminando o elemento humano do humano (afeto, emoções), além de obedecer a uma postura determinista (MORIN, 2002a).

Para esse autor, a Ciência é uma atividade cognitiva. É a investigação e a pesquisa da realidade; um processo de reciclagem, de diálogo, de troca entre o ser e o mundo. O conhecimento científico não é o puro reflexo do real, de uma realidade trivial. É a descoberta de uma realidade escondida, uma construção com todos os ingredientes da vida humana. A ciência não é pura, sendo necessários postulados não científicos para a construção do próprio saber científico (MORIN, 2001abc). A ciência deve ser um processo recursivo autoreprodutor, pois se constrói, se reconstrói sem cessar, se autoproduz em sua ecologia, na cultura, na sociedade e no mundo.

Segundo Morin (2002a), toda idéia fechada, cristalizada, abstrata, separada da totalidade da qual faz parte é falsa. No entanto, toda idéia falsa é verdadeira, pois exprime uma parcela da totalidade. A verdade é a totalidade, mas como a totalidade sempre está em movimento, sempre inacabada, a verdade sempre está em marcha ininterrupta, fazendo-se e desfazendo num jogo dialético, sendo assim, é provisória. Ninguém pode deter a verdade do todo. Contudo, em todo saber parcial é necessário guardar a consciência do todo enquanto tal totalidade. Mesmo assim, Morin (2002a) ressalta a sua resistência a não fragmentação e a segmentação e o seu desejo de trabalhar com o pensamento multidimensional. Além disso, Edgar Morin considera que possa haver duas verdades em relação a uma situação investigada ou não. Submete-se a pressão simultânea de duas idéias contrárias e verdadeiras que poderiam se excluir uma a outra, deixando-se arrastar por uma idéia ou outra, segundo as condições que acentuam ou diminuem a força de atração de cada uma ou aceita como complementares estas duas verdades.

Entende que na busca da verdade, as atividades auto-observadoras devem ser inseparáveis das atividades observadoras, as autocríticas das críticas, os processos reflexivos inseparáveis dos processos de objetivação. Deve-se procurar a elaboração de meta pontos de vista, que permitem a flexibilidade e comportam especialmente a integração observador-conceitualizador na observação-concepção e “a ecologização” da observação-concepção no contexto mental e cultural, dentro de um novo paradigma, o paradigma da complexidade (MORIN, 2001a).

Defende o paradigma complexo da junção sujeito/objeto, alma/corpo, espírito/matéria; qualidade/quantidade; finalidade/causalidade; sentimento/razão; liberdade/determinismo; existência e essência que comporte as realidades e os problemas cada vez mais multidimensionais, transacionais, globais e planetários (MORIN, 2001a).

A complexidade do real de Morin (2002b), como um novo paradigma na organização do conhecimento, abala os pilares clássicos da certeza: a ordem, a regularidade, o determinismo, a separabilidade, o valor da prova, produzidas pela indução e dedução.

Para Morin (2001ab), o paradigma dá aos discursos e as teorias que controla as características da necessidade e da verdade. O paradigma efetua a seleção e a determinação da conceptualização e das operações lógicas. Os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas inscritos culturalmente neles. O paradigma instaura as relações primordiais que constituem axiomas, determina os conceitos, comanda os discursos e as teorias.

Segundo o autor supracitado, o conhecimento está sempre em construção, está sujeito a erro, pois depende da subjetividade do conhecedor, de sua visão de mundo e de seus princípios de conhecimento. O conhecimento é reconstrução de um mundo que percebemos, através dos nossos sentidos. Assim, não pode ser reflexo absoluto do real, incorpora a incerteza. Uma teoria deveria ser relativizada, aberta, crítica, autocrítica, reflexiva e possível de se transformar (MORIN, 2001ab, 2002a).

A racionalidade é a melhor proteção do erro e da ilusão. A racionalidade construtiva elabora as teorias coerentes, verificando o caráter lógico da organização teórica, a compatibilidade das idéias que compõe a teoria, a concordância entre as asserções e os dados empíricos, aos quais se aplica. A verdadeira racionalidade deve permanecer aberta ao que contesta. Dialoga com o real que lhe resiste. Opera o ir e vir entre a instância lógica e empírica, reconhece a afetividade e a subjetividade. É fruto do debate argumentado de idéias. Não é só crítica, mas autocrítica; conhece os limites da lógica, do determinismo e do mecanicismo; sabe que a realidade comporta mistério. Contrapõe-se a racionalização, fonte de erros e ilusões (MORIN, 2001a).

O conhecimento das informações ou dos dados, como vimos, deve ser situado em seu contexto para que adquirirem sentido, não podendo ser visto de forma isolada. Para ter sentido, a palavra necessita do texto, que é o próprio contexto. Por sua vez, o texto necessita do contexto, no qual se enuncia e está inserido. O global é mais que o contexto; é o conjunto de diversas partes interligadas a ele de modo inter-retroativo ou organizacional. Desta maneira, uma sociedade é mais que o contexto. É o todo organizador. O planeta terra é mais do que o contexto; é o todo ao mesmo tempo organizador e desorganizador, do qual o ser humano faz parte (MORIN, 2001a).

É necessário um conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade e em seu conjunto; é preciso ensinar métodos que permitam estabelecer as relações mútuas e influências recíprocas entre as partes e o todo, em um mundo complexo.

Um conhecimento que apreenda os problemas globais e fundamentais para neles inserir os parciais e locais; que restaure a identidade complexa e a identidade comum de todos os seres humanos, que ponha em evidência a unidade e diversidade de tudo o que é humano (MORIN, 2001a, 2002a).

Para Morin (2001a; 2002ab), o ser humano é um ser complexo e traz em si ao mesmo tempo dois modos de ser: o sábio e o louco; o trabalhador e o lúdico; o empírico e o imaginário; o econômico e o consumista, o prosaico e o poético. É ético, é estético, subjetivo e objetivo; é um ser possuído por seus sonhos e, contudo, capaz de racionalidade, sendo incompleto e inacabado. É um ser racional e irracional; agressivo e afetivo; é técnico e ao mesmo tempo está entregue ao sonho, a ludicidade, ao consumismo, as crenças, ao amor e a afetividade. É um ser sensível, comunicável e incomunicável. Um ser, que sem perceber, carrega presente em si todas as fases da vida, todas as idades.

O ser humano é um ser dual, ao mesmo tempo masculino e feminino. "Há uma intimidade extraordinária na diferença irreduzível, e enfim, há a presença, escondida, recalcada ou invisível do outro sexo no interior de cada um" (MORIN, 2002b, p.84).

É um ser invadido pelo imaginário, mas pode reconhecer o real, sabe de sua finitude, mas tem dificuldade em aceitar a morte; possuído pelas dúvidas dos deuses e pelas críticas das idéias, traz em si as contradições humanas. O ser humano é a um só tempo um ser físico, biológico, sócio-cultural, histórico, paradoxal, humano e inumano (MORIN, 2001a; 2002ab).

O ser humano tem uma autonomia dependente de seu patrimônio genético, de sua fisiologia, de sua cultura com suas crenças e valores, da sociedade com suas leis e normas e de suas idéias. A autonomia, neste caso, deve não ser entendida em oposição, mas em complementaridade a idéia de dependência. Paradoxalmente, no entanto, o ser humano é um indivíduo, relativamente, autônomo, capaz de perseguir seus objetivos e de dispor de suas liberdades, podendo escolher e decidir, mesmo inseridos nos processos transindividuais, genéticos, familiares, culturais e sociais e submetidos a risco e acasos (MORIN, 1981, 2002a). A realização e a livre expressão do indivíduo constituem sua finalidade. O ser humano é singular e múltiplo trazendo em si o cosmos.

O ser humano traz multiplicidades interiores, personalidades virtuais, uma infinidade de personagens quiméricos, um poliexistência no real e imaginário, no sono e na vigília, na obediência e transgressão, no ostensivo e secreto, [...] tem lampejos de lucidez, tem conflitos, desejos etc. (MORIN, 2001a, p. 57).

O ser humano é um ser unidual, isto é, apresenta a dupla natureza, biológica e cultural e, a psicológica e cultural, que constitui a sua própria unidade. Define-se como trindade indivíduo/sociedade/espécie. Cada um dos termos é meio e fim. "A sociedade vive para o

indivíduo, que vive para a sociedade; a sociedade e o indivíduo vivem para a espécie, que vive para o indivíduo e para a sociedade” (MORIN, 2002b, p.52). É a cultura e a sociedade que garantem a realização dos indivíduos. De forma concomitante, são as interações entre os indivíduos que permitem a perpetuação da cultura e auto-organização da sociedade. A plenitude e a livre expressão dos indivíduos constituem o propósito ético e político e a própria finalidade da tríade indivíduo/espécie/sociedade.

O indivíduo humano não escapa de sua sorte paradoxal, é uma pequena partícula, de vida, um momento efêmero [...] ao mesmo tempo carrega a plenitude da realidade viva, a existência, o ser, a atividade, [...] a plenitude da realidade humana, com consciência, o pensamento, o amor e amizade. Comporta toda a humanidade sem deixar de ser a unidade elementar da humanidade. Por conter o todo da vida, mesmo sendo parte deste todo comportando não apenas o complementar da trindade indivíduo/sociedade /espécie, mas também suas contradições e antagonismos, [...] cada homem carrega a forma inteira da condição humana (MORIN, 2002b, p.73).

[...] todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e dos sentimentos de pertencer à espécie humana (MORIN, 2001a, p.55).

Ao falar do ser humano, Morin (2001a) afirma que há uma unidade humana e há uma diversidade humana. “É a unidade em si que traz em si os princípios de suas múltiplas diversidades. Compreender humano e compreender a unidade na diversidade e a diversidade na unidade. É preciso conceber a unidade do múltiplo e a multiplicidade do uno” (MORIN, 2001a, p.55).

Na esfera individual, existe a unidade/diversidade genética, a unidade/diversidade cerebral, psicológica, cultural, social afetiva, intelectual. Assim, todo o ser humano traz consigo os caracteres comuns e ao mesmo tempo as próprias singularidades nestas esferas.

No social, temos o duplo fenômeno da unidade e da diversidade das línguas, das organizações sociais e das culturas. “O duplo fenômeno da cultura é fundamental. A cultura mantém a identidade humana naquilo que tem de específico; as culturas mantêm as identidades sociais naquilo que tem de específico” (MORIN, 2001a, p.57).

O ser humano concreto tem uma quádrupla identidade (BOFF, 1997; MORIN, 2001a): cósmica, cultural, pessoal e terrenal.

Identidade cósmica: tudo o que o constitui vem do cosmos, das primeiras partículas elementares forjadas há bilhões de anos no interior das grandes estrelas, especialmente os átomos de carbono, oxigênio e nitrogênio imprescindíveis à vida.

Identidade terrena: que surgiu das formas primitivas de vida que se anunciaram na Terra há mais de 3,8 bilhões de anos com todos os seus componentes físico-químicos e ecológicos, que foram evoluindo e se complexificando ao longo do processo de hominização.

Desta forma, os seres humanos comportam em si a afetividade, a inteligência, a pulsão e agressividade, heranças dos mamíferos, peixes e répteis, dentro do contexto evolutivo do homem. O ser humano é um ser biológico, uma auto-organização viva que vive de morte e morre de vida, autônomo-dependente, auto-organizador, o último a chegar a terra.

Identidade cultural: o ser humano criou a cultura, uma realidade especificamente humana. Criou-a, a partir de intervenções sobre si mesmo e sobre a natureza. Estabeleceu linguagens, idéias, mitos, artes, etnias, organizações sociais como a cidade, os Estados-Nações e, hoje a planetização. Criou o habitat humano, do grego “*ethos*”, de onde vem a palavra ética, que significa morada humana.

Identidade pessoal: cada um possui um nome próprio, porque cada um representa um ponto onde termina e se sintetiza o processo evolutivo. Pelo fato de ser consciente, cada um faz uma síntese singular e única, não repetível de tudo o que capta, sente, entende e ama. Por isso cada pessoa humana representa um absoluto concreto, um fim em si mesmo e não pode ser meio para nada. No entanto, não é o centro do universo, depende e pertence a uma teia de solidariedades e interdependências com os outros seres e o planeta.

O ser humano tem um destino multifacetado, individual, social e histórico, todos entrelaçados e inseparáveis, sendo responsável pela sua vida, pela dos outros seres, do planeta e de nossa Terra Pátria (MORIN, 2002ab). Vive em um mundo globalizado, fragmentado, cheio de incertezas, no qual a ordem e desordem se misturam, organizando-se de forma diferente; um mundo de contradições, que comporta o bem e o mal, o agressivo e bondade, o humano e inumano, a esperança e a desesperança.

A vida é uma unidade escondida de bondade e crueldade. A crueldade é constitutiva do universo, do ser humano e da sociedade; ela é o preço a ser pago pela grande solidariedade da biosfera, não podendo ser eliminada da vida. [...] O crescimento da dependência do dinheiro e da interdependência pelo dinheiro e do poder se generaliza e amplia as voracidades impiedosas. O egoísmo, desprezo, a indiferença, a desatenção, agravam em toda a parte a crueldade entre os homens. A técnica e a burocracia propagam uma inumanidade congelada, mecânica, desintegrando por suas quantificações às realidades vividas. A especialização e a compartimentalização destroem o sentido da responsabilidade. Cresce, assim, a indiferença, a desatenção e a cegueira humana (MORIN, 2002a, p. 272).

A despeito das contradições e das incertezas, Morin (2001a) contrapõe-se a agressividade dos seres humanos com seus pares, com as outras espécies, com o planeta, alertando que se não intervimos poderemos destruir a vida e a nós mesmos.

De acordo com Morin (2002ab), as únicas resistências que podemos usar para combater agressividade, seja a violência implacável, a falta de atenção, a indiferença, seja a falta de disponibilidade, são a cooperação, a comunicação, a compreensão, a amizade, a comunidade e o amor, acompanhadas de perspicácia e de inteligência, cuja ausência pode

favorecer a força da crueldade. Estas forças, aparentemente fracas, segundo ele, tornam a vida possível de ser vivida e a morte não desejada e mantêm o que se tem de mais precioso e o ao mesmo tempo o mais ameaçador, o Amor.

Para Morin (2002abc), é fundamental resistir àquilo que separa, desintegra, distancia, mesmo sabendo que a separação, a desintegração e o distanciamento podem ganhar a partida ou podemos ter a sensação de estar na contracorrente. É necessário pensar de forma contextualizada, aberta, globalizada, ética, dialógica, recursiva, hologramática, estimulando o ser humano a adquirir competências, desenvolver potencialidades, alcançar a liberdade e buscar a solidariedade.

Segundo De Masi (2000) e Morin (2002a), para combater a agressividade também é importante resistir à vida prosaica, puramente utilitária e buscar também a vida poética, a festa, a paixão e ócio criativo. A resistência é o que ajuda estas forças fracas, é o que defende e fortalece o frágil. Resistir, em primeiro lugar, à nossa preguiça, ao nosso desânimo, às nossas pulsões e obsessões. Resistir por/para/com a amizade, caridade, piedade, compaixão, ternura, bondade (MORIN, 2002a). Na concepção de Morin (2002a), tudo inicia com a “ética-para-si”, relação com o nosso próprio egocentrismo¹¹, que oscila entre o amoral e moral.

Esta ética para si exige que não creiamos que somos o centro do mundo, não nos comportemos como juizes de todas as coisas, tenhamos uma vigilância constante de nossas ações e façamos uma reflexão pessoal para que possamos nos compreender. Deve comportar a ética da honra, ou seja, o compromisso de manter a nossa imagem sem mácula, não para a sociedade, mas em função das normas que adotamos para nós e assumimos pessoalmente. Isto implica que não haja contradição entre a nossa vida e nossas idéias. Na concepção de Edgar Morin, a incompreensão de si é fonte importante da incompreensão dos outros (MORIN, 2002a).

Acrescenta ainda que auto-ética não depende apenas da consciência de fazer o bem, de agir para o bem, ou de fazer o seu dever. Como tudo o que é humano, ela enfrenta incertezas, em razão da dificuldade de autoconhecimento e do auto-exame crítico, das incertezas da própria ação e dos imperativos éticos contrários.

A autocrítica é fundamental para a compreensão de si, para detectar mentiras não tão evidentes e evitar a justificação de ações impensadas apenas em prol de seus interesses.

¹¹ “O egocentrismo cultiva a “*self deception*”, a tapeação de si próprio pela auto justificação pela autoglorificação e pela tendência de jogar sobre outrem, a causa dos males. A *self deception* é um jogo rotativo complexo de mentira, sinceridade, convicção, duplicidade que nos leva a perceber de modo pejorativo as palavras e os atos alheios, a selecionar o que lhes é desfavorável e liminar o que lhes é favorável” (MORIN, 2001a, p. 96).

A autocrítica [...] permite o exercício da auto-observação, sustentando uma segunda consciência, a consciência verdadeira, que se desenvolve unindo-se primeiramente a meu outro EU cético, irônico e estético, em seguida o meu super EGO moralizador, e enfim, ao EU testemunha, escondido em cada um de NÓS. [...] Trata-se de dar consciência a esta consciência autocrítica de controle, apta a examinar, com menor descontinuidade possível os comportamentos e pensamentos para reconhecer as armadilhas da mentira a si mesmo e autojustificação (MORIN, 2002a, p. 80).

A conseqüência lógica é que a ética para si, autocrítica, traz consigo, necessariamente, uma abertura para o outro, uma ética para o outro. Em nossa subjetividade a um comando para “si” e um para os “outros”. Dedicamo-nos ora para nós, ora para os outros. Quando o sujeito pode abrir o seu “Nós” para “outro”, os semelhantes e a vida, o mundo torna-se rico em valores humanos (MORIN, 2002a).

A auto-ética reencontra a ética da comunidade, que a precede e a transcende, e consiste na compreensão, na solidariedade, na fraternidade, no AMOR para com o outro. O sentimento de comunidade é e será fonte de responsabilidade e de solidariedade, sendo estas consideradas fontes de ética (MORIN, 2005). “A auto-ética reencontra-a por suas vias individuais e conscientes que unem compreensão, compaixão, solidariedade e complexidade; abrindo a comunidade a todo ser humano” (MORIN, 2002a, p.99).

Morin (2002a) quando fala de solidariedade nas sociedades altamente complexas, aborda algumas virtudes dos indivíduos enquanto membros de uma comunidade e sociedade:

[...] quanto mais uma sociedade é complexa, menos rígidas e duras são as obrigações que pesam sobre os indivíduos ou grupos, de modo que o social pode-se beneficiar das estratégias, invenções e criações individuais. Mas numa situação extrema, o excesso de complexidade destrói qualquer obrigação, distendendo o laço social até o ponto em que a complexidade, em que o seu extremo, se dissolve na desordem. Nesta condição, a única salvaguarda de uma complexidade muito alta, que não pode ser apenas a obrigação, encontra-se unicamente na solidariedade vivida e interiorizada em cada um dos membros da sociedade (MORIN, 2002a, p.99).

O ser humano é um ser egocêntrico, podendo se deixar levar tanto pelo egoísmo, que vai até o sacrifício “de tudo para si”, como pelo altruísmo, que vai ao “sacrifício de si”, pois somos capazes de dedicar o nosso eu a um Nós e a um TU. O altruísmo pode estender-se além da sociedade, tornar-se fraterno e solidário e humanitário. O indivíduo vive para si e para o outro dialogicamente. Sofre ação de duas forças contraditórias o altruísmo e o egocentrismo, podendo uma suplantar a outra. Tudo depende dos sujeitos. Estes podem ficar fechados sobre si mesmos ou abertos pelas forças de inclusão na comunidade (MORIN, 2002b).

O sujeito surge para ao mundo na relação, integrando-se na intersubjetividade no seu meio de existência. A ética para com outro opõe a todas as exclusões que excluem o outro da espécie humana. Deve-se compreender a necessidade fundamental para cada sujeito humano de ser reconhecido como sujeito humano por outro sujeito humano (MORIN, 2005).

A relação com o outro está na origem. O outro é virtual em cada um e deve atualizar-se para que cada um se torne si mesmo. Paradoxalmente, o princípio da inclusão (amor) é necessário ao princípio de exclusão que, pondo-se no centro do mundo, permita-nos aí situar o outro. Na intersubjetividade, produz-se convivência. A possibilidade de compreensão permite reconhecer outro, como outro sujeito e senti-lo, eventualmente, no amor como “*alter ego*”, outro em si mesmo (MORIN, 2002b, p.78).

A compreensão só pode ocorrer na intersubjetividade, sendo imediata e quase sempre intuitiva. Morin (2002ab) considera que compreender significa apreender em conjunto, vem do latim “*comprehendere*”, abraçar junto o texto e o seu contexto, as partes, o todo, o múltiplo e o uno. Para ele, compreender comporta o conhecimento de sujeito a sujeito, ou seja, o outro não é só percebido objetivamente, é percebido como outro sujeito com o qual nos identificamos e que se identifica conosco, o *ego alter* que se torna *alter ego*.

A compreensão exige que nos compreendamos a nós mesmos, reconhecendo nossas insuficiências, carências, substituindo a consciência auto-suficiente pela consciência de nossa insuficiência. Reconhece e procura aceitar a incompreensão, presente também nas relações entre os seres humanos (MORIN, 2005).

Assim, compreender constitui-se em um processo de empatia, de identificação e de projeção, um processo intersubjetivo que pede abertura, disponibilidade, simpatia e generosidade.

A ética da compreensão constitui sem dúvida, uma exigência chave de nossos tempos de incompreensão generalizada, vivemos sem um mundo de incompreensão entre estranhos e próximos, membros da família, parceiros, filhos e pais. [...] A compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos, ela nos torna aberta aos seus sofrimentos e alegrias. Permite-nos reconhecer no outro, os mecanismos egocêntricos de autojustificação que estão em nós, bem como retrações positivas que degeneram os conflitos (MORIN, 2001c, p.51).

A ética da compreensão é arte de viver que demanda em primeiro lugar compreender de modo desinteressado não esperando nenhuma reciprocidade. O que favorece a compreensão, segundo MORIN (2001a, 2002a, 2005) é:

- a) o bem pensar: que permite apreender o conjunto, o texto e o contexto, o ser e o seu meio ambiente, o local e global, o multidimensional, o complexo, compreender as condições objetivas e subjetivas.
- b) a introspecção: a compreensão de nós mesmos. O auto-exame crítico permite que evitemos julgamentos, que não assumamos a posição de juizes de todas as coisas.
- c) a consciência da complexidade humana. Reconhecer que o ser humano é um ser bipolar, único e multidimensional.
- d) a abertura subjetiva para o outro: estar disponível, mesmo para aqueles que não conhecemos.

e) a interiorização da tolerância: respeitar que os outros profiram o ignóbil, respeitar a expressão de idéias antagônicas as suas. O contrário de uma idéia profunda é uma outra idéia profunda, isto é, há uma verdade na idéia antagônica que é preciso ser respeitada.

A compreensão também tem incertezas, contradições, imprevisibilidades e erros, tendo como principais obstáculos: os ruídos que criam o mal entendido ou o não entendido; a polissemia, palavras de vários significados que podem ser interpretadas erroneamente; a ignorância dos ritos e costumes do outro, especialmente os ritos de cortesia, que podem levar a ofender conscientemente ou desqualificar a si mesmo perante o outro; a incompreensão das crenças e dos valores culturais; a incompreensão dos imperativos éticos de uma cultura; a dificuldade em compreender outras visões do mundo; a impossibilidade de compreensão de uma estrutura mental em relação à outra, a convicção absoluta de sua verdade e a posse de uma idéia que aniquila qualquer possibilidade de outra idéia ou crença (MORIN, 2001a).

A compreensão é, ao mesmo tempo, meio e fim da comunicação humana. O planeta necessita de compreensões mútuas.

A Ética complexa é uma ética da compreensão [...] uma ética que não impõe uma visão maniqueísta do mundo [...] uma ética que encontra no seu seio a incerteza e a contradição [...] uma ética do desafio. É uma ética que nos reclama exigência conosco e indulgência com o outro, e não inverso (MORIN, 2002a, p.107).

A ética da compreensão deve estar relacionada à ética planetária que pede a mundialização da compreensão direcionada ao ser, à ética da compreensão, da solidariedade intelectual e da moral da humanidade. “A ética propriamente humana deve ser considerada com a ética da cadeia de três termos indivíduo/sociedade/espécie, de onde emerge nosso espírito propriamente humano, sendo a base para ética do futuro, a antro-po-ética” (MORIN, 2001a, p.106).

Antro-po-ética supõe a decisão consciente esclarecida de assumir a condição humana (indivíduo, sociedade, espécie) na complexidade do ser, alcançar a humanidade em nós mesmos, assumir o destino humano em suas antinomias (contradições) e plenitude (MORIN, 2001a, 2003).

Esta ética do futuro, antro-po-ética, nos propõe assumir a nossa missão antropológica: aceitar a dialógica egocêntrica/altruísta, fortalecendo a segunda; assumir a indissolubilidade e a superação mútua *sapiens* e *demens*, procurando reduzir a crueldade, estimular a bondade e a compreensão; trabalhar para humanização da humanidade; concomitantemente obedecer à vida e guiá-la; alcançar a unidade planetária na diversidade; respeitar o outro, ao mesmo tempo na diferença e na sua identidade; desenvolver a ética da solidariedade, da compreensão e ensinar a ética ao gênero humano (MORIN, 2001a, 2005).

Antropo-ética compreende a participação ativa nas decisões e planejamento, a regeneração do civismo. Supõe a regeneração da solidariedade e da responsabilidade; compreende, sobretudo, “a esperança na completude da humanidade, como a consciência e a cidadania planetária [...] compreende a aspiração e a vontade, mas também aposta no incerto” (MORIN, 2001a, p.113).

A busca da solidariedade e da responsabilidade para com os seres humanos, outros seres e a terra Pátria, um processo multidimensional para civilizar os humanos; uma política a serviço do ser humano inseparável da política de civilização parecem ser os imperativos éticos neste milênio, que ora começamos a trilhar (MORIN, 2003).

Para tanto, Morin (2005) propõe uma reforma educacional que religue os saberes e as disciplinas e uma reforma das ciências ultrapassado o determinismo e reducionismo do mundo físico para enfrentar as complexidades e uma nova ética, a ética da complexidade.

CAPÍTULO 6

CAMINHOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

*Somos todos iguais, braços dados ou não,
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Nas escolas, nas ruas, campos, construções.
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.*

(Para não dizer que

Não falei de flores

(Música de Geraldo Vandré)

Este capítulo apresenta o tipo de pesquisa e os contextos, nos quais este estudo foi desenvolvido. Caracteriza os atores sociais, inserindo-os em seus contextos, e os critérios utilizados para escolhê-los. Faz um aprofundamento sobre a linha de pensamento utilizada para interpretar os dados, a hermenêutica dialética. Apresenta as fases da pesquisa e como foram operacionalizadas: coleta de dados, registro e transcrição de dados, organização e classificação dos dados, descrição, interpretação e análise dos dados. A descrição interpretação e análise dos dados foram aprofundadas nos capítulos sete e oito.

“Conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos, sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida” (MINAYO, 1999, p.89).

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e na incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vistas diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado desta experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas do objeto; vai construindo um objeto, que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso ou indicar dimensão inteiramente nova ao objeto (LIMOEIRO CARDOSO *apud* MINAYO, 1999, p.89).

A inquietação do ser humano por novos conhecimentos; a necessidade de compreender os fenômenos que o cercam e os fatores que interferem na sua condição de estar no mundo levam o indivíduo a pesquisar. O processo de pesquisa consiste na definição e redefinição do objeto, representações de acordo com um determinado ponto de vista.

De acordo com Minayo (1999), a pesquisa qualitativa preocupa-se com as realidades e com as questões não quantificáveis. Trabalha com o universo de significados, com os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Trabalha com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade, com a compreensão das estruturas e das instituições como resultado da ação humana objetivada. Para Minayo (1999, p.10), “as pesquisas qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e estruturas sociais”. O pesquisador estuda as coisas em seu “*setting*” natural, tentando dar sentido ou interpretar os significados pessoais, trazidos pelos entrevistados (DENZIN; LINCOLN, 1998; MAYAN, 2001).

A pesquisa qualitativa torna-se um importante caminho para compreender os valores culturais, as representações de determinados grupos em relação a temas específicos, as relações que se dão entre os atores sociais no âmbito das instituições e dos movimentos sociais, além de servir para avaliar as políticas públicas e sociais no que concerne a sua formulação, aplicação técnica, assim como a quem se destina (MINAYO, 1999, 2002a). Não é uma representação numérica do grupo que se pesquisa, relata Goldemberg (2000) e Mayan (2001), mas é o aprofundamento da compreensão de sujeitos, de um determinado grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma trajetória vivida.

A escolha de um tema de pesquisa surge da vinculação entre o pensamento e a prática, não emergindo espontaneamente. Surge dos interesses e das circunstâncias socialmente condicionadas. É fruto de determinada inserção social e da vida prática (MINAYO, 1999).

Dentro deste contexto, procurei desenvolver esta pesquisa escolhendo um tema do meu cotidiano e da minha prática profissional: o cuidado humanizado no pré-natal, buscando compreendê-lo (a) e, se possível, propor possibilidades que contribuam para transformá-lo (a) e ou aperfeiçoá-lo (a).

Considerando o exposto, este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, exploratória, participante, dialógica, na qual o processo de reflexão e de construção do conhecimento se deu de forma individual e coletiva, envolvendo os diversos atores sociais. Procura expressar com a maior fidedignidade possível a compreensão das gestantes e dos profissionais da equipe de saúde sobre o significado de cuidado humanizado no pré-natal e conhecer as divergências e convergências destes significados atribuídos por eles. Além disso, busca ampliar e aprofundar os conhecimentos, o estado da arte sobre o cuidado humanizado no pré-natal, relacionando os discursos dos atores envolvidos às minhas vivências e estudos existentes sobre o tema, tendo como guia o referencial teórico. Este estudo representa um recorte de um tema amplo e complexo, mas que certamente contém o todo, mesmo que não explicitamente, uma vez que, segundo Morin (2001c), não apenas o todo está na parte como também está sempre inscrito nela.

6.1 CONTEXTUALIZANDO OS AMBIENTES DO ESTUDO-CENÁRIOS DA PESQUISA

Este estudo, desenvolvido com gestantes e profissionais, foi realizado na Unidade Ambulatorial de Tocoginecologia, Ala C e no Grupo de Gestantes ou Casais Grávidos do

Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como na unidade local de saúde (ULS) da Agrônômica.

Escolhi estes campos de forma intencional por entender que apresentam as condições necessárias para o desenvolvimento deste estudo, em função da grande demanda de gestantes, do trabalho interdisciplinar desenvolvido por alguns profissionais nestes locais e pelo fato de serem campos de formação de graduação e pós-graduação. Contribuíram também para a escolha a proximidade destes serviços da minha residência e da Universidade; a facilidade de acesso aos profissionais e gestores; o conhecimento de fluxos e rotinas, já que tenho desenvolvido atividades de ensino ou extensão nestes locais.

A escolha de dois cenários distintos deu-se em virtude da minha curiosidade e necessidade em saber se pré-natal de baixo risco realizado em uma unidade local de saúde da rede municipal apresenta facilidades ou dificuldades quando comparado àquele realizado em um ambulatório inserido em uma instituição de formação e de nível terciário. Um outro fator que contribuiu para esta escolha está relacionado ao fato de o ambulatório do HU ter como referencial uma filosofia, cujos eixos principais são a humanização e a interdisciplinaridade, e a unidade local de saúde não tê-lo, e o desejo de saber se isto poderia influenciar de alguma forma nas respostas dos participantes do estudo. Tais inquietudes também foram ratificadas na banca de qualificação por seus membros.

A eleição de contextos diferentes, unidade local de saúde, ambulatório e grupo de gestantes, permitiu comparar e conhecer realidades distintas e identificar a interdependência, interconexão e articulação existente entre elas, o que contribuiu para uma compreensão mais ampla sobre o tema.

6.1.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O Hospital Universitário (HU) é uma unidade pública de grande porte, de complexidade terciária, estando vinculado ao Ministério da Educação (MEC).

6.1.1.1 O Hospital Universitário e a sua História

A construção, a ativação do Hospital Universitário e a continuidade de seus serviços devem-se ao esforço e à luta de muitos membros da comunidade universitária e de idealizadores que acreditaram que esta instituição pudesse ser uma realidade. Foram longos anos de lutas dos estudantes, dos professores, das autoridades, dos técnicos administrativos,

dos profissionais pertencentes à equipe de saúde, dos técnicos de diversas áreas de conhecimento (engenharia, administração, arquitetura) e representantes da sociedade que sonhavam com o bem-estar e melhoria das condições de vida e com a formação universitária. Houve uma longa espera e infinitas promessas para o estabelecimento de atos oficiais e liberações de verbas para que se concretizasse a construção do Hospital Universitário, contrariando os pessimistas, aqueles que desacreditavam e desestimulavam a sua edificação.

Após a sinalização de recursos, a primeira comissão designada para acompanhar o projeto do Hospital Universitário, na ocasião constituída por docentes, discentes e técnicos administrativos, juntamente com o supervisor indicado, o magnífico reitor, acordou as características do Novo Hospital, em 1963 (SÃO THIAGO, 1983).

O projeto inicial do Hospital Universitário, então chamado Hospital das Clínicas de Santa Catarina, foi idealizado para ser um hospital de referência dentro do sistema de saúde, do tipo regional, que prestaria assistência médica em todos os níveis de atenção, com ênfase absoluta no primário, visando à formação do médico geral. Seria um hospital geral destinado ao ensino do médico e dos demais profissionais da área de saúde, bem como à pesquisa e extensão (SÃO THIAGO, 1983).

A partir de 1964 era unânime a idéia de que o Hospital Universitário era uma necessidade inadiável para o prosseguimento do Curso de Medicina. Em 1965 foi feito o perfil geológico da área e estaqueamento, porém a estrutura iniciou em 1968. Até 1971 foi construída uma área de 10.800 m² (SÃO THIAGO, 1983).

Novas diretrizes ministeriais em relação à formação universitária definiram que o ensino não deveria ficar na dependência de Hospitais Universitários, e que deveria ser praticado em hospitais públicos, privados ou conveniados da comunidade, o que culminou com a paralisação das obras.

De acordo com São Tiago (1983), O “Elefante cinza”, como era chamado pela população, perdido no meio da vegetação permaneceu inerte até novembro de 1976, após o governo federal resolver rever a questão dos quatro hospitais paralisados. Novas comissões para planejamento do hospital surgiram, unindo esforços dos representantes antigos e recentes. Novos estudos sobre as finalidades da instituição foram realizados. Além disso, foi feita a divulgação da importância do Hospital Universitário para a comunidade frente ao número insuficiente de leitos hospitalares em Santa Catarina para a formação dos profissionais de saúde e para a saúde da população. Finalmente, com a revisão, inspeção e reforço da estrutura existente, deu-se o início da segunda fase da construção do hospital.

Segundo São Thiago (1983), em 1977 foi concluída a listagem de equipamentos, materiais e mobiliário, que passaram por várias revisões ao longo do tempo, até que a compra fosse efetivada. Em 1978 foi instituída a comissão de implantação do Hospital Universitário, presidida pelo Dr. Polydoro Ernani de São Thiago. A comissão, técnicos da ETUSC (escritório técnico administrativo da UFSC), nove grupos de trabalho instituídos, funcionários administrativos do setor de planejamento da UFSC, servidores da divisão de materiais e a primeira turma de servidores contratados supervisionaram a construção do hospital, auxiliaram a equipá-lo, aparelhá-lo e fazê-lo funcionar. Uniram-se a eles posteriormente estudantes e professores da área das ciências da saúde.

No grupo e no trabalho de enfermagem tiveram papel relevante, as professoras do Departamento de Enfermagem, Lidvina Horr, Lorena M. da Silva, Lydia Inês Rosi e Rosita Saupe (SÃO THIAGO, 1983).

Foi organizado um cronograma para implantar e ativar gradativamente as unidades que iam sendo concluídas, evitando a sua degradação até que as outras fossem construídas por orientação do coordenador do Programa de Melhoramentos das Instituições de Nível Superior. Assim sendo, foi necessária a aquisição de novos recursos: materiais permanentes, de consumo e humanos. Isto culminou com uma campanha da comissão, apoiada pela reitoria, comunidade universitária, imprensa falada e escrita, na busca de recursos. Quando as esperanças já tinham se esgotado, chega à Florianópolis o ministro Jair Soares, da Previdência Social, para estabelecer convênios com a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Nada mais se falava sobre o Hospital Universitário. Estávamos em 1979. Sem o conhecimento do reitor e da comissão “a turma jovem, corajosa e nada tendo a perder, sem cor política e nem ainda com posição definida, na beleza adorável daquela etapa da vida do vale tudo e salvem-se quem puder, pediram dinheiro, pediram tudo” (SÃO THIAGO, 1983, p.146) para o Ministro, que liberou a verba necessária.

Assim, em 11 de março de 1980, foi empossada a primeira diretoria do Hospital. No dia 24 de março de 1980, trinta e oito dias antes da inauguração oficial, ocorrida no dia 2 de maio de 1980, começou a funcionar o Hospital Universitário com 18 consultórios de medicina geral, cinco de pediatria, um de tocoginecologia e dois de perícias médicas. As primeiras atividades hospitalares receberam o nome de “germe de serviço”, e o atendimento médico ambulatorial cresceu dia a dia em proporções inesperadas, dada à distância do Centro e falta de divulgação de outros serviços. A clientela constituía-se de pessoas do meio rural, dos bairros vizinhos, associados do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), previdenciários, alunos, professores e indigentes (SÃO THIAGO, 1983).

O planejamento das atividades ambulatoriais iniciou-se em janeiro de 1980, relata Elizabeth Flor Lemos¹², enfermeira que atuava na época. Em março foram ativadas as consultas de pré-natal realizadas por gineco-obstetras, sendo que a Enfermagem fazia pré e pós-consultas. Havia muitas dificuldades. A equipe tinha disponível apenas os materiais essenciais, sendo necessário, muitas vezes, improvisar, sem relegar a segurança. O serviço funcionava ao lado da Perícia médica, sendo designado de Ambulatório Materno-Infantil, incluindo a pediatria e a obstetrícia, cada uma com quatro consultórios. Em 1982, a enfermeira Elizabeth Flor Lemos passou a realizar consulta pré-natal. Nesta época, também passou a realizar os grupos de gestantes em uma sala em frente ao RX e no 2º andar, na sala de pediatria. Com a aposentadoria desta profissional, em 1996, a enfermagem deixou de realizar esta atividade, continuando apenas as atividades educativas com gestantes em sala de espera e acompanhamento daquelas de alto-risco com a equipe multiprofissional.

O hospital foi ativado de forma segura e crescente. Foram sendo implantados os consultórios médicos, postos de enfermagem, serviços de apoio (farmácia, arquivo médico e de estatística, laboratórios, serviços de pessoal, finanças e gerais, radiologia serviço social, de nutrição e dietética, lavanderia etc.), unidades de internação médicas e cirúrgicas.

6.1.1.2 O HU atualmente

O Hospital Universitário, órgão integrante da UFSC, hospital de ensino para os profissionais da área de saúde e de referência para várias especialidades, atendendo nos três níveis de assistência, localiza-se no Campus Universitário. Possui uma área total construída e ocupada 3.126.529 m², distribuídos em nove clínicas, entre elas: clínica médica, cirúrgica, pediátrica, neonatologia, ginecológica, obstétrica e unidade de tratamento intensivo. Somam-se a estas clínicas 46 leitos ou salas de apoio, distribuídas no centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Emergência e 59 salas no ambulatório. Tem 272 leitos ativados e 16 leitos estão ainda desativados, por falta de recursos financeiros, humanos e materiais (HU, 2005), tendo capacidade para 304 leitos de internação (HU, 1996).

Atende a uma grande demanda de clientes, de todas as classes sociais, provenientes da sua área de abrangência, de todo o município de Florianópolis e da grande Florianópolis, bem como dos demais municípios de Santa Catarina. No ano de 2005 foi realizada no HU uma média de 798 internações mensais e de 2.588 cirurgias no centro cirúrgico, 8.781 internações

¹² Relato oral informal sobre a implantação do ambulatório materno-infantil no Hospital Universitário. Florianópolis, 2006.

anuais, 3.603 cirurgias ambulatoriais, 1350 partos, sendo 888 normais e 462 cesários, e 150.222 atendimentos/consultas ambulatoriais por ano. Das consultas ambulatoriais realizadas anualmente, 15.819 delas referiam-se à especialidade de tocoginecologia, sendo que destas 1466 eram de pré-natal de baixo risco (STAMM, 2005). Tem um corpo clínico altamente qualificado, com professores dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e servidores concursados que atuam na assistência, ensino, pesquisa e extensão. Possui um lotação de 1261 funcionários, distribuídos em 68 categorias (HU, 2005), incluindo pessoal administrativo, serviços de apoio (auxiliar de laboratório, de nutrição, de farmácia, costureiro, técnico em radiologia etc.), profissionais da área de saúde, entre outros. Somados aos funcionários permanentes, temos aqueles contratados pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão (FAPEU), empresas terceirizadas ou funcionários colocados à disposição do HU pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e UFSC, totalizando 546 pessoas (HU, 2005a). Dentre os funcionários lotados, 604 deles pertencem à categoria de enfermagem, representando um percentual de 35,8% (HU, 2006). A enfermagem está subordinada à diretoria de enfermagem, que tem como filosofia:

- a. todo ser humano tem direito à vida, liberdade e segurança pessoal, igualdade em dignidade e direitos, sem distinção de qualquer espécie, seja raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política e classe social;
- b. a saúde é uma condição de bem-estar do ser humano, em que ele está em equilíbrio consigo mesmo e com meio ambiente;
- c. a enfermagem é um serviço prestado ao homem, e assim, a prática de enfermagem é uma arte, e o seu exercício exige conhecimentos científicos próprios, a serem consolidados e ampliados. Na atualidade, a natureza deste serviço prestado ao homem é o atendimento das necessidades básicas, sempre visando à independência do homem desta assistência, em situações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e;
- d. a enfermagem, pelas suas características pode somente ser exercitada em equipe, levando ao compromisso da prática cooperativa na enfermagem. O enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem, deve implementar este sistema cooperativo, através do exercício de liderança autêntica, em que encontra um equilíbrio das ações expressivas e instrumentais, agindo de forma deliberada e não-automática (HU, 1980, p.2).

A Maternidade, inaugurada em outubro de 1995, concretizou um sonho de mais de 10 anos, inovando em termos de assistência obstétrica e neonatal em Florianópolis. Os princípios fundamentais que norteiam a sua filosofia, e que se estendem ao ambulatório, são a Humanização e a interdisciplinaridade.

Além das atividades de assistência direta, pesquisa e ensino são desenvolvidas na maternidade atividades educativas, de extensão ou assistenciais, contemplando os princípios da filosofia, que são: grupo de puérperas, grupo de gestantes ou casais grávidos; grupo de gestantes do terceiro trimestre, grupo de amigas do peito da Serrinha, grupo de sala de espera

no ambulatório do pré-natal, Projeto Mãe Canguru, grupo de planejamento familiar, além de visitas domiciliares para avaliar a questão do aleitamento.

O grupo de gestantes ou casais grávidos é uma atividade de extensão desenvolvida desde 1996, por docentes do Departamento de Enfermagem e profissionais do Hospital Universitário (psicóloga, nutricionista, enfermeiros, obstetras e pediatras). É uma proposta educativa e interdisciplinar. Participam deste projeto, gestantes e seus acompanhantes, pessoas significativas para as gestantes (pais, mães, amigos); professores do Departamento de Enfermagem, profissionais da equipe interdisciplinar do HU; alunas de graduação e da pós-graduação de enfermagem e psicologia; bolsistas de extensão; profissionais afins que têm interesse em desenvolver este tipo de atividade. É constituído de oito encontros semanais, realizados nas quartas-feiras, cada um composto de três momentos: atividades físicas, de relaxamento e de respiração; lanche e o desenvolvimento do tema sobre o ciclo gravídico puerperal, escolhidos pelos participantes no primeiro encontro. Tem como principal objetivo compartilhar conhecimentos, experiências e vivências com gestantes e casais grávidos sobre o processo do nascimento. No grupo busca-se: desenvolver a tomada de consciência corporal e postural; propiciar técnicas de respiração e relaxamento; orientar e compartilhar conhecimentos e experiências sobre o ciclo grávido-puerperal; permitir a expressão de vivências emocionais; oportunizar a troca de experiências entre os participantes; promover a visita à maternidade e informar sobre suas rotinas; oportunizar a participação de profissionais de outras instituições; realizar atividades de ensino e pesquisa e, realizar encontro de pais e bebês. Busca, sobretudo, fortalecer os potenciais das gestantes e familiares para que estes possam ter uma participação mais ativa no processo de nascimento e uma vivência mais plena desta fase de sua vida. No último encontro, faz-se a visita maternidade, para que a gestante e o acompanhante se familiarizem com o ambiente hospitalar ainda desconhecido para eles. São desenvolvidos quatro grupos por ano, cada um deles com a participação em torno de 20 gestantes e oito acompanhantes. Após nove meses do último nascimento, é realizado o encontro de pais e bebês (ZAMPIERI, 1996, 2000, 2003).

São desenvolvidas, na sala de espera do ambulatório, atividades educativas individuais e coletivas. O grupo de espera é realizado com as gestantes que aguardam o horário da consulta de pré-natal, no corredor próximo aos consultórios. Trabalham-se temas sobre o ciclo grávido puerperal, dúvidas e questionamentos que emergem durante o grupo. Este trabalho propicia trabalhar as dúvidas e os medos; oportuniza trocar novos saberes; estabelecer novos laços da amizade, conhecer alguns membros da equipe; expressar sentimentos e dúvidas e diminuir a ociosidade e ansiedade, oriundas do longo tempo de espera para participar da

consulta (ZAMPIERI, 2005d). Este encontro é realizado pela enfermagem, pelo serviço-social e pela psicologia.

O encontro do terceiro trimestre é realizado na primeira terça-feira de cada mês. Nele são debatidos temas que emergem no dia do encontro, normalmente relacionados aos sinais de trabalho de parto, parto e cuidados no pós-parto e aleitamento. Também é realizada uma visita à maternidade neste dia.

De acordo com a vice-diretora do HU¹³, Ana Maria Nunes de Faria Stamm, o Hospital Universitário está entre os dez hospitais brasileiros que participam do projeto-piloto do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, criado em 2001. Atualmente está inserido na Política Nacional - HumanizaSUS, que busca a participação dos familiares no processo de saúde-doença e a melhoria das condições de trabalho das equipes da instituição.

A partir de 2004, segundo entrevista com a vice-diretora do HU, o Hospital Universitário passou por um processo de avaliação de seu papel, atuação e inserção no Sistema Único de saúde. Após preencher os requisitos necessários estipulados pela comissão designada pela portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003, para avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil e pela portaria Interministerial nº. 1.000, de 15 de abril de 2004, que estabelece os critérios para a certificação e reconhecimento dos Hospitais de ensino, o HU certificou-se e foi reconhecido como Hospital de Ensino, estando entre os primeiros 40 hospitais certificados no Brasil, dos 188 que haviam requerido tal certificação (BRASIL, 2003d, 2004i).

Atualmente, de acordo com a portaria interministerial número 1006 MEC/MS, de 27 de maio de 2004, que cria o programa de reestruturação dos hospitais de Ensino, estabelece estratégias e determina recursos financeiros destinados a sua implantação (BRASIL, 2004h), o HU de Florianópolis vivencia o processo de contratualização. Este foi formalizado através do estabelecimento de metas físicas e de qualidade, e de indicadores do processo de atenção à saúde de ensino, pesquisa e gestão hospitalar, acordados pelo representante legal do hospital e gestor local do SUS, no caso, em Florianópolis, pelo gestor estadual, uma vez que não temos gestão plena.

Entre as diretrizes previstas na contratualização, temos o redirecionamento das ações da atenção básica, ainda realizadas pelos hospitais de Ensino para a rede básica de saúde locoregional, a observação da hierarquização e do sistema de referência e contra-referência.

¹³ Entrevista informal sobre o HU e a certificação e contratualização do Hospital Universitário feito por Ana Maria Nunes de Faria Stamm, vice-diretora do HU em março de 2005.

Ainda, segundo a vice-diretora do HU, Ana Maria Nunes Faria Stamm, esta mudança foi positiva, pois favoreceu a viabilidade financeira do hospital; o planejamento e controle das ações fundamentadas nas metas; auxiliaram para que o hospital assumisse o seu papel dentro da lógica do Sistema Único de Saúde, sendo referência, especialmente em níveis secundário e terciário. Esta proposta contribuiu, sobretudo, para a qualificação da gestão hospitalar, a humanização da atenção à saúde, melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e inserção efetiva do Hospital Universitário nas instâncias do Sistema de Saúde, entre elas, os Pólos de Educação Permanente e Conselhos de Saúde.

Esta nova perspectiva gerou efetivas mudanças, sobretudo, a partir de julho de 2005, no atendimento ambulatorial. O Hospital passou a priorizar o atendimento em nível secundário. Houve um aumento das atividades de alta complexidade e a redução das ações em nível de atenção primária, a partir de 2006, inclusive o ambulatório de tocoginecologia, diminuindo o número de gestantes atendidas neste serviço.

O ambulatório de tocoginecologia, campo desta pesquisa, funciona junto ao ambulatório de ortopedia na Ala C do Hospital Universitário. Tem oito consultórios para gineco-obstetrícia. Nele atuam dois enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e médicos (ginecologistas e obstetras), professores do Departamento de Tocoginecologia e de Enfermagem. Atuam na sala de espera assistentes sociais, psicólogas, nutricionistas e enfermeiras, lotadas no ambulatório e/ou maternidade.

As consultas de pré-natal de baixo risco até dezembro de 2005 eram realizadas na segunda-feira, no período matutino e vespertino, e nas quartas, apenas no matutino. As atividades educativas na sala de espera eram feitas nas segundas e quartas pela manhã e segundas e terças-feiras à tarde.

No período de seis de abril a quatro de maio de 2005 realizei uma pesquisa nos prontuários e constatei que 147 gestantes estavam sendo atendidas no pré-natal de baixo risco neste período, sendo que destas, 22,48% encontravam-se na faixa etária de 15 a 20 anos; 33,33% delas na faixa de 21 a 25 anos; 22,48% delas na faixa de 26 a 30 anos; 13,18% delas na faixa de 31 a 35 anos e apenas 9,30% na faixa de 36 a 42 anos. Do total de gestantes, 49,41%, ou seja, 56 gestantes procuraram o HU para fazer o pré-natal de baixo risco no período gestacional de 6 a 12 semanas, e 31,01% delas, no período de 13 a 17 semanas, ainda no início da gravidez, sendo que do total de gestantes, 49,41% eram primigestas (ZAMPIERI, 2005b).

A partir de janeiro de 2006, cumprindo uma das diretrizes da portaria interministerial número 1006 MEC/MS, de 27 de maio de 2004, a oferta de consultas pré-natais foi reduzida,

continuando o acompanhamento das gestantes já inscritas. As demais gestantes que procuravam o serviço passaram a ser encaminhadas para as unidades locais de saúde próximas a sua residência. Em contrapartida o hospital, seguindo a portaria, priorizou consultas às gestantes de alto risco.

Atualmente, apenas são atendidas gestantes que realizam pré-natal de baixo risco nas quartas-feiras, pela manhã, continuando o atendimento para as gestantes de alto risco nas segundas e quartas à tarde, de acordo com a lógica do SUS.

O serviço de saúde Pública da Divisão de Clínica Médica, da Diretoria de medicina do HU/UFSC, junto com o programa Docente-Assistencial (PDA) de Florianópolis, atua nas unidades locais de saúde, na atenção básica e na formação de recursos humanos.

6.1.2 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE-AGRONÔMICA

O município de Florianópolis conta com 48 unidades locais de saúde que constituem a Rede Básica de Saúde deste município. As unidades locais de saúde são distribuídas por regionais, sendo que a unidade local de saúde eleita como campo de pesquisa, a Agronômica, pertence à regional do centro. Em abril de 2001, o Município passou a adotar em todas as unidades locais de saúde o Programa de Saúde da Família-PSF, sendo que o processo de efetivação desta estratégia ainda está em curso (FLORIANÓPOLIS, 2004). Atualmente há 78 equipes da Saúde da Família. No último ano foi designada uma comissão para elaborar os protocolos referentes aos diversos programas de atenção à saúde, inclusive os relacionados à saúde da mulher. Tais protocolos estão ainda em fase de discussão e avaliação. A atenção integral à saúde da mulher no município faz parte do programa da Prefeitura Municipal de Florianópolis, em parceria com a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social, denominado Capital Criança. No planejamento e treinamento contou com o apoio de diversos profissionais da equipe de saúde da Secretaria Municipal, do Hospital Universitário e da Universidade Federal de Santa Catarina.

A unidade local de saúde da Agronômica situa-se no Bairro da Agronômica, na cidade de Florianópolis, antigamente chamado de Pedra Grande, em função de ali existir uma pedreira.

Este bairro convive com duas realidades sociais distintas: uma na parte mais baixa e outra na parte alta da cidade. Paralelo à Beira Mar Norte, principal avenida da Ilha, temos um cenário fantástico, constituído de edificações e residências que abrigam a classe média e alta da cidade, repartições públicas e privadas estaduais, municipais e federais, comércio, hospitais

e shopping e, além disso, uma linda visão do mar e da natureza da Ilha. No alto do morro, sobrados, pequenas casas e barracos, alguns construídos de madeira de caixote, localizados em barrancos ou instalados sobre pedras sem nenhuma segurança e sem um saneamento básico adequado, contrastando com a beleza, a riqueza e a imponência da Avenida Beira Mar Norte, principal avenida da Ilha e um dos limites do bairro. Esta região, popularmente conhecida por “favela”, abrange o Morro do 25, o Morro da Santa Vitória e o Morro do Horácio, este último localizado próximo à Penitenciária de Florianópolis na encosta leste do Morro da Cruz, na divisa com o Bairro da Trindade. Este morro foi inicialmente povoado, segundo Cembranel (2000) e Fantin (1997), pelas famílias dos presidiários que vinham visitá-los. Estes tomavam posse destas terras, não muito valorizadas na época, em razão da proximidade do presídio e por estarem distantes do centro de Florianópolis. Além dos familiares dos presidiários, constituem a população do bairro pessoas vindas do Oeste Catarinense e do Planalto Serrano, com raízes no campo, à procura de trabalho e de melhores condições de vida. No morro do Horácio residem moradores classificados como pobres, designados como trabalhadores estáveis, mais pobres, os favelados e pobres de tudo, mendigos, alijados de qualquer direito e dignidade, que vivem sem teto, sem alimento, sem nada. A associação de moradores é atuante no bairro e reuni-se nesta unidade de saúde (FANTIM, 1997).

A unidade local de saúde da Agrônômica foi inaugurada em 1998, passando a funcionar efetivamente em 11 de junho de 1999, com o objetivo de atender a uma população em torno de 40.000 habitantes, dentro de sua área de abrangência, número além da sua capacidade de resolução. Atende o usuário das 8 horas às 12 horas e das 13 às 22 horas, e presta, de forma não sistemática, apoio às escolas e creches na área de sua abrangência.

Constitui-se de uma unidade composta de recepção e sala de espera, quatro consultórios de atendimento geral, dois consultórios ginecológicos e dois odontológicos, salas de esterilização, de procedimentos de enfermagem, do teste de pezinho, da triagem, da imunização, da marcação de consulta, de reuniões, da administração, farmácia, copa, expurgo e banheiros. Atende toda a população, independente de faixa etária ou sexo. Estão lotadas na unidade quatro enfermeiras, seis técnicas de enfermagem, cinco médicos, vinte agentes de saúde, dois dentistas, uma auxiliar de dentista e seis auxiliares administrativos. O pessoal de serviços gerais é terceirizado. A unidade local de saúde da Agrônômica conta com três equipes de Saúde da Família, constituídas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e agentes de saúde e, atualmente, residentes na Saúde da família (médicos, enfermeiros, nutricionista, farmacêutico, odontólogo, assistente social e psicólogas), que

atuam nas áreas mapeadas pela Secretaria de Saúde: área 690. Esta área de abrangência da unidade inicia próximo ao Shopping até as adjacências da Escola Padre Anchieta, incluindo o Morro do 25; área 691, começando nos arredores da Escola Padre Anchieta e indo até ao Morro da Santa Vitória e; a área 692, abrangendo o Morro do Horácio e indo até a penitenciária.

A unidade local constitui-se em um espaço social, dinâmico e democrático com grandes movimentos e fluxos e uma intensa e complexa rede de conversações e de ações. São muitas as demandas, não apenas no âmbito da saúde, mas também no âmbito social, educacional e cultural. Tem uma interdependência e constituem uma rede formal e informal com as outras unidades de saúde, instituições hospitalares, clínicas, com movimentos e entidades sociais, escolas, órgãos públicos de segurança e proteção (Delegacias, Conselhos municipais comunitários, de Saúde, de Proteção à Saúde da Mulher e Crianças e penitenciária). A população que frequenta a unidade de saúde na sua maioria é de uma classe social menos favorecida, tanto no aspecto financeiro como no educacional, mas o atendimento está aberto a todos, independentemente de classe, etnia, condição financeira, sexo, gênero e raça. Frequentam a unidade também algumas gestantes e puérperas que cumprem pena na penitenciária. As mulheres constituem a sua maior demanda. Na recepção, informalmente acontecem as interações, os diálogos, as trocas, e criam-se redes de solidariedade e de compressão e também acontecem conflitos, pré-julgamentos e incompreensões.

Nesta unidade, na área da saúde da mulher são desenvolvidas consultas às mulheres nas intercorrências ginecológicas e também às gestantes e puérperas, estas realizadas por médicos e enfermeiros, com o apoio de outros profissionais da equipe de saúde e residentes. Os residentes atuaram neste local até o final de 2006. Além disso, são desenvolvidas outras atividades educativas e assistenciais: os grupos de gestantes, de pais e bebês e de caminhadas; as visitas domiciliares; as consultas ginecológicas, de planejamento familiar, de climatério, de prevenção de câncer cérvico-uterino e de detecção de câncer de mama. Ademais, são desenvolvidos os programas de imunização e grupos de diabéticos e hipertensos, entre outros, dos quais as mulheres participam ativamente. Os profissionais da Residência da Saúde da Família fazem o acolhimento dos clientes. Para tanto, fica designado no período matutino um profissional independente da área para ouvir as demandas, realizar a triagem e fazer os encaminhamentos, procurando dar resolutividade e agilizar o atendimento. Existe também uma caixa de sugestões, que possibilita aos clientes contribuírem com suas idéias e avaliarem a atenção prestada.

No ano de 2005, 146 gestantes, do total de 2674 atendidas em Florianópolis, realizaram a consulta de pré-natal na ULS da Agronômica. A ULS da Agronômica é a quinta unidade local de saúde com o maior número de gestantes acompanhadas (BRASIL, 2005a). Segundo levantamento realizado por mim em 2005, no período 6/11 a 6/12/2005, com base nas fichas de cadastramento das gestantes no SISPRENATAL, encaminhadas à Secretaria, e lista dos atendimentos dos profissionais, estavam sendo acompanhadas na unidade local de saúde da Agronômica 73 gestantes. Destas, 47,95 % estavam na faixa etária de 21 a 25 anos; 24,66%, na faixa de 15 a 20 anos; 20,55%, na faixa de 26 a 30 anos; 5,48%, na faixa de 31 a 35 anos, e apenas 1,37% delas ultrapassavam esta idade. A grande maioria das gestantes iniciou a consulta pré-natal no início da gravidez, entre a sexta e a décima sétima semana gestacional (54,79 % da 6^a a 12^a semana, 27,48%, da 13^a a 17^a semana), sendo que apenas 2,74% das gestantes iniciaram a consulta pré-natal após 28^a semana. Do total das gestantes, 41,94% eram primigestas. Em relação à profissão, 35,19% delas eram estudantes; 31,48% trabalhavam em casa e as demais trabalhavam como vendedoras, atendentes no guichê, caixas de supermercado, doméstica, cozinheira e babá (ZAMPIERI, 2005a).

6.2 POPULAÇÃO-ALVO

Participaram deste estudo as gestantes que fazem o pré-natal de baixo risco e os profissionais que compõem a equipe de saúde, que atuam com gestantes no Ambulatório de Tocoginecologia e o Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do HU e também na Unidade local de Saúde da Agronômica.

O número de participantes ou a determinação da amostra deu-se em função da saturação dos dados e das categorias. Isto ocorreu quando as informações passaram a se repetir, ou seja, deixaram de emergir dados novos ou relevantes; quando os caminhos e as possibilidades para compreender o tema foram alcançados, e as categorias, subcategorias e as relações entre elas foram estabelecidas e atenderam aos objetivos do estudo, de acordo com o exposto por Mayan, (2001). Ademais, a saturação considerou o método (entendido como linha de pensamento) para interpretação dos dados, a Hermenêutica e os pressupostos de Edgar Morin e os distintos contextos e populações. “É preciso situar as informações e os dados em seu contexto para que adquiram sentido. Para ter sentido, a palavra necessita de texto, que é o próprio contexto, e o texto necessita do contexto no qual se enuncia” (MORIN, 2001a, p.36).

Reconhece como um traço essencial do compreender o fato de que o sentido peculiar é sempre somente resultante do contexto, em última análise do todo (GADAMER, 1998, p. 296)

[...] É claro que em toda a compreensão, o que é dito adquire também sua determinação, através de uma complementação ocasional de seu sentido. Mas é esta determinação através da situação e do contexto, que completa o falar até a sua totalidade de sentido, que é a única que faz que o dito seja dito, não é algo que convenha ao falante, mas ao que foi expressado (GADAMER, 1998, p. 707)

6.2.1 CARACTERIZANDO OS ATORES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Quem são os profissionais que compõem a equipe de saúde e as gestantes que participaram deste estudo? Qual o seu perfil?

Participaram do estudo 42 atores sociais, 23 profissionais (enfermeiros, médicos, assistente-sociais, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, aux. administrativo e uma estudante de enfermagem), 11 da ULS da Agrônômica, 12 do HU e 19 gestantes; 10 do HU e nove da unidade local de saúde. Participaram também três acompanhantes, que inicialmente não estavam previstos. Estes acompanharam a gestante até o local da entrevista. Por considerar de vital importância a participação do companheiro, procurei recebê-los com atenção e abrir espaço para sua expressão nas entrevistas. Estes completaram alguns depoimentos das esposas, no entanto, não responderam a todos os questionamentos. Em função disso, os acompanhantes também assinaram o termo de consentimento.

6.2.1.1 *As gestantes do HU*

São dez mulheres preocupadas com a gravidez que vêm ao serviço para promover e proteger a sua saúde e a do feto, para acompanhar a evolução da gravidez e detectar alguma intercorrência. Deslocam-se grandes ou pequenas distâncias para chegar ao serviço de saúde que têm confiança. Cheias de atividades, mas dispõem um longo período do seu tempo, aguardando a consulta de pré-natal.

A maioria, além de assumir as atividades domésticas, também trabalha fora do lar. Apenas duas delas são de Florianópolis. As demais são provenientes de outros estados (Rio grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro) ou de municípios de Santa Catarina.

Tímidas ou extrovertidas, sofridas ou não, participantes ou passivas, altas, baixas, morenas e loiras. A maioria questiona e conhece seus direitos. Queixam-se do longo tempo de espera. Preocupadas com a sua aparência, algumas participam do grupo de gestantes ou casais grávidos do HU. Três delas estavam acompanhadas de seus companheiros. Disponíveis e mostrando interesse para responder às perguntas do questionário. Algumas demonstram solidariedade com as outras gestantes, ouvindo-as e tentando ajudá-las. Sedentas por

informação, procuraram o HU porque tiveram boas referências dos amigos, parentes e da mídia ou experiências positivas em gravidezes anteriores ou ainda em razão de terem experienciado situações negativas e se sentirem inseguras quando atendidas em alguma unidade local de saúde. Os encaminhamentos em função das intercorrências ou situações de risco também se constituíram em razões para aderirem ao serviço.

Elas moram em diversos bairros de Florianópolis, e até em outro município: Itacorubi, Campeche, Cachoeira, Saco dos Limões, Córrego Grande, Vargem Grande, Canavieiras e no município de Governador Celso Ramos. 30% delas estão na faixa etária de 25 a 29 anos; 30% na faixa etária de 30 a 34 anos, 20% na faixa de 20 a 24 anos, 10% na de 35 a 39 anos e 10% na de 40 a 45 anos. Suas profissões são: manicure, proprietária e administradora de restaurante, agente de saúde, costureira, operadora de Marketing, professora e produtora cultural. Duas não trabalham fora do lar, mas assumem as atividades domésticas. 60% delas são casadas, 30% estão em união consensual e 10% são solteiras. Do total, 70% são católicas, 10% pertencem à Assembléia de Deus e 20% não tem religião. 50% delas têm como nível de escolaridade o ensino médio completo; 30%, o nível superior; 10%, a graduação incompleta e 10%, o segundo grau incompleto; 50% delas moram em casa própria. A renda familiar oscila entre R\$ 600,00 e R\$ 2.000,000, com exceção da gestante que é proprietária do restaurante. 40% das gestantes são primigestas e 30% secundigestas; 40% não planejaram a gestação, mas logo aceitaram; 80% das gestantes iniciaram a atenção pré-natal no primeiro trimestre da gravidez.

6.2.1.2 As gestantes da Unidade Local de Saúde

São nove mulheres que se preocupam também com a evolução da gravidez e apontam que os principais motivos para a procura da unidade de saúde é promover e proteger a sua saúde, também a do bebê e identificar alguma patologia. Tímidas e extrovertidas; preocupadas com os comentários da comunidade; altas, baixas, brancas, loiras e negras; sofridas ou não, cuidam de sua aparência. Inicialmente um pouco desconfiadas e receosas para participar do estudo e responder aos questionamentos. Sentem-se à vontade no serviço, conhecem alguns funcionários e outros usuários que aguardam o seu horário na sala de espera. Conversam entre si, enquanto aguardam pacientemente a consulta. Um são questionadoras, outras, não. Fazem poucas perguntas. São simpáticas, amáveis, sinceras e disponíveis. Algumas são decididas, têm iniciativa, outras, não. Apenas uma participava do grupo de gestantes da unidade, e outras duas freqüentavam grupos de gestantes em outros locais.

Todas moram no bairro, com exceção de uma delas que mora em São José e trabalha próximo à unidade de saúde. Quatro delas moram em um dos morros, próximo à unidade de saúde; três gestantes estão na faixa etária de 15 a 19 anos (33,35%), cinco gestantes, na faixa etária de 20 a 24 anos (55,55%) e uma gestante na faixa de 30 a 34 anos (11,1%). A maioria delas não trabalha ou está desempregada (55%). As outras trabalham como caixa de supermercado, doméstica, como vendedora de cachorro quente, em casa, como balconista, e uma delas, que é estudante universitária, vai tentar uma bolsa de mestrado. 55,55% delas são solteiras, 33,35% estão em união consensual e uma está casada (11,1%). Em relação à escolaridade, 44,50% têm o ensino médio completo; uma delas, representando 11,1%, tem o ensino médio incompleto; 33,35% têm o ensino fundamental incompleto; uma tem o ensino fundamental completo (11,1%) e a outra o nível superior (11,1%). Moram em casa própria (33,35%), em casa alugada (44,5%) e em casa própria, com os pais, (22,2%). Três adolescentes são sustentadas pelos pais. Uma delas vive com o filho e companheiro em uma residência próxima aos pais, não trabalha, e o companheiro está desempregado. A renda familiar oscila entre o salário mínimo e R\$ 1.500,00. As gestantes tiveram dificuldades para informar sobre esta questão. 77,8% delas são católicas. Do total, 66,7% são primigestas; 88,9% delas não planejaram a gravidez e 55,50% não a aceitaram no início. Uma das gestantes informou que o pai do bebê não o reconheceu como seu filho, e uma outra explicitou que o companheiro não aceitou logo a gravidez e sugeriu o aborto. Todas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, sendo que 55,5% delas foram acompanhadas na consulta pré-natal pelo médico e enfermeira, de forma alternada.

Comparando os dois perfis de gestantes, as gestantes da unidade local de saúde tinham um nível de escolaridade e uma renda menor, eram na sua maioria solteiras e mais jovens que as gestantes do HU, e a maioria não trabalhava ou estava desempregada.

6.2.1.3 Os profissionais do HU

São 12 homens e mulheres que exercem as mais diferentes profissões, alguns por uma atenção mais humanizada e de qualidade, outros, não. Alguns docentes e outros assistenciais, mas todos envolvidos com o ensino. Procuram prestar um atendimento resolutivo, de qualidade e humanizado, de acordo com a filosofia do Hospital. Alguns se restringem a desenvolver suas atividades, outros sugerem e perseguem uma integração e um trabalho multidisciplinar e até interdisciplinar. Alguns são formais e técnicos, centrados apenas no biológico. Outros são mais sensíveis, informais, centram sua atenção no usuário; procuram

desenvolver sua competência técnica e relacional. São receptivos, acolhedores e demonstraram interesse pelo estudo. Deram abertura e se mostraram disponíveis para participar. Preocupados com a formação e atualização técnica. Tímidos ou extrovertidos. Muitos demonstram desestímulo, estresse e sobrecarga, por assumirem muitas atividades concomitantes. Não raramente disputam espaço e poder.

O grupo de participantes é formado por quatro enfermeiras (33,3%), sendo uma delas docente; quatro médicos (33,3%) (dois docentes e dois supervisores); uma bolsista e estudante de enfermagem; uma assistente social, uma psicóloga e uma auxiliar administrativo, representando cada uma delas o percentual de 8,35%. São na sua maioria provenientes de outros estados (Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Paraná) ou de outros municípios de Santa Catarina. Apenas 41,6% dos entrevistados são de Florianópolis. A maioria, no entanto, reside em bairros na capital há mais de 10 anos. Do total, 50% são católicos; 16,7% são espíritas; 8,35% são testemunhas de Geová; 8,35% são luteranos e 16,7% não tem religião. 41,7% deles estão na faixa etária de 46 a 50 anos; 25% estão na faixa de 41 a 45 anos; 16,65% na faixa de 36 a 40 anos e 16,65% na faixa de 31 a 35 anos. A maioria desenvolve atividades de formação, além da graduação. Duas têm especialização em obstetrícia e também mestrados em Assistência de Enfermagem e Psicologia, respectivamente. Uma tem mestrado em Assistência de Enfermagem, e a outra está cursando o Mestrado em psicologia. Outra tem especialização em serviços de saúde e do trabalho. Três têm residência em Obstetrícia, sendo que um profissional também é mestre em Clínica Obstétrica, e outro, em Ginecologia. O tempo da formação destes profissionais compreende o período de 22 a 26 anos (33,3%), 7 a 11 anos (25%), 12 a 16 anos (16,7%), de 17 a 21 anos (16,7%) e uma está em formação (8,35%). Apesar deste tempo longo de formação, o tempo de atuação dos profissionais no ambulatório oscila entre cinco e 25 anos, sendo que a maioria já atua neste local entre dez e quinze anos, com exceção da bolsista, que está cursando a graduação de enfermagem. São poucos os que atuam exclusivamente no ambulatório, representando um percentual de 16,7%. Dois profissionais atuam na maternidade e no ambulatório. Uma enfermeira atua no ambulatório como docente de uma universidade privada. Uma médica atua como docente da UFSC (ambulatório, maternidade, ginecologia) e no consultório particular. Três participantes atuam no ambulatório, na maternidade e na ginecologia (plantões), na assistência e docência e, além disso, nos consultórios particulares e maternidades privadas.

6.2.1.4 Profissionais da ULS da Agrônômica

São onze profissionais que tentam trabalhar de maneira integrada e harmônica, multidisciplinarmente e, em alguns momentos, interdisciplinarmente, junto com outros profissionais que não participaram do estudo, mas que também se dispuseram a participar. Alguns trabalham só na assistência, outros, na docência, e outros, como residentes.

São receptivos e acolhedores. Interessados. Disponíveis. Alguns muito envolvidos com a comunidade e abertos a experiências inovadoras. Tentam conjugar o sensível e racional, o técnico e formal e o flexível, mas ainda estão centrados no biológico. Alguns consideram que atenção à saúde neste nível de complexidade é pouco valorizada pelos seus pares, pela população e pelos próprios gestores. Uns são reivindicativos, participam ativamente das atividades dentro e fora da unidade de saúde e mobilizam escolas, outras instituições, conselhos e comunidade. Alguns parecem desestimulados, desmotivados, não conseguindo ver muitas possibilidades pela frente. A maioria procura planejar o seu trabalho e avaliá-lo em reuniões mensais. Preocupados com o usuário e com as gestantes, priorizando a atenção a elas e seus familiares. O desestímulo e o cansaço, às vezes, toma conta do grupo. Disputas de poder emergem e procuram ser superadas. Uns são pacientes e calmos, outros, mais ansiosos. Uns autoritários, outros, não. Quase todos comprometidos em melhorar a atenção à saúde. Extrovertidos e tímidos.

Participaram da pesquisa dois enfermeiros (18,18%), quatro médicos (36,36%) (sendo um residente); dois técnicos de Enfermagem (18,18%), um auxiliar de enfermagem (9,1%), uma assistente social (9,1%) e uma psicóloga, (9,1%). A maioria é formada há pouco tempo, sendo que este tempo oscila entre dois e dez anos, com exceção de dois médicos, um com 15 anos e outro com 26 anos de profissão, e uma enfermeira com 22 anos. Residem no Estreito, na Lagoa, no Centro, em Campinas, no Córrego Grande, em Capoeiras, em Campinas, no Rio Tavares e em Canavieiras, bairros não tão próximos da unidade local de saúde. A maioria ampliou sua formação para além da graduação e se especializou na área da Saúde Comunitária, diferente de muitas unidades de saúde local de Florianópolis, cujos profissionais não têm capacitação na área. Três profissionais estão cursando a Residência em Saúde da Família, na unidade de saúde, um deles já é especialista em Administração Estratégica e Saúde da Família. Um deles é especialista em Medicina do Trabalho, e outro, em Clínica e Cirurgia Geral. Dois já têm residência na Saúde da Família e atuam também como tutores, sendo que um deles é especialista em Enfermagem Obstétrica e tem Mestrado em Assistência de Enfermagem. Aqueles que são do curso médio e fundamental também estudam. Duas delas

estão cursando a graduação, uma em Letras, e outra, na Enfermagem. Aquela que tem o curso fundamental está fazendo o segundo grau. São católicos (54,55%), espíritas (18,18%), evangélicos (9,1%) e não têm religião 18,18%; 45,46 % deles estão em união consensual; 36,36% são casados e 18,18% são solteiros. Além dos dois profissionais que assumem além da assistência, a tutoria da residência, duas técnicas e uma auxiliar que trabalham em dois empregos.

Comparando o perfil dos dois profissionais percebemos que os profissionais da unidade local de saúde são mais jovens e atuam menos tempo no serviço de saúde. A maioria dos profissionais, independente do contexto, procurou ampliar sua formação na área de atuação.

6.3 ATIVIDADES PRÉVIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO-RECONHECIMENTO DO LOCAL E CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DA POPULAÇÃO ALVO

Em março de 2005, após a qualificação do projeto, aprovação e autorização oral e escrita das instituições liberando seus campos para desenvolver o estudo e da aprovação do projeto desta pesquisa pela Comissão de Ética da Universidade, iniciei os primeiros contatos com os campos.

Nas primeiras semanas procurei reconhecer um dos campos de atuação, o ambulatório de tocoginologia; conhecer os profissionais e seus horários de trabalho; informar os objetivos de meu estudo, as estratégias e as técnicas que utilizaria para a coleta de dados e; sobretudo, oportunizar que as gestantes e profissionais me conhecessem, procurando interagir e estabelecer os primeiros diálogos. Escolhi este contexto como primeiro campo de pesquisa porque desconhecia alguns fluxos de funcionamento e alguns profissionais e em razão disso poderia ter alguns impedimentos, o que na realidade não aconteceu. Na unidade local de saúde havia desenvolvido recentemente atividades teórico-práticas e tinha uma visão mais clara do funcionamento da unidade.

Neste período, no ambulatório do HU, estabeleceram-se as primeiras percepções, interações, mediadas pela comunicação, os primeiros diálogos e surgiram os primeiros acordos. Apresentei-me e procurei conhecer como os profissionais da equipe de saúde atuavam. Aproveitei a disponibilidade dos profissionais, o tempo livre entre uma consulta e outra e os momentos de integração no hall do ambulatório para estimulá-los e convidá-los a participar da pesquisa, enfatizando que contava com o apoio de todos nesta construção. Nestas

ocasiões, solicitei autorização para participar das atividades que desenvolviam com as gestantes (consultas, procedimentos e atividades educativas) e comuniquei que estaria na unidade por um período de dois meses para observar as ações e registrá-las. Participei no ambulatório de várias atividades desenvolvidas que envolviam as gestantes: recepção, consultas, atendimentos e atividades educativas na sala de espera.

Escolhi de modo intencional, os profissionais que trabalhavam no período matutino, independente da profissão, uma vez que a maioria dos profissionais que atuam com gestantes de baixo risco está concentrada neste turno, havendo maior oportunidade para estabelecer os contatos. A escolha dos participantes deu-se de forma aleatória, considerando o interesse dos profissionais, a disponibilidade de tempo, o desejo destes participarem e a compatibilidade de horários. Procurei, no entanto, manter uma representatividade de todas as profissões que atuavam com as gestantes. A receptividade foi além das minhas expectativas. Os profissionais se mostraram disponíveis e interessados no tema. Apenas um profissional expressou prontamente que não participaria do estudo, alegando não gostar de entrevistas e não se sentir à vontade. Outro não mostrou disponibilidade de tempo e compatibilidade de horário.

O encontro com as gestantes do HU deu-se inicialmente na sala de espera, no grupo educativo que era desenvolvido por profissionais do ambulatório e da maternidade. Apresentava-me, expunha os meus objetivos e convidava as gestantes para participarem do estudo. A interação e os diálogos se estabeleciam durante a atividade educativa, através do compartilhamento de experiências, conhecimentos e informações sobre o momento que estavam vivenciando. No final dos encontros aquelas gestantes que desejavam participar iam ao meu encontro e eram incluídas no estudo. No grupo de gestantes ou casais grávidos também apresentei os objetivos da pesquisa e fiz o convite a todas as gestantes que participavam do grupo e ao mesmo tempo realizavam as consultas de pré-natal no ambulatório do HU ou na rede básica. No final do encontro os casais me procuraram.

Na unidade local de saúde, o reconhecimento do campo também se deu durante dez dias. Inicialmente participei da reunião de planejamento mensal da unidade local, expus também os objetivos do estudo, as estratégias que pensava em utilizar, as atividades que desenvolveria. Respondi os questionamentos da equipe e solicitei o apoio e a cooperação de todos. Já conhecia os profissionais da unidade local de saúde, haja vista que já havia desenvolvido atividades teóricas-práticas em nível de graduação naquele local. Contudo, na reunião percebi uma pequena resistência quanto a minha participação nas consultas, o que na prática não se efetivou. Ao contrário, alguns profissionais me chamaram para participar das consultas.

Na unidade local de saúde a escolha dos profissionais se deu, de forma aleatória, respeitando a disponibilidade de tempo, interesse e compatibilidade de horários. Alguns agendaram dias mais propícios e no dia estipulado realizamos as entrevistas. Quando percebia que um dos profissionais que havia se colocado à disposição estava ocioso procurava lembrá-lo da pesquisa e se tivesse tempo, vontade e consentisse dava início a entrevista.

Em relação às gestantes da unidade local de saúde, utilizei os mesmos critérios. Durante vários dias permaneci algumas horas na recepção para acompanhar os agendamentos e o acolhimento. Aproveitava esta ocasião para convidá-las para participar do estudo e expor a minha proposta. Várias gestantes não concordaram em fazer parte da pesquisa. Alegaram vergonha, falta de tempo, dificuldades em deixar os outros filhos, o trabalho, e algumas expressaram desinteresse. Questionaram se eram obrigadas, e, quando informadas que não, preferiram não participar. Participei do grupo de gestantes da unidade de saúde e também expus os objetivos do trabalho, no entanto, apenas uma gestante se colocou à disposição. Os profissionais me encaminharam algumas gestantes também após a consulta. Desta forma ia realizando as entrevistas, coletando os dados, transcrevendo e analisando-os, inicialmente de uma forma superficial, até a sua saturação.

6.4. COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu nos diversos contextos, no período de abril a novembro de 2005. De forma concomitante, já foram sendo realizadas as análises preliminares e estabelecidas algumas categorias, com vistas a avaliar a saturação dos dados.

A coleta dos dados no HU iniciou-se ao término da segunda quinzena de abril. Antes da coleta, foram feitos testes-piloto com uma gestante e com um profissional de saúde de outra unidade de saúde. Tal procedimento permitiu validar o questionário e alterar algumas perguntas e suprimir outras que facilitaram o andamento dos trabalhos.

Na unidade local de saúde, a coleta iniciou-se na segunda quinzena de junho de 2005, paralelo à análise parcial das entrevistas do HU. Os dois processos ocorreram de uma forma simultânea em determinado período.

Durante a coleta de dados na unidade local de saúde da Agronômica, afastei-me um mês e quinze dias por problemas de saúde e em função de paralisações e greve dos profissionais de saúde na rede municipal.

As técnicas utilizadas para coletar as informações dos profissionais e das gestantes foram: a entrevista semi-estruturada e o método da observação participante.

6.4.1 ENTREVISTA

A entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações. Consiste em um diálogo, caracterizado pela arte de questionar e ouvir o outro. Revela as condições estruturais, os sistemas, os valores e símbolos e, ao mesmo tempo transmite as representações sociais de determinados grupos, em suas condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Fornece dados sobre fatos, idéias, crenças, valores, atitudes, sentimentos, maneiras de pensar, de sentir, de atuar, as opiniões, os comportamentos presentes e futuros em contextos sociais específicos e as razões conscientes ou inconscientes (GASKELL, 2003; MINAYO, 1999; TRENTINI; PAIM, 2004).

O emprego da entrevista qualitativa é o ponto de partida para que o cientista social possa compreender o mundo vivido dos respondentes e dos grupos. A entrevista fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação (GASKELL, 2003).

De acordo Gaskell (2003), toda a pesquisa com entrevistas é um processo social, uma partilha e uma negociação de realidades, uma interação ou empreendimento cooperativo em que as palavras são os meios principais de troca. Não se trata apenas de um processo de informação de mão única, transmitido de um para o outro. É a interação, uma troca de significados em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Assim sendo, tanto os entrevistados como o entrevistador estão envolvidos na produção de conhecimento. Na entrevista há inicialmente uma relação desigual, já que o tópico é da escolha do entrevistador, e o entrevistado pode se sentir constrangido e defensivo, sendo necessário deixá-lo à vontade e estabelecer uma relação de confiança e segurança. As entrevistas, no que concerne à estrutura, podem ser classificadas em abertas, fechadas e semi-fechadas.

Considerando o exposto, neste estudo adotei como uma das estratégias para a coleta de dados a entrevista individual semi-estruturada, constituída de perguntas abertas e fechadas e tópicos relacionados ao tema, em consonância com os objetivos, a revisão de literatura e o referencial teórico.

Para facilitar a coleta de dados, foi construído um roteiro para a realização da entrevistas, que constou de três etapas: a) identificação e contextualização do autor; b)

questionamentos, abordando o conhecimento e o significado do cuidado humanizado no cotidiano do cuidado; as barreiras; as facilidades e possibilidades para a sua concretização; c) tópicos a serem observados nas entrevistas e na observação participante durante as relações intersubjetivas (apêndice A e B).

As questões foram aprofundadas ao longo dos diálogos estabelecidos, respeitando as características dos entrevistados e seu nível de compreensão. Os encontros entre o entrevistador e entrevistados constituíram-se de momentos de interação e de troca, de compromisso e de co-responsabilidade na produção e construção de novos saberes sobre o tema. Na condução destes encontros foram considerados: a motivação e o desejo do entrevistado para participar dos diálogos; o seu conhecimento sobre os objetivos do estudo e as técnicas para coleta de dados; a sua parcela de envolvimento na construção do conhecimento; a disponibilidade de tempo; a expressão clara das questões, evitando compreensões dúbias e; a possibilidade de o entrevistado se negar a responder determinadas questões que ele julgasse improcedentes.

Na segunda quinzena de março de 2005, comecei a agendar as entrevistas com os profissionais da equipe de saúde do HU que atuavam junto às gestantes, seja nas consultas, na recepção ou nas atividades educativas coletivas e individuais. O processo foi deflagrado com os enfermeiros, seguido dos médicos, outros profissionais de nível superior e, por último, os auxiliares de enfermagem e escriturários. Todos se mostraram interessados, simpáticos, atenciosos e imbuídos em contribuir. O agendamento com os médicos mostrou-se mais difícil, em virtude da falta de disponibilidade de tempo para realizar as entrevistas e interrupção das mesmas por solicitação dos usuários ou dos funcionários. Assim, eles foram entrevistados fora do horário do atendimento da unidade, durante o seu plantão na instituição ou na unidade de ultra-sonografia, com agendamento prévio. Os professores agendaram horários nos dias que não desenvolviam atividades com os alunos. O agendamento com as enfermeiras e com os outros profissionais foi realizado no turno do trabalho, sendo previamente acordados as datas e horários dos encontros.

As gestantes do HU foram convidadas a participar da pesquisa durante as atividades educativas na sala de espera. A maioria delas agendou no dia da consulta de pré-natal subsequente no Hospital Universitário. As entrevistas foram realizadas nos consultórios do ambulatório, corredores e nas salas destinadas às atividades grupais com idosos e hipertensos. Contudo, quatro delas combinaram realizar as entrevistas em suas residências nos Ingleses, Vargem Grande e Córrego Grande. Uma delas convidou o companheiro para participar e mais um casal grávido e me ofereceu um gostoso café na Vargem Grande. Passamos uma tarde

maravilhosa. Apenas uma agendou a entrevista no horário que antecedia ao início do Grupo de Gestantes ou Casais Grávidos, em uma sala cedida pelo grêmio do HU. Tive problemas com as gestantes que optaram em responder aos questionamentos no Hospital Universitário, em virtude da falta de espaços livres próximo ao ambulatório. Na unidade local de saúde, a mesma situação ocorreu. Esta questão foi contornada parcialmente no HU porque me cederam a sala do grupo de idosos e os consultórios, alguns dias. No entanto, não raramente era interrompida por funcionários ao longo das entrevistas.

As gestantes da unidade local de saúde que aceitaram participar agendaram as entrevistas no dia da próxima consulta, quinze ou trinta dias após o primeiro encontro. Muitas faltaram nos encontros e na consulta, apesar de terem confirmado a sua presença por telefone. As entrevistas foram realizadas nos consultórios, salas de reuniões, na sala de triagem e até na copa, de acordo com a disponibilidade de espaço. As gestantes que aceitaram o convite procuraram responder aos questionamentos da melhor forma possível. A forma de agir denotava que se sentiam importantes por participarem do estudo e contribuírem para sua construção. Contudo, mostravam inicialmente uma pequena decepção quando lhes informava que os seus nomes não seriam citados em virtude do anonimato. Refletindo melhor, consideravam ser esta a alternativa melhor, porque, desta forma, teriam maior tranquilidade e liberdade para falar. No início, as gestantes respondiam apenas por monossílabos. Após alguns minutos, mostravam controle da situação e respondiam sem medo, mesmo cientes de que tudo estava sendo gravado.

Todos os encontros individuais e coletivos com as gestantes ou profissionais foram caracterizados como momentos de empatia, de dialogicidade, de aproximação, de construção conjunta de conhecimentos. Antes de iniciar as entrevistas, explicitava os objetivos da pesquisa; informava como seria garantido o anonimato e o sigilo das informações e solicitava que os entrevistados lessem e assinassem o termo de consentimento. Comunicava também que seus nomes seriam substituídos por nomes fictícios para manter o anonimato. Neste estudo os nomes dos entrevistados foram substituídos por nome de flores.

As entrevistas levaram de trinta minutos à uma hora e quinze minutos. Foram redigidas manualmente e gravadas após consentimento prévio. As informações foram validadas durante o processo de dialogicidade com os sujeitos, em especial com as gestantes, cujo acesso era mais difícil. Fazia a leitura das respostas redigidas manualmente junto com elas, procurando evitar o entendimento dúbio. Quase sempre faziam complementações.

Além desta validação em loco feita também com os profissionais, conforme acordo estabelecido, e após a transcrição dos discursos, as entrevistas foram encaminhadas aos

profissionais entrevistados para que verificassem a fidedignidade das informações, garantindo, assim, o rigor da pesquisa. A maioria deles não propôs alterações. Alguns não mostraram desejo de reler as entrevistas.

Nos nove meses de coleta de dados, foram realizadas 42 entrevistas, sendo 11 com os profissionais da equipe de saúde da ULS da Agrônômica, 12 com os profissionais do HU, 10 com gestantes do HU (duas gestantes com seus respectivos acompanhantes, totalizando 12 envolvidos) e nove com gestantes da unidade local (uma delas com acompanhante, totalizando 10 participantes).

A entrevista constituiu-se um instrumento adequado para obter informações qualitativas de forma rápida, oportuna, válida e com pouca onerosidade. Constituiu-se uma técnica adequada para colher dados e para estabelecer encontros dialógicos que pudessem contribuir com eficiência e eficácia na compreensão das situações sociais, complexas e heterogêneas ligadas ao tema deste estudo, com a rigorosidade das regras do método científico. Ademais, propiciou o ensino aprendizagem, caracterizando-se como um espaço de troca de informações, conhecimentos e reflexão sobre as práticas de saúde e redirecionamento de condutas.

Neste sentido, é importante ressaltar que ao longo da entrevista os profissionais refletiram sobre sua atuação; propuseram sugestões e se dispuseram a redirecionar suas práticas. As gestantes deram-se conta de que desconheciam alguns cuidados, direitos e aspectos relativos à gravidez. Solicitaram informações, fizeram questionamentos e procuraram sanar suas dúvidas. Entre os temas abordados, sobressaíram os seguintes: modificações e desconfortos na gravidez; sexualidade na gravidez; aleitamento; exames de rotina; toxoplasmose; vínculo intra-útero; preventivo, anemia, pré-eclâmpsia, cuidados na gravidez, parto e no pós-parto (sexo, sangramento, exercícios, choro do bebê, atividade, nutrição, menstruação, cuidados e sexualidade); contracepção (em especial, laqueadura); sinais de trabalho de parto e tipos de parto (parto de cócoras); orientações sobre o grupo de gestantes ou casais grávidos ou encontro de terceiro trimestre sobre os fluxos para a atenção na gravidez e no parto, assim como direitos sexuais e reprodutivos.

6.4.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante, segundo Haguette (2001) e Schartz e Schartz (apud MINAYO, 1999), é definida como um processo no qual o observador se mantém presente em uma situação social, com a finalidade de realizar investigação científica. O observador fica face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário social e cultural, coleta dados. A observação participante é aqui entendida como uma técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo, a partir dele mesmo. Assim, o observador é parte do contexto observado, podendo modificá-lo e ser modificado, de forma concomitante. O papel do observador participante pode ser tanto formal como informal, pode ser uma parte integrante de estrutura social ou ser uma parte periférica em relação a ela. A participação pode ser plena, caracterizada por um envolvimento por inteiro, em todas as dimensões da vida do grupo estudado, e parcial, restrita ao momento da pesquisa de campo.

Segundo Minayo (1999), a importância desta técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de questionamentos, mas que são observados diretamente na própria realidade, transmitindo o que há de mais imponderável e evasivo da vida real.

A observação participante neste estudo deu-se de maneira informal e parcial na unidade local de saúde e no ambulatório do HU.

Seguindo esta técnica, participei do acolhimento, das consultas de pré-natais, do grupo de gestantes, das reuniões de equipe, dos procedimentos e da sala de espera, desenvolvidos pelos profissionais na unidade local eleita e no Hospital Universitário, em dias pré-estabelecidos com a equipe, de acordo com seus agendamentos, com a finalidade de observar suas ações e compartilhar conhecimentos e experiências. Em determinados momentos, principalmente, na unidade local de saúde, assumi algumas atividades dos profissionais, liberando-os para desenvolver atividades de maior urgência, sempre ficando atenta às situações, aos diálogos, às maneiras de agir e aos contextos ao meu redor.

No HU, o ambulatório era muito movimentado. No início da manhã, os alunos já procuravam os prontuários, liam minuciosamente a história e se deslocavam para os consultórios para começar as consultas. Não tinham um tempo pré-determinado para realizá-las, contudo, a maioria das consultas não ultrapassava trinta minutos. Cada aluno atendia uma ou duas gestantes. Aqueles que nunca tinham interagido com mulheres grávidas aguardavam a presença do professor, que os acompanhava em todas as ações. Nestas ocasiões, entravam no consultório em torno de cinco ou seis alunos, e a consulta era mais longa. Os médicos lotados

na unidade faziam a supervisão. Aguardavam em uma sala próxima aos consultórios os alunos para sanar suas dúvidas e questionamentos e orientar condutas. Não raramente entravam no consultório para avaliar a gestante junto com os discentes.

Alguns dias, no período da tarde, as alunas de enfermagem de uma universidade particular também desenvolviam atividades teórico-práticas no ambulatório, sob supervisão direta de um enfermeiro.

No HU, as gestantes se dirigiam à recepção, confirmavam o agendamento e eram convidadas a aguardar no corredor, um ambiente repleto de pessoas que aguardavam atendimentos com especialistas de diversas áreas. Neste local ocorriam as atividades de sala de espera. Paralelo à realização das consultas, em outros consultórios, eram realizados pela enfermeira vários procedimentos envolvendo as mulheres, muitas delas gestantes: a coleta de esfregaços para prevenção do câncer cérvico-uterino; o exame para detecção precoce do câncer de mama; as orientações de planejamento familiar e a bacterioscopia. No corredor, no mesmo período das consultas, eram realizadas atividades coletivas e educativas denominadas “Atividades Educativas de Sala de Espera”, coordenadas pela enfermagem, psicologia e serviço social.

Participei ativamente das atividades educativas da sala de espera ou “corredor de espera”, compartilhando conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento, ouvindo, estimulando a expressão de medos e sentimentos, orientando, respondendo os questionamentos e auxiliando o profissional que conduzia a atividade. Aproveitava esta oportunidade para fazer o convite para as gestantes participarem do estudo e dar esclarecimentos sobre a minha proposta e meus objetivos.

As gestantes permaneciam por um longo período de tempo aguardando a consulta. Neste intervalo de tempo, participavam das atividades educativas. Inicialmente era feita uma apresentação e expostos os objetivos da atividade pela facilitadora. O clima era descontraído, estimulava a participação e a expressão de sentimentos, medos e dúvidas. Entre as gestantes, evidenciavam-se as interações e os diálogos espontâneos e informais sobre o seu cotidiano e sobre o seu trabalho, além de troca de informações sobre a gestação e todo o processo de nascimento. Os temas abordados dependiam das necessidades que emergiam a cada encontro. Consistia em um espaço para o compartilhamento de conhecimentos e de experiências, servindo, muitas vezes, como apoio, suporte e cenário de solidariedade entre as gestantes.

Além de participar da sala de espera, em determinados dias, após a autorização do profissional, também assistia as consultas de pré-natal. Contudo, a participação nestas atividades não atendeu todas as minhas expectativas, ou seja, identificar as situações e

questões que caracterizavam o cuidado humanizado. Observei quatro consultas realizadas pelos acadêmicos e supervisionadas pelos profissionais, cinco consultas desenvolvidas por docentes e obstetras e acompanhei as discussões dos acadêmicos, docentes e médicos, lotados no ambulatório. Na unidade local de saúde participei também de seis consultas de pré-natal conduzidas pelos profissionais de saúde. A maior dificuldade foi o fato de os profissionais não agirem de forma natural, porque se sentiam observados. Estes não se mostravam descontraídos. Alguns não conseguiam agir normalmente, mudavam seus comportamentos e muitas vezes olhavam para mim quando realizavam os procedimentos e orientações como se desejassem uma aprovação ou confirmação. Muitas vezes solicitaram a minha ajuda na solução de alguns problemas relativos à gestação. Um deles expressou esta forma de agir antes de iniciar uma das consultas, em tom de brincadeira: “vamos lá!! Tenho que caprichar, afinal de contas tenho uma visita”.

Apesar disso, sete pontos chamaram a atenção em algumas consultas, contradizendo alguns discursos dos profissionais: a forma de conduzir a consulta pré-natal de alguns profissionais (formal, técnico e centrado no biológico); o tempo restrito destinado às orientações (relativas aos procedimentos, à gravidez, aos cuidados e direitos); o tempo reduzido da duração das consultas, restringindo quase sempre a consulta apenas aos procedimentos; a pequena participação dos companheiros durante a gestação; registros, enfocando mais o biológico, sobretudo no HU; a falta de preenchimento de dados e o descuido de alguns profissionais e discentes em relação à privacidade das gestantes, presentes nos dois locais de estudo.

Participei também do grupo de gestantes ou casais grávidos do HU, onde já atuo há dez anos, tentando vê-lo do ângulo de quem pesquisa. Para tanto, tentei me colocar um pouco afastada do grupo para observar a condução desta atividade e os comportamentos, as posturas e os discursos dos profissionais e das gestantes. A população que frequenta o grupo, na sua maioria, tem uma visão diferenciada. Vem em busca de maiores informações sobre o processo de nascimento e seus direitos e de uma atenção humanizada. São participativos, expressam medos e ansiedades e compartilham informações com seus pares. As questões e os temas são escolhidos e trabalhados a partir das necessidades e expectativas dos envolvidos, utilizando-se tecnologias que fomentam a participação. Os profissionais procuram ouvir, facilitar a participação, dar suporte e contribuir, trocando e informando conhecimentos, buscando facilitar às gestantes e aos acompanhantes a condução do processo de nascimento de forma mais tranqüila, normal e saudável e fortalecer seus potenciais para agirem e reivindicarem seus direitos.

O mesmo processo se deu na unidade local. Todos os dias eu ficava determinado período do dia observando a recepção e o acolhimento feitos pelos profissionais que se alternavam, conforme a escala anteriormente estabelecida pela equipe de saúde. Observava o vaivém, as várias demandas, não apenas de saúde, mas as sociais. Eram atendidas crianças, adolescentes, mulheres, poucos homens, idosos e gestantes. Eram realizadas várias atividades e procedimentos: vacinas; curativos; medicamentos; urgências e controles (hipertensos e diabéticos); imunização; consultas; teste de pezinho; controle de crescimento e desenvolvimento; grupos educativos; marcação de exames; encaminhamentos; visitas; atendimentos odontológicos, nutricionais, psicológicos, sociais e de enfermagem.

Havia na recepção uma certa confusão no que se referia às senhas para acessar ao serviço. As senhas apareciam no painel eletrônico, mas não indicavam a que serviços se referiam. Nas conversas e nas ações transpareciam os conflitos, o entrosamento, as relações intersubjetivas horizontais ou de poder, estabelecidas entre os profissionais da equipe de saúde e destes com os usuários. Eram freqüentes as redes de conversações entre as gestantes no banco da sala de espera, as trocas de informações e os conselhos compartilhados entre elas. Algumas gestantes demonstravam interesse pelo que acontecia na unidade de saúde. Não estavam alheias e nem eram meras observantes. Conheciam e apreendiam tudo o que se passava na unidade local de saúde.

Particpei também na unidade local de saúde, em duas oportunidades, do grupo de gestantes, que ocorre mensalmente, e constatei o que já havia observado na minha prática profissional, a participação reduzida das gestantes e praticamente nenhuma participação de seus parceiros. Percebi também que havia rodízio das gestantes e que nem todas expressavam suas dúvidas, ansiedades, mesmo quando estimuladas.

Não acompanhei as visitas domiciliares porque algumas visitas coincidiram com outras atividades que estava realizando no serviço, não fui informada sobre a realização de algumas delas, e outras ocorreram no horário em que eu não estava unidade local de saúde. As visitas domiciliares, realizadas pelos profissionais da equipe de saúde, normalmente eram feitas para resolver alguma questão, problema ou ocorrência identificada nas consultas e procedimentos ou a pedido das regionais de saúde e secretaria municipal de saúde, para identificar, investigar e avaliar situações ou problemas de saúde. Delas participavam o agente de saúde e os profissionais responsáveis pela área. Não existia uma rotina pré-estabelecida de visita à gestante. A atenção pré-natal centrava-se muito mais nas consultas e nos consultórios do que nas visitas e nos grupos educativos.

A observação de todas estas questões e a percepção deste movimento dinâmico e complexo da unidade de saúde que comporta a compreensão, os conflitos, as contradições, as soluções, as reflexões e as práticas foram fundamentais para compreender seus discursos.

6.5 REGISTRO E TRANSCRIÇÃO DOS DADOS

Diariamente, as observações foram registradas em diário de campo, e os diálogos, gravados mediante consentimento prévio dos participantes e, posteriormente, transcritos. Os aspectos mais importantes da entrevista foram redigidos ao longo das entrevistas e depois complementados com as gravações, para facilitar a transcrição. As notas de observação participante foram redigidas diariamente.

Seguindo a proposta de Trentini e Paim (2004), registrei no diário de campo as observações e percepções pessoais (pensamentos, idéias, momentos de confusão, interpretações e sentimentos) nas relações dialógicas estabelecidas, nas entrevistas ou nas minhas vivências com os profissionais e as gestantes envolvidas no estudo, no seu cotidiano de trabalho ou do cuidado. Também registrei nestas relações intersubjetivas as observações, as percepções, os sentimentos, as posturas, os modos de agir e de ser dos entrevistados, e o contexto onde vivem e atuam. Além disso, a aparência, o modo de vestir, de falar, a fisionomia, os gestos corporais, os olhares, as posturas, os espaços temporais e locais, a ansiedade, o tom de voz, o sorriso, os lapsos de memória, a firmeza, o nervosismo, as alterações de timbre na voz e os modos de sentar. Ademais, tentei registrar alguns comportamentos dos participantes: a aceitação, a motivação, a inibição e desinibição, a disponibilidade, a comunicação não-verbal ou verbal, a segurança, a tristeza, a apatia, a participação ativa, a vergonha, a desatenção, o interesse, a comunicação e a interação. Tais informações permitiram compreender melhor os seus discursos e as suas ações. Os registros foram feitos durante os encontros ou a *posteriori*. Para facilitar e agilizar o processo, utilizei palavras-chaves que foram descritas e aprofundadas na revisão do material e transcrição das fitas. Ao descrever os contextos pessoais e grupais dos entrevistados, buscava relacioná-los aos seus discursos.

Para facilitar a organização das notas, relatos e interpretações adotei o modelo de Shatzman, indicado por Trentini e Paim (2004), com algumas adaptações pessoais: NE-notas da entrevista (relatos de informações do entrevistado); NO-notas de observação (relato de informações das observações na entrevista e nas ações); NT-Notas teóricas (interpretações

feitas pelo pesquisador na coleta ou análise). A transcrição das fitas deu-se paralela à realização das entrevistas.

As primeiras entrevistas do HU foram transcritas, na sua maioria por mim (Apenas 5 por uma bolsista), até agosto de 2005 e, paralelo a isto, foi feita uma análise preliminar para observar a saturação de dados. A partir de junho, de forma concomitante, iniciei a coleta de dados também na unidade local de saúde. A transcrição total das fitas referentes às entrevistas e à observação participante findou em março de 2006. O material transcrito inicialmente consistiu de 633 páginas, letra 12, espaço 1,5cm, configuração modo de retrato.

6.6 ORGANIZAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A interpretação dos dados qualitativos é um processo dinâmico que se nutre de todo o trabalho de indução analítica, iniciado desde o momento de coleta.

Interpretar é construir novos sentidos e compreensões, afastando-se do imediato e exercitando uma abstração em relação às formas mais imediatas de leitura de significados de um conjunto de textos. Interpretar é um exercício de construir e de expressar uma compreensão mais aprofundada, indo além da expressão de construções obtidas dos textos e de um exercício meramente descritivo. É nossa convicção de que uma pesquisa de qualidade necessita atingir essa profundidade maior de interpretação, não ficando numa descrição excessivamente superficial dos resultados da análise (MORAES, 2003, 2004).

Minayo (1999) propõe o “caminho de pensamento” apresentado por Habermas para interpretação e análise das comunicações ou dos textos em saúde. Habermas adverte que a hermenêutica dialética, diferentemente da análise de discurso ou de conteúdo, que se colocam como tecnologias da interpretação, não determina a técnica de tratamento de dados, e sim a sua autocompreensão. Apresenta-se como um caminho de pensamento, uma via de encontro entre a filosofia e as ciências sociais. É neste sentido que utilizo a hermenêutica dialética como uma bússola, um norte para guiar a interpretação dos dados.

6.6.1. UM CAMINHO PARA INTERPRETAR

Nesta trajetória rumo à construção de um novo conhecimento sobre o cuidado humanizado, de acordo com Minayo (1999), apropriei-me da hermenêutica para interpretar os dados e facilitar a compreensão dos discursos.

A hermenêutica dialética, como método qualitativo ou de análise das ciências humanas e sociais, representa uma das principais tendências de interpretação na pesquisa qualitativa. Segundo Alberti (1996) e Minayo (1999, 2002a), esta se apresenta como um caminho do

pensamento, uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia. Para Minayo (2002a), o casamento das duas abordagens, a hermenêutica e a dialética, deveria preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação.

Etimologicamente, de acordo com Palmer (1999, p.23),

a hermenêutica remonta ao verbo grego *hermeneuein*, geralmente traduzido por "interpretar" e ao substantivo *hermeneia*, "interpretação", objeto do tratado intitulado *Peri hermeneias* ou "Da interpretação", de Aristóteles. Aristóteles define a interpretação como *enunciação*, sugerindo, portanto, a primeira acepção de *hermeneuein*-, significando uma fala na qual há verdade e falsidade, o que já nos remeteria a um segundo significado, o de "explicar".

A palavra grega *hermeios* refere-se ao sacerdote do oráculo de Delphos. Tal palavra e o verbo *hermeneuein* e o substantivo *hermeneia*, remete-nos para o deus Hermes que, na mitologia grega, foi o descobridor da linguagem, da escrita, mensageiro e arauto dos deuses, entre outros atributos designados a ele. Há, no entanto, controvérsias se o nome dado ao deus Hermes deu origem ao termo ou vice-versa (PALMER, 1999).

Assim, Hermes foi tido como aquele que trazia para a compreensão algo que estivesse incompreensível. Foi quem descobriu o caminho para alcançar o significado das coisas para transmiti-lo às outras pessoas. O deus Hermes era vinculado a uma função de transmutação, ou seja, transformava aquilo que a compreensão humana não alcançava em algo compreensível. Palmer (1999) e Alberti (1996) destacam três acepções do verbo *hermeneuein* no seu antigo uso: dizer (*to say*), no sentido de "expressar em voz alta", de interpretar artisticamente (recitar), explicar (*to explain*) ou compreender, e traduzir (*to translate*), no sentido não apenas de passar de uma língua para outra, mas também de traduzir "historicamente", como, por exemplo, "traduzir" os mundos de Homero ou do Velho Testamento. As três vertentes básicas do verbo grego são equivalentes ao termo inglês *to interpret* e ao verbo interpretar no português. No entanto, cada um representa um sentido independente e relevante do termo interpretação.

O verbo "interpretar" significa ajuizar a intenção, buscar o sentido de; explicar ou aclarar o sentido de; traduzir; decifrar, etc. (FERREIRA, 1999). A interpretação pode ser literal, ou seja, é a averiguação do sentido das expressões usadas por meio de uma análise lingüística ou ainda pode ser temática, significando a compreensão simbólica de uma realidade a ser penetrada (ALBERTI, 1996).

Alberti (1996) afirma a necessidade de se esclarecer que a Hermenêutica visa revelar, descobrir, perceber qual o significado mais profundo daquilo que está na realidade manifesta. Pela Hermenêutica, descobre-se o significado do que está oculto não só de um texto (estrito senso), mas também da linguagem. Para ele, através da Hermenêutica, chegamos a conhecer

realmente o próprio ser humano; a realidade em que vive; a sua história e a sua própria existência.

A hermenêutica relaciona-se aos seguintes termos:

[...] compreensão, como categoria metodológica mais importante no movimento e na atitude de investigação; liberdade; necessidade; força; consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes e; significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento (MINAYO, 2002a, p.84).

Segundo Minayo (1999), a hermenêutica é a arte de compreender os textos, sejam narrativas, entrevistas e documentos, dentre outros. É a gênese da consciência histórica, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do outro, tentar colocar-se no lugar do “tu” do passado ou aquele diferente de mim no presente. Atua no presente, dentro da vida atual, mediada pela linguagem. Na lógica hermenêutica, nem sempre a linguagem é transparente em si mesma, pois é possível chegar a um entendimento (que não é total) e também ao não entendimento (MINAYO, 2002a).

Neste sentido, para Minayo (2002a), a compreensão significa entender uns aos outros, ou seja, fazer um movimento interior e relacional para estabelecer um acordo. O ato de entendimento é mais que o desvelamento da verdade do objeto. É a revelação do que outro (o Tu) coloca como verdade.

O conceito de hermenêutica se funda na compreensão, entendida por Gadamer como um movimento abrangente e universal do pensamento do ser humano, originando-se de todo o processo de intersubjetividade e objetividade humana. Abrange toda a experiência científica, sem fazer dicotomia entre as ciências da natureza, humanas e sociais. Não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado, sendo que nada que se interpreta pode ser entendido de uma só vez e totalmente, devendo o pesquisador tentar desvendar mais do que o autor pretendia desvendar, o inconsciente para ele (MINAYO, 2002a). “Pretende conhecer por si mesmo a pretensão do outro e, inclusive, entendê-lo melhor que ele mesmo se entende” (GADAMER, 1998, p.530). A hermenêutica é a busca da compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos: “ser que pode ser compreendido é linguagem”¹⁴. A linguagem do ser humano no seu cotidiano é o núcleo central da comunicação (GADAMER, 1998, p.687).

Segundo Schleiermacher (apud PALMER, 1999), a hermenêutica está relacionada com o ser humano concreto, existente e atuante no processo de compreensão do diálogo.

¹⁴ Segundo Heidegger apud (PALMER, 1999 p.139) é pelas palavras e pela linguagem que as coisas ganham ser e existem. A linguagem é a casa do ser. [...] A linguagem fala e não o homem fala. Aquilo que pela linguagem se revela não é algo de humano, mas sim o mundo, o próprio ser. A linguagem não é a expressão do homem, mas a aparição do ser (HEIDEGGER, apud PALMER, 1999 p.159).

O verdadeiro diálogo, que busca um saber comum do sentido e que se constitui na forma original da dialética¹⁵ e o diálogo livre atribuído ao pensamento artístico. [...] O diálogo não é mais que uma estimulação recíproca da geração de idéias, uma espécie de construção artística na relação recíproca da comunicação [...] Não é manifestação imediata da idéia, mas já pressupõe reflexão (GADAMER, 1998, p.294).

O ponto de partida da hermenêutica é que qualquer expressão lingüística falada ou escrita pode ser compreendida. A situação de compreensão pertence a uma relação de diálogo, havendo uma pessoa que fala, que constrói uma frase com sentido, e uma pessoa que ouve. O ouvinte adivinha o sentido das meras palavras, sendo que este processo de adivinhação é o processo hermenêutico. Este é o pressuposto de Schleiermacher de “que cada individualidade é uma manifestação do viver total e que, por isso, cada qual traz em si um mínimo de cada um dos demais, e isso estimula a adivinhação por comparação consigo mesmo” (GADAMER, 1998, p. 295). Compreensão se refere ao mesmo tempo ao que é comum por comparação e ao que é específico e peculiar a cada autor.

Palmer (1999) revela uma contradição: aquilo que tem que ser compreendido já tem que ser sabido. Isto indica que é necessário ter minimamente um conhecimento prévio do tema em causa para que haja compreensão. “A compreensão somente alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias, com as quais inicia, não sejam arbitrarias” (GADAMER, 1998, p.403).

O que se exige é simplesmente a abertura a opinião do outro ou do texto. Mas esta abertura inclui sempre que se ponha a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias ou que a gente se ponha em certa relação com elas. Quem quer compreender um texto, em princípio, tem que estar disposto a deixar que ele diga alguma coisa para si. Por isso, uma consciência formada hermenêuticamente tem que se mostrar receptiva, desde o princípio, para a alteridade do texto. Mas esta receptividade não pressupõe nem neutralidade com relação à coisa, nem tampouco auto-anulamento, mas inclui a apropriação das próprias opiniões prévias e preconceitos, apropriação que se destaca destes. O que importa é dar conta das próprias antecipações para que o próprio texto possa apresentar-se em sua alteridade e obtenha assim a possibilidade de confrontar sua verdade com suas próprias opiniões (GADAMER, 1998, p.404).

O encontro hermenêutico não é a negação de nossos próprios horizontes (porque temos que ver através deles), mas uma vontade de arriscar-se, abrindo livremente. Na fusão dos dois horizontes, que é o ponto fundamental da experiência hermenêutica, há alguns elementos no horizonte do texto que recuam, e outros que avançam; e há alguns elementos do nosso horizonte que são negados, e outros que se afirmam. Toda experiência hermenêutica é

¹⁵ O que se deve compreender na hermenêutica, na realidade, não é uma idéia como momento vital, mas enquanto uma verdade. Por este motivo a hermenêutica possui a função auxiliar e permanece subordinada a investigação das coisas em causa. Assim, relaciona a hermenêutica no sistema das ciências - a dialética (SCHLEIERMACHER apud GADAMER, 1998, p. 290).

uma criação nova, uma revelação do ser, que se coloca em relação firme com o presente e historicamente não poderia ter ocorrido antes (PALMER, 1999).

Compreensão, para Schleiermacher, enquanto arte, é voltar de novo a experimentar os processos mentais do autor do texto. Começa com a expressão fixa e acabada e recua até a vida mental que o produziu, numa verdadeira reconstrução. A interpretação se constitui no momento gramatical e psicológico, seguindo o princípio, denominado círculo hermenêutico (PALMER, 1999).

Schleiermacher é criticado por Gadamer que diz que a concentração nas condições psicológicas do diálogo pode conduzir ao desprezo pelo elemento histórico da interpretação e a ignorância do papel central da linguagem na hermenêutica. Segundo ele, isto pode levar à concepção errada da última fase de sua hermenêutica. Contudo, apesar desta crítica, Schleiermacher foi considerado o pai da moderna hermenêutica (PALMER, 1999).

A compreensão diz respeito ao que é comum e ao que é específico e peculiar a cada um dos autores. O traço essencial do compreender é o fato de que o peculiar é resultante do contexto, e em última análise do todo. Este postulado é válido desde a compreensão de uma frase, até sua integração no contexto de toda uma obra literária (GADAMER, 1998).

Já que o todo, a partir do qual se deve compreender o individual, não pode ser dado antes do individual [...] compreender é sempre se mover em círculo, sendo essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa. A isto se acrescenta que este círculo está sempre se ampliando, já que o conceito do todo é relativo, e a integração em contextos cada vez maiores afeta a compreensão do individual (GADAMER, 1998, p.296).

Por uma interação dialética entre o todo e a parte, cada um dá sentido ao outro. A compreensão é circular, chamando-se círculo hermenêutico. O sentido do todo determina a função e o sentido das partes. O sentido é o que a compreensão capta na interação essencial recíproca do todo e das partes (GADAMER, 1998, p.124). O sentido é algo histórico.

Para Palmer (1999), o conceito do círculo hermenêutico envolve uma contradição lógica, já que, segundo ele, se temos que captar o todo antes das partes, não poderemos compreender nada. Por outro lado, não podemos começar com um todo não diferenciando em partes. Assim, a lógica não valida todas as atividades de compreensão, havendo um “salto” no círculo hermenêutico, o que permite compreendermos simultaneamente o todo e as partes. Para tanto, é necessária a intuição.

Compreender começa com um exercício de negação, esclarece Gadamer (1998). Não é só buscar a intenção do autor, abrange muito mais, uma vez que as palavras e os discursos dizem mais do que quem os escreveu. Complementa Gadamer (1998, p. 290), “o que deve ser compreendido não é literalmente as palavras e seu sentido objetivo, mas também a

individualidade de quem fala, e conseqüentemente do autor”. “Compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções, atingindo sua concretude na compreensão histórica, mas compreender acaba sendo sempre se compreender” (MINAYO, 2002a, p.92).

Gadamer e Schleiermacher aplicam à hermenêutica uma descrição dialética bipolar com a qual descrevem a provisoriedade interna e as múltiplas possibilidades de interpretação e compreensão de um autor ou de um texto (MINAYO, 2002a). Para eles, a compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado. Nada do que interpreta pode ser entendido de uma só vez e de uma vez por todas.

De acordo com Palmer, a interpretação da obra literária é enfocada por Dilthey no contexto da historicidade da autocompreensão humana. Não é só histórica porque tem que interpretar um objeto herdado historicamente, mas porque tem que compreender o objeto no horizonte da temporalidade de cada um e da posição que cada um ocupa na história. Ao envolver a autocompreensão do ser humano abre uma realidade que não é nem subjetiva, nem objetiva, é exterior a dualidade sujeito-objeto, característico do pensamento científico. Para Dilthey, a compreensão é a expressão da própria vida.

Heidegger entende que a compreensão é o poder de captar as possibilidades que cada um tem “de ser” no contexto do mundo vital que cada um de nós existe, definindo a essência da hermenêutica como o poder ontológico de interpretar e compreender. Gadamer compartilha desta idéia, afirmando que a compreensão, em sua circularidade e reflexividade, não se concebe como um processo subjetivo do ser humano frente a um objeto, mas sim, como o modo de ser do próprio ser humano (PALMER, 1999).

A compreensão é anterior a qualquer ato da existência e sempre está relacionada ao futuro. Capta situação de cada um e revela as potencialidades concretas do ser no horizonte da situação que cada um ocupa no mundo. Ela se opera sempre em um conjunto de relações já interpretadas, em um todo relacional. A compreensão é intencional, histórica e temporal (PALMER, 1999).

A leitura de qualquer realidade constitui um exercício de reflexão sobre a liberdade humana, no sentido de que os acontecimentos se seguem e se condicionam uns aos outros, podendo a qualquer momento dar origem a algo novo. Os acontecimentos históricos ou cotidianos se interrelacionam de tal forma que ninguém é completamente independente, recebendo influências de todos os lados. Condicionam esta liberdade à cultura de um povo e de uma nação, de uma época, e às determinações da realidade social e histórica. A idéia

encontra na história apenas uma representação imperfeita. Os planos e conceitos dos que atuam são uma força viva que se atualiza nos acontecimentos (GADAMER, 1998).

O momento histórico efetual, segundo Gadamer, assim como o indivíduo é finito e nunca vai abranger o sentido total e definitivo das coisas; sua leitura será sempre a possível, dar-se-á sob o olhar do presente, e será guiado por questões, pressupostos e interesses que orientam perguntas e respostas. A finitude do compreender é o modo como e onde a realidade se apresenta, da mesma forma que a consciência histórica é uma forma de autoconhecimento (MINAYO, 2002a, p. 88).

O ser humano como ser histórico é finito e se complementa na comunicação, mas a compreensão desta comunicação também é finita: ocupa um ponto no tempo e espaço. Fazemos parte da história e sofremos os preconceitos de nosso tempo (MINAYO, 1999).

Segundo Minayo (1999), o fato de pertencermos a determinado grupo social, a determinado tempo histórico, o fato de possuímos uma determinada formação faz com que a compreensão hermenêutica seja inevitavelmente condicionada pelo contexto do analista. Tanto o sujeito que comunica como aquele que o interpreta são marcados pela história, pelo seu tempo e pelo seu grupo. Para a hermenêutica, a linguagem é o núcleo central da comunicação, estando inserida na história social dos indivíduos. Portanto, ocupa um tempo e um espaço peculiares que devem ser dimensionados. Também o pesquisador está imerso na história e na cultura, o que faz com que a hermenêutica seja inevitavelmente condicionada pelo contexto das relações entre o pesquisador e o pesquisado (MINAYO, 1999).

A categoria básica das ciências compreensivas é o senso comum ou/e bom senso, juízo despido de qualquer reflexão, comumente experimentado por um povo, uma comunidade, uma nação ou por um gênero humano, no seu cotidiano. Um saber, dizia Gadamer, que se dirige para o verdadeiro e para o correto, que busca o que é plausível e prático e se apóia em vivências, e não em fundamentações racionalistas, leva à controvérsias em relação à idéia de neutralidade da ciência, isenta de pré-juízos ou pré-conceitos (MINAYO, 2002a). Originado no cotidiano, o senso comum pode permitir o deslocamento de uma pessoa para o ponto de vista da outra, ou seja, uma atitude compreensiva (MINAYO, 2002a).

Outra idéia importante para a atividade compreensiva é a da vivência, no sentido de imediatidade com que se abrange algo real. Vivenciar é entendido como um termo que significa configurações de sentido, unidades de sentido que são reinterpretações ou realidades pensadas e intencionadas, diferente de ouvir falar ou deduzir ou intuir.

O modo como vivenciamos uns aos outros, como vivenciamos as trajetórias históricas, as ocorrências naturais de nossa existência e do nosso mundo, é isso que forma o universo verdadeiramente hermenêutico, no qual estamos encerrados como entre barreiras intransponíveis, mas para o qual estamos abertos (GADAMER, 1998, p.35).

Além da vivência, temos o símbolo, um termo importante na hermenêutica, fazendo parte da ocorrência, da formulação e do sentido do enunciado. Aquilo que vale não somente pelo seu conteúdo, mas como instrumento para mediar a comunicação, e que permite aos membros de uma comunidade se identificarem. O significado do símbolo está em sua função representativa de algo visível ou invisível, refletindo, ao mesmo tempo, uma idéia do real e a expressão do fenômeno (MINAYO, 1999).

O debate sobre a hermenêutica entre Gadamer e Habermas, entre as ciências humanas e sociais, contribuiu para a discussão dos métodos em ciências sociais, à medida que os dois autores buscaram formas de objetivar a práxis da produção de conhecimento (MINAYO, 2002a).

Para Stein, trabalhar dentro de um movimento hermenêutico-dialético significa um esforço de proteger não só o objeto das ciências sociais, mas os próprios procedimentos científicos contra a ameaça da selvagem atomização dos procedimentos do conhecimento. [...] por possibilitarem uma reflexão que se funda na práxis. O casamento das duas abordagens é fecundo na condução do processo, ao mesmo tempo compreensivo e crítico da realidade social (MINAYO, 2002a, p.97).

A dialética é desenvolvida por meio de termos que articulam idéia de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e transformação da natureza e realidade social (MINAYO, 2002a).

A dialética é a estrutura contraditória do real que no seu movimento constitutivo passa por três fases: a tese (identidade), a antítese (contradição ou negação) e a síntese (positividade ou negação da negação). O movimento da realidade se explica pelo antagonismo entre o momento da tese e o da antítese, cuja contradição deve ser superada pela síntese, levando ao surgimento do novo. A contradição é a força motriz que provoca o movimento e a transformação. A antítese pode ser vista como a alma da dialética. Alimenta-se da estrutura do conflito social. Pela própria dinâmica interna, a realidade social gera “seu contrário” ou as condições subjetivas e objetivas para a sua superação. Além da contrariedade dinâmica do real, outra categoria importante para entender a dialética é a totalidade, pela qual o todo predomina sobre as partes que o constituem. As coisas estão em relação recíproca e nenhum fenômeno da natureza ou pensamento pode ser compreendido isoladamente fora dos fenômenos que o rodeiam (ARANHA; MARTINS, 1995; CHAUI, 2002; DEMO, 1989).

A orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das idéias expostas nos produtos sociais, buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com o seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e as transformações (MINAYO, 2002a, p.101).

Assim, enquanto a hermenêutica busca a compreensão, a dialética faz a crítica. Habermas contrapõe-se à abordagem apenas da compreensão da hermenêutica, dizendo que

esta ignora a totalidade da vida social, uma vez que se move no espaço da comunicação restrito da vida cotidiana que, segundo ele, não dá conta do processo histórico, social e cultural.

Habermas critica Gadamer dizendo que o contexto da tradição não é apenas o espaço da verdade, mas também da falsidade, atravessado pelos interesses e pela violência. É necessário reconhecer que há distorções na linguagem, movidas por interesses, que impedem o perfeito diálogo e a emancipação humana. Habermas argumenta que o mundo se compõe de trabalho, poder e linguagem, e, assim sendo, a linguagem que reflete esse mundo está marcada e limitada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder. Por entender que é necessário superar as interferências da ideologia na linguagem é que Habermas intitula sua teoria como crítica das ideologias (ANDRIOLI, 2003; MINAYO, 2002a). “Uma das diferenças fundamentais com Gadamer é que, enquanto para este o diálogo está dado, sendo uma condição, na teoria da ação comunicativa, ele passa a ser uma idéia reguladora, um dever ser para o futuro” (ANDRIOLI, 2003, p.1).

Assim, o exercício dialético considera como fundamento da comunicação às relações historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes e grupos e cultura. Entende a linguagem como um veículo de comunicação e de dificuldade de comunicação, pois seus significantes, com significados aparentemente iguais para todos, escondem e expressam a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração, da resistência e da conformidade (MINAYO, 2002a).

Enquanto a hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz a compreensão da realidade, o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação.

A dialética considera que a vida social é o único valor comum que reúne todos os seres humanos, e de todos os lugares, coincidindo com a hermenêutica, que revela que o terreno da intersubjetividade é o lócus da compreensão.

Assim, é possível haver um diálogo entre hermenêutica e dialética que preconize:

- a) a compreensão da consciência e das atitudes fundamentais dos indivíduos e grupos em análise, em face dos valores da comunidade e do universo;
- b) a compreensão das transformações do sujeito da ação dialética, ser humano-natureza-sociedade, numa busca de síntese entre o passado, presente e a projeção do futuro;
- c) a compreensão das ações humanas de todos os tipos e dos diferentes lugares e acontecimentos inevitáveis ligados a elas, sejam quais forem as intenções dos atores sociais e significados que atribuam aos eventos e ao seu próprio comportamento;
- d) a compreensão de que as estruturas que condicionam os seres humanos em seu processo individual e coletivo são construções humanas objetivadas;
- e) a compreensão de que a liberdade e a necessidade se condicionam mutuamente no processo histórico (MINAYO, 2002a, p.102).

A hermenêutica e a dialética se complementam. As limitações da hermenêutica são superadas pela dialética. A dialética, por sua vez, é beneficiada pelo movimento hermenêutico, que enfatiza o acordo e o cotidiano.

Ambas trazem em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, da linguagem, do trabalho e do pensamento; partem do princípio de que não há observador imparcial e nem ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história; consideram que o investigador é parte da realidade que investiga; questionam o tecnicismo como caminho capaz de realizar a crítica dos processos sociais; referem-se à práxis e desvendam os condicionantes de produção intelectual marcada tanto pela tradição, pelos “pré-juízos”, como pelo poder, pelos interesses e limitações do desenvolvimento histórico (MINAYO, 2002a).

A união da hermenêutica com a dialética estimula o intérprete a buscar o entendimento do texto, da fala, do depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações com significado específico (MINAYO, 1999, p.227).

Neste método, a fala dos autores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida, e dentro do espaço histórico em que foi proferida. O texto representa uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, em que o autor e o intérprete fazem parte do mesmo contexto ético-político, local onde subsistem ao mesmo tempo acordos e tensões. A hermenêutica dialética é capaz de superar os esquemas interpretativos formais, aproximando-se mais da realidade.

Para compreender a fala, ele a coloca no contexto histórico e cultural no qual foi produzida, sendo interpretada à luz do presente. As balizas da postura hermenêutica, segundo Minayo (2002a), embasadas em Gadamer, Habermas, Stein, estabelecem que o pesquisador, através de dados históricos e empatia, deve buscar o contexto do texto do entrevistado e dos documentos que analisa; precisa adquirir uma atitude de respeito pelo que dizem os entrevistados e os documentos analisados, tendo ciência de que, por mais que seja obscuro o que é dito, isso tem um teor de racionalidade e sentido. O pesquisador deve buscar nos textos o sentido que quis expressar quem os emitiu, revelando as razões do autor na interpretação. Deve ter claro que a interpretação deve estar aberta diante de novos achados do contexto e de novos questionamentos; deve interpretar indo além de quem escreveu o texto, pois quem o escreveu não tinha a consciência de tudo o que nele pode ser lido sobre seu tempo e seus contemporâneos.

Ao interpretar a realidade, de acordo com Minayo (2002a), a hermenêutica utiliza os seguintes procedimentos:

- a. busca as semelhanças e as diferenças entre o contexto do autor e o contexto do pesquisador;
- b. explora a situação do autor que o texto ou linguagem em análise permite. O mundo da cotidianidade, o mundo objetivo onde se produz o discurso é parâmetro de análise, sendo o único mundo possível do consenso, da compreensão ou do estranhamento da comunicação intersubjetiva;
- c. supõe o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos da pesquisa com o mundo da vida do pesquisado e, mostra por que o sujeito que busca entender a linguagem posiciona-se de tal maneira e não de outra;
- d. busca entender os textos neles mesmos;
- e. apóia a reflexão sobre o contexto histórico, uma vez que o investigador e o sujeito da pesquisa são expressivos de seu tempo e espaço cultural.

6.6.1.1. A hermenêutica dialética - sua operacionalização

Os dados coletados, sistematicamente organizados a partir de uma abordagem descritiva e reflexiva, foram interpretados e analisados à luz da hermenêutica como uma linha de pensamento.

De acordo com a hermenêutica dialética, procurei interpretar os dados, considerando os contextos sociais e históricos dos participantes, o seu cotidiano, o único mundo possível do consenso, da compreensão ou do estranhamento da comunicação intersubjetiva. O conhecimento dos contextos tem importância porque o discurso não expressa apenas um conhecimento individual, mas expressa um saber compartilhado com os outros, marcado pela tradição, pela cultura, pelo poder e pela conjuntura.

Busquei interpretar seus discursos, respeitando suas colocações e tentando trazer à tona, além do dito, o não dito, o expresso através dos gestos, dos silêncios e das posturas.

Procurei estar sempre aberta às novas reflexões e questionamentos à medida que os encontros dialógicos com os atores envolvidos e *experts* na área se estabeleciam, e o compartilhamento de conhecimentos e experiências se dava.

Nesta compreensão, tentei me colocar no lugar do outro diferente de mim, adivinhando e revelando o que outro diz e é. De acordo com o que diz Schleiermacher (apud GADAMER, 1998, p.295) "Cada individualidade é uma manifestação do viver total e que,

por isso, cada qual traz em si um mínimo de cada um do demais, e isto estimula a adivinhação por si mesmo”.

Procurei estar aberta aos seus discursos e tentar compreendê-los; questionar por que se expressavam de uma maneira e não de outra; deixar emergir as contradições e conflitos; relacionar suas opiniões com as minhas, fundindo nossos horizontes, construído em co-participação, um novo conhecimento. Tentei interpretar suas falas, seus discursos e vivências.

O método hermenêutico-dialético, como um “caminho de pensamento”, se apresenta como o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. A interpretação para Minayo (1999) tem dois momentos. No primeiro momento interpretativo, o marco fundamental para análise é o contexto sócio-cultural que já deve ter sido estabelecido na fase exploratória do estudo. O segundo momento interpretativo é na verdade o ponto de partida e ponto de chegada de qualquer investigação: é o encontro com os fatos empíricos. É preciso encontrar a totalidade a partir deles. Os textos oriundos das entrevistas e das observações são elementos fundamentais e imprescindíveis neste caminho interpretativo. Eles, “os textos, têm uma significação particular e um papel revelador do todo” (MINAYO, 1999, p.233). São frutos das manifestações e dos condicionamentos sócio-culturais, do cotidiano, das condições dadas e também das transformações processadas no e pelo meio social.

Minayo (1999) refere que operacionalizar este momento, o momento interpretativo, é o desafio da análise; é o instante hermenêutico em que se toma o material para ser tecnicamente trabalhado. Segundo ela, pode-se aproveitar para interpretar todo o progresso técnico, seja de determinada forma de análise de conteúdo ou de análise de discurso, com a condição de submeter estas técnicas a uma superação dialética, isto é, ao conjunto das relações envolvidas. É necessário tomar o material concreto, as comunicações individuais (entrevistas, documentos, notas, histórias de vida, discussões), observações das condutas, comportamentos e posturas dos atores sociais (anotações do diário de campo), tais como são manifestadas pelos atores sociais empiricamente, e se voltar para a teoria para uma reflexão dos conceitos iniciais; para colocar em dúvida as idéias evidentes.

Para Minayo (1999), o método hermenêutico coloca a fala no seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica em que é produzida. Desta forma, a interpretação se aproxima mais da realidade. Minayo (1999, p.231) reforça “a necessidade de unir na análise todo o material escrito, como as observações, o contexto estruturado e todo o sentido “evasivo”, “dinâmico”, “complexo” das relações sociais”.

Minayo (1999) propõe os seguintes passos para operacionalização da pesquisa: ordenação de dados, classificação (leitura exaustiva, constituição do corpus e descrição) e

análise final. Para interpretar os dados, utilizei esta proposta de Minayo (1999) e contribuições de Moraes (2003) e Bardin (1994), considerando o conjunto das relações envolvidas (sociais, econômicas, culturais, históricos, políticas e educacionais).

6. 6.2. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Transcritas as entrevistas e realizados os registros oriundos das entrevistas e da observação participante, procurei organizar os dados. Estabeleci um arquivo específico para cada participante, composto das entrevistas, quadros contendo as notas das entrevistas e notas de observação (NO), bem como as notas teóricas individuais que apontavam de forma sucinta as idéias centrais, os temas que emergiram na primeira leitura dos discursos e as barreiras. Isto me permitiu ter uma visão do perfil dos participantes e identificar os aspectos relevantes sobre o tema do estudo e as idéias centrais que me auxiliaram na saturação dos dados e classificação final. Organizei os arquivos de acordo com os contextos (HU e unidade local de saúde) e populações (profissionais e gestantes). Criei também um arquivo para os outros registros da observação participante. Designei uma cor e um nome de flor para cada participante e criei uma legenda, aliando a cor ao participante. Desta forma, tinha clareza de quem era o discurso. Mostro abaixo dois quadros, o de uma gestante e o de um profissional, que exemplificam alguns destes procedimentos que foram adotados para todos os participantes, totalizando 40 quadros.

QUADRO 1: ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE (HU). PERFIL E IDÉIAS CENTRAIS

NOTAS DE ENTREVISTA (NE)	NOTAS DE OBSERVAÇÃO (NO)	NOTAS TEÓRICAS (NT)
Entrevistada -cor rosa Denominação: nome de flor.	Apresentou outros profissionais, respondeu os questionamentos sem pressa. Tranquila, calma, tímida. Receptiva Fala baixo. Disponível. Preocupada. Atenciosa. Às vezes, tem dificuldade em expressar suas idéias. Cuidadosa com o que fala. Gosta de atividades educativas. Cooperativa. Disponível	Idéias centrais: atenção primária e hospitalar; consulta de enfermagem; ambiente humanizado: estrutura física para consulta, sala de espera e equipamentos.
Local: no consultório de enfermagem	Preocupada com o teor das respostas e em atender as propostas do estudo	Temas que emergiram: o protagonismo da gestante; valorização da pessoa e do que sente; importância das atividades educativas. Acolhimento, relação dialógica, atenção personalizada.

<p>Mora na Carvoeira, em Florianópolis, há 49 anos e 11 meses. 49 anos. Nível de escolaridade: superior. Católica. Solteira. Enfermeira há 25 anos.</p>	<p>Posicionamento em relação ao convite: mostrou disponibilidade e empenho. Apresentou outros participantes. Acolheu.</p>	<p>Barreiras: falta de disponibilidade de tempo; estrutura; muita demanda e poucos profissionais; relações de poder.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

QUADRO 2: ENTREVISTAS COM AS GESTANTES (HU). PERFIL E IDÉIAS CENTRAIS

NOTAS DE ENTREVISTA (NE)	NOTAS DE OBSERVAÇÃO (NO)	NOTAS TEÓRICAS (NT)
<p>Primeiro encontro no HU no dia 27 de março de 2005. Participei da consulta.</p>	<p>Colocou-se à disposição apesar de debilitada fisicamente (pneumonia) Disponível. Falante. Reivindicativa. Atenciosa, tranqüila e disponível para responder aos questionamentos. Bem-arrumada, delicada, falante, sorridente e preocupada com a família. Na entrevista mostrou-se à vontade, tranqüila e calma. Um pouco envergonhada com a arrumação da cozinha. A casa estava limpa; roupas lavadas em grande quantidade no varal. Constrangida com a presença da mãe que havia reencontrado naquela semana. Parece ter um bom relacionamento com o companheiro. Ele me recebeu e foi muito carinhoso com a gestante quando se despediu dela para ir trabalhar.</p>	<p>Idéias centrais: abordou cuidado humanizado e a postura do profissional. A atenção: ouvir, dar espaço para falar; a comunicação e as atividades educativas. Centrou-se na atenção desumanizada - falta de diálogo, de reconhecimento do que sente e mau humor.</p> <p>Barreiras: econômica; transporte (gestante); falta de compromisso com a clientela; falta de articulação dos serviços (profissional de algumas unidades).</p>
<p>Local- cor roxa Nome da flor Entrevista realizada na sua residência</p>	<p>Não fez pré-natal na primeira gravidez. Fugiu de casa. Pediu ajuda do conselho tutelar. Teve problemas psiquiátricos. Família adotiva. Quando souberam apoiaram a gravidez. Recentemente conheceu a mãe verdadeira, bem diferente do seu modo de agir, porém a acolheu.</p>	<p>Temas que emergiram: diferença entre SUS e o particular; o não reconhecimento da gestante como pessoa; relação dialógica e comunicação; troca de informações, considerando este fator de vital importância.</p>
<p>Mora no Córrego Grande. Natural de Passo Fundo. Reside faz três anos em Fpolis. 26 anos. Escolaridade: ensino Médio. Sem religião. União consensual. Operadora da Tele marketing. (tipo). Mora em casa de material, alugada com o companheiro. Renda individual: dois salários. GESTA 3, DUM: 27/9. Gravidez planejada e aceita. Pré-natal no primeiro trimestre. Foi na unidade e depois HU.</p>		

6.6.3. CLASSIFICAÇÃO E REORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Segundo Minayo (1999, p.235), não é o campo que traz o dado, na medida em que o dado não é dado, é construído. “É fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e num processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador” (MINAYO, 1999, p.235). A classificação é um processo feito a partir do material recolhido, com base no embasamento teórico, pressupostos e hipóteses do pesquisador.

Após a elaboração dos quadros reli de forma exaustiva e repetida os textos, isto é, fiz uma “leitura flutuante”, cuidadosa, pormenorizada e aprofundada, procurando compreender e atribuir os sentidos e os significados contidos nos textos, as estruturas relevantes e centrais sobre o fenômeno em foco. Deixei que os discursos me dissessem algo, procurando sempre colocar de lado as opiniões prévias arbitrarias. Contudo, procurei relacionar os discursos dos envolvidos com os meus pressupostos e objetivos da pesquisa, em consonância com o que diz Gadamer (1998). Para ele, a interpretação exige abertura à opinião do outro ou do texto, mas esta abertura inclui sempre que se ponha a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias ou que a gente se ponha em certa relação com elas. Para ele, a leitura possibilita múltiplos sentidos e depende da visão e do contexto histórico e social do intérprete.

Os materiais textuais constituem significantes a que o analista precisa atribuir sentidos e significados. [...] Toda a leitura já é uma interpretação e que não existe uma leitura única e objetiva. Ainda que, seguidamente, dentro de determinados grupos, possam ocorrer interpretações semelhantes, um texto sempre possibilita múltiplas significações. Diferentes sentidos podem ser lidos em um mesmo texto. [...] Toda leitura é feita a partir de alguma perspectiva teórica, seja esta consciente ou não. Ainda que se possa admitir o esforço em colocar entre parênteses nossas teorias, toda leitura implica ou exige algum tipo de teoria para poder concretizar-se. (MORAES, 2003, p. 192).

Neste processo, o envolvimento aprofundado e a impregnação com os materiais analisados foram de vital importância, permitindo a emergência de novas compreensões em relação ao fenômeno investigado e o cuidado humanizado no pré-natal.

Tentei várias vezes fazer a ordenação e classificação dos dados, utilizando recortes e colando manualmente, mas isto não se constituiu uma estratégia adequada e prática para mim. Não raramente me perdia no meio de tantas folhas. Assim, optei em fazer esta classificação no computador e fazer os recortes, utilizando os ícones de recorte, colagem e localizador.

Identifiquei os discursos que caracterizavam o cuidado humanizado no pré-natal, os obstáculos e as facilidades para sua concretização. Classifiquei os dados em quadros,

seguindo os temas centrais delineados na ordenação e classificação preliminar, exemplificada anteriormente. Assim, a construção desses novos quadros contemplava o seguinte: na primeira coluna registrei as falas ou discursos mais relevantes dos participantes (dados empíricos), na segunda, os temas que emergiram após uma primeira leitura, e na terceira, os aspectos a serem analisados, respeitando cada contexto e população estudada, citados a seguir: significado do cuidado humanizado, compreensão sobre o cuidado pré-natal, atenção desumanizada, barreiras pessoais, institucionais e do sistema, facilidades, fragilidades, dificuldades para a sedimentação do cuidado humanizado no pré-natal e qualidades do profissional para exercer o cuidado humanizado. Esta classificação deu origem a quatro novos quadros: dois contendo os dados dos profissionais, um deles do Hospital Universitário e outro da ULS da Agronômica e; dois contendo os dados das gestantes, um do HU e o último das gestantes da ULS da Agronômica.

Esta reorganização se deu em virtude do material extenso (637 páginas digitadas/espaco 1,5 cm, modo retrato) para analisar o conjunto de documentos (entrevistas, notas de observação participante e quadros) que constituía o “corpus” do estudo.

O corpus [...], é constituído essencialmente de produções textuais. Os textos são entendidos como produções lingüísticas, referentes a determinado fenômeno e originadas em um determinado tempo. São vistos como produtos que expressam discursos sobre fenômenos e que podem ser lidos, descritos e interpretados, correspondendo a uma multiplicidade de sentidos que a partir deles podem ser construídos. (MORAES, 2003, p. 194).

O material a ser trabalhado ficou reduzido a 278 páginas, 178 páginas provenientes dos quatro quadros (classificação dos dados dos profissionais e das gestantes do HU e da ULS da Agronômica); 60 páginas dos quadros anteriores (perfil e idéias centrais), oriundas das entrevistas, e 40 páginas oriundas da notas de observação registradas no diário de campo, configuradas no modo de paisagem e espaço simples.

Para facilitar uma melhor compreensão do leitor, fiz um pequeno recorte de um dos quadros. Ele permite visualizar como organizei e classifiquei os dados brutos. A segunda coluna contempla uma primeira aproximação e interpretação com aquilo que o participante pretendia comunicar, alguns temas provisórios que emergiram.

QUADRO 3: CLASSIFICAÇÃO INICIAL DOS DADOS DOS PROFISSIONAIS DA ULS DA AGRONÔMICA.

FALAS OU DISCURSOS-DADOS IMPÍRICOS	TEMAS	PONTOS PARA ANÁLISE
O pré-natal é importante para ver o crescimento do bebê e cuidado da mãe, e esta parte de orientação neste momento diferente e especial. Não é restrita à consulta. É uma época da vida da mulher que ela deve ter muita dúvida. Se ela tem o suporte da família, ainda é melhor. Ela precisa de orientação, de carinho, de cuidado médico e de enfermagem, precisa de palestras sobre como é que vai ser o parto dela, sobre o que vai acontecer com ela e com o corpo dela. O que vai ocorrer daqui a nove meses, a angústia para cuidar do bebê, o que ela vai fazer. Ela precisa de um atendimento, de uma orientação individual ou grupal. Isto é importante	ATENÇÃO INTERDISCIPLINAR AMPLIAÇÃO. MAIS QUE CONSULTA. NECESSIDADE DE INFORMAÇÕES SUPORTE DA FAMÍLIA CUIDADO.	COMPREENSÃO SOBRE CUIDADO PRÉ-NATAL
Tudo que envolve as relações dela com a família tem a ver com o pré-natal. Todo o cotidiano acaba interferindo, todo o apoio, familiar, social, econômico, dos profissionais de saúde tem a ver e influencia o pré-natal, nos ambientes de saúde como fora.	INTERDEPENDÊNCIA/ CONTEXTOS RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS INTER-RELAÇÃO FAMÍLIA SOCIAL E ECONÔMICA	COMPREENSÃO SOBRE O CUIDADO PRÉ-NATAL
Valorização da pessoa, da mulher, o significado de estar gestante. Em si, do universo dessa pessoa. Eu acho que fundamentalmente é isso.	VALORIZAÇÃO DA MULHER E SEU CONTEXTO E O SIGNIFICADO DA GESTAÇÃO	SIGNIFICADO DO CUIDADO HUMANIZADO
Quando ela tiver abertura para falar às dúvidas que ela tem; quando o profissional não recrimina práticas que ela tem ou faz, quando o profissional pede para a gestante se ela compreendeu, se ela concorda com aquele atendimento que ela está tendo, se ela foi orientada sobre os procedimentos.	VALORIZAÇÃO DA GESTANTE EVITAR PRECONCEITO TER VOZ	SIGNIFICADO CUIDADO HUMANIZADO
Engloba desde a família, a história familiar, o meio em que vive. Como é o viver dela, a qualidade da moradia dela? Abordar as doenças que podem influenciar a gravidez, as condições da casa, o esgoto, o relacionamento com marido e com a família e outros filhos. O exame físico e laboratorial estarem disponíveis. Ter um acompanhamento psicológico. Tem que ter contra-referência e tem que dar resposta, não estar desvinculada. É uma abordagem integral.	ATENÇÃO INTEGRAL INSERIR NO CONTEXTO SOCIOCULTURAL	SIGNIFICADO CUIDADO HUMANIZADO
O trabalho humanizado seria isto. Estar atenta para outros aspectos além do físico que fica na evolução da gestação. Toda relação com os familiares, intrafamiliar, relação com o trabalho, aspectos externos, até as pessoas que não estão relacionadas com a gestação. Outros aspectos que têm a	ATENDER ALÉM DO FÍSICO, DO BIOMÉDICO TODAS AS DIMENSÕES-INTEGRAL.	SIGNIFICADO CUIDADO HUMANIZADO

ver com a gestação são todos os medos, medos das perdas.		
O termo cuidado humanizado seria uma contrapartida da questão da tecnologia, tecnificação. Porque você falar de humanização para humanos parece uma redundância. Mas, é que seria um resgate então das relações humanas e dessa interação, uma atenção não tão enfocada no biomédico, assim, na questão da tecnologia,... Eu acho que um retorno desses aspectos	RELAÇÃO DIALÓGICA CONTRAPONTO-BIOMEDICINA	SIGNIFICADO CUIDADO HUMANIZADO
Mas eu acho que depende do profissional, de como ele atende, da postura dele. Devia ter uma capacitação, não para ensinar, mas para lembrar disso, mas a gente entra numa rotina. Mergulha numa rotina. É normal acontecer isto. Se esquece de olhar para a pessoa e perguntar como está. É menino ou menina? Qual o nome? A gestante gosta disso, mas não, a gente atente rápido, tem muita gente esperando. A gente se perde. Precisa dar uma parada.	NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO. POSTURA E ATITUDE DO PROFISSIONAL. DISTANCIAMENTO DO USUÁRIO.	BARREIRA DO PROFISSIONAL/INSTI- TUIÇÃO
Entra naquela primeira pergunta. Ouvir, dar abertura. Não tratar de maneira grosseira; se mostrar receptivo. Tirar as dúvidas; abrir para o questionamento; dar orientações; ver conhecimentos prévios; grupo de gestantes. Saber ouvir, dar abertura. Colocar-se à disposição, ter a segurança. Qualquer coisa pode vir.	SER RECEPTIVO, AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS OUVIR; DISPONIBILIDADE; SEGURANÇA TÉCNICA E RELACIONAL.	QUALIDADES DO PROFISSIONAL
Se ela viesse acompanhada de pessoa que tivesse confiança, poderia ser o companheiro. Facilitaria sua participação e adesão à consulta.	INCLUSÃO DO ACOMPANHANTE/ADESÃO	FACILIDADE/CUIDA- DO HUMANIZADO

Conforme Minayo (1999), esta primeira classificação é preliminar e grosseira. Cada assunto ou tema deve ser guardado em gavetas separadamente. Em seguida, continua Minayo (1999), faz-se um enxugamento da classificação por temas mais relevantes que podem surgir para comprovação das hipóteses, permitindo um refinar e refazer o movimento classificatório.

Aprofundando a interpretação e análise dos dados, refiz este movimento, reclassificando os temas relevantes. Relacionei os temas que convergiam, possibilitando a emersão das categorias provisórias e depois as permanentes. Estabelecidas as categorias, estas foram descritas (próximo capítulo), considerando os contextos e populações.

Posteriormente, foram estabelecidas as convergências e divergências dos significados atribuídos pelos dois atores sociais, gestantes e profissionais, respeitando os contextos, nos quais estavam inseridos. As categorias permanentes foram interpretadas e analisadas à luz dos pressupostos e conceitos próprios e de Edgar Morin, ou seja, do referencial teórico e à luz da Hermenêutica dialética, como linha de pensamento, apoiado por idéias de autores que

abordam o tema como veremos nos próximos capítulos. Todo este processo de classificação, este processo de análise foi muito trabalhoso e exigiu muita reflexão, leituras, desgaste e um longo tempo para ser concretizado, mas certamente foi importante e necessário para garantir a qualidade e o rigor que se espera de uma pesquisa qualitativa.

6.6.4. ANÁLISE FINAL

Esta última etapa, a análise final, abordada nos capítulos que se seguem, é o momento ímpar, em que o pesquisador, de posse de todo o material coletado, ordenado e classificado, se depara realmente com o seu objeto de seu trabalho (MINAYO, 1999) e relaciona os dados empíricos e teóricos.

Este movimento incessante que leva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, é o verdadeiro movimento dialético, visando o concreto pensado e transformação da realidade (MINAYO, 1999, p.237).

Para Minayo (1999) e para Morin (2001), é o produto final, um conhecimento que continua inacabado e provisório, resultado de todas as etapas da pesquisa. É o concreto pensado, no qual a autora inclui em um mesmo projeto, o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações num movimento totalizador. Para Minayo (1999, p.237),

[...] além de superar a dicotomia objetividade-subjetividade, exterioridade e interioridade, análise e síntese, revela que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador.

Assim, para ela, a análise final de qualquer investigação sempre deve estar vinculada à realidade, abrangendo a teoria e prática, enquanto unidades complementares, podendo esta pesquisa ser utilizada como fundamento para propostas e mudanças nas relações e nos contextos.

6.7 RIGOR DA PESQUISA

A pesquisa trabalha com um tema do cotidiano, da vida prática, tendo uma aproximação com situação social e a intenção de propor possibilidades que possam contribuir para um cuidado humanizado na atenção ao pré-natal, embasadas na opinião dos atores envolvidos no processo. Neste estudo, o rigor foi assegurado através da coerência e da originalidade, transferibilidade, segurança, credibilidade e representatividade dos dados, conforme Polit e Hungler (1995); Minayo (1999); Trentini e Pain (2004), como veremos a seguir:

- a. Coerência: a construção do conhecimento se deu logicamente tanto no sentido teórico como em todas as etapas de investigação
- b. Originalidade: esta construção teórica amplia o estado da arte sobre o cuidado humanizado no pré-natal, podendo servir de subsídio para instrumentalizar os profissionais que atuam na prática e, quiçá, gerar mudanças na realidade existente.
- c. Transferibilidade: esta pesquisa, por ser qualitativa, não pode ser generalizada a todos os grupos. Os resultados dela dizem respeito a uma população e a um contexto histórico específico. A descrição dos dados foi feita em profundidade, cabendo ao consumidor da pesquisa avaliar a possibilidade de aplicabilidade em outro contexto similar. É bom lembrar que esta pesquisa constitui-se de conhecimentos provisórios e inacabados, e, assim sendo, seus achados estão em constante mudança.
- d. Segurança: os dados foram validados pelos participantes da pesquisa, individualmente. A pesquisa mostrou a congruência entre a definição do tema, coleta de dados e resultados.
- e. Credibilidade: a pesquisa tem credibilidade, ou seja, segundo Trentini e Pain (2004), mostra transparência e fidedignidade em relação aos achados. Os dados foram coletados durante um longo período de tempo; foram construídos e interpretados de forma cuidadosa e exemplificados através das falas dos participantes. A credibilidade foi assegurada através da triangulação de dados, que consistiu na utilização de fontes múltiplas de coleta de dados (entrevista e observação participante) e de várias visões sobre o assunto investigado. Os diferentes contextos e populações pesquisadas ampliaram a visão sobre o tema.
- f. Representatividade dos dados: foi assegurada através das diferentes perspectivas do estudo do cuidado humanizado (participantes, locais) e da saturação dos dados.

Este estudo valoriza a intersubjetividade, não se respalda na neutralidade. O pesquisador é sujeito participante no processo de pesquisa. No entanto, o pesquisador procura também descobrir a realidade em sua objetividade singular.

6.8 QUESTÕES ÉTICAS

Após aprovação do projeto, este foi avaliado e validado pelas instituições e serviços que serviram de contexto para o estudo. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa, envolvendo “Seres Humanos” da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado sem ressalvas.

Em consonância com o princípio de respeito à dignidade humana, os entrevistados foram convidados e consultados se desejavam ou não participar da pesquisa. Foi garantida a autonomia de se retirarem do estudo a qualquer momento. Nenhuma medida de coerção foi tomada para induzir os indivíduos a participarem na pesquisa. Para tanto, os participantes leram e assinaram um termo de consentimento, afirmando que aceitavam fazer parte do estudo. Neste termo de consentimento, constaram os objetivos, as finalidades da pesquisa e o nome do pesquisador. Foi também garantido por escrito o anonimato, a confiabilidade, o sigilo das informações e voluntariedade do entrevistado.

Seguindo os princípios éticos da beneficência e justiça, foi garantido aos entrevistados que todos os procedimentos da pesquisa não resultariam em qualquer risco à sua vida, à integridade e à saúde. Ao contrário, poderia auxiliá-los à medida que os questionamentos poderiam gerar reflexões em relação ao cuidado humanizado e contribuir para o crescimento pessoal e /ou profissional e, quiçá, para gerar mudanças na realidade. Todos os participantes foram tratados de forma eqüitativa, sem qualquer tipo de discriminação. Todas as informações obtidas na entrevista e nos encontros permaneceram confidenciais, sendo usadas somente para este estudo. Foi mantido o sigilo profissional, evitando-se emitir julgamentos sobre os conhecimentos, as crenças ou as condutas dos envolvidos no estudo. Os nomes dos participantes foram substituídos por codinomes para manter o anonimato das informações, sendo denominados por nome de flores.

O respeito às opiniões dos entrevistados e a fidedignidade de suas falas foram mantidos durante todo o desenvolvimento da pesquisa. As entrevistas foram validadas pelos envolvidos na pesquisa, em grupo ou individualmente. O cumprimento dos acordos, estabelecimentos de locais e horários das entrevistas foram observados rigorosamente, sendo estabelecidos em comum acordo entre o pesquisador e o pesquisado.

Para que o estudo tivesse caráter sigiloso, foram respeitados os princípios éticos de uma pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96¹⁶. Tanto os participantes como os dados colhidos foram e serão mantidos em sigilo, de acordo com a ética exigida para o estudo. Foi elaborado um documento – termo de consentimento –, no qual foram explicados todos os procedimentos que foram utilizados com cada participante, de modo que todos os envolvidos na pesquisa o fizeram por livre concordância.

¹⁶ Decreto 196/96 de Pesquisa com Seres Humanos, do Ministério da Saúde, Brasília, 1996.

CAPÍTULO 7

DESCREVENDO AS CATEGORIAS E INTERLIGANDO-AS. APROXIMANDO-ME AINDA MAIS DOS ATORES SOCIAIS

PESSOAS E FLORES

***Branças, amarelas, vermelhas, negras;
Rosa, laranja, lilás, azuis, todas as nuances;
Frágeis e fortes; sensíveis e insensíveis;
Solitárias e unidas. Muitas e poucas;
Firmes, presas, livres, dependentes;
Naturais, artificiais, construídas, destruídas.
Na sombra ou no sol; na noite e no dia;
Alegres, tristes, na vida e na morte;
Com Amor e paixão, ternura, emoção;
Leves e pesadas, pequenas e grandes;
Fechadas, abertas, paradas e em movimento;
Exuberantes, murchas, secas, viçosas;
Crescendo, morrendo, se transformando;
Simples e complexas;
Pessoas e flores.
(Maria de Fátima Mota Zampieri, 2006).***

Neste capítulo descrevo as categorias, ainda que provisórias, oriundas dos diálogos com as gestantes e com os profissionais, procurando interligá-las, relacionando-as aos dados empíricos que afloram dos “corpus” e reflito sobre os temas. Dou mais um passo para ampliar o conhecimento, o estado da arte sobre o cuidado humanizado no pré-natal. Em função das visões e necessidades específicas das gestantes e dos profissionais, dos contextos em que se inserem, da saturação dos dados e, sobretudo, para atender a um dos objetivos, que é o de conhecer as divergências e convergências entre as duas populações-alvo deste estudo, procurei em um primeiro momento descrever os discursos, separando os dois atores sociais, as gestantes e os profissionais. Com esta decisão, incorro no risco de me tornar redundante e repetitiva, mas, em contrapartida, tenho a garantia de estar realmente expressando o que os envolvidos no processo compreendem sobre o cuidado humanizado no pré-natal.

A descrição é um esforço de exposição de sentidos e significados em sua aproximação mais direta com os textos analisados. Descrever, nesse sentido, constitui-se num movimento de produção textual mais próximo do empírico, sem envolver um exercício de afastamento interpretativo mais aprofundado. Desse modo, a descrição se constitui em exposição de idéias de uma perspectiva próxima de uma leitura imediata, mesmo que não aprofundada. A descrição na análise textual qualitativa concretiza-se a partir das categorias construídas ao longo da análise. Descrever é apresentar as categorias e subcategorias, fundamentando e validando essas descrições a partir de interlocuções empíricas ou ancoragem dos argumentos em informações retiradas dos textos (MORAES, 2003, 204).

Primeiro faço a descrição do diálogo com as gestantes, e depois, com os profissionais, inserindo suas falas nos seus cenários de vida (situação e contexto) para serem melhor compreendidas, conforme afirmam Gadamer (1998) e Morin (2002a).

Ao longo da descrição, percebe-se que as convergências e divergências se dão não só entre as gestantes e profissionais, mas também entre as gestantes e entre os profissionais nos diferentes contextos.

7.1 DIALOGANDO COM AS GESTANTES SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO NA GESTAÇÃO

No diálogo com os textos, a partir das falas das gestantes, emergiram temas que foram agrupados em categorias interligadas entre si. Tema entendido como a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto, os núcleos de sentido que compõem a comunicação

(BARDIN, 1994). O significado de cuidado humanizado para as gestantes foi evidenciado através das seguintes categorias e subcategorias provisórias¹⁷:

1. Cuidado pré-natal/Atenção pré-natal: compreendendo os significados e as finalidades.
2. Garantia e facilidade de acesso à atenção à saúde completa. Subcategorias: a) barreiras e as possibilidades para ter acesso ao serviço de saúde: institucionais, do sistema, dos profissionais e da gestante; b) a escolha do serviço: facilidades e dificuldades apontadas para acesso e adesão.
3. Atenção integral centrada no ser humano, priorizando a promoção da saúde.
4. O acolhimento: receber bem.
5. Relação de confiança entre o profissional e as gestantes.
6. Atenção especial e diferenciada que valoriza o ser humano como pessoa. Subcategorias: a) Apontando situações que desconsideram a gestante como pessoa.
7. Ter acesso às informações e trocar conhecimentos no âmbito coletivo ou individual. Subcategoria: a) Fatores que dificultam o desenvolvimento da prática educativa.
8. Conhecer, reivindicar os seus direitos como gestante e ter estes direitos respeitados. Subcategoria: a) descumprimento dos direitos.
9. Participação da família, especialmente, do companheiro.
10. Participar ativamente do processo de nascimento e das questões relativas à sua saúde e da população.

7.1.1 CUIDADO PRÉ-NATAL/ATENÇÃO PRÉ-NATAL: COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS E AS FINALIDADES

O cuidado pré-natal/atenção pré-natal para uma parcela das gestantes foi considerado (a) sinônimo de consulta, prioritariamente médica. Para outras, vai além da consulta médica ou de enfermagem. Inclui as atividades multiprofissionais e educativas individuais e coletivas na consulta, na sala de espera e no grupo de gestantes. É toda a vivência que o casal passa a ter a partir do momento em que a mulher descobre que está grávida. É o acompanhamento da gravidez por diversos profissionais. São os diálogos estabelecidos com as outras gestantes. Consiste no suporte físico, emocional, psicológico, dado pelos profissionais e pela família.

Esta vivência, que acontece desde que a gente descobre que está esperando o bebê. É este acompanhamento todo. Não só o acompanhamento médico. A conversa com outros profissionais, que não só os obstetras, como enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, que fazem parte desta condução do pré-natal que estamos vivendo. Acho que esta questão do curso ou grupo de gestantes. É o suporte físico emocional

¹⁷ Ver quadro 4 das categorias provisórias na p.. 304

e psicológico. Outras questões que envolvem a troca de experiências com outras gestantes ou casais grávidos (AZALÉA, HIBISCO, HU).

As gestantes procuram acompanhar a gestação, pois se preocupam com a sua saúde, e sobretudo com a saúde do bebê, sua sobrevivência e o seu desenvolvimento livre de riscos, sendo este o principal motivador da procura do serviço de saúde.

Mas eu acho que o pré-natal é super importante. Eu acho que a gente deve vir em todas as consultas. É importante, tanto para a mãe quanto para o nenê (GERÂNIO, ULS da AGRONÔMICA).

As gestantes da unidade local de saúde e do HU compreendem o cuidado pré-natal, independente de ser humanizada ou não, como um serviço de vital importância, sobretudo, para terem acesso às informações sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê; prepararem-se para o trabalho de parto, parto, pós-parto e maternidade; compreenderem melhor este processo; conhecerem as modificações gravídicas, os desconfortos e os cuidados e; quebrarem mitos sobre todo o processo de nascimento, que se perpetuam ao longo dos anos. Acrescentaram ainda que a troca de conhecimentos entre as gestantes nos grupos fornece subsídios para minimizar os problemas que surgem e possibilita lidar melhor com os outros filhos.

O apoio da família, dos amigos e a ampliação de conhecimentos, mediante a leitura de livros e de revistas e acesso à internet e televisão, segundo elas, fazem parte deste cuidado de saúde.

A maioria das entrevistadas afirmou que a mulher tem a responsabilidade de acompanhar a sua gestação, de participar de todas as consultas, procurando o serviço o mais precocemente possível. A mulher tem o dever de realizar este acompanhamento para realizar o controle de sua saúde, sobretudo, da saúde do bebê, que não pediu para nascer e é dependente dela.

Para a maioria delas, nada deveria ser impeditivo. São necessários todos os esforços possíveis e imaginários, enfrentar qualquer obstáculo para que possam no mínimo participar das consultas pré-natais, sendo às vezes necessário encarar alguns sacrifícios quando acreditam na importância desta atividade. Contudo, têm consciência de que algumas mulheres ficam impedidas de realizar o acompanhamento pré-natal, principalmente, pela questão financeira e geográfica.

Acho que isso aí de não vir é uma questão de responsabilidade. Tu não estás lidando só com a tua vida, mas também com a vida de outra pessoa, o bebê, que depende de ti. Todo mundo sabe que tem que vir ao pré-natal de um jeito ou de outro (MARGARIDA, HU).

Eu acho que não tem barreira nem para outras gestantes, não. Eu acho que vai mais pela educação pessoal. Se tu queres... Eu acho... Tu achares que tudo tem que

vir de mão beijada. Não! Tu achares que tudo tem que ser fácil. Não!! Porque na primeira gestação [...] eu morava em um lugar longe. Trabalhava num sítio e eu tinha que passar de madrugada pelo cemitério, local de difícil acesso, para vir até aqui ao centro. Pegava dois ônibus... Eu enjoei direto. E o atendimento era ali na São Luís. Então, eu acho assim, não tem empecilho (HORTÊNSIA, ULS da AGRONÔMICA).

Nas entrevistas, em nenhum momento abordaram a necessidade de procurar atenção a sua saúde antes da concepção para prevenir agravos, desenvolver ações saudáveis para promoção da saúde, prevenção de doenças e preparo para a gravidez.

Para algumas gestantes, o cuidado pré-natal e cuidado humanizado no pré-natal têm o mesmo significado. Quase todas as que procuraram atenção no Hospital Universitário já tinham em algum momento de sua vida entrado em contato com os termos “humanização” ou “cuidado humanizado”, no entanto o significado atribuído por elas divergiu bastante, como veremos adiante. Acredito que o fato de as gestantes conhecerem o termo tenha se dado em razão da divulgação da filosofia do Hospital feita pela mídia e também pelos profissionais nos grupos educativos. Para muitas gestantes, este foi um dos aspectos apontados como motivo da procura deste serviço de saúde. Ao contrário, praticamente todas as entrevistadas que acompanhavam a gestação na Unidade de Saúde da Agrônômica, exceto uma delas que já havia participado do grupo de gestantes ou casais grávidos no HU, desconheciam o que significava cuidado humanizado no pré-natal.

Não nunca ouvi falar de cuidado ou de atenção humanizada (ONZE-HORAS, ULS da AGRONÔMICA).

No entanto, quando questionadas sobre a atenção à saúde que desejariam receber na gravidez, mencionaram ações consideradas como humanizadas pelas gestantes do HU e pelos autores que abordam o assunto.

7.1.2 GARANTIA E FACILIDADE DE ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE COMPLETA

A maioria das gestantes afirmou que o fato de a gestação durar apenas nove meses e de envolver duas pessoas, mãe e bebê, reforça a necessidade de priorizar a atenção. Para elas, gestantes do HU e da ULS da Agrônômica, o cuidado humanizado na gestação, em primeiro lugar, significa ter garantia e facilidade de acesso à atenção à saúde em toda a sua amplitude. Isto implica, para as gestantes, oportunizar a todas as mulheres a participação, o mais precoce possível, da consulta de pré-natal. Algumas também consideraram importante o acesso às atividades educativas. Além disso, ter a garantia do retorno automático no mês seguinte, sendo este agendado ao término da consulta e na unidade de saúde onde foi realizada. Ter

retorno livre, sem ter que enfrentar filas. Inclui ainda poder marcar no mesmo dia da consulta os exames de rotina e de ultra-sonografia, fazê-los na unidade que realizou a consulta e ter os resultados em tempo hábil para os devidos encaminhamentos; ter acesso aos medicamentos prescritos e, no caso da necessidade, poder ser referenciada a qualquer nível de complexidade da assistência, sem que para isso precise enfrentar longas peregrinações pelos diversos serviços e filas e aguardar horas para a marcação da consulta. Consiste também em ter continuidade de atenção à saúde desde a gestação até o parto.

Principal é a garantia da consulta. Se a gente vem aqui é para isso, né? (MARGARIDA, HU).

Por que na realidade, principalmente, no começo da gravidez é que a gente deve ser mais rapidamente atendida. Precisa mais atenção, porque é no começo que a gente sente tudo (HORTÊNSIA, ULS da AGRONÔMICA).

Aqui tem retorno, os exames a gente agenda com facilidade e os resultados vem rápido. O ultra-som também é fácil de marcar e fazer. É tudo aqui (ESTRELÍCIA, HU).

As gestantes da ULS da Agronômica, contudo, entendendo que já tinham a garantia de acesso ao serviço, consideraram que a atenção humanizada no pré-natal consistiria em garantir o retorno, ter prioridade e acesso livre, caso apresentassem alguma intercorrência ou tivessem alguma dúvida.

Às vezes, dá uma sensação estranha, a gente não se sente bem. Era bom chegar aqui, vir mais seguido, a qualquer hora. Eu ficaria mais segura (PAPOULA, ULS da AGRONÔMICA).

A verdade é que a grávida e o idoso.... já têm esta prioridade. Eu acho também que devem ter prioridade em qualquer lugar, em fazer o exame, fazer tudo. Aqui também é assim (GERÂNIO, ULS da AGRONÔMICA).

7.1.2.1 As barreiras e as possibilidades para ter acesso ao serviço de saúde: institucionais, do sistema, dos profissionais e das gestantes.

As gestantes revelam que em algumas unidades locais de saúde a marcação da primeira consulta é difícil, sendo uma barreira para a adesão ao pré-natal, já que a mulher ainda não sabe que está grávida e, às vezes, nem suspeita disto. Algumas delas procuram o serviço tardiamente, porque não planejaram a gestação ou ainda por rejeitarem a gravidez, entrando na fila como as demais usuárias. As vagas são poucas, e a demanda é grande, normalmente sendo priorizada a atenção à saúde após a certeza da gravidez. Depois disso, o agendamento na maioria das unidades locais de saúde é automático e é facilitado.

Isto é confirmado pelas gestantes da ULS da Agronômica, quando ratificam a necessidade de agilizar a marcação do exame para diagnosticar a gravidez, garantindo, assim, o acesso, o agendamento da primeira consulta e a priorização da atenção à saúde.

Esperei mais de um mês para conseguir a consulta. Eu já tinha feito o exame de farmácia. O pessoal tem dificuldade. Com as outras gestantes acontece o mesmo (PAPOULA, ULS da AGRONÔMICA).

O acesso aos exames de rotina solicitados nos três trimestres foi colocado como fator importante para continuidade e adesão ao pré-natal por todas as gestantes, independente do local. Algumas da ULS da Agronômica identificaram como barreiras a dificuldade para marcar os exames de rotina e a morosidade para ter acesso aos resultados. O ultra-som foi eleito como o exame com maior grau de dificuldade no que se refere à marcação na unidade local de saúde.

Observando os atendimentos, realizando o cuidado e fazendo uma revisão informal dos prontuários, percebi que, na grande maioria das vezes, a gestação chega ao termo, e o ultra-som protocolado para ser solicitado em torno da vigésima semana ainda não foi realizado, o que confere com as informações das gestantes.

O exame para confirmar a gravidez, o beta demorou bastante. Qualquer tipo de exame demora a ser agendado. A gente deixa o nome ali e depois tem que vir para ver se foi marcado. Demora umas duas semanas e se a gente está com problemas.... Eu esperei, mas depois eu tive que ir à maternidade e eles fizeram. O ultra-som demora muito. Uns cinco meses (ÍRIS, ULS da AGRONÔMICA).

Acredito que isto se deva ao fato de a Secretaria de Saúde ter estabelecido cotas para solicitação de exames em cada unidade e também em função da burocracia existente para encaminhamento dos exames. Em determinados períodos, as solicitações ultrapassam as ofertas estabelecidas, gerando o problema. Creio que esta barreira poderia ser minimizada realizando-se estudos específicos para determinar o número de exames ou cotas necessárias de acordo com a demanda de cada unidade de saúde.

Por outro lado, há também uma pressão velada dos profissionais da rede privada e da indústria de equipamentos, estimulando a realização de várias ultra-sonografias na gestação de baixo risco, sem haver necessidade ou uma indicação que justifique, gerando insatisfação e insegurança das mulheres e dos familiares. Tal situação resulta na crença de que atenção à saúde na gestação só é humanizada e segura quando é oportunizada a realização deste exame nos três trimestres da gestação. Assim, as gestantes exigem do profissional este serviço e mais, acham que têm um atendimento aquém do prestado à gestante atendida por meio de convênio ou particular. Isto porque tais gestantes realizam diversos ultra-sons ao longo da gravidez.

Além do exposto, observando o cadastramento e agendamento das gestantes da unidade local de saúde, percebi que uma das barreiras para o acesso diz respeito à necessidade de a cliente trazer um comprovante de residência para se cadastrar no SUS. Algumas gestantes estão residindo há pouco tempo no bairro; não pagam os impostos ou apenas têm acesso à eletricidade e água a partir de ligações clandestinas. Assim sendo, não têm como comprovar a residência, demorando o início do acompanhamento pré-natal, que só se efetiva após o agente de saúde ou outro profissional fazer a visita domiciliar e encaminhá-las para o cadastramento. Este critério também impede que a gestante possa escolher a unidade local de saúde e o profissional com o qual se vincula melhor. Este (profissional de escolha) pode não estar lotado na unidade local de saúde contígua a sua residência.

Uma outra questão levantada foi a desuniformidade da atenção e dos serviços nas diversas unidades locais de saúde. A atenção à saúde à gestante diferencia-se de uma unidade de saúde para outra, segundo relatos das gestantes do HU e da unidade local de saúde, dados da observação participante e também de acordo com minha vivência nesta área. Depende de uma equipe de saúde comprometida, de sua capacitação técnica e relacional, do empenho de cada profissional, do acolhimento e de uma coordenação ou gestão compartilhada. Há aquelas unidades de saúde em que o acesso é facilitado, a atenção à saúde é especial e integral, não se restringindo às consultas. Há um estímulo para que a gestante ou casal grávido participe das atividades coletivas. O atendimento é competente e qualificado.

Depende do posto de saúde. No posto de saúde que eu sou atendida eu tenho esta abertura com o médico, eu converso e tal. Têm outros postos de saúde que têm um atendimento diferente, uma conversa coletiva e depois tem com o médico uma consulta individualmente. Esta forma facilita. Não precisa fazer o grupo de gestante. Tem um atendimento coletivo e depois um atendimento individualizado. Esta combinação é bem legal (AZALÉA; HIBISCO, HU).

Há, no entanto, segundo as gestantes, por conta do sucateamento da saúde e em razão de algumas experiências negativas em determinadas unidades locais de saúde, difundidas pela população e pela mídia, há a legitimação de que a rede básica não oferece um atendimento de qualidade; de que os profissionais que lá trabalham não estão capacitados para atender a gestante, não cumprem o horário e não se comprometem com a saúde do cliente. Determinadas gestantes relatam ter vergonha de consultar no SUS, afirmam os participantes da pesquisa. Segundo eles, gestantes e acompanhantes, isto se deve em razão de o atendimento ser público e gratuito. “A atenção é muito diferente no particular. Lá, a consulta é paga e a gente pode exigir. Ninguém me diga que é igual”. Apesar de a maioria da população argumentar que a gratuidade dos serviços públicos contribui para a ineficácia e a má qualidade da atenção à saúde, entendo que isto não pode ser generalizado e estendido a

todos os serviços e instituições públicas. Ademais, é vital esclarecer e mostrar à população que ela paga de maneira indireta por qualquer cuidado prestado e deve exigir qualidade e atenção humanizada. Na realidade, este serviço tem um custo muito alto, e esta conta é paga por todos nós.

Eu acho que tem uma coisa, assim que é o seguinte: pensando de um modo geral, as pessoas têm uma certa vergonha de falar que estão fazendo o pré-natal no SUS. Meu médico é do SUS. Tem um lance um pouco assim. A maioria pensa assim: o serviço público é ruim e atendimento particular é bom. Estou pagando bem. Ai tudo é melhor... (BRINCO-DE-PRINCESA; JACINTO, HU).

A valorização da assistência curativa frente à preventiva, idéia construída ao longo dos anos, inclusive com a injeção de grande parte dos recursos financeiros destinados à atenção hospitalar, parece contribuir para fortalecer este mito. Alguns médicos que atendem na rede particular, de acordo com a fala de uma das gestantes, menosprezam seus pares que trabalham no sistema hospitalar público, especialmente, aqueles que atuam na rede básica, e convencem a população de que alguns destes não são comprometidos com o cliente e não estão preparados. Tais profissionais informam que, não raramente nas instituições públicas, a população é atendida apenas por estudantes despreparados e que nestes locais faltam recursos materiais, humanos e equipamentos, aumentando os riscos à gestante. Reforçam que o melhor atendimento é aquele oferecido aos que pagam pelo serviço prestado, restando aos que precisam do serviço público sofrer, se submeter e aceitar.

Ela ([] referindo-se a uma obstetra particular), falou muito mal. Disse que eu ia ser atendida por estudante; que eu ia fazer o parto com estudantes. Que o risco era maior. A mulher falou estas coisas. Foi horrível, assim (BRINCO-DE-PRINCESA; JACINTO, HU).

Como barreiras pessoais para o acesso ao serviço, à adesão e continuidade da atenção à saúde, a maioria das gestantes considerou a questão financeira como sendo o pior entrave. Para algumas gestantes, a falta de dinheiro dificulta a utilização de transportes (urbanos ou não) para acessar a unidade. As gestantes do HU moram em bairros que distam da instituição de três a 50 km, e algumas mulheres que fazem o acompanhamento do pré-natal na ULS da Agrônômica também residem longe, já que a área de abrangência da unidade local é grande, sendo necessário usar transporte para se deslocar aos dois serviços. Além destes obstáculos, as gestantes da ULS da Agrônômica e do HU mencionaram outros considerados não menos importantes: a falta de alguém para cuidar dos outros filhos em casa ou para trazê-los na consulta; a falta de creches; o distanciamento do local que presta o atendimento, levando a gestante a utilizar várias linhas de ônibus; a dificuldade de liberação do trabalho; a presença de doenças que impedem a locomoção; a falta de informação sobre a importância do pré-natal; a rejeição da gravidez; a vergonha de consultar com um profissional do sexo oposto.

Eu moro aqui longe. Daí, eu vou ter que sair de casa às 5 horas da manhã. Pego 3 ônibus. Passa ali no terminal, daí troca de ônibus. Daí, pega outro lá no terminal da Trindade e pega outro para a Universidade. Para mim a dificuldade é o transporte. Pego 3 ônibus. Com o novo terminal ficou pior (TULIPA, HU).

É mais fácil lidar com a mulher. Na realidade fica mais fácil. Eu digo, tive a educação muito assim fechada. Hoje em dia, não. A gente é mais liberal, um pouquinho mais assim... Então, com mulher, se tu sentes confiança... Eu me solto, eu faço piada e aí vai, se tu deixar a mulher fica... Eu não gostava porque eu já tinha passado da idade que eu tinha... Isso vai de pessoa para pessoa (HORTÊNSIA, ULS da AGRONÔMICA).

Uma das gestantes do HU colocou que algumas mulheres não compreendem o valor da gestação, outras são negligentes e há aquelas que desconhecem a importância de realizar o pré-natal para promover e preservar a saúde delas e de seus filhos. Em relação ao trabalho, mesmo sendo garantida à gestante a possibilidade de participar da consulta por meio do atestado médico ou do termo de comparecimento, segundo elas, há uma pressão velada por parte dos patrões, dando a sensação de que estão descumprindo normas ou gazeando o serviço. Revelam que algumas gestantes, por medo de perderem seus empregos, em razão do desconhecimento da legislação, não comparecem à consulta.

É relaxada. Acha que não tem necessidade ou tem falta conhecimento. Nunca ouviu falar. Quanto mais sabe, mais considera importante (FLOR-DE-LARANJEIRA, HU).

Eu mesmo enfrento a questão do trabalho. Toda a vez que tem a consulta tem que trazer o atestado. A relação de trabalho acaba... Uma vez por mês você tem que ir. Você tem este direito. Levar o atestado; é uma barreira. Não se está doente, não se tem nada; tem direito a consulta, né, mas... A gente tem sempre a sensação que não está sendo bem aceita. Tem a sensação de que está matando o serviço. É o que passa. Bem isso. Um pouco de dificuldade, apesar de não ser todos os setores. É a principal barreira (AZALÉA, HU).

A questão geográfica e violência foram barreiras evidenciadas pelas gestantes atendidas na ULS da Agronômica. As gestantes que frequentam esta unidade de saúde, algumas entrevistadas e outras observadas na recepção, moram em morros próximos à unidade local, os quais em dias de chuva ficam intransitáveis, podendo colocar em risco a gestante, que pode escorregar no barro liso e vermelho, cair das escadas ou no asfalto escorregadio. Além disso, alguns locais nos quais moram são definidos como cartéis de controle, de tráfico e de distribuição de drogas, sujeitos aos tiroteios, gerando medo e violência. Isto leva a gestante e os familiares, em determinados dias, ainda raros em Florianópolis, a permanecerem em suas residências para não se exporem aos riscos. Percebe-se este medo, nas entrelinhas dos relatos, porém as gestantes não colocam claramente esta questão.

Moramos no Morro do Horácio, lá em cima de Morro. Tem o ônibus, mas, às vezes, a gente não tem dinheiro e tem que vir a pé. A gente pode escorregar. É uma dificuldade que, às vezes, impede a gente de ir à consulta. Além disso, tem a minha

outra filha. Fica difícil trazer nas consultas. Ela é pesada e amassa o outro na barriga. A minha irmã é pequena. É difícil vir junto para cuidar Tenho amigas que não vem à consulta porque o marido bate. A gestante apanha porque ele não queria e foi obrigado a casar (FLOR-DE-CAMPO, ULS da AGRONÔMICA).

Algumas adolescentes da ULS da Agronômica, participantes do estudo, enfocaram barreiras específicas relativas à sua faixa etária, situações que as impede de iniciar e dar continuidade ao acompanhamento do pré-natal, entre elas: a influência das colegas desmotivando-as a participarem da consulta e das atividades educativas; a vergonha para sair de casa em virtude da auto-imagem diminuída (as gestantes se sentem feias e gordas); a vergonha das colegas, impedindo-as, inclusive, de frequentarem as aulas e até interromperem os estudos; o fato de as consultas coincidirem com suas atividades sociais ou serem desestimulantes e demoradas; a não aceitação da gravidez pela família; a falta de apoio familiar; o medo de enfrentar a família, levando a adolescente a esconder a gravidez; o fato de as gestantes ser expulsas de casa e terem que trabalhar para sobreviver e; a preguiça de se arrumar e se deslocar à unidade de saúde.

Me acho estranha, me acho gorda, me acho “bolachuda”. Fico envergonhada. Não gosto. Fico irritada. Isto aconteceu só agora na gravidez. Meu peito esta doendo, escorre o leite, me sinto envergonhada. Não saio de casa. Fico trancada, vendo televisão ou conversando com as minhas amigas. [...] Não, eu troquei, não quero homem mais. Não gosto. Tenho vergonha, me sinto mal (ONZE-HORAS, ULS da AGRONÔMICA).

Engravidei e nem sabia. Começou a dar os enjôos. Foi com três meses. A minha menstruação não veio. Fiquei desesperada, eu não queria ir para o colégio. Tudo rodava. Voltava para casa, não participava das aulas. Começaram a ligar para a minha casa. Teve um dia que não agüentava mais e, então, falei que achava estava grávida para minha mãe. A minha mãe quase deu um “pirepac”. Ela ficou doida da vida (FLOR-DE-CAMPO, ULS da AGRONÔMICA).

Eles me estimularam bastante ([] falando das amigas). Se elas dissessem para eu não continuar no pré-natal eu não vinha (ONZE-HORAS, ULS da AGRONÔMICA).

O namorado não quer a gravidez. Eu não tive este azar. Eu namorei. Graças a Deus, o meu namorado gostava de mim. A gente é feliz até hoje. Têm amigas que engravidaram, que já tinham tido outras experiências com guris que usavam drogas. Outras os pais obrigaram a casar ou expulsaram de casa. Saíram de casa, ficaram na casa de uma amiga ou de alguém que deu um teto. Eles as obrigavam a trabalhar por um teto. Não tiveram a mesma atenção, a mesma sorte que eu tive. Apoio de meu companheiro e de minha família. Têm amigas que não vem à consulta porque os maridos batem. A gestante apanha porque ele não queria e foi obrigado a casar. Ou ela não quer e está tomando remédio para perder. Tenho uma amiga que engravidou e já tirou três vezes. Eu nunca pensei em tirar (FLOR-DE-CAMPO, ULS da AGRONÔMICA).

Uma outra barreira que emergiu das falas das gestantes da ULS da Agronômica, decorrentes da desestruturação do sistema de saúde, foi o longo tempo de espera para consultar. Apesar de agendados os horários, algumas gestantes queixaram-se de que

permaneceram um longo tempo aguardando o horário da consulta e alegaram não ter informação sobre a razão do atraso.

Na primeira consulta não tinha ninguém na frente. Fiquei a manhã inteira aguardando. Fui atendida ao meio dia (PRÍMULA, ULS da AGRONÔMICA).

No HU esta barreira foi ratificada. Além disso, outros aspectos relevantes, dificultadores do acesso, foram assinalados pelas gestantes que lá acompanhavam a gestação. Ultimamente, em razão da reforma dos Hospitais de Ensino, o Hospital Universitário passou a priorizar a atenção secundária e terciária. Estabeleceu dias determinados para a marcação da consulta das gestantes cadastradas e a transferência gradativa da atenção primária para unidades locais de saúde, seguindo a lógica do SUS. Observei, no entanto, que a divulgação destas mudanças à população parece não ter sido muito eficiente, havendo ruídos na comunicação entre os setores da instituição, coordenadores e chefias, dificultando esta transição. Em razão destas mudanças, as gestantes tiveram algumas dificuldades no início do ano para agendar suas consultas, que culminaram com situações consideradas desumanizantes para elas: a falta de informação sobre as novas mudanças; o longo tempo de espera nas filas para marcação da consulta; a necessidade de vir ao hospital no dia estipulado além do dia da consulta para marcar o retorno; a falta, inicialmente, de um agendamento automático e de certa forma o risco de não ter a garantia do retorno, caso não pudesse comparecer na data estipulada para o agendamento, o que acredito não aconteceu. Algumas gestantes permaneceram horas na fila; saíram de madrugada de casa; sentiram cansaço e fome; tudo para garantir a consulta. Além disso, em algumas situações o interstício entre uma consulta e a outra ultrapassou os trinta dias, gerando insegurança para algumas gestantes.

A gente vai ter que vir aqui no dia vinte para marcar para dia vinte do outro mês. Vai dar cinqüenta dias. Se tivesse problemas ou exames.... Como seria? Esse é uma barreira grande, poderíamos até desistir (MARGARIDA, HU).

Ficamos até as dez horas naquela fila. Daí, depois das dez eles encaminharam a gente para uma fila extra separada. Daí deu briga. O pessoal brigou porque acharam que não era correto tirar nós da fila e colocar em uma fila separada. Aí, foi uma confusão danada, mas a gente conseguiu (TULIPA, HU).

O longo tempo de espera e o desrespeito com a gestante, deixando de informá-la e de consultá-la sobre algumas atividades que são desenvolvidas na instituição, foram pontos evidenciados como empecilhos para a adesão e continuidade da atenção humanizada no pré-natal no HU.

Quase a totalidade das gestantes queixou-se do longo tempo de espera para consultar, referindo ser uma grande barreira para adesão, tanto nas unidades de saúde, como no HU. No Hospital Universitário, as gestantes são atendidas por ordem de chegada, no entanto, todas

têm que estar na unidade no máximo até 08h30min, meia hora após o início das atividades. Algumas delas são escolhidas para participar das aulas e são convidadas para aguardar até as dez horas, quando começam a ser atendidas. Elas ficam praticamente a manhã toda aguardando a consulta no Hospital, deixando de lado o seu trabalho e suas atividades.

Demora para ser atendida. Tem que chegar até as 08h30min horas para não perder a consulta, mas às vezes a gente tem que ficar esperando para ser atendida pelos alunos até as 10 horas. A lei diz que a gente tem que esperar vinte minutos. Para a gestante é desconfortável, ela fica sem se alimentar, fica numa posição incomoda (ESTRELÍCIA, HU).

As gestantes sugerem que já fique acordado, antecipadamente, quais as gestantes que participarão destas atividades, sendo estabelecido um rodízio. Sabem que é um hospital-escola e consideram importante esta contribuição para o desenvolvimento dos alunos e até os elogiam, mas crêem que inicialmente precisam ser respeitadas e consultadas.

Os residentes, aqueles que estão atendendo. Estes sim Eles tem feito um trabalho legal de perguntar, de estar humanizando o pré-natal (ONZE-HORAS, ULS da AGRONÔMICA).

Categoricamente, as gestantes afirmam que tais problemas decorrem da falta de organização administrativa da instituição e do sistema de saúde, sendo necessário mudar os fluxos para agendamentos, marcação e realização de exames. Para elas, esta organização é um excelente passo para a humanização. Na opinião delas, a falta de vontade política para mudar esta situação se configura como a maior barreira, não implicando aumento de muitos recursos financeiros. Precisa apenas de pequenos gestos para transformar, segundo elas. Organizar o serviço, afirmam, facilita para os profissionais e também para a gestante. Se mudar a cara da instituição, talvez até mude a conduta da cliente, afirmou uma das gestantes.

A gente tem que começar por algum lugar, por um gesto, por um pequeno gesto. Se organizasse melhor o hospital. Não sendo uma cidade grande como é Florianópolis, tendo certa força política e tendo vontade de organizar este setor... Tudo mudaria. Com certeza!! Implantar isso é importantíssimo. Pode parecer que tem um custo, mas... Eu acredito que a longo prazo teria uma grande economia na rede pública, em termos de gastos com medicamentos e serviços, principalmente, se tiver um trabalho de humanização. Organizando, a coisa se torna mais humana e mais fácil para os profissionais, para os pacientes, para os médicos e enfermeiros, e também para aqueles que trabalham na recepção. Se você muda a cara do hospital... Organizar. Eu acredito que mude até a condição física do paciente. Ele melhora. Ele chega com outro ar (ORQUÍDEA, HU).

A continuidade da atenção foi outra questão bastante enfatizada pelas gestantes do HU e pelos seus familiares, o que não aconteceu com as gestantes da ULS da Agrônômica que falaram apenas de relance, valorizando pouco esta questão. Praticamente todas as gestantes do HU relataram que gostariam de ser atendidas durante todo processo na mesma instituição, ou seja, serem atendidas durante a gestação, o parto e o pós-parto no mesmo serviço de saúde.

Alegaram que esta possibilidade aumentaria a sua segurança. Por conta disso, já conheceriam os profissionais; já estariam familiarizadas com o local e teriam acesso rápido ao serviço e a sua história de saúde, sendo um dos motivos apontados para procurarem o hospital. Contudo, algumas perceberam, o que também constatei na observação participante, que na mesma instituição havia setores que não se comunicavam e não se articulavam. Duas delas tiveram dificuldades para serem atendidas por profissionais de outras especialidades na mesma instituição, já que não havia um protocolo previamente estabelecido, no caso de encaminhamentos internos. Além disso, perceberam e expressaram que a humanização estava mais presente na atenção ao parto do que no pré-natal. Evidenciaram a importância de se estabelecer estas conexões, ressaltando que o cuidado humanizado não poderia se restringir ao parto, mas deveria envolver todo processo. Para elas, a atenção humanizada deveria iniciar na gestação, no pré-natal, sem o que toda esta visão diferenciada e a filosofia poderiam se perder.

Dizem que o HU é bom, é o melhor. É o que a gente ouve. É bom, mas ainda falta muito. Precisa ser para merecer. Sei que sou muito faladeira, mas acho que estão faltando muitas orientações. São dadas aqui na sala de espera e nos grupos, mas nas consultas está deixando a desejar. Não adianta um bom atendimento só na internação e no parto. Precisa aqui no pré-natal também. É um todo (BOCA-DE-LEÃO, HU).

O pré-natal, para mim não sei, a consulta pré-natal ela teria que ser entendida no sentido até o parto. Você tem uma consulta fragmentada ao longo de vários meses, mas é como se fosse um processo só. Porque senão começa a entrar em conflito com toda a história, vai cair em uma insegurança. Acho isso, pode colocar tudo a perder. É importante a pessoa se sentir segura no sentido de ter continuidade, né? Eu acho que isso é mais forte, né? (BRINCO-DE-PRINCESA, JACINTO, HU).

A nossa preocupação é o acesso à maternidade. Deveria ter garantia para internar em uma maternidade para a gente ficar tranquila (FLOX, ULS da AGRONÔMICA).

Por outro lado, tinham compreensão de que nem todas as gestantes poderiam ser atendidas no Hospital e que existia uma rede de atenção, os vários “postos” como elas diziam, que poderiam atendê-las. Todavia, deixaram claro que deveria haver uma articulação entre as unidades de saúde e o hospital. Tais mulheres enfatizaram que as gestantes deveriam conhecer o hospital, ter ao menos uma consulta nos locais onde elas escolhessem ganhar o bebê, para se familiarizar com o ambiente e ter a garantia de parir naquele lugar.

As pessoas podiam ter a consulta no postinho. Não dá para atender todas aqui. Não tem lugar, mas pelo menos, no meio do pré-natal ter uma consulta aqui ([] no hospital) para conhecer o ambiente, conversar com os profissionais e receber orientações na área (ORQUÍDEA, HU).

O único problema foi a falta de comunicação e de atenção. Eu precisava de um pneumologista e eles teriam que encaixar e não fizeram isto. Dificultaram. No mínimo deviam ter dado atenção (JASMIM, HU).

O ideal, para elas, seria que fossem atendidas pelo mesmo profissional de saúde ou alguém da mesma equipe, com horário agendado e sempre no mesmo local ou então ter a possibilidade de o médico da unidade de saúde acompanhá-las na instituição em que vai ganhar o bebê. Elas, no entanto, têm consciência de que isto não é possível no SUS. Outras acreditam que esta parece não ser a prioridade, mas sim, manter o mesmo padrão de atendimento de todos os profissionais; usar a mesma linguagem e; haver um entrosamento. Para tanto, creio que seja necessário haver uma integração entre os profissionais da equipe de saúde e ter informações claras registradas no prontuário e cartão da gestante, permitindo a continuidade de atenção. É importante que o cartão da gestante seja um documento único em todas as unidades, que possa ser manuseado por toda a equipe e também pela gestante.

Claro que o SUS não tem condições de ser como uma consulta particular. Uma consulta em que a pessoa chega; tem hora marcada; o médico já te conhece, sempre o mesmo médico. O médico está esperando por você, sempre ele está te examinando. Isto seria o ideal (ORQUÍDEA, HU).

Não precisa ser o mesmo profissional. Isto não atrapalha desde que sigam o mesmo atendimento e tratamento (JASMIM, HU).

7.1.2.2 A escolha do serviço: facilidades e dificuldades apontadas para acesso e adesão

As gestantes da ULS da Agronômica alegaram que o principal motivo para a procura da atenção à saúde na rede básica foi o fato de o serviço de saúde estar próximo à residência da gestante. A proximidade da residência facilita o acesso delas e dos familiares aos serviços ofertados pelas unidades locais de saúde, tais como: grupos de gestantes ou outras atividades educativas, consultas com os diversos profissionais, procedimentos, exames, marcação de consultas externas e também o acesso aos medicamentos básicos existentes na unidade. Conhecer os profissionais que atendem nos serviços, ter atenção no domicílio através das visitas e serem bem acolhidas foram aspectos ratificados por algumas gestantes atendidas na ULS da Agronômica, sendo apontados também como fatores fundamentais para a procura da atenção básica.

Além desta facilidade para ter acesso a um cuidado humanizado no pré-natal, a maioria das gestantes da Unidade Local referiu que a escolha depende também da proximidade do trabalho, da liberação do serviço para participar das consultas, da disponibilidade de alguém para cuidar dos outros filhos, do serviço que prioriza a atenção à saúde à gestante, da atuação dos agentes de saúde e dos profissionais. Ademais, depende dos serviços prestados pelas empresas que atualmente têm se preocupando com as gestantes,

estimulando-as a participarem de grupos de gestantes, oferecidos nas suas instalações ou na rede básica.

Os profissionais e as empresas estão mais preocupados. As empresas passam mais conhecimentos (ÍRIS, ULS da AGRONÔMICA).

Agora melhorou bastante, antes para conseguir a primeira consulta tinha que vir conseguir vaga de madrugada. Agora a gente tem preferência. Eu tenho uma agente de saúde que faz visita para mim e minha pequena. Qualquer coisa eles estão ali para ajuda. É bem legal (FLOR-DE-CAMPO, ULS da AGRONÔMICA).

As gestantes entrevistadas no HU alegaram procurar esta instituição porque na unidade local de saúde não tinha um ginecologista ou obstetra, porque não foram bem atendidas e acolhidas neste serviço e em razão das dificuldades existentes para marcar e liberar os resultados dos exames. O fato de estes exames não serem realizados na unidade de saúde, mas em laboratórios credenciados, distantes de suas residências, também foi citado. Somado a isto, referiram a existência de burocracia na rede básica para marcação de exames e consultas e a grande demanda de necessidades e de usuários, fatores que dificultam a agilização dos serviços. Ademais, relataram sentirem-se mais seguras e tranquilas no hospital. Segundo elas, caso fosse detectada alguma intercorrência na unidade local de saúde, teriam que ser encaminhadas à maternidade ou hospital, instituições com os quais não estavam familiarizadas, podendo ser atendidas por profissionais desconhecidos. Isto não aconteceria se já estivessem acompanhando a gestação no hospital. Na opinião delas, fazendo o pré-natal na maternidade ou na instituição hospitalar, o acesso à internação e à emergência ficaria facilitado.

No postinho tem o atendimento do clínico. Não tem ginecologista ou obstetra. Por mais que ele tivesse informação não é a mesma coisa, de você ter um atendimento especializado naquilo. O posto, por mais que faça aquela consulta prévia, não é a mesma coisa. Eu senti mais confiança aqui. Por ser um hospital escola, mostrar a aula, estar mais atualizado, mostrar o parto e as pessoas que atendem (ORQUÍDEA, HU).

Assim, alegaram que no Hospital Universitário o acesso aos exames, medicamentos e às consultas é rápido, não havendo necessidade de vir ao serviço em diversos horários ou procurar diferentes locais para completar o atendimento, sendo tudo oferecido no mesmo ambiente. Para elas, os profissionais são atualizados e prestam uma atenção humanizada; o hospital é uma instituição de credibilidade e tem uma visão diferenciada das demais. É uma instituição referenciada pela população e por profissionais da área de saúde. Um dos acompanhantes alegou que o fato de fazer parte da Universidade Federal de Santa Catarina, uma instituição reconhecida pelo grau de excelência, dá maior confiabilidade. Uma das gestantes chegou a dizer que, independentemente de quem a atendesse, o fato de estar em uma

instituição com credibilidade lhe dava segurança e inspirava confiança, fazendo-a crer que tudo iria transcorrer da melhor forma possível, afinal de contas, ninguém a deixaria sem atenção.

Eu já não tenho confiança no centro de saúde porque minha vizinha falou que não era bom, então.... Não tenho a credibilidade lá. Então eu prefiro vir aqui. Se tu tiveres confiança no profissional que está atendendo... Por mais que não tenha. Por exemplo, cada vez que eu vinha aqui era um residente diferente. Só que a instituição te dá segurança. Eu tô dentro de um hospital. Eu só acho que, como eu te falei, eu já vim com a imagem pronta do HU, reforçando que tinha um bom atendimento. Lá dentro do posto eu não vou ter o mesmo atendimento que eu tenho aqui. Lá eles vão talvez chamar uma ambulância para me trazer para cá. Então, eu já venho para cá direto (DÁLIA, HU).

Já fui direto ao HU, por uma questão de referência mesmo. A minha amiga deu boas referências. Falou assim... Não sei se ela usou o termo de parto humanizado, mas ela deu a entender que tinha um conceito, uma atenção um pouco diferente. Um parto diferenciado. É, vamos dizer que escapava daquela coisa mais comum. Também por ter confiança na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na instituição também, né. ? Ele também é um médico muito legal, acho que ele tem uma visão diferente (BRINCO-DE-PRINCESA; JACINTO HU).

7.1.3 ATENÇÃO INTEGRAL CENTRADA NO SER HUMANO, PRIORIZANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Além do acesso, outro significado atribuído ao cuidado humanizado no pré-natal foi a atenção integral às gestantes e aos acompanhantes, entendida por elas como a atenção centrada no ser humano; atenção voltada, sobretudo, à gestante, vendo-a em todas as dimensões: emocional, psicológica, fisiológica, cultural, educacional, espiritual, pessoal e social, entre outras, em todo o processo de nascimento, ou seja, da gestação ao pós-parto, considerando todos os níveis de atenção e as peculiaridades inerentes às faixas etárias. Entendem o cuidado humanizado no pré-natal como um cuidado integral ao ser humano (na prevenção, promoção e recuperação da saúde e também no diagnóstico e tratamento de doenças), priorizando a promoção da saúde. Ver a gestação como um evento normal e natural dentro do desenvolvimento humano e usar o conhecimento popular, a “sabedoria de antigamente”, como dizem elas, para cuidar da saúde.

Ver a gestação de uma forma mais ampla, ir além da questão fisiológica, da visão biológica, centrada no físico; ir além do puramente técnico e dos procedimentos. Ver a gestante em sua multidimensionalidade. Ver o psicológico, o social, as questões pessoais e existenciais. Procurar centrar-se no ser humano, propondo comportamentos e condutas saudáveis e não se restringir à patologia. Ver a gestação como um evento natural, e não como uma doença. Vale esclarecer que nem todas as gestantes tinham esta mesma opinião. Havia aquelas, o que constatei na observação participante durante as consultas e na sala de espera,

que consideravam a gestação e, principalmente, os desconfortos como doenças que precisavam ser tratadas.

Na adianta só a parte teórica, técnica da questão. É importante para algumas grávidas ter o emocional e o social. Porque o médico, ele só atende a aquela consulta do dia, esta coisa de ver se a paciente está bem, mais a parte física (ORQUÍDEA, HU).

Não olhar para pessoa como um paciente, mais saber que atrás do paciente tem uma pessoa, enfim. Não separar as duas coisas, né? Porque ele está tratando não de uma doença, ele está tratando uma pessoa. No caso do pré-natal, nem doença é, né? Então, mais ainda... Ele tá tratando de duas pessoas, né? (BRINCO-DE-PRINCESA, JACINTO, HU).

Tanto que eu procuro mais, às vezes, mais atendimento, assim, da sabedoria de antigamente, do que de um profissional. Eu acho que é por que nem tudo é doença. Tudo, às vezes, é uma falta de cuidado, ou da mãe ou do filho... Ai... é mais fácil lidar com a doença. Agora eles acharem que tudo é virose, tudo é isso, tudo é aquilo e darem a medicação e vai não sei o que... Eu gosto mais quando o médico diz assim: tu podes medicar com isso ou com aquilo, tu podes tomar o chá, tu podes alterar a tua alimentação... Abre bem mais coisas. E se ele só pega na caneta ali e no papel e te dá a receita e diz "tu tomas esse antibiótico". Eu acho que só isso daí, só dar a receita, por mais que é de graça. Tu consegues, mas eu acho que não é muito confiável, não. Eu não sou muito disso (HORTÊNSIA, ULS da AGRONÔMICA).

Na minha concepção, cuidado humanizado seria ver não só o atendimento da pessoa, assim, o clínico. Ver o lado humano da pessoa também, o lado pessoal da gestante. Acho que a ir mais a fundo na hora da consulta. Não só o clínico, fazer o exame clínico da pessoa, é mais... Humanizado é mais abrangente. Talvez, o lado pessoal da pessoa, buscar mais informações. Tem médico que tu chegas, ele mal olha o teu nome. Então, talvez, a primeira coisa que ele deveria verificar é o nome da paciente, tratar pelo nome. Esse lado humano, não aquela coisa fria de médico-paciente e exame clínico (DÁLIA, HU).

Não fugindo desta perspectiva, duas gestantes, uma da ULS da Agronômica e outra do HU, caracterizaram o cuidado humanizado no pré-natal como resgate da gestação e do parto; como momentos naturais e normais, que fazem parte do ciclo vital, não devendo ser vistos como situações de doença que precisam de intervenções rotineiras, e sim como um processo que deve ser conduzido pelas gestantes e familiares, com o apoio da equipe de saúde. Reforçaram a participação da família e do companheiro como ponto fundamental. Complementaram dizendo que atenção humanizada é aquela que favorece o vínculo precoce da mãe, pai e bebê intra e após o nascimento.

Eu entendo ser uma busca para que a gestação e o parto voltem (já deveriam ser humanos, né?), voltem a ser coisas normais da vida. É uma busca para questão da gestação e do parto serem coisas da vida, humanizada, ou seja, que a gestante e a criança devem ser atendidas da forma que elas merecem. Ter direito ao acompanhante em todo o processo desde a gestação e nos outros dias que ficam depois do parto. Não ser induzida a praticar algum tipo de parto ou qualquer procedimento que não queira na gestação ou parto. Poder decidir. A questão do bebê; se o bebê está bem ter o primeiro contato com a mãe. Porque ainda é costume

dar o banho primeiro e dar outros atendimentos antes de ir para a mãe (GIRASSOL, ULS da AGRONÔMICA).

Para tanto, segundo as gestantes, é necessário ter atenção multiprofissional, ter abertura, conhecer a situação da gestante e fortalecer o que ela sabe; ser competente tecnicamente e também nas relações, ter credibilidade e saber ouvir e dialogar.

Ressaltaram a importância de serem atendidas não só pelo médico, mas por outros profissionais. Isto, segundo elas, facilitaria o atendimento de suas expectativas e necessidades.

Não eu acho que é a consulta com outras profissionais. Consultar com a assistente social, com a psicóloga, com a enfermeira (ONZE-HORAS, AGRONÔMICA).

Dentro desta visão, a mecanização, a fragmentação e a biologização do atendimento foram colocadas como ações desumanizadoras. De acordo com as gestantes, alguns profissionais da equipe de saúde, especialmente alguns médicos, não só nesta unidade de saúde, sentavam-se no outro lado da mesa, não olhavam para elas ou as tratavam com indiferença. Realizavam os procedimentos de uma forma rotineira e fria. Faziam o trivial. Realizavam medidas, mensurações e verificações de peso e de pressão. Solicitavam exames e davam receitas, centrando-se apenas na barriga, priorizando o físico. Alguns eram extremamente técnicos e objetivos, sendo a consulta muito rápida. Não tinham tempo para olhar, para ver, para perceber o ser humano que estava ali. Não consideravam o ser humano que os tinha procurado para poder compreender melhor o processo que estavam vivendo; para saberem mais sobre a saúde daquele filho que esperavam com tanto carinho; para terem segurança, suporte emocional e educativo. Alguns atendiam como se fosse apenas mais uma gestante, e não como um ser humano que gostaria de ser compreendido e ser visto como um todo, um ser de relações e multidimensional.

A atenção fria, impessoal e sem interação com a cliente, realizada por obrigação, sem estimular o diálogo, centrada apenas no exame do abdome da gestante, na verificação da pulsação, da pressão e na mensuração de pesos e medidas, procurando a patologia, e não o saudável, dentro de um modelo biomédico, foi classificada pelas gestantes como um cuidado desumanizado.

A médica era bem fria, não dava muita conversa. Era assim... Chegar em um ambiente e sentir o ambiente frio, sentir que a profissional está ali apenas como obrigação para fazer o papel dela como médica. Não quer saber outras coisas, só quer examinar, pesar, medir e deu. Têm médicos que não estão nem aí. Só querem fazer, consultar, deu. A gente tem menos liberdade para falar. Fica mais difícil. Ela deveria conversar, perguntar e só depois examinar. Aí, tu te sentirias mais à vontade para falar e participar. Fazer um pré-natal bem bom (ÍRIS, ULS da AGRONÔMICA).

Conversar, olhar no olho a olho para que possa expressar os medos e dúvidas. Dar atenção. Não é só receitar (FLOR-DE-LARANJEIRA, HU).

Tem muitos médicos, que tu fazes perguntas e não estão nem aí para ti. Vão logo partindo para o que tem que ser visto; para o que ele acha que é essencial e deu (JASMIM, HU).

Quando o profissional não tem contato direto, não olha para a gente ou tem uma cara amarrada. É tudo mecânico. Parece que estão interrogando (BOCA-DE-LEÃO, HU).

Algumas gestantes avaliaram que isto decorria em função da grande demanda de gestantes por profissional e do tempo reduzido para desenvolver a consulta, sendo um problema social decorrente da falta de profissionais e da crise que atravessa a atenção à saúde no País. Por conta disso, as gestantes procuravam priorizar algumas situações que julgavam essenciais e deixavam muitas dúvidas por solucionar. Porém, para elas, sempre ficou claro que neste tipo de atenção, na qual há restrição de tempo, é impossível estabelecer uma relação de confiança e ser atendida em todas as suas necessidades, sejam emocionais, físicas, educativas ou sociais.

7.1.4. O ACOLHIMENTO: RECEBER BEM

O cuidado humanizado como sinônimo de acolhimento também foi identificado nas falas das gestantes, no entanto, elas nem sempre usaram exatamente este termo. Estas revelam que adesão das gestantes ao cuidado pré-natal depende muito da receptividade na unidade. Um ambiente com fluxos organizados e acolhedor, constituído de pessoas que atendem de forma educada e simpática, que ouvem as necessidades, que têm bom humor, paciência e calma, que procuram conhecer o usuário, que usam uma linguagem compreensível, fornecem respostas e fazem encaminhamentos, são valorizados pelas gestantes e podem, segundo elas, gerar mudanças no comportamento e melhorar a relação com a equipe de saúde.

Um acolhimento mais direcionado. A paciente chega meia perdida. Ela tem problemas lá fora. Ela vai jogar, descontar na sua saúde e na conduta com os profissionais que estão ali. Informar e organizar um pouquinho já melhora muito. Vamos fazer um trabalho humanizado desta forma; vamos conduzir o paciente para essa ou aquela fila. Orientá-las. A paciente nem vai perceber, mas é incrível, dentro dela já vai haver uma transformação. Ela já vai chegar no guichê sem desrespeitar quem está ali. Chega sem aquele fardo da instituição hospitalar e da rede pública. Há um contentamento porque foi bem recebida. Você não vai mudar uma pessoa ou a sociedade em uma consulta ou atendimento, é claro. Se ocorrer isso, você pode mudar a conduta dela (ORQUÍDEA, HU).

Eu achei aqui bom. Ele se preocupou com a minha vida e não com o meu problema imediato assim. Não tratar a gente como doente Perguntou sobre o relacionamento com o um companheiro, como eu estava me sentindo Quando eu contei para o meu marido ele disse: isto nem parece SUS (FLOX, ULS da AGRONÔMICA).

As gestantes consideram que o profissional que acolhe a gestante tem que ter algumas qualidades: olhar nos olhos; saber ouvir; usar uma linguagem coloquial, ter calma e simpatia, conhecer os fluxos da unidade para poder orientar e fazer os encaminhamentos, ter disponibilidade de tempo e ser ágil, educado e ter bom humor. O contrário, para elas, caracteriza uma atenção desumanizada.

Que eles fossem mais simpáticos, assim, conversasse, mas... Tirassem as dúvidas da gente, explicassem, assim, os negócios... Os horários de atendimentos, coisas assim (GERÂNIO, ULS da AGRONÔMICA).

Na ULS da Agronômica, há aproximadamente um ano, os profissionais da residência da saúde da família acolhem com cordialidade todos os usuários, inclusive as gestantes. Uma dificuldade na recepção está relacionada com as senhas, que são distribuídas aos usuários e possibilitam que estes sejam atendidos. Todas as senhas são visualizadas no mesmo painel, não havendo referência aos serviços que representam. Muitas gestantes esperam sem necessidade, gerando um clima de estresse e tenso na recepção. Tal situação foi apontada por algumas gestantes, que alertaram que a situação se agrava quando o nível de instrução é mais baixo. Em contrapartida, uma das facilidades assinaladas diz respeito ao agendamento da clientela, que é diário, o que não ocorre em algumas unidades de saúde que abrem a agenda apenas em determinados dias da semana, sobrecarregando a recepção e dando origem às filas, que se iniciam de madrugada. Mesmo assim, o movimento é intenso e, às vezes, conflitos e dificuldades emergem nas relações.

Os funcionários da recepção, antes da instituição do acolhimento pelos residentes da Saúde da Família, tinham uma grande demanda de usuários para atender e um número reduzido de funcionários. Eles não tinham conhecimento para realizar a triagem e encaminhar os usuários, o que dificultava a agilização dos serviços. Além disso, tinham pouco preparo, treinamento e formação para se relacionar com a população; não trabalhavam com prontuários informatizados e recebiam muitas reclamações e poucos elogios. O desgaste era imenso, refletindo-se no cuidado, não sendo raro o mau humor, a indiferença e a agressividade. Isto ainda é comum em algumas unidades em que o número de funcionários é restrito e a população para ser atendida é grande. Acrescenta-se a este quadro a falta de capacitação dos funcionários e, em particular, a falta de contratação de pessoas com perfil para trabalhar nesta atividade.

Na recepção, às vezes, os funcionários estão com tensão pré-menstrual (TPM). Tinha uma turma ali!!! Não respondiam, não ouviam. Agora melhorou bastante. Já teve vezes que eu já vim e voltei para não me incomodar. É preciso ter bom humor, paciência, educação. Deixar os problemas em casa. Eu nunca gostei das pessoas falarem gírias. Eu não entendo. Isto é um problema. Eu não gosto destas coisas não (HORTÊNSIA, ULS da AGRONÔMICA).

Na hora de marcar as consultas é que eles são meios técnicos, mecânicos e não dão atenção. O resto do atendimento é bom. Também dar atenção para todo mundo é complicado. Tem algumas pessoas que não sabem lidar com as pessoas, não sabem como marcar uma consulta. Têm que sair para perguntar. Isto atrapalha tanto para a gente como eles. Demora. Crescem as filas. Neste tempo, eles poderiam ter me atendido e também ter atendido outra pessoa. Agilizaria tanto para um como para o outro (TULIPA, HU).

7.1.5. RELAÇÃO DE CONFIANÇA ENTRE O PROFISSIONAL E AS GESTANTES:

Para as gestantes, o cuidado humanizado no pré-natal significa, sobretudo, uma relação interpessoal entre o profissional e as gestantes, uma relação de intimidade, de confiança, de proximidade, de amizade e de cordialidade, que possibilite maior autonomia para conversar e reivindicar. Significa saber ouvir, valorizando o que elas falam; estabelecer uma empatia, confiar, estar disponível, relacionar-se, comunicar-se, interagir e estabelecer uma relação recíproca. Uma relação em que os envolvidos crescem, perguntam e dão respostas, compartilham experiências, informações, expectativas e significados; expõem suas idéias, seus medos, suas ansiedades, sugerem soluções e se transformam. Implica uma escuta verdadeira, na qual aqueles que interagem têm abertura, oportunidade e espaços para questionarem, dialogarem e para expressarem sentimentos, sem tempo pré-estabelecido. É uma relação interpessoal, empática, próxima, carinhosa, respeitosa, diferenciada, na qual os envolvidos se comunicam efetivamente, usando uma linguagem que ambos compreendem, estabelecem acordos e compromissos e fortalecem seus potenciais e auto-estima.

Nesta relação podem ocorrer ruídos de comunicação, conflitos, desentendimentos, erros que geram desgastes, situações inerentes aos seres humanos que dificultam a adesão à atenção. A comunicação é essencial para que haja um encontro autêntico.

O cuidado humanizado no pré-natal, no entender das gestantes, significa uma aproximação maior entre elas e o profissional, possível quando ele as atende com espontaneidade, e não de maneira formal, e quando ele passa a compreender a gestação como um momento especial para as gestantes. A relação de confiança se estabelece com o contato e com a palavra.

É uma atenção, uma atenção melhor que o profissional de saúde deve ter quando você vai consultar. O fato de dizer bom dia, boa tarde. A cordialidade. Perguntar se tudo está bem. Não só ir lá, pedir exames e ver os exames. Ver se está tudo bem. Ter uma relação mais próxima. Ah!!! Você tem problema na escola, no trabalho? Como é que está sua vida? Um contato mais pessoal. Às vezes, você não tem problemas nos exames. O ultra-som está bem. Fisiologicamente você está bem, mas você gostaria de ouvir uma palavra a mais. Isso é bem importante, a questão da relação que se estabelece entre o médico paciente, no caso a gestante. É bem importante (AZALÉA, HIBISCO, HU).

Dar mais atenção. Estar mais próximo da gente. Vivenciar mais com a gente a gestação (BOCA-DE-LEÃO, HU).

No caso da enfermeira mesmo sem ter consulta marcada, ela me atende, me escuta. Se eu preciso, escuta o que tenho a dizer a qualquer hora. Eu chego aqui, ela me atende. Ela escuta o que tenho a dizer e me fala as coisas também. Eu confio. O atendimento é bom (ÍRIS, ULS da AGRONÔMICA).

Tem médica, tipo a Dra.. (nome) é muito querida. Ela brinca. Conversa. Faz perguntas. Se a gente está triste ela tenta colocar a gente para cima, anima. Médico que tem um pouquinho a mais. Não é só médico, é amigo. A gente adquire uma confiança. Fica mais fácil falar das coisas que aconteceram; é mais fácil. Tem médico que é só médico. Eu gosto de conversar, não só do pré-natal, mas falar que o bebê está crescendo. Gosto quando perguntam sobre o nome do bebê. Um pergunta muda tudo. A gente passa a ter mais confiança no profissional. As meninas da enfermagem; elas são muito legais, atendem muito bem, não são só enfermeiras, são amigas. Elas acompanharam a minha gravidez do início até o final. Deram carrinho para o bebê. Foram muito legais (FLOR-DE-CAMPO, ULS da AGRONÔMICA).

Ele é uma pessoa maravilhosa pelo que eu vi, mas a gente não teve contato. Então, a confiança vem com o contato, com a palavra, com o cuidado que tu recebes. Tá... então, que eu penso assim (DÁLIA, HU).

Para tanto, é necessário gostar do que faz, estar disponível para ajudar, ser solidário e demonstrar interesse; ter disponibilidade de tempo saber ouvir, ser educado, calmo, ser paciente, simpático, bem humorado, sincero, espontâneo, alegre, sensível, atencioso, preocupado, respeitoso e cordial; estar atento ao outro; ter afinidade com o outro fazer-se conhecer; conhecer a história da cliente, usar uma linguagem que seja compreensível e, indiscutivelmente; ter competência técnica. É necessário que os envolvidos assumam os compromissos, estando presentes nos locais e no horário estipulados.

Ter sensibilidade para sentir a gestante para saber como está, ter calma, compreensão. Ter competência técnica, que se supõe que ele tenha (GIRASSOL, ULS da AGRONÔMICA).

Deve ser simpático e ter paciência. Que seja uma pessoa que gosta do que faz, que trate bem, que passe para gente assim uma tranquilidade, que a gente se sinta bem. Ter todos os preparos, uma pessoa que tenha todos os cursos, que tenha estudado tudo. Acho que é isso assim (GERÂNIO, ULS da AGRONÔMICA).

O horário marcado é prioridade. Se a gente vem aqui, a gente tem de cumprir, tem que ser cumprido. É claro que só não para quem está naquelas situações não previstas. Tu tens que lidar com a vida, ninguém é robô (HORTÊNCIA, ULS da AGRONÔMICA).

O tempo da consulta é bem importante. O que eu sinto aqui no HU é que não há uma coisa rígida, sabe... Não importou o tempo... Todas as vezes que nós fomos responderam as perguntas. Sabe, todo mundo pacientemente respondeu, não ficaram com aquela pressão... Oh!!! Tem que terminar e tal. É isso eu acho bem interessante também (BRINCO-DE-PRINCESA, HU).

Ele passar segurança. Um simples bom dia. Pegar um médico bem humorado já é uma ótima, né? Tu entras no consultório: bom dia, tudo bem? Um bom dia e um tudo bem é uma simples ação que qualquer um pode fazer, independente da área, e

que já vai deixar a pessoa mais segura e mais aberta. Conversar. Não ir direto ao exame. Deixar a gestante falar. Escutar. Dar espaço (JASMIM, HU).

Ele foi muito atencioso nesse sentido, chamou pelo nome. Me levaram direto para o consultório. Ai ele falou: a senhora espera, aguarda um pouquinho que eu já venho aí. Daí na hora de eu subir na mesa, ele me ajudou e na hora de descer. E também a subir na escada, me ajudou também sabe? Ele foi muito, muito atencioso, assim, nesse sentido né? E a gente se sente segura com um atendimento assim, né? A atenção especial para a gestante é importante. A gravidez é uma fase delicada da vida da gente (TULIPA, HU).

Um dos acompanhantes reforçou que, além da competência técnica, é necessário que o profissional tenha formação em relações humanas. Fazem a diferença, continuam a dizer as gestantes, apresentar-se, cumprimentar cordialmente e nos chamar pelo nome, ouvir atentamente as nossas necessidades, encaminhar, resolver os problemas, perguntar o sexo do bebê e o nome, orientar, esclarecer ajudar a subir no leito, mas, principalmente, ouvir.

Tem gente que passa por ti e faz que não te conhece. Nem te cumprimentam para medir a tua pressão. Qualquer pessoa que seja tem que cumprimentar. É uma questão de relação humana (ÍRIS, ULS da AGRONÔMICA).

Ele, o aluno, deu atenção para tudo, eu chequei a ficar mais tranqüila. Deu a maior; atenção para tudo, tudo, tudo... Se todos atendessem desta forma, seria maravilhoso, Embora eu tivesse que fazer o exame ginecológico que eu tenho pânico, e ainda não deu certo, a coleta foi show. Ele não conseguiu achar o colo, mas não é a primeira vez, não foi por incompetência, eu sei que era difícil (JASMIM, HU).

A formação em relações humanas é imprescindível. A pessoa se colocar na situação, na posição do outro. Todos os profissionais, não só o psicólogo, deveriam ter esta formação de relacionamento. Tentar entender a situação, as diferenças que a pessoa está vivendo. Ter disponibilidade em querer ajudar. Ouvir. Eu não sei se é específico de cada profissão, mas específico da pessoa humana querer ajudar o próximo. Tem a ver com as relações humanas (AZÁLEA, HIBISCO, HU).

Percebi por meio da observação participante, que esta relação horizontal nem sempre se estabelece de forma equitativa entre a gestante e o profissional. A gestante desconhece o ambiente, está procurando o serviço e quase sempre se coloca à disposição do profissional. A condução da consulta é feita pelo profissional que detém alguns conhecimentos que a gestante não possui. Por outro lado, ela tem conhecimentos e experiências que não foram vivenciadas pelo profissional. A troca e o compartilhamento de experiências e saberes podem favorecer o estabelecimento desta relação dialógica e de crescimento mútuo.

A falta de diálogo entre os profissionais da equipe de saúde e a gestante, bem como a introdução do computador, e especialmente a falta de disponibilidade de tempo, dificultam o estabelecimento do vínculo e a efetivação das relações, sendo consideradas por elas como ações desumanizadas.

Que eles estão informatizando as consultas nas unidades de saúde. Então, eles têm, o médico tem que repassar a informação para o computador e ao mesmo tempo conversar com você. Ele tem que estar digitando a informação. Acaba perdendo o

vínculo. Acaba não olhando para o paciente e olhando só para a tela do computador (AZÁLEA, HIBISCO, HU).

Não tiveram muito diálogo. Querem atender de uma vez para se livrar. Às vezes, a fila está grande, mas não foi o caso. A pessoa foi de má vontade. Não estavam disponíveis para dar informação. Não teve diálogo. Vão te respondendo e te dispensando (JASMIM, HU).

7.1.6 ATENÇÃO ESPECIAL E DIFERENCIADA QUE VALORIZA O SER HUMANO COMO PESSOA

Uma atenção especial e diferenciada e que valorize o ser humano como pessoa parece ser um dos significados mais importantes de cuidado humanizado no pré-natal atribuído pelas gestantes. Uma atenção, um cuidado que considere o humano, o pessoal, que valorize a gestante, procurando fortalecer sua auto-estima e imagem. Uma atenção que considere a gestante como gente. Um cuidado cujos profissionais reconheçam-na como pessoa, chamando-a pelo nome, ouvindo-a, conhecendo-a, que reconheçam sua dor, seus sentimentos, suas queixas, seus medos, ansiedades e necessidades. Um cuidado, no qual a equipe de saúde não banalize estas questões e deixe de alegar normalidade para todas as ocorrências da gravidez, sem ao menos explicar por que e como as modificações de ordem fisiológica, emocional, social ou qualquer outra acontecem. Um cuidado que possibilite mostrar que as gestantes vivenciam situações similares e, sobretudo, fique atento e busque compreender o significado da gestação para as mulheres grávidas e familiares.

Tu estás com problema, sentindo dor ou tendo medo e a pessoa diz: é normal. Vai acontecer durante toda a gravidez. Não considera o que tu sentes. Além disso, foram três consultas e em todas sai com dor, pois vai te apertando, vai pegando e não olha para a gente. A gente fala e ele não se escuta (JASMIM, HU).

Acho que o profissional deve ficar atento ao que a gente sente. Às vezes a consulta é muito mecânica. Não sei se foi a doutoranda. Achei ela ridícula. Para ela, tudo era normal. Eu queria saber. Ela dizia que era normal. Não importava a minha necessidade. Só aqui que a gente pode esclarecer (BOCA-DE-LEÃO, HU).

O médico dá mais atenção para os alunos do que para gestante. O médico se preocupou mais com eles do que em me ajudar. O exame foi o básico, medir a pressão, o peso, os batimentos os exames. Não falou comigo (FLOR-DE-LARANJEIRA, HU).

É aquele cuidado em que o profissional reconhece o que a gestante sente, que está sensível a ela, abrindo-se, olhando no seu olho para compreendê-la. O cuidado que reconhece que atrás da barriga há um ser humano. Existe uma gestante cheia de necessidades, que está passando por uma fase de intensas mudanças fisiológicas, emocionais, sociais, existenciais, de estilo de vida e de papéis, e que tem potenciais para se adaptar a este novo momento. Reconhece que a mulher que ali se apresenta tem conhecimentos prévios que devem ser

resgatados e ampliados ao longo da gravidez. Não é uma tabula rasa que aceita o que lhe é imputado. Reconhece o bebê como ser humano que interage, que sente, que pode ser que já tenha um nome, que não é apenas um batimento cardíaco ou algo que apenas tem que ser verificado.

Antes de ver o paciente na frente, vê a barriga. Ele tem que ver uma pessoa, né? E aí eu acho que isso passa pelo olhar desse profissional para essa pessoa, passa por ouvir, né? O médico tem que deixar a pessoa falar. Não olhar para pessoa como um paciente, mais saber que atrás do paciente tem uma pessoa, enfim (BRINCO-DE-PRINCESA; JACINTO, HU).

A gente deveria ser ouvida e encaminhada. Se a gente procura, não procura de bobeira. Pela recepção eu não seria atendida. Por ela eu já teria ido embora ou tomado qualquer tipo de medicamento (PAPOULA, ULS da AGRONÔMICA).

Procurar informar coisas que são importantes, após saber o conhecimento da gestante (GIRASSOL, ULS da AGRONÔMICA).

O cuidado humanizado, para as gestantes, é reconhecê-la como um ser humano único e diverso. Para tanto, tentando traduzir o transmitido pelas gestantes, é fundamental que o profissional procure se colocar no lugar delas, busque conhecê-las e respeite as suas diferenças. Respeitar legitimamente a sua existência e a sua diversidade, buscando pontos comuns para que ambos possam conduzir o atendimento, diminuindo, assim, o distanciamento existente entre o profissional e a gestante, aproximando o científico e o popular, o objetivo e o subjetivo.

A gente é cheia de medo, por mais que seja o segundo filho. Ele me achou super segura naquele dia, mas eu não estou segura. Eu sei como amamentar, eu sei um monte de coisa, mas... É novo, meu Deus! Foram dez anos... É uma gravidez nova. Então, todo mundo sabe que, por exemplo, o que aconteceu bem no primeiro pode não acontecer no segundo. Eu posso ter complicações, eu posso ter um monte de coisas. Uma gestação é diferente da outra, um parto é diferente do outro. Tanto é que existem mulheres que ganham normal e depois ganham de cesárea. Então acho que tem que ter essa sensibilidade, a mulher está mais frágil. Tem que ficar atento ao que sente, ao que a gente diz (DÁLIA, HU).

7.1.6.1. Apontando situações que desconsideram a gestante como pessoa

As gestantes mencionaram situações do cotidiano do atendimento que as desconsideram como pessoa, que as desrespeitam, que demonstram indiferença e agressividade dos profissionais para com elas. Pequenos gestos de indelicadeza, como deixar de cumprimentar, não chamar pelo nome, não mostrar interesse, não procurar ouvir, não responder aos questionamentos, fazer pré-julgamentos, ser impaciente e rude, ficar alheio às solicitações, tocar sem solicitar, ficar desatento aos sinais de medo e de ansiedade, não valorizar as queixas e desrespeitar, foram referidos.

Não ser delicado, não esquentar o aparelho para o preventivo. Ele viu que eu estava sentido dor, e ele não se importou. Ele não me deu atenção e respeito e não me tratou como deveria (GIRASSOL, AGRONOMICA).

Alguns pacientes são tratados com ignorância. Não respondem as questões e as solicitações de modo educado. Falta de atenção. Desrespeito. A impaciência de responder as perguntas (ESTRELÍCIA, HU).

A gente não tem coragem de expressar nossos medos. O médico já vem na condição de uma forma pudica, julgar. Fica difícil. Uma que tu não conheces a pessoa, como é que tu vás te expor para este tipo de pessoa (ORQUÍDEA, HU).

Parecem mais sérias, agressivas e desumanas, no entender das gestantes, situações tais como: menosprezar a experiência de gestar e de parir da mulher, deixando de valorizar suas falas e seus instintos, expor as gestantes às circunstâncias que geram constrangimento, tratá-las de forma despersonalizada, não individualizar o atendimento, desrespeitando as diferenças que caracterizam cada pessoa, não dar atenção às queixas, desvalorizar, banalizar, julgar a intensidade da dor ou o que gestante sente, diferente do que acredita ser e do que aponta a literatura, deixando-a esperar sem nada fazer.

A desconsideração da própria comunidade, agindo de forma preconceituosa, tecendo comentários sobre a forma de conduzir a gravidez e o desrespeito às leis ou normas sociais que garantam a prioridade de atendimento nas instituições comerciais, sem precisar entrar em filas, e direito a ter assento nos transportes urbanos também foram apontadas com ações desumanizantes na atenção à saúde da gestante.

Não te dão muita atenção, às vezes tu ficas ali esperando horas. Eles não perguntam para ti qual é o teu problema, porque esta esperando tanto tempo ali. Às vezes, não falam muito direito, assim, contigo. Acho que falta um pouco de respeito, às vezes. Tu estás sentindo uma dor assim, uma dor, assim, que para ti é forte. Eles deixam a pessoa ficar esperando um monte. Acham que a pessoa não está com aquela dor toda. Fazem a pessoa ficar esperando (GERÂNIO, ULS da AGRONÓMICA).

Ela falou na minha cara, daquela foram grosseira que: “com aquela carinha que eu estava... eu não iria ganhar filho nunca”. Pode voltar para casa que tu só vás ganhar o teu filho no domingo. Eu saí de lá pior ainda... “... E eu ganhei na sexta-feira.. Só não tive parto em casa porque o bombeiro conseguiu segurar até a hora de chegar à maternidade”... Para mim... Cada caso é um caso. [...] Tem que olhar a pessoa e qual o problema. Tu estás lidando com um ser humano. Me trataram como se eu fosse nada; como se eu nunca tivesse tido um parto; como se eu não fosse segura; como se eu não pudesse ganhar ou ela fazer um parto, um parto sem dor. Eu sei. O que se comenta é que a mulher tem que fazer um escândalo, chorar para poder ficar e ganhar, mas nem todo mundo é igual (HORTÊNSIA, AGRONOMICA).

O bombeiro vinha me falando que se não desse muito tempo, que se eu não me sentisse muito bem, eu ia ganhar na beira mar. Mas também foi uma humilhação. Chorei bastante..... E tem aquela situação moral, tu teres de passar por isso. O pessoal ficava te olhando. Tinha comentários, tu sabes... Pessoas ignorantes dizem... Não, isso daí deixa a gente bem.....envergonhada. Imagina, vai dar à luz a um filho, do nada assim... Não sou índia...Ela não podia me deixar passar por uma situação assim. Tinham que saber a hora de eu ganhar (HORTÊNSIA, AGRONOMICA).

Além do exposto, as gestantes consideraram que a falta de sensibilidade e o desrespeito do profissional podem ser obstáculos para a concretização do cuidado humanizado no período gestacional. A gestante pode ser tratada como se fosse mais uma, ser atendida de forma despersonalizada, desconsiderando-se suas diferenças, suas expectativas, seus valores, suas crenças e suas necessidades. Segundo elas, isto pode acontecer devido às condições de trabalho, entre elas, a demanda excessiva de usuários e de atividades, o número reduzido de funcionários, a falta de materiais e a ausência da manutenção destes, além da falta de valorização financeira e pessoal dos funcionários. Pode ainda ser, o que é mais grave, decorrente do fato de o profissional não gostar do que faz e de ser descompromissado social e profissionalmente com o usuário. Segundo as gestantes, para alguns profissionais, o fato de trabalharem no serviço público, em função da garantia do emprego, parece dar a alguns deles aval para não agradarem, para atenderem a todos de modo massificado, sem considerar as individualidades, as subjetividades e intersubjetividades que caracterizam cada ser humano.

Tem ótimos profissionais tanto na rede pública como na rede privada, mas tem aquele que não gostam do que fazem. Por mais que seja a mesma coisa. O que pode dificultar é o número de pessoas para serem atendidas. Não sei, se o caso do SUS. O salário que o profissional ganha, se ele não está contente, não sei. Como é uma coisa pública, que as pessoas necessitam, eles não tem obrigação de agradar o cliente. As pessoas se acostumam com isto e não a tratam ([] refere-se a gestante) individualmente, atendem como mais uma. O caráter do profissional, a sensibilidade com que ele vê a gestante, a atitude dele interfere, mas às vezes tem fatores externos, o fato de ter muitas gestantes para serem atendidas e nem as ferramentas necessárias. Isto pode atrapalhar (GIRASSOL, ULS da AGRONÔMICA).

Acho que se começa de lá ([] falou referente aos estudos), eu acho que nem todos os profissionais estão no local certo, em todas as profissões, sabe? Isso aí não é uma situação pessoal, isso daí já vem lá de trás (HORTÊNSIA, ULS da AGRONÔMICA).

7.1.7. TER ACESSO ÀS INFORMAÇÕES E TROCAR CONHECIMENTOS NO ÂMBITO COLETIVO OU INDIVIDUAL

Chamou a atenção a ênfase dada pelas gestantes à necessidade de ter acesso às informações e aos conhecimentos, o que implica maior preparo, aumento de seus potenciais para agir, maior segurança, maior tranquilidade e confiança, sendo considerado um significado importante do cuidado humanizado no pré-natal. Houve, no entanto, algumas divergências. A maioria das gestantes considerou ter e receber informações e trocar conhecimentos no âmbito coletivo ou individual como sinônimo de cuidado humanizado. Contudo, umas caracterizaram como cuidado humanizado no pré-natal apenas aquelas atividades educativas prévias às consultas, realizadas na sala de espera ou no grupo de

gestantes, descoladas da consulta de pré-natal. Outras consideraram que o compartilhamento de conhecimentos e experiências na consulta, nos grupos, nas visitas domiciliares, na realização dos procedimentos, na recepção ou em qualquer outro ambiente, seja ele qual for, é que deveria ser considerado como cuidado humanizado no pré-natal. Todo o espaço do cuidado seria um espaço educativo.

Algumas caracterizaram como cuidado humanizado apenas o acesso às informações, como as orientações, os esclarecimentos e as respostas aos questionamentos, feitos individualmente ou coletivamente. O compartilhamento de experiências, de vivências, de percepções, de conhecimentos e sentimentos no grupo de gestantes ou nas atividades da sala de espera foi considerado essencial para ampliar as visões das gestantes, para agregar novos valores, para sanar suas dúvidas, para dar abertura e possibilitar a expressão dos medos e das ansiedades.

Acho importante participar do grupo de gestante. Tem um monte de coisas que eu não sabia. Eu aprendi. A psicóloga conversa muita coisa com a gente. Na primeira gestação eu não participei de nada, do grupo, destas coisas, assim. Tem muita gente que pensa que tem um filho; é experiente e sabe tudo. A gente não sabe nada. A gente vai aprendendo. Agora, nesta gestação, é que estou participando, que eu estou aprendendo. Estou aprendendo o que eu não sabia e agora eu sei, cuidados que eu não tinha e agora eu tenho. É importante, assim sabe (FLOR-DO-CAMPO, ULS da AGRONÔMICA).

Quanto mais conhecimento tu tens, mais orientação, tu ficas mais preparada e com maior segurança. Estás mais por dentro do que acontece na gestação e parto (ÍRIS, ULS da AGRONÔMICA).

Na opinião das gestantes, a participação nestas atividades possibilita que elas e seus familiares se identifiquem com pessoas que vivenciam situações similares às suas; auxilia as gestantes e os familiares a fortalecerem a auto-estima, auto-imagem e autonomia e aumenta os laços de solidariedade. Segundo elas, palavras espontâneas e simples em uma conversa descompromissada podem servir de suporte para superar as dificuldades, inicialmente impossíveis de serem solucionadas, para minimizar os medos, para diminuir a dimensão de seus problemas, inclusive os físicos. Atividades educativas, tais como sala de espera e o grupo de gestantes ou casais grávidos, foram consideradas espaços para dar à mulher voz e vez, possibilitando a ela gerar mudanças na forma de conduzir a sua vida e cuidar de sua saúde.

As gestantes, especialmente, as atendidas no HU, avaliam ser de vital importância conhecerem e compreenderem melhor todo este processo. Isto possibilita ampliar seus conhecimentos, reforçar os aspectos positivos, fortalecer os seus potenciais, levando-as a se sentirem mais confiantes, fortes, capazes e seguras para tomarem decisões e terem mais

autonomia para atuar, ou seja, para poderem participar mais ativamente, tornando-se sujeitas, protagonistas de todo o processo.

Para elas, acolher a gestante dando orientação e informação depende de uma mudança de atitude do profissional. Todas as gestantes afirmaram o valor de terem seus questionamentos respondidos, de receberem orientações e informações a respeito do que estão vivenciando, sobre todas as dimensões que envolvem o processo de nascimento, as mudanças e os cuidados na gestação, no trabalho de parto, no parto, no pós-parto com a mãe e o bebê. Reforçaram a necessidade de esclarecer a importância de realizar as consultas no período gestacional para a sua saúde e do bebê.

Dar espaço para a gente falar. Porque se eu ficar também de boca fechada como é que ele vai saber o que é que eu estou sentindo. Pelo exame clínico ele não vai detectar nada. Ele vai detectar o básico, mais não o que eu estou sentindo (DÁLIA, HU).

Esta antecipação, a sala de espera, antes da consulta é muito importante. Ajuda e muito. Parece ajuda insignificante, mas é uma gotinha no meio do oceano, mas é uma gotinha. Você percebe que as coisas começam a melhorar e a mudar. Às vezes, ela está sentada, no seu lado, ela não transpassa. Ela tem uma série de problemas, questões assim... Ela não precisa passar para você, mas às vezes numa conversa aberta, aquela coisa meio descompromissada, aquilo já fortalece, já ajuda. Ela leva para casa informações, ela já muda. A gente percebe é uma força que dá. Acredito que até muitos problemas físicos poderão ser mais amenizados (ORQUÍDEA, HU).

Este, o atendimento humanizado, ajuda muito. Tem gente que sente falta destas orientações, principalmente, as mais novas ou aquelas que já tiveram filhos e fazem certo tempo que tiveram seus filhos. Dá maior segurança. Amplia o limite de informação que ela tinha. Ela passa a ver que não é só ela que vive aquela situação. Tudo isto influencia pra um lado positivo, dentro da conduta da gravidez. [...] Você agrega uma série de valores. Na hora que dar a luz já está mais segura. Você com isso... Pode até passar por problemas e intercorrências, mas dentro de si você consegue se superar, entendeu? Mas, o grande mérito da realização da humanização é o fato de trocar informações. Se está grávida, como é para ganhar o bebê, as dores que vai ter, as coisas normais no ser humano. Saber que o que ela está sentindo não é nada de anormal. Você nunca sabe tudo, você sempre aprende um pouquinho. Eu aprendi muito (ORQUÍDEA, HU).

Para uma delas, o Sistema de Saúde deveria oportunizar e garantir acesso às atividades educativas para todas as gestantes, além claro, de criar uma política educacional mais ampla. Outra enfatizou a necessidade de estas informações não serem massificadas ou generalizadas a todas as gestantes, devendo se adequar aos hábitos e à realidade de cada gestante.

É obrigação do sistema único de saúde informar. Este deveria proporcionar isto para elas. Mas isto não acontece. Outra vertente é a educação. Terem acesso a este conhecimento nas escolas, nas bibliotecas, pela televisão, televisão aberta, campanhas, serem estimuladas para isto (GIRASSOL, ULS da AGRONÔMICA).

Orientar de acordo com a minha vida, quanto à situação, com o teu jeito de ser, de acordo com a tua maneira de viver, horários e rotina. Ele tem que saber os hábitos. Dentro de cada situação, tu tens que saber lidar. Então, por isso que lá, eu gostei muito (HORTÊNSIA, ULS da AGRONÔMICA).

Chama a atenção, no caso de gestantes adolescentes, a influência das colegas também adolescentes, ora de forma positiva ora negativa, no que se refere ao comparecimento às atividades educativas e até estímulo para engravidarem, aderirem e continuarem ou não participando da consulta de pré-natal.

As gestantes acreditam que para facilitar e favorecer o acesso às informações, o profissional precisa ter algumas qualidades, entre elas: gostar e ter prazer no que faz, ter disponibilidade de tempo, ser capaz de compartilhar conhecimentos, ter competência técnica e relacional, ter uma linguagem coloquial, dar abertura e estimular a gestante a expressar suas vivências e conhecimentos.

Não utilizar mil e um termos técnicos para dizer que ela tem um problema. Falar do jeito que ela compreenda. Para ela não achar que é uma coisa imensa. Dentro da condição médica, se existisse isto, resolveria 50 % dois problemas dos pacientes. Ela tem que entender, para participar e aderir o tratamento. Aí, ela vai tomar o remédio, vai fazer as coisas certas. Se achar que tem uma coisa raríssima, ela não vai se expor para ninguém, muito menos para o médico. A pessoa, ao ouvir termos técnicos, pode entender outras coisas e não voltar mais. Explicar de forma coloquial. Eu acho que é um progresso muito grande no atendimento (ORQUÍDEA, HU).

7.1.7.1 Fatores que dificultam o desenvolvimento da prática educativa

No HU, as gestantes colocam como umas das barreiras para o desenvolvimento das atividades educativas a inexistência de um local apropriado, haja vista que hoje tais atividades são desenvolvidas no corredor, onde as pessoas transitam e conversam. As gestantes da ULS da Agrônômica ressaltaram a ausência de infra-estrutura em todas as unidades locais de saúde, a falta de tempo das gestantes e de materiais didáticos e informativos para desenvolver atividades educativas grupais com elas, seus acompanhantes e o uso de uma linguagem muito técnica. As barreiras que impedem o acesso, já mencionadas (geográficas, financeiras, ligadas ao trabalho e pessoais), foram ratificadas também em relação à atividade educativa.

O desconhecimento sobre a gestação e todo o processo de nascimento foi considerado uma barreira que as impedia de procurar precocemente o serviço e continuar o acompanhamento da gestação. Se a gestante sabe, tem este conhecimento, ela vai fazer o possível e o impossível para estar presente e para não faltar, afirmaram. Esperam do profissional e da instituição de saúde, hospital ou unidades de saúde, que estabeleçam estratégias ou mecanismos que as estimulem a questionarem e reivindicarem estas informações.

Orientação é fundamental. Saber os medos que a gente vivencia. Para eles tudo é normal. A gente não sabe (BOCA-DE-LEÃO, HU).

Olha, a senhora tem alguma dúvida? Tem alguma dúvida que eu posso esclarecer?"Porque tem mulher que chegava lá, eu não tenho esse tipo de dúvida, ou até um exemplo assim meio bobo, mas "Que se pode até o final ter relação sexual com marido" (DÁLIA, HU).

A pessoa não vem, a vida social, dificulta. Se não tem informação não sabe, não dá o devido valor. Se sabe, se tem informação, ela faz um esforço, o possível e o impossível e vêm. Uma informação bem passada, leva a uma boa conduta (ORQUÍDEA, HU).

Eu acho assim que elas precisam conversar mais; de repente tirar algumas dúvidas que a gente tem. Conversar, explicar mais assim (GERÂNIO, ULS da AGRONÔMICA).

No entanto, diferentemente da maioria das gestantes entrevistadas, algumas da ULS da Agronômica e menos no HU preferem repassar aos profissionais a responsabilidade para transmitir novos conhecimentos, informar, questionar, explicar, orientar e para estimular novas indagações, assumindo uma posição tímida para exigir estas informações. Parece que a gestante considera o profissional como detentor do conhecimento, ficando submissa a ele e seus conhecimentos. Algumas gestantes têm medo de questionar, de perguntar, de exigir este conhecimento, esperando que tudo parta do profissional. Algumas não têm a iniciativa de procurar, outras não sabem onde procurar estes saberes. A falta de conhecimentos sobre os seus direitos, a dificuldade de acesso às informações sobre o processo que estão vivendo e sobre a filosofia da humanização, a impossibilidade de acessar meios de comunicação como jornais, revistas, livros, internet e, sobretudo, a falta de oportunidade à educação são barreiras apontadas por algumas participantes. Para elas, tais fatores dificultam às gestantes procurarem novos conhecimentos, fortalecerem-se, transformarem-se e ampliarem os seus conhecimentos, impedindo-as de se posicionarem, de aumentarem seus potenciais para assumirem o papel de protagonistas do processo de nascimento.

Toda esta explicação, esta filosofia que é dada no grupo de gestantes e alguns médicos procuram adotar no HU. Eu acredito que outras mulheres não têm esta oportunidade. Às vezes eu converso com as mulheres aqui no centro de saúde e elas não tem conhecimento. Tem pessoas que não sabem sobre estes conceitos. A questão de amamentação, dos mitos, do parto de cócoras, que para mim já é tão normal. Conhecimento. Eu mesma procurei na Internet para saber sobre o Hospital Amigo da Criança. Depende da pessoa, de sua personalidade, do acesso que ela tem ao conhecimento e aos direitos dela. Contudo, a maioria das gestantes não tem estas informações. A população que é carente tem medo. Acham que ele, o médico é quem sabe tudo. Pode se sentir inferiorizada. Às vezes, a gestante já está tão fragilizada que não vai reivindicar. Nem todas têm acesso ao conhecimento. Não sabem como procurar este conhecimento. Estas acabam sofrendo mais, com estas pessoas ditas desumanos (GIRASSOL, ULS da AGRONÔMICA).

Eu acho assim que elas precisam conversar mais, de repente tirar algumas dúvidas que a gente tem. Conversar, explicar, mais assim (GERÂNIO, ULS da AGRONÔMICA).

Quando a gente é bem orientada, quando a gente tem possibilidade de perguntar ou a gente nem precisa perguntar e eles explicam (PAPOULA, ULS da AGRONÔMICA).

7.1.8 CONHECER, REIVINDICAR OS SEUS DIREITOS COMO GESTANTE E TER ESTES DIREITOS RESPEITADOS

Conhecer, reivindicar os seus direitos como gestante e ter estes direitos respeitados foi mais um dos significados de cuidado humanizado no pré-natal. Para elas, a gestante tem o direito de questionar os profissionais sobre o que está acontecendo consigo e com o bebê. Tem o direito de receber explicações sobre os procedimentos que estão realizados, de trocar idéias sobre os cuidados prescritos, saber para que eles servem, como também saber sobre os resultados encontrados. Tem o direito à privacidade, direito de conhecer e ter alguém responsável pela sua internação, de ter prioridade no atendimento. Ademais, ter assegurado os direitos legalmente conquistados, entre eles a licença maternidade, o direito de participar da consulta, de receber o auxílio natalidade, de ter garantia da presença de um acompanhante no processo, direito de amamentar o seu bebê, de ter o emprego garantido, de ter prioridade no atendimento nas instituições de saúde, nas empresas e nos meios de transporte.

Ter acesso aos cuidados de saúde e também informações e conhecimentos sobre os cuidados e as situações vividas no seu cotidiano, relativas à sua saúde e sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.

Neste lado eu já sou bem orientada. É eu já sei que eu tenho e eu até já conversei com o meu patrão a respeito disso. Tenho duas férias para tirar e daí eu vou juntar as férias e ficar 6 meses em casa. Vou ter tempo para amamentar. Mas eu já procurei me informar. Também tenho direito a ganhar (só que é bem pequeno o valor) uma taxa para cada filho que nasce. [...]Durante 3 anos eu participei de reuniões de sindicato e também o meu irmão era presidente do sindicato na Palhoça e ele me ensinou sobre essas coisinhas (TULIPA, HU).

Eu tinha marcado na carteira da gestante o resultado da ultra-sonografia. A médica comparou as duas. Porque eu pedi e falou que estava tudo bem. Perguntei o sexo e ela disse que 90% que era menino, mas ele está meio de costas, virado, mas que estava tudo bem. Se eu não perguntasse iria embora e ela não ia falar nada e na próxima consulta não ia ficar sabendo nada (MARGARIDA, HU).

7.1.8.1 Descumprimento dos direitos

Para as gestantes, há um descaso por parte da população em relação à prioridade nos atendimentos em bancos, supermercados e falta de garantia a um lugar para sentar no transporte urbano. A população necessita maiores esclarecimentos para respeitar, tanto a gestante como o idoso e os deficientes.

A outra é o reconhecimento legal. Piadinhas sem graça. Quando você pega o ônibus para se deslocar, mesmo quando a barriga não esteja grande é evidente. Mas você já tem o direito garantido: não ficar em filas, direito ao transporte, dos horários. Deixa a desejar o atendimento deste direito. Às vezes, as pessoas não respeitam esta condição. Não que a gente esteja doente, que a gente seja obrigada a ficar sentada. É um direito. Foi conquistado e tem que ser respeitado. Não só com a gestante, com o idoso, com as deficientes, que isto acontece, mas quando a gente está na condição, a gente sente (AZÁLEA, HU).

Em relação ao Hospital Universitário, alguns aspectos relacionados aos direitos foram enfocados pelas gestantes, sendo questões específicas desta instituição. A consulta à gestante no Hospital Universitário é conduzida na sua maioria por estudantes de medicina, supervisionados direta ou indiretamente pelos médicos lotados na instituição e professores da tocoginecologia. As gestantes revelaram que a atenção prestada pelos alunos é especial e calorosa, contudo consideram desumanizadas situações ocasionais que geraram insegurança e desrespeitaram seus direitos, como muitos alunos no consultório, constringendo-as, o desconhecimento do médico responsável, já que algumas tiveram contato apenas com o aluno e o despreparo de alguns deles. Além disso, a falta de privacidade sentida por algumas mulheres. Algumas ficaram expostas durante o exame físico, não foram protegidas com lençol ou não tiveram sua privacidade garantida, uma vez que as portas permaneciam abertas para que os alunos pudessem ter acesso aos equipamentos, entre eles, o esfigmomanômetro e o sonnar, constituindo-se, desta forma, como impeditivos para uma atenção humanizada.

Quando não tem os materiais na sala. Ele saiu várias vezes. Faltava uma coisa ou outra. Quando ele saiu tapei minha barriga. Ficou tudo aberto. Outros alunos entraram para pegar o material, não disseram quem eram e nem respeitaram. Iam entrando. Não protegeram a gente. Ele não fechava a cortina, quando saía. Eu sei que é hospital de estudo, mas tem que manter a minha privacidade. A gente não deve ficar exposta (BOCA-DE-LEÃO, HU).

Respeito paciente é prioritário. Eu acho que ao final de cada consulta o médico deveria vir dar uma conversada com estagiário. Isso é um cuidado. Eu sei que, às vezes, é difícil porque isso aqui não é uma clínica; é um hospital, então... mas isso seria um cuidado, assim, que daria mais segurança e uma atenção maior também, um diferencial. Eu deveria ter conhecido o médico, na primeira consulta. Só agora com oito meses fiquei conhecendo o responsável (DÁLIA, HU).

A falta de acesso aos serviços de saúde, e ainda mais, a falta de acesso a um serviço de qualidade e humanizado, aos exames, aos medicamentos, à continuidade de atenção e melhores condições de vida, bem como a falta de informações, de privacidade e de respeito também foram citados pelas gestantes, independente dos contextos, sendo considerados como quebra dos seus direitos sociais, sexuais e reprodutivos e, conseqüentemente, como atenção desumanizada.

7.1.9. PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA, ESPECIALMENTE DO COMPANHEIRO

A participação da família, especialmente do companheiro, também foi caracterizada como cuidado humanizado no pré-natal. A participação ativa em todo o processo de nascimento não se restringe à gestante. Algumas delas consideraram fundamental a participação do companheiro, da família e dos amigos, já que a gravidez e o nascimento também são acontecimentos sociais. Referem que o suporte emocional e o apoio de todos os membros familiares, inclusive, dos filhos, lhes dão maior segurança e tranquilidade. A participação dos filhos mais novos favorece a aceitação do irmão, minimiza os ciúmes e também melhora a relação na família. Segundo elas, contribui para a formação da família e o fortalecimento das relações familiares.

Eu poderia deixar com a minha mãe, mas eu acho que é importante ele vir e participar e ouvir os batimentos. Ele descobriu o umbigo e fala com o nenê pelo umbigo. Se tivesse muitos filhos talvez não desse. Acho que diminui os ciúmes (MARGARIDA, HU).

Na outras gestações ele sempre foi comigo, nesta também. Na outra gravidez todos os meses ele ia comigo. Eles perguntaram sobre a última menstruação e ele respondeu. Elas falaram; ele sabe tudo. Ela sabia mais do que eu. Sempre acompanhou (MARGARIDA, HU).

Acho importante ele participar. Orientar sobre o cuidado com o bebê e ele saber como é um parto. Antes ele não podia participar, agora já tem uma lei, que o parceiro pode assistir o parto se ele quiser (ÍRIS, ULS da AGRONÔMICA).

O apoio da família, aceitando a gravidez, estimulando a gestante a realizar as consultas, servindo como suporte emocional, educacional e social, fortalecendo a sua auto-estima, foi levantando como fator primordial para adesão e continuidade da atenção à saúde na gestação.

A possibilidade de meu companheiro participar da consulta Isto é importante (FLOX, ULS da AGRONÔMICA).

Acho que sim, se ele não vir. Ham! Ele tem que saber das coisas. Ele é o pai. Um dia ele não veio e eu não falei nada, ele teve que perguntar para o médico. No início da gravidez eu tive descolamento; eu tive que tomar todo o cuidado: fazer dieta, repouso, medicamento. Ele cantava. Ele cuidava um monte de mim (ONZE-HORAS, ULS da AGRONÔMICA).

O apoio da família é essencial para conduzir esta situação. Seria muito difícil se fosse sozinha. Dificultaria. Teria que assumir tudo, a questão financeira, as coisas da gravidez e da casa (GIRASSOL, ULS da AGRONÔMICA).

Neste sentido, uma das gestantes enfoca que a não aceitação da gravidez pela família e pela gestante pode contribuir para que os amigos, vizinhos ou parentes estimulem o uso de meios para interromper a gravidez. Quando não bem-sucedidos ou quando a família aceita e

apóia a gravidez, a gestante passa a procurar acompanhamento pré-natal, no entanto, já tardiamente.

7.1.10 PARTICIPAR ATIVAMENTE DO PROCESSO DE NASCIMENTO E DAS QUESTÕES RELATIVAS À SUA SAÚDE E DA POPULAÇÃO

O cuidado humanizado no pré-natal significa também participar ativamente do processo de nascimento, das questões relativas à sua saúde e da população. Implica assumir sua parcela de responsabilidade, questionando, propondo e sugerindo novas maneiras de atender a população. Isto não acontece rotineiramente, segundo as gestantes, porque o povo brasileiro tem a sua auto-estima e sua auto-imagem diminuídas. Se todos soubessem a força que representam, isto não aconteceria, esboça uma das gestantes.

Infelizmente, reforçam as gestantes, o maior empecilho é não ter conhecimentos. É evidente na atenção pré-natal a falta de informações. Alguns profissionais detêm o conhecimento, não compartilham com as gestantes por falta de disponibilidade de tempo, impaciência ou porque não foram formados para isto. Nem todas as gestantes têm acesso aos meios de comunicação. Assim, não conhecendo, têm dificuldade de reivindicar. Não podem decidir e agir, participar ativamente e deixam de assumir o seu papel de sujeitas no processo de nascimento e nas ações de saúde como um todo.

Eu tenho toda a liberdade de conversar com o médico; depende da relação que o médico e a gestante estabelece. Se eu vou lá e fico ouvindo só o médico falar e não pergunto nada, a relação pode não ser proveitosa (AZÁLEA, HU).

Os alunos saíam e iam falar com o médico, trocar uma idéia do medicamento, trocar alguma idéia sobre o tratamento... Então, tu não vias essa conversa deles, tu não vias o que é que ele estava levando para médico. Se tu estavas bem, se tu não estava bem... Mas o diferencial é o resultado final. Então, se o médico viesse até o residente... e conversasse na tua frente. "Não, ela está tendo esse tipo de coisa por causa disso, mas nós vamos medicar dessa forma". Esse tipo de conversa tu sairia mais satisfeita. Tu poderias participar. Essa é a minha opinião (DÁLIA, HU).

Uma das gestantes enfatizou a importância de a gestante sugerir mudanças, contribuir com sugestões em relação à organização e humanização da atenção, porque são elas que estão vivenciando toda esta situação, tendo um posicionamento diferente do profissional e do gestor. Cada um tem uma parcela de responsabilidade nas mudanças. Estas acontecem de forma gradativa e contínua, num verdadeiro processo. A outra procurou refletir sobre as questões de saúde em Florianópolis, reforçando que a situação tem que mudar e todos têm que participar para reverter esta situação. Além disso, algumas gestantes enfatizaram a

necessidade de divulgar o que é positivo no serviço público, divulgar os serviços humanizados que ele presta.

Se a gente na tem a informação, como vai mudar. Eu sei que não sou da área, que posso dizer coisas que não tenho conhecimento, mas eu estou colocando o que vivo. É diferente. Quando a gente vivencia aquilo, a gente tem outra informação daquilo. Tem um lado que é profissional. Se eu puder ajudar a melhorar no atendimento, a minha parte eu tenho que fazer. Todo o processo não ocorre da noite para o dia. É nossa obrigação. É um desabafo. A gente precisa refletir sobre o que vive, sobre o atendimento que recebe. Se não passa batido. É importante ver o problema do lado da gestante. Não dá para deixar por conta só do governo (ORQUÍDEA, HU).

A saúde está muito complicada não só em Florianópolis, mas em todo o país. Deveria ter prioridade em todos os sentidos. Não deveria ter filas. Não deveria existir. Deveria ter profissionais de plantão o dia todo, ter um tipo, um sistema de emergência, para na hora que as pessoas chegassem fossem atendidas. Não é falta de dinheiro. Isto não é mesmo. Tem que mudar. Temos que falar (TULIPA, HU).

A gente tinha que fazer uma campanha para melhora o serviço público, Não precisaria nem de plano de saúde, nem de plano particular (BRINCO-DE-PRINCESA, HU).

7.2 UM COLÓQUIO COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE

A partir da convergência dos temas que emergiram das falas dos participantes da pesquisa, o cuidado humanizado no pré-natal se configurou em categorias e subcategorias provisórias¹⁸. São elas:

1. Caracterizando o cuidado pré-natal/a atenção pré-natal: magnitude e inclusão da atenção pré-concepcional.
2. Cuidado centrado no ser humano, visando a sua autonomia e a promoção de sua saúde: contrapondo-se à medicalização da gestação e tecnificação do ser humano.
3. Atenção integral à saúde gestante. Subcategorias: a) interdisciplinaridade: sua ausência constitui uma barreira; b) medicalização da saúde como barreira; c) formação dos profissionais da equipe de saúde.
4. Ter acesso a uma atenção à saúde completa e de qualidade e inclusão no serviço de saúde. Subcategoria: a) obstáculos que impedem a gestante de ter acesso ao pré-natal; b) falta de acesso aos exames e descontinuidade da atenção: vislumbrando possibilidades para superar os obstáculos; c) razões alegadas pelas gestantes para a escolha do serviço; d) barreiras da gestante que dificultam o acesso e a continuidade de atenção.
5. Acolhimento das gestantes. Subcategoria: a) impeditivos para a efetivação do acolhimento.

¹⁸ Ver quadro 4 das categorias provisórias na p. 304

6. Valorizar e reconhecer a gestante como um ser humano ao mesmo tempo plural e singular. Subcategoria: a) barreiras que impedem a valorização da gestante
7. Relação dialógica entre as gestantes e os profissionais. Subcategoria: a) obstáculos para a efetivação da relação dialógica entre profissionais e gestantes
8. Conhecer, reconhecer, compartilhar, estimular a gestante a exercitar os direitos e exigir o cumprimento destes. Subcategoria: a) desrespeito aos direitos: atenção desumanizada
9. Oportunidade de acesso a espaços interdisciplinares educativos individuais e coletivos e ampliação de conhecimentos. Subcategoria: a) dificuldades no processo educativo.
10. Inclusão da família.
11. Ter um ambiente, equipe e instituição humanizados.
12. Atitude ética e amorosa do profissional, explicitada nos pequenos gestos.

7.2.1 CARACTERIZANDO CUIDADO PRÉ-NATAL/ ATENÇÃO, PRÉ-NATAL-MAGNITUDE E INCLUSÃO DA ATENÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

Segundo os profissionais, a atenção pré-natal tem uma grande amplitude. Envolve a gestante e todas as suas relações (familiares, conjugais, profissionais) e todo o seu cotidiano. Esta atenção é influenciada pelas condições de vida, pela realidade da gestante, sua história pessoal e familiar, pelos recursos que dispõe, pelo apoio recebido, por todos os contextos, nos quais a gestante e os envolvidos no processo de nascimento estão inseridos, sejam familiares, sociais, econômicos, culturais, entre outros.

Tudo que envolve as relações dela com a família tem a ver com o pré-natal; todo o cotidiano acaba interferindo. Todo o apoio, familiar, social, econômico e dos profissionais de saúde tem a ver e influencia o pré-natal, nos ambientes de saúde como fora (NINFÉIA, ULS da AGRONÔMICA).

Considero que é tudo desde que ela chega até quando sai, marcação de exames e consulta, inclui o grupo e encaminhamento para maternidade, mesmo (GÉRBERA, ULS da AGRONÔMICA).

A atenção pré-natal, para os participantes, é mais ampla que a oferta da consulta médica, não se restringindo a ela. Inclui a anamnese, o exame físico, a solicitação de exames para acompanhar o desenvolvimento fetal e a evolução da gravidez, a avaliação da saúde da gestante, a identificação de fatores de risco que possam impedir a condução normal da gravidez, bem como, o acolhimento, a escuta, a orientação e os encaminhamentos. Acolher a mulher com carinho e paciência, ouvir atentamente suas queixas, orientar sobre todo o

processo de nascimento, preparar para os diversos tipos de parto, para o exercício da maternidade, para realizar os cuidados consigo e com o bebê e encaminhar para outros serviços que forem necessários. Encaminhar para o profissional, serviço ou para o nível de complexidade mais indicado.

Atenção pré-natal, na minha concepção de saúde, é bem mais ampla do que a oferta da consulta médica. Penso que a atenção pré-natal seria pensar em atender as necessidades daquela mulher grávida para a promoção de sua saúde naquele momento. Deveria incluir a consulta odontológica, a organização de grupo de grávidas. Deveria envolver a família. Aqui, entendo a família afetiva e não necessariamente, a consanguínea. Estabelecer uma rede de apoio que dê esta sustentação para que se volte para a gestação e para o bebê. A atenção pré-natal inclui a atenção psicológica e de enfermagem. A atenção pré-natal é, sobretudo, multidisciplinar. É ampla. Não se restringe à enfermeira, ao médico. Importante para a mulher ter um suporte naquele momento, tanto na situação de gravidez, situação emocional que está vivendo, como depois no período pós-parto, com os cuidados com o bebê (VIOLETA, HU).

Para eles, o cuidado pré-natal consiste na atenção multidisciplinar, quiçá, interdisciplinar, com a finalidade de promover a saúde, estimulando comportamentos saudáveis e evitando os de risco, prevenir doenças para a mulher e seu filho, fornecer apoio, suporte emocional e educativo no período gestacional para ela e familiares.

Deve envolver a família afetiva, não necessariamente a família consanguínea, o acompanhante, a pessoa de referência da gestante, se possível, o companheiro. Enfim, deve proporcionar uma rede de apoio que favoreça a vivência tranqüila deste momento e a interação mãe, pai e bebê. É um espaço interativo, educativo, terapêutico, individual e grupal, que favorece à gestante e aos familiares compreenderem melhor esta fase do desenvolvimento humano e expressarem seus medos, dúvidas e sentimentos. Abrange as consultas, os encontros interdisciplinares, as reuniões, as visitas domiciliares, as atividades educativas individuais e as grupais, tais como, a sala de espera, grupo de gestantes ou casais grávidos e os encontros, de acordo com os trimestres.

Este acompanhamento individual e grupal, físico, emocional, informativo, e educacional. Este acompanhamento geral que inclui as entrevistas educativas e a consulta em si. O acompanhamento do desenvolvimento fetal, levantamento ou solicitação de exames, medida da altura uterina, ausculta. Tudo isso é importante, mas junto com isto, não esquecer.... Além disso, ter este olhar mais ampliado para entender este momento de transformações que ela está vivendo. É o espaço interativo de discussão e educativo com as gestantes (CAMÉLIA, HU).

Deve ter uma abordagem integral, vendo a gestante em todas as dimensões, sejam psicológicas, sociais, culturais, educacionais, espirituais, psicológicas e biológicas. Consiste no acompanhamento, no suporte emocional e educativo, no cuidado e apoio dado pelos profissionais durante a gestação, um processo de mudanças de toda ordem que acontece na vida das mulheres, das pessoas, de modo diferente e especial para cada um dos envolvidos no

processo. A gestação, entendida como um evento natural, que não deve ser “medicalizado”, um evento feminino, cabendo à gestante conduzi-lo.

Engloba desde a família, a história familiar, o meio em que vive. Como é o viver dela, a qualidade da moradia dela. Abordar as doenças que podem influenciar na gravidez, as condições da casa, o esgoto, o relacionamento com marido e com a família e outros filhos. O exame físico e laboratorial estarem disponíveis. Ter um acompanhamento psicológico. Tem que ter contra-referência e tem que dar resposta, não estar desvinculada do todo. É uma abordagem integral (AMOR-PERFEITO, ULS da AGRONÔMICA).

O pré-natal, pra mim é um evento natural assim que não deveria estar tão “medicalizado”. Porque se dependesse do médico o pré-natal e de qualquer assistência, nossa humanidade não existiria. A gestação e o trabalho de parto sempre foram feitos em casa. O parto sempre foi domiciliar, feminino, e ela está cada vez mais masculinizado. Então, nós perdemos esse respeito pelo pré-natal. A gestação deverá ser cada vez menos centrada nos profissionais de saúde. A atenção pré-natal vai ser centrada mais na pessoa, a mulher. Só que isso significa tirar o poder de algumas pessoas e de alguns lugares também. Você está devolvendo a responsabilidade à pessoa (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

A atenção à saúde da mulher, para os participantes, deveria iniciar no período pré-concepcional, indo até o pós-parto. Desta forma, iniciando o acompanhamento antes da gestação, o casal poderia identificar antecipadamente anomalias genéticas e planejar a prole. A gestante poderia preparar-se previamente para a gravidez, realizando exames para identificar intercorrências que pudessem interferir na gravidez. A mulher poderia também adotar comportamentos saudáveis como ingerir alimentos nutritivos, realizar atividades físicas regulares, rever as imunizações, usar o ácido fólico, identificar e evitar comportamentos de risco, bem como usar drogas lícitas ou ilícitas.

Seria uma consulta desde o início da gravidez. O correto mesmo seria já ter algum atendimento até antes de engravidar. Avaliar alguns exames, vacinas e também usar o ácido fólico uns dois meses antes mesmo de engravidar (LÍRIO, HU).

Um dos participantes ressaltou que o fato de as gestantes procurarem a unidade local de saúde só quando suspeitam da gravidez, muitas vezes já tardiamente, somada à falta de um conhecimento e controle efetivo da comunidade pelas equipes da Saúde da Família, impede que as orientações pré-concepcionais sejam compartilhadas nas unidades locais de saúde.

Existe algumas ações que são pré-concepcionais, que eu só posso oferecer, se estiver claro na comunidade que tem que procurar o atendimento antes de engravidar. Toda uma prevenção que eu poderia estar fazendo em uma consulta pré-concepcional, eu perco, porque eu não tenho um olhar na minha comunidade. A comunidade é muito grande. Eu não posso fazer uma intervenção qualificada. Eu não posso trabalhar com uma educação popular. É uma barreira a falta de informação. Nem todas sabem que se tomarem ácido fólico três meses antes da concepção e no primeiro trimestre, eu estou oferecendo uma proteção, vamos dizer assim, para diminuir o risco de má-formação neural. Fazer uma revisão das que estão vacinadas contra rubéola. A compatibilidade RH, as doenças sexualmente transmissíveis, drogas, enfim... a questão do tabagismo. Então, tem várias ações que o posso fazer antes (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

O cuidado pré-natal ou a atenção pré-natal para alguns profissionais é sinônimo de cuidado humanizado no pré-natal. Para estes profissionais, a atenção pré-natal tem que ser sempre humanizada, não havendo uma dissociação entre o cuidado no pré-natal e a humanização durante este acompanhamento. É inerente, está implícita a questão da humanização no cuidado pré-natal. Faz parte da ética que rege os profissionais de saúde e suas práticas. Isto se evidencia quando os profissionais revelam os significados de cuidado humanizado no pré-natal.

Na verdade este termo humanizado não deve estar diferenciado da consulta em si. Não dá para separar. Eu não vejo uma consulta humanizada ou uma consulta não humanizada. Não existe esta diferenciação. Tem que estar junto sempre. O médico e a consulta têm que ser humanizados, senão ele tem que trabalhar com máquinas. Toda consulta médica tem que ser humanizada, se não se torna esta uma consulta mecânica (AMOR-PERFEITO, ULS da AGRONÔMICA).

Não vejo muita coisa separada, o pré-natal da humanização, nesta coisa de atenção humanizada. Humanizar é tudo junto. Acolhimento. Preocupação em passar coisas técnicas, ter atendimento obstétrico com o profissional. Isto é uma coisa humanizada Encaminhar a pessoa, explicando o que o serviço dispõe; orientar que pode conhecer e visitar a maternidade; que é importante a participação nos grupos (MADRESSILVA, HU).

Para os profissionais da unidade local de saúde somente na última década é que o termo humanização veio à tona na área da saúde. Antes se falava apenas em atenção pré-natal. Reforçam que este tema “Humanização” surgiu para alertar as pessoas que cuidam, que precisam ver o ser humano como tal e tratá-lo como merece. Desta forma, demonstram que em determinados momentos do cuidado o ser humano é desconsiderado e desrespeitado. Ressaltam que apesar da importância deste movimento para alertar os profissionais, há um grande risco, a banalização do termo humanização, como aconteceu com tantos outros termos que têm emergido nas diversas situações em saúde e nas diversas disciplinas, podendo desvalorizar esta questão e permanecer tudo na mesmice.

Interessante está discussão toda para o cuidado humanizado para abrir a cabeça das pessoas, chamar a atenção para importância de se tratar bem as pessoas, sejam clientes numa loja ou clientes, pacientes numa unidade de saúde, mas acho que é redundante, pois acho que todo mundo tem que ter este cuidado humanizado. Fica até uma coisa banal, pois só se fala nisto Começa esta discussão toda, vamos humanizar a saúde (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÔMICA).

Uma das profissionais do HU não tem clareza, tem dúvidas se existe esta atenção idealizada na prática. Outro, da mesma instituição, reporta-se ao parto e não ao pré-natal, relacionando a humanização com esta etapa do processo de nascimento, o que não é incomum, já que historicamente este movimento originou-se a partir das críticas sobre as intervenções desnecessárias, a violência no parto e medicalização do ato de parir. Assim, o profissional questiona a filosofia de humanização do Hospital Universitário, que na

concepção dele prioriza o parto, alegando que o corpo clínico considera somente os partos normais como partos humanizados. Segundo ele, há uma pressão para que se faça o parto normal, mesmo que a gestante esteja sofrendo. Acredita que isto não garante a humanização. Entende que a instituição deveria ofertar rotineiramente como serviço de humanização a analgesia do parto e dar a oportunidade à gestante de optar e decidir sobre o seu uso. A instituição, atualmente, seguindo os critérios de evidência científica não entende a analgesia como ação humanizadora, como rotina a ser implementada no cotidiano do cuidado, mas como uma indicação médica utilizada para algumas mulheres que têm um limiar de dor incontrolável e de acordo com critérios obstétricos.

7.2.2 CUIDADO CENTRADO NO SER HUMANO, VISANDO A SUA AUTONOMIA E A PROMOÇÃO DE SUA SAÚDE: CONTRAPONDO-SE À MEDICALIZAÇÃO DA GESTAÇÃO E TECNIFICAÇÃO DO SER HUMANO

Na interlocução com os profissionais, dois deles questionaram o termo humanização, dizendo haver redundância quando se afirma prestar um cuidado humanizado, já que todo o cuidado é direcionado para humanos. No entanto, na opinião deles, isto é compreensível. Deu-se em virtude da “coisificação” do ser humano. Ele transformado em coisa e máquina, que poderia ser desmembrada, desmontada para ser estudada e tratada. Corroboraram com esta situação, os avanços tecnológicos que se sobrepuseram ao homem, algumas vezes anulando-o. Nesta perspectiva, a atenção à gestação também sofreu mudanças drásticas, passou a ser medicalizada e fragmentada. A gestação passou ser a considerada uma patologia, uma doença que precisava de uma intervenção médica.

Esta história de cuidado humanizado, na verdade, é redundante. Se tu deres um cuidado que uma pessoa humana merece. Tudo é um cuidado humanizado (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÔMICA).

O termo humanizado seria uma contrapartida da questão da tecnologia, tecnificação. Porque você falar de humanização para humanos parece uma redundância. Mas, é que seria um resgate então das relações humanas e dessa interação. Uma atenção não tão enfocada no biomédico, assim, na questão da tecnologia.[...] Eu acho que um retorno desses aspectos [...] O que é que são os humanos, não é? É por que houve uma "coisificação", não é. Nós estávamos historicamente ou estamos com um olhar assim muito... o ser humano como uma máquina, uma visão mecânica. Então, nós vamos intervir nesse troço. Tem também a questão da medicalização (transformar coisas que são relativamente assim normais ou fisiológicas em patológicas, criando coisas que não existem), que é um outro conceito, mas que estão muito próximos aí.... contrapor-se à tecnificação e medicalização... tem a ver com a humanização (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Diante do exposto, desta coisificação e fragmentação do ser humano e patologização da gravidez, consideraram ser fundamental uma atenção centrada no ser humano, nas gestantes e nos familiares, em toda a sua diversidade e singularidade, e nas relações que se estabelecem nos diferentes contextos em que vivem e convivem, priorizando, sobretudo, a promoção da saúde. Uma atenção que procure estimular comportamentos saudáveis, evitar os de risco e que garanta condições de vida e de saúde, propiciando uma vida melhor e mais saudável. No caso da gestante, uma atenção mesmo antes da contracepção, com já comentado, que priorize ações de promoção e de prevenção da saúde, preparando a mulher para uma futura gravidez.

Uma mudança de atenção no atendimento que se contrapõe à mecanização, à tecnificação do ser humano e de suas relações e também à medicalização de eventos naturais, entre eles a gestação. Em suma, resgatar a gestação como uma fase normal do ciclo do desenvolvimento humano, um evento feminino e saudável, que deveria ser conduzido pela mulher no seu contexto, tendo à sua disposição os profissionais de saúde, se precisasse e desejasse.

Centrar a atenção na mulher e família, que neste momento vivenciam uma gestação. Valorizar as potencialidades e conhecimentos da mulher, fortalecê-la, aumentar sua autoestima e imagem para que possa agir de forma mais ativa, assumindo o seu papel como sujeita do processo de nascimento. Centrar a atenção na família grávida, que forma a rede de apoio e de segurança a esta mulher e que também vivencia todo este processo de gravidez e suas transformações. Ademais, estimular o ser humano a utilizar a seu favor, as tecnologias dando-lhe maior liberdade e autonomia para viver. A tecnologia deve estar à disposição do homem, ser um instrumento para auxiliá-lo, para valorizá-lo e não para escravizá-lo e diminuir sua autonomia.

No pré-natal, que é o tema específico do seu trabalho, se nota bastante à questão da medicalização, do intervencionismo. Como se o parto ou a gestação não fossem fisiológicos e naturais. São coisas que tem que ser medicalizadas. Por isso é que tem uma corrente que vem trabalhando com a questão da humanização, porque se perdeu de vista o ser, como a pessoa que gesta, no caso a mulher e a família em seu contexto. Precisa resgatar isto. Então, eu acho é que isso seria para mim em termos de humanização. Tem algumas intervenções que são de baixo custo, são efetivas, e eu acho que por isso o pré-natal hoje no mundo civilizado em que estamos trabalhando, ele é fundamental. Agora, ele não pode ser patologizado como ele está sendo. Para mim, o pré-natal é um cuidado mesmo, cuidar de uma pessoa que precisa; dar apoio. A gestação deverá ser cada vez menos centrada nos profissionais de saúde. A tendência é a atenção pré-natal ser centrada mais na pessoa. A mulher vai ter mais autonomia. Só que isso significa tirar o poder de algumas pessoas, e de alguns lugares também (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Esta visão de mundo diverge do modelo hegemônico que se centra na doença. Centra-se no ser humano, nas suas relações e no fortalecimento de sua autonomia.

7.2.3 ATENÇÃO INTEGRAL À GESTANTE

Ainda dentro desta visão, mas destacado pela sua importância, o cuidado humanizado no pré-natal significa ainda, para os envolvidos, um cuidado integral à gestante. Esta atenção envolve a totalidade da mulher. Contempla os aspectos pessoais, sociais, culturais e existenciais da mulher que está grávida. Envolve todas as relações e as dimensões de sua vida, sejam espirituais, sociais, psicológicas, políticas, econômicas e biológicas, aquilo que ela traz como demanda da gravidez, aliado a todos os aspectos existenciais, vividos por qualquer ser humano. Considera todas as questões pessoais, os relacionamentos, as condições de vida e as outras etapas vivenciadas no ciclo de desenvolvimento humano. Nesta perspectiva, levando em conta a integralidade, o profissional não vê a mulher apenas na questão reprodutiva, mas considera todos os momentos de sua existência. O profissional tem que ter um olhar ampliado para ouvir, acolher e cuidar. Não considerar a gestação e o processo de nascimento como eventos isolados, mas como situações transitórias da vida humana que se relacionam com as outras fases do ciclo do desenvolvimento humano e têm a ver com as interações que a mulher estabelece na família e na sociedade.

Os participantes da pesquisa consideram de vital importância ver a mulher como parte e representante do todo, de uma rede social, que a influencia e que por ela é influenciada.

É saber acolher a gestante, a mulher gestante, o companheiro, a família, de preferência o parceiro para que ela possa se sentir à vontade, para que ela possa fazer um acompanhamento das questões de saúde relativas não só as questões fisiológicas, mas emocionais, culturais e espirituais. Aquilo que ela traz como demanda do processo da gravidez. Ver todas as dimensões. O profissional que presta um cuidado humanizado é o profissional que tem este olhar ampliado de poder ouvir, acolher e cuidar. Claro, não podendo desconsiderar a questão técnica no cuidado. Estar atento à integralidade do ser, saber ver a questão da mulher como um todo, não se restringindo as questões biológicas e fisiológicas da gravidez. Toda a relação com os familiares, intrafamiliar, relação com o trabalho, aspectos externos, até ligado às pessoas que não estão relacionadas à gestação. Enxergar, ver a gestante como parte de uma rede, não olhar só ela e a barriga. Ela trabalha, faz parte de uma família, que faz parte de um grupo social (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÓMICA).

Ver a paciente no aspecto mais global. Considerar as questões de ordem pessoal, relacional, condições de vida. Isto. Que o profissional veja a mulher além da barriga dela. Sempre estar perguntado outras questões que envolvem a vida diária, as condições de vida, os relacionamentos com as pessoas, as dificuldades que está apresentando. Tudo isto envolve. Respeitar a mulher como ser humano, considerando a mulher como um todo (CAMÉLIA, HU).

É a questão de uma abordagem mais integral. Consideração dos outros aspectos que envolvem a gestação, aspectos psicológicos, sociais ou culturais. Um trabalho interdisciplinar (CALÊNDULA, HU).

7.2.3.1 Interdisciplinaridade: sua ausência constitui uma barreira

Para poder dar conta deste cuidado integral, os profissionais entendem que é necessário abordar a mulher e gestação dentro de uma visão interdisciplinar, integrando e estabelecendo o diálogo entre os diversos saberes e disciplinas. É necessária uma relação de reciprocidade entre os membros da equipe. Deve haver uma mesma linguagem, uma troca e integração de saberes em todas as atividades desenvolvidas, incluindo a recepção, o acolhimento, as consultas, as visitas e as atividades educativas, evitando a fragmentação do ser, vendo como um todo. Uma atenção com uma perspectiva interdisciplinar, que evidencia o respeito pelo outro profissional e respeito pelo seu conhecimento.

Buscar um atendimento e trabalho interdisciplinar diariamente. Não estou enxergando apenas coisas ou práticas ligadas à enfermagem, mas numa mesma consulta a gente aborda coisas da psicologia, da nutrição, do serviço social. Então este trabalho interdisciplinar facilita o atendimento humanizado. Não trago só o meu saber e minhas experiências, mas dos meus colegas também (CENTAUREA, ULS da AGRONÔMICA).

Para alguns profissionais da ULS da Agronômica, apesar de na unidade procurar viver a interdisciplinaridade, ainda se evidencia um trabalho multidisciplinar. A consulta de pré-natal é feita por médicos e enfermeiros de maneira alternada, e os demais profissionais, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais e residentes da Saúde da Família, realizam acompanhamentos e consultas, no caso de encaminhamentos. Alguns destes profissionais, entre eles, a assistente social e a nutricionista não fazem parte da equipe de saúde das unidades locais de saúde da rede básica de Florianópolis, e a atuação dos residentes nestas áreas fica mais difícil. Alguns profissionais que trabalham na unidade de saúde ainda trabalham isoladamente. A troca de informações é insipiente. Estão iniciando lentamente uma construção conjunta. A gestão participativa está engatinhando ainda. Alguns, mesmo que inconscientemente, procuram garantir o seu espaço e poder, podendo ser esta uma das barreiras para o estabelecimento deste trabalho interdisciplinar. O trabalho com esta perspectiva interdisciplinar ainda não está sedimentado na prática, havendo encaminhamentos desnecessários, em virtude da formação acadêmica dos profissionais, aponta uma das participantes. Além disso, há falta de integração entre os funcionários, falta de compartilhamento e de troca de conhecimentos e rotinas da unidade. Tem membros da equipe que desconhecem as datas de realização do grupo de gestantes e de outras atividades afins.

Percebi, no entanto, que nas unidades locais de saúde esta integração, o compartilhamento de saberes e, conseqüentemente, o trabalho interdisciplinar, são mais visíveis que no hospital, reduzindo este jogo de poderes.

A atenção de saúde pré-natal ou o cuidado pré-natal deve ser dada por todos que aqui trabalham, desde a recepção até os profissionais, os técnicos, o médico ou enfermeiro, que vão acompanhar o pré-natal. Todos devem estar imbuídos, falando a mesma linguagem com relação a esta assistência. Deve ser interdisciplinar, não só por médico ou enfermeiro, deve ser feito pelos dois de forma alternada e com o apoio de outras profissionais. Deve ter atendimento de grupo (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÔMICA).

Uma disputa de poder, de espaço e de conhecimento na equipe. A paciente vai servir como uma arma entre os diversos profissionais. Se a equipe não trabalha com uma ética profissional, ou seja, cada um desenvolver suas habilidades da melhor maneira possível nas diferentes áreas, vai criar conflito que vai repercutir na paciente. Considero barreira quando existe conflito (AMOR-PERFEITO, ULS da AGRONÔMICA).

A formação dos profissionais. Não tem formação para trabalhar de forma interdisciplinar. Às vezes, se encaminha tanto, sem necessidade. A gente ([] as psicólogas) pode dar seguimento, encaminhando a gestante para o profissional que está próximo dela na unidade. Quando realmente não se consegue, a gente pode servir de suporte para que ele ([] o profissional de saúde) possa continuar se vinculando com a gestante que atende. Não necessariamente ter que encaminhar para a gente. Caso não consiga, então, deve encaminhar para nós. São as duas coisas. Ele foi formado para resolver aquela questão técnica e não para dar este atendimento integral (PETÚNIA, ULS da AGRONÔMICA).

Tem tudo a ver, mas acho que é muito multiprofissional, tem vários profissionais que atendem de forma isolada, mas pouco se troca; pouco se constrói junto. Ninguém entra muito na área do outro. Tem divisão do trabalho cada um se segura onde pode. Tem medo. Ficamos muito preocupados conosco mesmo, este é meu campo, não sou capaz se não faço isto. Acho que a interdisciplinaridade faria a diferença (NINFÉIA, ULS da AGRONÔMICA).

Observa-se que a situação do HU não é diferente. Atualmente, no ambulatório do hospital, segundo os profissionais lotados nesta instituição, a concretização de um trabalho verdadeiramente interdisciplinar ainda não é uma realidade. Ainda não há um trabalho conjunto. Quase todos trabalham de forma isolada, dentro de sua área. A consulta de pré-natal somente é realizada pelo médico. A enfermeira realiza eventualmente quando desenvolve atividades com os discentes, sendo a implantação desta atividade um antigo sonho das enfermeiras do setor.

Acho que deveria existir um espaço para uma consulta à gestante, ou uma conversa, ou uma orientação com o enfermeiro. Acho que tinha que ser uma coisa mais periódica. Porque a abordagem que o enfermeiro dá é outra. Primeiro, porque ele dispõe de mais tempo para fazer essa consulta, para dar essa orientação a paciente, essa consulta, como queira chamar (FLOR-DE-LIZ, HU).

Percebe-se, no entanto, que existe por parte de um profissional uma certa resistência e ambivalência em relação à atenção interdisciplinar. Este questiona também a atuação da Enfermagem Obstétrica, no que concerne à realização da consulta pré-natal. Segundo este

profissional, tal ação é privativa do médico, cabendo ao enfermeiro apenas as atividades educativas e a realização do parto, quando o médico não puder fazê-lo. Juridicamente, segundo a Lei do exercício profissional da enfermagem nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto número 94.406/87, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, pode prestar assistência à gestante, parturiente e puérpera, realizar consulta de enfermagem e desenvolver atividades educativas, dentre outras atividades. O pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 2000ab), preferencialmente pela enfermeira obstétrica, especialista na área.

O pré-natal à gestante é um acontecimento, um atendimento médico, a consulta médica. Ver, ouvir, e encaminhar, acompanhar. Toda esta história de acompanhar, todo o processo do ponto de vista técnico é coisa do médico. Fazer grupos e atividades educativas. Eu acho muito importante. O acompanhamento da gravidez, do ponto de vista técnico, é um acontecimento médico. O que a enfermeira pode fazer é orientar e informar. A enfermeira obstétrica está apta para fazer o parto, atender a gestante em período expulsivo, em situação de emergência, quando o médico não pode e a paciente chegou em período expulsivo. A enfermeira atende. É perfeito, mas o pré-natal...(MADRESSILVA, HU).

Percebo que a atenção é centrada no atendimento médico. Não é interdisciplinar. Falta esta proposta. Eles têm uma formação muito voltada para a doença. A doença no pré-natal. A gestação ainda é vista desta forma. A gestação não como um evento normal da vida e que envolve outros aspectos também. É olhada muito do ponto de vista fisiológico (CALÊNDULA, HU).

Não podemos negar, no entanto, que ao longo da história da saúde, as relações de poderes se estabeleceram entre médicos e enfermeiros e se perpetuam culturalmente até hoje na assistência, muito menos que outrora, tendo a ver com as relações entre o feminino e o masculino e com as questões de gênero. Em que pese esta situação, tenho a convicção, pela experiência na área e através da observação participante realizada no HU e nas unidades locais de saúde, que os fatores determinantes da adesão e da continuidade da atenção pré-natal estão relacionados, sobretudo, ao trabalho interdisciplinar, à capacitação e à atitude dos profissionais de saúde que atuam com a gestante, não importando a profissão que eles estejam representando, seja medicina, enfermagem ou outra profissão da área de saúde.

No HU, de acordo com a observação participante, as atividades de sala de espera e do grupo de gestantes ou casais grávidos têm a participação dos diversos profissionais, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Contudo, não existe efetivamente um trabalho interdisciplinar nesta unidade ambulatorial. Não existem reuniões de planejamento conjuntas e nem espaços que propiciem a interdisciplinaridade. Os profissionais trabalham lado a lado, isolados, quase sempre sem compartilhar ações, saberes e sentimentos, o que certamente influencia o cuidado prestado. Os turnos, da mesma forma, trabalham separadamente, só se reunindo quando uma situação grave ocorre; quando rotinas têm que ser mudadas; a

distribuição dos recursos humanos tem que ser alterada ou quando novas informações precisam ser transmitidas, enfim, quando acontece algo que envolva os dois períodos.

A gente trabalha junto, se relaciona bem, mas nós não temos um momento para trabalhar os problemas juntos, não tem um envolvimento para deslanchar o trabalho, para combinar normas e desenvolver ações mais efetivas (ROSA, HU).

Vale dizer que todos os envolvidos entendem que uma equipe integrada e informada sobre as rotinas e o fluxo da unidade; uma equipe que participa ativamente do planejamento das ações, do serviço, que tem a mesma abordagem, que trabalha em harmonia, de forma comprometida, vai, certamente, prestar um cuidado humanizado à gestante. Diante do disso, segundo os participantes, é importante criar vínculos entre os profissionais; ter mais tempo de convivência e de aprendizado conjunto; estabelecer uma relação de confiança, de envolvimento, sobretudo, sedimentar a equipe. Isto, às vezes, é dificultado em razão do rodízio dos funcionários e da sobrecarga de serviço, quando o profissional assume duas ou mais jornadas de trabalho.

Ter uma equipe multidisciplinar certinha, formada. Mas tem que ser por mais tempo, para criar vínculos entre os profissionais, para funcionar como família. Precisa confiança, tempo de convívio, de aprendizado junto, relacionamento, precisa tempo (AMOR-PERFEITO, ULS da AGRONÔMICA).

Acho que senão existisse... Acho que é fundamental o entrosamento. Chegar a um ambiente que não se gosta de trabalhar, que não se tem boa relação é desgastante para ti e para o pessoal. Uma troca de informações, um ajudar ao outro. Na verdade, ninguém sabe tudo (ANTÚRIO, HU).

7.2.3.2 Medicalização da saúde como barreira

Nesta perspectiva da integralidade, os profissionais da equipe de saúde consideram como cuidado desumanizado aquele que não observa todas as dimensões do ser humano, fragmenta-o e cuida de uma parte isolada, desconsiderando o todo; aquele que “coisifica” e “compartimentaliza” o ser humano, e que medicaliza eventos naturais.

[...] Então você tem fragmentações também do cuidado e isso pode gerar um... não vê o todo. Vê a gestação e não vê as outras coisas que acontecem, o ser todo (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Os profissionais consideram como cuidado desumanizado a atenção centrada apenas no fisiológico e no biológico, procurando identificar se tudo está funcionando perfeitamente, priorizando apenas a técnica, centrando-se no abdome e na avaliação dos dados objetivos, quantitativos e mensuráveis (verificação dos sinais vitais, da apresentação, das medidas da altura uterina e circunferência abdominal, da altura da gestante, do peso, ausculta dos batimentos fetais, avaliação de exames e realização das manobras), dentro do modelo médico, mecânico e cartesiano. Não considera as questões relacionais, sociais, psicológicas, entre

outras. Entendem atenção desumanizada como aquela atenção rotineira, formal e sem flexibilidade, que se centra em procedimentos e em roteiros pré-definidos; que enfatiza apenas a doença, a técnica e o biológico, despersonaliza o ser humano, categorizando-o como mais um número, um espaço na agenda.

O profissional, a mudança do olhar, do paradigma do modelo de atenção, que está centrado em procedimentos. Eu acho que se esquece da pessoa e você "coisifica", é mais um número, é mais um na agenda, em função da pressão do sistema (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Alguns momentos esta consulta é vista apenas dentro do modelo biomédico. Medir a barriga, verificar a pressão, escutar o coração e pedir exames. Se for avaliar, pegando os parâmetros quantitativos, pode até estar sendo realizado, mas a relação profissional-gestante, esta não está acontecendo de forma plena (VIOLETA, HU).

Embora, a gente discuta muito a nossa filosofia e, assim.... Tem na nossa filosofia essa concepção mais integral da gestação, parto, nascimento, mas na prática a gente sente ainda que é predominante o modelo biológico do atendimento (CALÊNDULA, HU).

Alguns participantes da pesquisa da ULS da Agrônômica alertam que permanece entre determinados profissionais, gestantes e gestores, a cultura de perpetuar e legitimar a atenção biomédica, que prioriza apenas o fisiológico e os procedimentos, não vê o todo, prima pela rapidez nas consultas, pela impessoalidade, dificulta o trabalho interdisciplinar, e a adoção de novas tecnologias (as leves) e que exige produção. Assim, dentro desta lógica, se reduz o tempo das consultas e aumenta-se o número de atendimentos. O tempo das consultas pré-natais na rede básica, definido pela Secretaria de Saúde, restringe-se a 15 minutos, sendo que o médico tem que atender 16 gestantes, e a enfermagem, oito por período. Tal situação, segundo os participantes, tem se constituído em um impeditivo para a humanização do cuidado prestado à gestante. Creio, contudo, fundamentada na minha experiência, que não se pode desconsiderar quando se crítica a adoção desta medida, o fato de alguns profissionais não cumprirem a carga horária estabelecida no contrato e organizarem seus horários de acordo com seus interesses. No entanto, estou certa de que outras formas de controle poderiam ter sido utilizadas, evitando prejuízos à gestante durante o acompanhamento pré-natal. Consultas de quinze minutos impedem o estabelecimento de uma relação dialógica, a criação de vínculo e o compartilhamento de novos saberes, sobretudo, contribui para manter e referendar uma assistência fragmentada, mecanizada e biológica.

Eu vejo que a visão é muito biomédica, focado nos aspectos físicos. Não têm profissionais e não há disponibilidade de tempo para abordar outras coisas. Está descartado, não se dá espaço. O espaço é para cuidar da questão física e da gestação. Tantos os profissionais como algumas gestantes não querem este atendimento. Por outro lado, estão, gestantes e profissionais, na cultura do físico. Apesar disso, algumas gestantes querem um pouco mais porque é uma fase que elas estão muito fragilizadas e necessitam disto. Mas nem todas pensam assim, aceitam o que está sendo feito. Indiretamente a cultura biomédica está presente na área de

saúde. Os profissionais têm pouco tempo disponível para atender, dez ou quinze minutos. Eles não têm, ou melhor, não recebem produtividade, mas exigem. Dificuldade de inclusão de outros profissionais, que é o caso do serviço social. Existência de poucos profissionais, gerando excesso de trabalho (NINFÉIA, ULS da AGRONÔMICA).

Uma pressão muito grande diz respeito à quantidade, aos números. Isto dificulta. Às vezes na agenda do profissional está estabelecido consulta de quinze em quinze minutos ou no máximo meia hora. Eles têm que produzir tantas consultas, tantos atendimentos. Preocupação muito grande com o número de atendimentos, os registros que tem que ser feitos. As coisas funcionam muito mais em relação à quantidade do que em relação à qualidade (PETÚNIA, ULS da AGRONÔMICA).

Elas não têm conhecimento, não sabem o que é realmente a consulta pré-natal. [...] o que eu vou falar é bem intuitivo. Elas acham que o importante é escutar o coração do bebê, fazer os exames de sangue e ultra-som, reproduzindo a atenção vigente. Creio que a qualidade não esta relacionada à tecnologia exclusivamente. Diz respeito às questões relacionais (VIOLETA, HU).

Na ULS da Agronômica, há alguns meses, contrariando o estabelecido pela secretaria, há um acordo entre os profissionais aumentando o tempo de consulta para meia hora, humanizando o cuidado. Profissionais e gestantes demonstraram satisfação com a adoção desta nova medida.

7.2.3.3 Formação dos profissionais da equipe de saúde

A formação dos profissionais parece também ser um grande obstáculo para a transformação deste quadro e para efetivação da atenção integral.

A formação acadêmica de graduação e de pós-graduação de alguns profissionais, sobretudo dos médicos, é centrada no biológico, no fisiológico na doença e não no ser humano e sua família em toda a sua multidimensionalidade e relações. A grade curricular destes cursos fortalece as especialidades que fragmentam o ser humano por áreas de conhecimento; não contempla e nem valoriza as relações, o trabalho interdisciplinar, a atenção integral, a promoção da saúde e nem sensibiliza para a questão da humanização, não condizendo com atenção que deveria ser prestada na atenção primária.

Eu penso que da parte da medicina a gente pode contar com alguns profissionais, mas ainda é uma categoria que precisa trabalhar um pouco. Perdeu um pouco esse sentido de relação humana. A formação influencia. A importância que foi dando a técnica, tecnologia que se interpõe na relação. Que é realmente muito importante, mas não está nem além nem quem. Eu acho que ela faz parte, a tecnologia. Mas o trato humano é muito importante também. A relação médico-paciente, a relação profissional-paciente (CALÊNDULA, HU).

A primeira questão: ser tecnicamente capaz, hábil. O profissional tem que ser hábil, certo? Atualizado, sabendo dos recursos que dispõe. Não estar oferecendo também aquilo que ele precisa receber. Então, o que é desumano também. A segunda questão é a abordagem centrada no paciente. É a consulta centrada no paciente. Tem que ter gente que saiba trabalhar nessa lógica e treinada para trabalhar nessa

lógica. A terceira é atenção integral. Ver todos os aspectos e dimensões. A quarta questão é ser um profissional que saiba trabalhar centrado na família e na comunidade. E aí, entender como é que funciona comunidade, as suas redes, fraquezas; quais são as fortalezas; quais são os recursos formais e informais que dispõe a comunidade, entendeu? (CRAVO, ULS da AGRONÓMICA).

Há uma dissonância existente entre esta nova visão de mundo e a formação dada na universidade, especialmente, àquela ofertada à medicina, mas que também fundamenta as outras profissões. A formação universitária, de acordo alguns participantes, apesar das atuais mudanças curriculares que procuram valorizar a atenção primária e integral ao ser humano, ainda está centrada na patologia e enfatiza apenas a questão biológica. Esta atenção desconsidera o saber popular, fragmenta o ser humano para tratá-lo, detém o poder e a autoridade sobre o cliente, relegando-o à condição de paciente que não é consultado, não tem poder de decidir e tem que seguir apenas o que é orientado; despersonaliza-o, transformando-o em números de leitos e de prontuários. A formação contempla insatisfatoriamente noções de ciências humanas (filosofia, antropologia, sociologia), dificultando a mudança de paradigmas. O profissional está preparado para agir seguindo as antigas concepções. É necessária uma reforma no ensino, afirmam os profissionais.

Para que o pré-natal seja humanizado é necessário centrar a atenção no usuário. Para isso, é necessária uma reforma institucional de ensino. A estrutura do sistema não foi preparada. Não foi preparado nem pelo município. Não teve um processo de capacitação em termos de capacitação de profissionais (CALÊNDULA, HU).

Outra coisa é a formação humanista dada na Universidade. Se a gente pensar em conteúdos de filosofia sociologia, antropologia, filosofia e ética. São muito limitados para entender o que é o ser humano. A gente não tem esta noção das ciências humanas, que nos dá esta concepção maior que você deve levar em consideração outros aspectos da vida da pessoa, que não só o biológico. O corpo de uma pessoa é muito mais que suas células e os órgãos (VIOLETA, HU).

Além de a formação universitária não estar direcionada para a atenção primária e interdisciplinaridade, assinalam os profissionais do HU que nas discussões acadêmicas pouco se fala ou nada é discutido sobre a filosofia da maternidade, que tem como uma das premissas a humanização. No caso do Hospital Universitário, os alunos são sensibilizados pela equipe de saúde da maternidade durante um curto espaço de tempo sobre a filosofia que contempla a humanização, contudo muitos não conseguem incorporá-la. O rodízio dos alunos nos diversos setores é muito rápido, contribuindo para corroborar o problema. Um dos profissionais acredita que o longo tempo de formação dado aos discentes supera as poucas horas que estes permanecem no HU. Para os profissionais do hospital, não se trata de desconhecimento ou acesso às novas tecnologias e formas de cuidar (aquelas que valorizam o ser humano, a empatia, a interação, a comunicação, autonomia, o encontro autêntico, o saudável, a humanização), uma vez que a grande maioria dos alunos tem acesso à mídia. Na

realidade, os profissionais da equipe de saúde estão impregnados por toda uma formação acadêmica e profissional que valoriza apenas o biológico, a doença, e não se centra no ser humano, na sua multidimensionalidade, nas suas relações, na promoção da saúde e na humanização. Dentro deste contexto, o profissional fecha-se para novas formas de ver o mundo. Assim, a assistência e docência não conseguem falar a mesma linguagem, não têm a mesma abordagem, não há uniformidade de linguagem e ações, dificultando a atenção à saúde da mulher no período gestacional.

Pela formação equivocada que eles têm. Dificuldade de estarem abertos a este movimento para aderir às novas tecnologias. Não estão abertos de forma alguma a este paradigma da humanização, baseado em evidências, a esta possibilidade nova e o que isto pode acarretar para a mulher e família no processo do nascimento. Não aceitam esta abordagem da humanização por estarem fechados. Não é por falta de conhecer. Acesso à informação eles tem. Internet, livros, reuniões. O profissional está estruturado para fazer aquilo, daquela forma. É o grande desafio. Não me foge esta coisa, a formação acadêmica, que foi vista como aquele modelo completamente positivista, cartesiano [...] O departamento de obstetria teria que falar a mesma linguagem que nós. Ainda existe um grande descompasso. Eles ouvem uma hora isto. O que é uma hora frente aos 5 anos de curso, entendeu? É um contra fluxo muito grande. Imagina!! São 5 ou 6 anos de formação que não contemplaram esta informação para que pudessem atuar ali (CAMÉLIA, HU).

Os profissionais formados na maioria das Universidades, segundo os profissionais da equipe de saúde da ULS da Agrônômica, precisam capacitar-se para atender nas comunidades. A residência da saúde e da família contrapõe-se a esta formação biomédica, preparando o profissional para trabalhar na rede básica, propondo uma atenção integral e interdisciplinar centrada no ser humano, na família e comunidade. Alguns cursos das áreas humanas (psicologia, serviço social, entre outros) e o curso de enfermagem há muito já trabalham nesta nova ótica, destacam os profissionais. O eixo curricular da enfermagem contempla uma formação generalista e integral e prioriza a promoção da saúde e a humanização da atenção, facilitando a atuação destes profissionais na rede básica. No entanto, apesar dos esforços, ainda percebo que a enfermagem sofre grande influência da visão biomédica.

Tem muitos profissionais mal qualificados, até na graduação e pós-graduação. Não são sensibilizados para o atendimento humanizado. Profissionais desatualizados. A formação dos profissionais é uma barreira, eles não saem com este preparo, a não ser que busquem. A universidade não prepara e nas unidades também não existem capacitações. Tinha que valorizar mais em nível da graduação. Não é uma capacitação que vai fazer mudar esta visão. A residência da família ainda busca mais este cuidado, se preocupa mais com a relação, cliente e família (GÉRBERA, ULS da AGRONÔMICA).

Dentre outros fatores, os envolvidos na pesquisa apontam como uma das principais barreiras para o fortalecimento desta atenção integral e valorização da atenção primária, no cotidiano do cuidado, o despreparo de alguns profissionais de saúde, a falta da aptidão e

capacitação de outros para trabalhar com a comunidade, com a família e, de forma interdisciplinar, com o gênero feminino, com grupos e com esta fase do ciclo vital, a gestação. A contratação dos profissionais não tem priorizado estas questões. Além disso, nas unidades locais de saúde e nas instituições hospitalares não existe uma capacitação técnica e relacional dos profissionais que integram o sistema e nem a prática da educação permanente dirigida à equipe de saúde.

Na verdade, conforme uma das participantes, uma das grandes barreiras do sistema de saúde e educacional é a falta de formação de profissionais voltados para atuarem no Sistema Único de Saúde, em especial na atenção primária. Diante disto, ela defende que as unidades locais de saúde devam servir de campo de ensino para reverter este quadro.

Temos que pensar na formação do profissional. Nós precisamos formar profissionais voltados para a realidade do Sistema de Saúde Brasileiro, que é o SUS. Tem que haver uma discussão do ponto de vista político. Eu entendo que o HU não deva ser em nenhuma hipótese o único espaço para a formação acadêmica. É apenas mais um. As unidades locais são outros. A própria ação do Ministério. Fazer da rede do SUS, um espaço de formação dos alunos (VIOLETA, HU).

Não discordo de que a rede básica constitui-se um excelente campo de atuação e formação, sendo primordial o ensino neste local pelo maior tempo que for possível. Contudo, percebo ao longo de minha vida profissional, o que também foi ratificado por alguns participantes da pesquisa, que estes locais e as equipes que lá trabalham não assumiram na prática esta responsabilidade. Não há um compromisso com a formação de fato, sendo que para alguns profissionais a presença do aluno dificulta o andamento dos serviços. Creio que a aceitação dos alunos nestas unidades de saúde depende da atuação do professor e das relações de amizade estabelecidas com os profissionais da rede básica, e não de uma política e um acordo formal. O projeto docente assistencial, mesmo já sendo uma realidade do ponto de vista das políticas públicas, na prática apresenta uma série de entraves no que concerne à sua operacionalização. Parece inexistir uma macropolítica ou então parece haver uma fragilidade nas transações existentes entre a Universidade e a Secretaria Municipal da Saúde, entre o ensino e a assistência que garanta este espaço para formação e que determine que a equipe de saúde da rede básica deva estar comprometida e contribuir para a concretização deste acordo. Por outro lado, é necessário estimular e consolidar parcerias e reforçar o papel social e político da universidade no ensino, capacitando os profissionais e, na pesquisa e na extensão, realizando estudos e práticas que fortaleçam a atenção básica e a humanização no cuidado. Não têm faltado esforços e empenho neste sentido, mas estamos no início da caminhada. A nossa Universidade, apesar das dificuldades, tem avançado nestas negociações, mas há ainda muito que fazer.

A rede básica ainda não tem esta visão de ser a promotora de formação. Isto é um problema de gestão e da política de saúde. Ai, tem uma coisa que aprendi na faculdade. Chama-se IDA que é a coisa chamada integração docente assistencial. O projeto não funciona porque tanto pessoas que atuam no serviço como as pessoas que atuam na universidade não fazem todos os esforços necessários (VIOLETA, HU).

Estas questões precisam ser retomadas, aprofundadas e refletidas através de diálogos entre as instâncias formadoras e a rede de atenção básica. A formação é essencial para a concretização do cuidado humanizado de que falam os profissionais em qualquer área de atuação e, principalmente, no pré-natal.

7.2.4 TER ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE COMPLETA E DE QUALIDADE E INCLUSÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Além do que foi relatado, o cuidado humanizado no pré-natal, para os profissionais, significa ter acesso a uma atenção à saúde completa e de qualidade; significa ter inclusão no serviço de saúde. Ter acesso rápido, precoce e prioritário às consultas e aos retornos mensalmente ou quando houver alguma intercorrência que possa impedir o curso normal da gravidez ou desejar expressar suas ansiedades e ter acesso às atividades educativas. No final da gestação, ter acesso às consultas quinzenalmente ou semanalmente, conforme a idade gestacional e o risco. Ter acesso aos medicamentos, à marcação e realização de exames de rotina, assim como a garantia de acessibilidade aos resultados em tempo hábil, a cada trimestre, sem ter que peregrinar de unidade a outra ou de um laboratório ao outro ou ter que vir várias vezes à instituição para realizá-los. Soma-se a isto a continuidade da atenção, o que significa receber atenção à saúde no mesmo local, desde a gestação até o pós-parto (no alojamento conjunto e no berçário, no caso de problemas como o recém-nascido, e depois na ULS, com a consulta ao RN), de preferência com o mesmo profissional ou com a mesma equipe de saúde. Caso isto não seja possível, estabelecer protocolos que garantam efetivamente e formalmente esta continuidade facilitando o acesso às maternidades e aos hospitais, sem que a gestante tenha que se humilhar, batendo de porta em porta nas maternidades, em busca de uma vaga para ter o filho.

Ter acesso a todos os níveis de complexidade de atenção e, portanto, as ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde. Dentro desta perspectiva, ter garantia de encaminhamento prioritário e rápido para qualquer especialista ou para outro profissional da área de saúde, no caso de intercorrências na gestação, preferencialmente, na

mesma unidade. Não sendo assim, estabelecer protocolos, acordos entre a instituição e os serviços da rede, priorizando a atenção à gestante.

É a questão do acesso O acesso é a entrada mesmo. É a inclusão no serviço no atendimento, com uma abordagem mais integral e personalizada. Ter acesso não só em relação ao atendimento, mais aos exames necessários, a um bom diagnóstico e acompanhamento do pré-natal e aos retornos em tempo hábil (CALÊNDULA, HU).

Ela deveria ter a garantia de retorno. Oferecer atendimento pré-natal para ter acesso. Não por ter amizade, mas de maneira universal para todos. Esta mudando, porque tem que se oferecer vagas para a rede pública, oportunizando acesso a todas. Estabelecer um número de retornos e novas vagas. Garantia de começar o pré-natal aqui, garantia de continuar e ter aqui o filho (MADRESSILVA, HU).

Que ela possa ter o atendimento e o que ela precisa ter fora, que ela tenha seguimento Ter bom encaminhamento e receber todos os atendimentos em nível secundário e terciário (PETÚNIA, ULS da AGRONÔMICA).

O acesso e a prioridade em relação à consulta pré-natal na unidade local da Agronômica parecem estar garantidos, após confirmação da gravidez. Da mesma forma, estão garantidos os retornos agendados ou livres até o termo da gestação, de acordo com a idade gestacional, o que não podemos generalizar para toda a rede básica. Este acesso parece ter melhorado, segundo os envolvidos, após o estabelecimento de um dia fixo para cada profissional atender as gestantes, sem fechar a agenda nos outros dias da semana para situações emergenciais. Além de organizar as agendas dos profissionais, esta medida tem facilitado os encaixes e possibilitado o compartilhamento de conhecimentos e experiências entre as gestantes na sala de espera. A participação em atividades educativas é estimulada, no entanto, o número de pessoas presentes é reduzido.

Deveria colocar as gestantes no mesmo dia, para criar um vínculo entre elas. Elas já falam sobre o ultra-som, os exames, as queixas. Esta troca é importante para elas. Depois elas se encontram com os bebês. Além disso, facilita para o profissional. Agora estão fazendo isto (BEGÔNIA, ULS da AGRONÔMICA).

7.2.4.1 Obstáculos que impedem a gestante de ter acesso ao pré-natal

No Hospital Universitário, em função das mudanças estabelecidas para contratualização desta instituição como hospital de ensino, ficou dificultado o retorno das gestantes no primeiro momento e, assim, a garantia de acesso, desumanizando a atenção. Além disso, estas alterações restringiram a abertura de novas vagas para as gestantes, já que, seguindo a lógica do SUS, estas deveriam ser encaminhadas para as unidades locais de saúde, em nível de atenção primária. Neste sentido, a falta de comunicação entre os gestores, os profissionais e a população parece ter sido um dos principais obstáculos para garantir o acesso ao pré-natal.

No HU, problemas em relação ao acesso ao serviço de pré-natal devem-se também à grande demanda de gestantes que procura a instituição para realizar o pré-natal, muito maior que a oferta existente. Assim, de acordo com alguns profissionais do HU, têm faltado vagas para os agendamentos das gestantes no final da gravidez, o que tem gerado estresse, ansiedade e insatisfação nos profissionais e, sobretudo, suscitado medo e insegurança às gestantes, que procuram atendimento na triagem obstétrica da maternidade várias vezes, até o término da gestação, gerando um grande movimento e uma sobrecarga do setor. Muitas gestantes atendidas na unidade local de saúde, quando não conseguem consultas ou apresentam intercorrências, sobretudo, nos finais de semana e no período noturno, quando não há atendimento nestes locais, procuram a triagem das maternidades, agravando mais esta situação.

Chegam pacientes com trinta e quatro semanas. Tu terias que ver todas elas depois de quatorze dias, pelo menos, mas tu não consegues. Tu tens que priorizar as primigestas e as gestantes de risco e as múltiparas dar mais dias. Tu não consegues prestar um bom atendimento como tu desejarias (LÍRIO, HU).

Às vezes, a gestante não consegue o retorno para a data solicitada, perdendo um mês no atendimento (ANTÚRIO, HU).

A demanda de usuários frente ao número de oferta de vaga não é só um problema do Hospital Universitário. Na unidade local de saúde, um grande obstáculo para o acesso ao serviço diz respeito à desproporção existente entre a população que procura o serviço e o número de equipes que prestam a assistência. A população é maior que a capacidade de atuação dos profissionais. O Ministério prevê 2.400 a 4.000 pessoas por equipe. Na unidade de saúde da Agronômica, o número ultrapassa 10.0000 por equipe. Para o profissional, a desumanização não é só do usuário, mas também é daquele que trabalha no sistema. A desumanização não é unilateral.

Mas como é que a gente vai trabalhar para divulgar a importância do pré-natal, se eu tenho uma comunidade gigantesca; se tem uma desproporção aqui com a unidade; se o sistema está fragmentado, não está integral; se não tem uma mídia a meu favor. Por outro lado, a comunidade é muito grande para fazer essa propaganda. São 30-40 mil habitantes para duas equipes. Não dá. A gente ia ficar enlouquecido (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

As questões culturais e históricas, reforçando e fortalecendo a idéia de que a realização da consulta é exclusivamente uma atribuição médica, foi ratificada pelos profissionais da unidade local de saúde, constituindo-se também em um impeditivo para acesso ao serviço de saúde. O fato de o usuário optar pelo médico, afirmam, dificulta o acesso e leva à sobrecarga de trabalho deste profissional, aumentando a sua demanda e diminuindo o tempo disponível para prestar uma atenção mais humanizada à gestante. Tal situação, segundo eles, só será

revertida após uma divulgação expressiva, esclarecendo que outros profissionais estão capacitados para esta atividade.

A pressão é da demanda. A população batendo na porta, na recepção. Às vezes, consulta-se sem ter necessidade ou sentido, mas, de qualquer maneira ela busca uma conversa com o médico. Há falta de orientação. Às vezes, não seria o médico o mais indicado para fazer a consulta. Como existe uma cultura que a consulta é médica, às vezes, ocupa-se uma consulta médica que poderia ser feita pela enfermagem ou pelo psicólogo. Mas sempre buscam o médico, para que o médico identifique e depois encaminhe para outro profissional. A cultura de sempre procurar o médico, faz que a pressão da demanda se torne outra barreira para o pré-natal humanizado (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Suponho que isto se deva à legitimação do modelo biomédico e das especializações pela população, em razão de tantos anos de prática, valorizando a atenção curativa. Além disso, contribuem para este quadro: a falta de divulgação por parte dos formadores e gestores de saúde, informando que, além do médico, o enfermeiro e o clínico geral podem e estão aptos para prestarem este cuidado; a desvalorização do serviço de saúde pública por alguns profissionais de saúde e pela sociedade, em virtude da gratuidade e, em particular, pela falta de credibilidade na atuação dos profissionais por alguns segmentos da população.

7.2.4.2 Falta de acesso aos exames e descontinuidade da atenção: vislumbrando possibilidades para superar os obstáculos

Na ótica dos entrevistados, além da falta de acesso ao serviço de pré-natal, a falta de acesso aos exames e a descontinuidade da atenção constituem-se problemas importantes nas unidades locais de saúde da rede básica, diferencial apontado pelas gestantes para procurarem a atenção hospitalar e particular. Segundo os profissionais das unidades locais de saúde, em determinados períodos do mês, a situação se agrava em razão do término das cotas destinadas aos exames ou datas delimitadas para a solicitação destes, havendo maior dificuldade de marcação de exames laboratoriais. O acesso aos laboratórios para realizar o exame, dependendo da unidade local de saúde, também é difícil e distante da residência das gestantes, havendo demora para liberar os resultados. Em relação à ultra-sonografia, muitas gestantes só conseguem a autorização para fazê-lo em algumas unidades locais de saúde quando o seu filho já nasceu. Em contrapartida, no Hospital Universitário, na visão dos profissionais, todas as gestantes têm acesso aos exames de rotina de acordo com os trimestres de gestação, têm um atendimento cordial, rápido e qualificado no laboratório. Quase todos os resultados encaminhados em tempo hábil para o ambulatório, com exceção do Papanicolau e

bacterioscopia. O ultra-som parece ser facilmente agendado e realizado por profissionais do ambulatório e maternidade.

Falta de acesso à consulta, exames e tudo o que ela precisa (GÉRBERA, ULS da AGRONÔMICA).

Não adianta também fazer o pré-natal e não poder fazer as consultas semanais e quinzenais no final da gestação e não ter acesso à maternidade (SEMPRE-VIVA, HU).

Falta de acesso, falta de acompanhamento. Às vezes, ela não consegue marcar consulta no posto, não consegue realizar ou marcar um ultra-som durante a gravidez. Não tem acesso aos exames diagnósticos. Marcam para depois que vão ganhar o bebê. Não tem agendamento (CAMÉLIA, HU).

Exame de rotina com cotas; exames de ultra-som que têm épocas para marcar, que têm que esperar a data prevista. Se ela tivesse um problema mais sério, quanto tempo teria que esperar. Se fosse no caso de convênio, isto não aconteceria. Não demoraria tanto, não teria tanta dificuldade. O tempo para conseguir os exames impossibilita um diagnóstico mais precoce. Os exames deveriam ser feitos mais rapidamente. Eu nesta situação não ia passar por isso. Eu iria procurar o convênio para ter maior rapidez. Se a pessoa não tem, tem que se sujeitar ao que oferecido (AMARÍLIS, ULS da AGRONÔMICA).

Todos os participantes da pesquisa ressaltaram a necessidade de a gestante ter continuidade da atenção à saúde mediante encaminhamentos aos diversos níveis de complexidade de saúde e à internação na maternidade. Em relação a esta subcategoria, o Hospital Universitário e a unidade local de saúde vivenciam realidades diferentes, sendo necessário expô-las em dois momentos. Primeiro, irei expor esta questão, na ótica dos profissionais da unidade local de saúde.

De acordo com os profissionais da unidade local de saúde, quando as gestantes são encaminhadas para outros serviços em nível secundário, a marcação demora um longo tempo e, quando conquistada, surge um segundo problema. Algumas gestantes têm dificuldade para chegar aos serviços. Por falta de informação, instrução e ou inexistência de protocolos formalizados entre as unidades locais de saúde e entre os profissionais, as gestantes peregrinam de um lugar para o outro, perdendo tempo, dinheiro e se desestimulando para continuar o tratamento. Quando é feito um contato pessoal ou telefônico, segundo uma participante do estudo, parece que há maior interesse dos profissionais, maior receptividade para com a gestante e efetividade na atenção. O encaminhamento para as unidades de internação, para as maternidades públicas locais, especialmente, o Hospital Universitário e Carmela Dutra, segundo a opinião deles, ainda parece insatisfatório.

A segunda questão, que é bastante impeditiva, são as questões de funcionamento, dos fluxogramas de atendimento, de encaminhamento, que não existem ou existem de maneira inadequada (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÔMICA).

Não ter como referenciar. Este é um problema que vivenciamos, que eu percebo. Às vezes, não tem para onde referenciar ou o atendimento não atende as expectativas ou o atendimento tem vários problemas que são complicados. Às vezes, não tem para onde encaminhar. Quando a paciente vai, não é bem acolhida neste outro local. Depende de toda uma mudança do sistema. A estrutura tem que se reorganizar (PETÚNIA, ULS da AGRONÔMICA).

A continuidade da atenção na maternidade é outro problema levantado. Há uma quebra abrupta entre a atenção recebida na unidade local de saúde e aquela que a gestante vai ter acesso na maternidade. A gestante mantém uma relação de confiança e de vínculo com um profissional e, ao término dos nove meses, vai para uma maternidade, onde não está familiarizada nem com a estrutura e nem com o profissional. A perda do vínculo com o profissional que sempre a atendeu e a falta de continuidade da atenção à sua saúde pelo mesmo profissional foi considerada uma ação desumanizante.

É a garantia desta mulher de ter acesso ao mesmo profissional na unidade e hospital. A falta de vinculação da unidade de saúde e hospital é que rompe com esta humanização. A quebra de vínculo de modo abrupto com o profissional que faz o pré-natal é uma grande barreira. É uma barreira imensa (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Além da quebra repentina do vínculo com o profissional que realiza o acompanhamento pré-natal, os profissionais da unidade local de saúde citam como uma outra barreira a inexistência de protocolos para o encaminhamento das gestantes a outros serviços e para internação em nível secundário e terciário. Neste sentido, referem haver discordância entre os profissionais dos diversos níveis de complexidade de saúde no que concerne aos critérios para internação. Segundo os profissionais da unidade local de saúde, muitas gestantes em trabalho de parto, que são encaminhadas para as maternidades pela rede básica, são orientadas pelos plantonistas a retornarem às suas casas, sem uma contra-referência formal aos profissionais da unidade. Os profissionais do hospital também desconhecem a realidade da gestante e o que pode acarretar a sua decisão. Os critérios utilizados para internação são distintos, divergem de acordo com o profissional, a instituição e o horário. Dentro de uma mesma instituição, os critérios e as condutas também são diferentes. Além disso, não raramente, alguns profissionais da rede hospitalar dão a entender à gestante, de maneira sutil, implícita nas entrelinhas, que o profissional da rede teria se equivocado na condução da situação e no encaminhamento, levando-a a desacreditar no profissional. Os profissionais destacam que apesar desta situação ter melhorado muito nos últimos anos, ainda é uma realidade. A principal falha neste processo é a contra-referência. Nada é informado formalmente aos profissionais da unidade local de saúde sobre a avaliação realizada, encaminhamentos e condução daquela situação. Tais informações poderiam contribuir na

orientação da gestante e também auxiliaria o profissional a compreender melhor os critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela instituição hospitalar, ampliando seus conhecimentos e facilitando a adoção de novas condutas.

Esta é uma barreira. O médico do posto de não sabe o que está fazendo ou acontecendo. A gente manda para a maternidade quando está com três cm, com contrações rítmicas em dez minutos, manda caminhar e encaminha para a maternidade. Ela é reavaliada e mandada para casa. Não existem critérios definidos para o trabalho de parto franco ou para internar. Depende do profissional. Não existe uniformidade de pensamento. Depende da hora que a gestante chega à maternidade e do profissional. Assim, como a gente aqui não sabe nada, como eles dizem, o pessoal de lá gosta de descansar. É, eu estou dando o troco. Há um distanciamento muito grande do profissional do hospital, que é valorizado e elitizado pela população e os profissionais da rede básica (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Dentro deste contexto, algumas barreiras foram apontadas pelos profissionais das unidades locais de saúde, as quais impedem a continuidade da atenção e uma transição tranqüila de um nível de atenção ao outro: a falta de reconhecimento e valorização mútua dos profissionais nos diversos níveis de atenção; a rivalidade velada existente entre os profissionais de saúde da atenção primária e terciária; o desconhecimento dos profissionais da maternidade/hospital da realidade social da gestante; o desconhecimento mútuo dos profissionais sobre os fluxos, o funcionamento, a filosofia e as atividades dos serviços (das unidades locais de saúde e instituições hospitalares de saúde, especialmente as maternidades); a falta de participação dos profissionais que trabalham em nível local no planejamento da saúde; a falta de referência e contra-referência; a falta de protocolos, o desconhecimento ou a ineficiência destes, estabelecendo critérios para internação, planejados pelos profissionais de todos os níveis de atenção, que poderiam articular os serviços em nível primário, secundário e terciário.

Diante desta situação, fica clara a falta de diálogo, de alianças existentes entre profissionais, e destes com os gestores nos diversos níveis de assistência, e a falta de instrumentos formais que permitam esta articulação.

É evidente, para alguns profissionais da unidade básica, a desestruturação do sistema, que culmina com a desarticulação e maior distanciamento entre os diversos níveis de atenção, edificando-se de um lado uma atenção primária, com vistas à promoção da saúde e prevenção das doenças, e do outro, uma atenção hospitalocêntrica e curativa.

Nós não temos um sistema aqui. De um lado temos a atenção básica e do outro lado um sistema hospitalocêntrico, que é de média e grande complexidade. A gente vive há 26 anos este dilema da saúde: desestruturada ou se estruturando. Entra e sai governo, cada um com sua idéia, fazendo as coisas pelas suas cabeças e tudo permanece igual. Não dão importância à opinião dos técnicos (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Não tem diálogo entre a maternidade e unidade. Está entendendo? Eu vim de fora. Eu não conheço a Carmela, a maternidade, e não conheço o HU. Não sei que profissionais lá atendem; não sei como funcionam; que trajeto que ela faz para ir lá. Quais são as dificuldades que ela tem nisso daí? Eu não sei. Por que eu entrei aqui e ninguém me explicou nada. “Vai trabalhar”. Então você entra aqui e ninguém explica se tem programa, se tem fluxo, nada. Você entra e vai trabalhar. Você vai descobrindo aos poucos (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Eu acredito que os diferentes níveis de atenção precisam estar se conversando, se encontrando, se reconhecendo, se valorizando definindo caminhos juntos para facilitar, para estes contatos, para estabelecer a referência e contra-referência. Houve um reconhecimento ao longo dos anos. No início havia barreiras quando a enfermeira encaminhava as gestantes Diziam que a enfermeira não tinha capacidade para isto ou não poderia. Hoje isto já não acontece mais (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÔMICA).

As políticas de saúde municipais, de acordo com os profissionais envolvidos na pesquisa, ficam à mercê das mudanças partidárias e divergem de acordo com a gestão municipal, estadual e federal. Falta planejamento em saúde, sobretudo, canais abertos de diálogo entre os diversos níveis de complexidade de atenção e formação de alianças. Isto, segundo os entrevistados, não implicaria um aumento de custos, mas dependeria apenas do estabelecimento de estratégias e da vontade política dos gestores para organizar o sistema de saúde.

Então você não tem aliança. A pessoa vai no particular ou vai no convênio. Ela sabe quem vai fazer o parto dela ou pelo menos ela tem uma referência de maternidade. Nós não podemos ter uma qualidade inferior por falta de aliança. Isso é aliança. Não é nem falta de dinheiro. É por falta de estratégia política, da vontade do gestor de sentar com as partes, de organizar o sistema. Isso é a organização do serviço. Não tem nada a ver com recurso financeiro. É vontade política. O que é pior ainda (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Em relação à contra-referência, além da formalização dos encaminhamentos já mencionados, há também um descaso dos profissionais em relação aos registros no cartão da gestante, em todos os níveis de atenção.

Segundo dados da observação participante e relatos dos profissionais da USL da Agronômica, na maternidade não são registrados dados relativos ao parto e pós-parto, essenciais para a realização da consulta puerperal na unidade local de saúde, em suma, para a continuidade de uma atenção humanizada. De forma similar, alguns profissionais do HU afirmam que alguns cartões das gestantes não contêm os registros completos da consulta pré-natal, diferem entre si e muitas vezes não são trazidos pelas gestantes. Posto que, destaco a necessidade de unificar o cartão da gestante em todos os níveis de atenção à saúde, bem como de estabelecer a prática rotineira de registrar todas as ações realizadas na maternidade ou unidade de saúde, que além de propiciar esta continuidade da atenção formalizariam a realização destas atividades pela equipe, protegendo-a juridicamente.

Uma outra barreira é a contra-referência. Elas são atendidas, medicadas, tratadas nas unidades hospitalares e não recebemos nenhuma orientação da maternidade. A gente não sabe o que aconteceu com elas. A gente faz todo o pré-natal. Às vezes, a gente encaminha para maternidade, solicitando um parecer e são atendidas e não vem nada escrito. Vem a informação na boca. Eles querem receber a informação completa do pré-natal, mas eles não dão muito retorno. Muitas chegam com o cartão e eles não anotam nada. Há uma quebra muito grande entre a Unidade básica e o hospital (AMOR-PERFEITO, ULS da AGRONÔMICA).

Difícilmente vejo anotações da sala do parto ou puerpério. Muitas vezes a gente pega estas informações no cartão da criança. A referência, a gente vai buscar, porque formal ou automática, não existe (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Em relação à referência e contra-referência entre a unidade local de saúde e HU, os profissionais da equipe de saúde do Hospital Universitário em nenhum momento teceram comentários. Parece haver um distanciamento entre a unidade hospitalar e a rede básica. Todavia, enfatizaram a necessidade da continuidade da atenção e a garantia de acesso à maternidade.

Apesar de não haver uma abordagem dos profissionais no que se refere à articulação entre unidades locais de saúde e Hospital Universitário, estes enfocaram as relações existentes na própria instituição. Conforme relatos, há uma articulação insipiente entre os setores da própria instituição, inexistindo protocolos de encaminhamento que priorizem a atenção à gestante. Esta desarticulação entre setores constituiu-se uma barreira institucional importante identificada pelos profissionais que dificulta a atenção humanizada e contínua. Os encaminhamentos são informais e baseados em relações de amizade. Apesar dos esforços para estabelecer uma articulação entre o ambulatório e a maternidade, estimulando a participação de profissionais do ambulatório nas reuniões do Grupo interdisciplinar de Assessoria à Maternidade¹⁹ (GIAM) e deslocando membros da equipe de saúde da maternidade para desenvolver a sala de espera no ambulatório, percebo, através da observação participante e das falas dos participantes, que ainda existe uma desarticulação entre os dois setores. Há também dificuldade de incorporação da filosofia instituída na maternidade, cujos grandes eixos são a humanização e a interdisciplinaridade por alguns membros da equipe de saúde do ambulatório. No organograma, o ambulatório é um serviço que não faz parte da maternidade e foi criado antes da existência desta. O Ambulatório nem sempre tem informações, segundo um dos profissionais, sobre as gestantes encaminhadas à unidade de internação (gestantes de alto risco). Uma das profissionais entrevistadas desta instituição comentou que há uma distância entre o discurso e a prática que, segundo ela, só vai ser superada após a implantação

¹⁹ Comissão interdisciplinar, constituída após a implantação da maternidade, que se reúne semanalmente com a finalidade de sedimentar a filosofia da maternidade, avaliar a atenção prestada, rever as normas e rotinas e propor ações com vistas à humanização e interdisciplinaridade.

de uma política institucional em prol da humanização do atendimento. No ano de 2004 já se iniciou um trabalho nesta direção, mas muito tem que ser feito, afirma.

Eu tenho um problema sério. [...] Eu não consigo ter um retorno das minhas gestantes, o que para mim é fundamental. Porque eu lido bastante com alto risco. Às vezes, eu preciso ir lá em cima pesquisar para ver se nasceu e tal (COPO-DE-LEITE, HU).

Essa situação era uma ocorrência de emergência e eu preferia que consultasse com o pneumologista e não fosse para emergência. Ter uma avaliação na pneumologista para pegar o raios-X dela, fazer uma avaliação mais de perto. Eu, na verdade, queria aproveitar que ela já estava no hospital. Não teria que ir para casa. Uma coisa que eu queria fazer pela paciente. Não consegui (MADRESSILVA, HU).

Tem que ter uma política institucional. A gente começou na gestão passada com essa discussão sobre humanização, mas entre o discurso e a prática demora um tempo, para incorporar bem, para se transformar numa política institucional (CALÊNDULA, HU).

Parece que fica uma coisa, não sei um trabalho meio dicotômico com o que acontece lá dentro. Meio separado. Parece que nós da maternidade descemos para fazer um trabalho lá embaixo ([] referindo-se ao ambulatório). Aquele trabalho de sala de espera parece que não está bem incorporado ao atendimento geral do ambulatório, embora a gente tenha enfermeira lá que tem um envolvimento com esta atividade. Parece desarticulado (CALÊNDULA, HU).

Há também desconhecimento de alguns profissionais dos serviços que a instituição oferece para as gestantes, emergindo uma outra barreira, a falta de divulgação das ações desenvolvidas dentro da própria instituição. Alguns profissionais do ambulatório desconheciam a existência do grupo de gestantes ou casais grávidos, cuja inscrição é feita também no ambulatório, não sabiam dos trabalhos com as gestantes na Serrinha, bairro próximo ao HU, e nem das atividades educativas na maternidade.

Da mesma forma, conforme os profissionais participantes da pesquisa, há uma desarticulação entre os serviços da Universidade, em especial, dos serviços odontológicos oferecidos na UFSC e o ambulatório do HU, o que inviabiliza o encaminhamento das gestantes a estes serviços. Creio que o estabelecimento de transações e protocolos entre o HU e a UFSC facilitaria o acesso da gestante.

Não temos como encaminhar para a “odonto”. Na secretaria municipal de saúde já é garantida a consulta odontológica, na maioria dos postos (VIOLETA, HU).

Assim, os profissionais da ULS da Agronômica recomendam algumas ações em nível macro e micro que poderiam contribuir para minimizar algumas destas questões relacionadas à falta de articulação, sobretudo, entre a rede básica e o hospital. Tomando como exemplo a atenção à saúde instituída em Curitiba, sugerem que a secretaria estabeleça, de acordo com a sua área distrital e área de abrangência da residência da gestante, a garantia de internação em determinada maternidade, evitando as peregrinações para conseguir uma vaga. Em Curitiba,

as gestantes, cadastradas na unidade local, são encaminhadas via “on line” e por escrito à maternidade.

Eles têm um sistema que aproxima a unidade básica da unidade de internação hospitalar. O médico está inserido no sistema de saúde. Tu acessas “on line” a instituição e tu ficas sabendo para onde a gestante vai ser encaminhada, pois o médico está inserido no sistema de saúde (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Pelo sistema *on line*, o profissional tem conhecimento para qual unidade hospitalar deve encaminhar a gestante e também é informado sobre o profissional que estaria de plantão na instituição, facilitando os contatos. A rede básica está articulada com o sistema hospitalar. O sistema de saúde está organizado, e o profissional está inserido neste sistema.

Contudo, dentro da lógica da humanização da atenção, reforçam que seja dada à gestante a garantia de escolher a maternidade, mesmo indo de encontro à indicação da secretaria. Além disso, sugerem que o pré-natalista tenha garantido o acesso à maternidade e ao hospital para conhecer os profissionais e os serviços. Isto facilitaria a ele referenciar e orientar a gestante. Ademais, ter possibilidade de levar a gestante à maternidade para que se familiarize como ambiente, tendo liberação para desenvolver esta atividade, transporte e apoio formal da maternidade e, se possível, participar do trabalho de parto e pós-parto, não necessariamente realizando o parto. Protocolos definindo critérios e normatizando estas visitas facilitariam o processo. Da mesma forma, os serviços hospitalares poderiam instituir protocolos que possibilitassem ao obstetra conhecer as unidades locais de saúde da área de abrangência da instituição em que trabalha, conhecer o trabalho da unidade e até compartilhar conhecimentos com as gestantes no final da gestação.

Um dos profissionais da medicina sonha com uma possibilidade interessante, mas, na minha opinião, parece estar um pouco distante da nossa realidade. Sonha com um médico da família que atenda a mulher na unidade local de saúde durante a gestação e depois a acompanhe ao hospital. Tal instituição hospitalar, complementa ele, não seria dividida em especialidades, mas teria leitos específicos para cada unidade local de saúde. Assim, o mesmo médico atenderia a mulher na unidade local e na instituição, evitando o rompimento da relação.

A cliente da Agronômica enviada para o hospital iria ter a visita dos médicos que encontra no dia a dia, na unidade de saúde. Este é meu ideal do sistema e PSF. Abranger a comunidade, ter ao atendimento no domicílio, na casa do paciente e também a visita no hospital, cada unidade teria a sua enfermaria (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Os profissionais da ULS da Agronômica sugerem uma série de ações em relação aos exames, continuidade de atenção e contra-referência, das quais destaco: estabelecer cotas de exames de acordo com o número de gestantes atendidas nas unidades locais de saúde;

estabelecer protocolos para encaminhamento das gestantes, após planejamento conjunto entre os profissionais do hospital e da rede básica; desenvolver alianças entre os profissionais e as instituições de saúde, hospitais, maternidade e rede básica, para facilitar a referência e contra-referência. Já os profissionais do HU sugerem a criação de protocolos e rotinas nas instituições hospitalares que facilitem os encaminhamentos internos. Aproximar os níveis de atenção parece ser a prioridade.

A unidade deveria ter um contato com os profissionais da maternidade ou hospital, para que a gente tivesse um canal mais aberto de ida e volta. Precisa um canal aberto entre os diferentes níveis de atenção. Canais abertos de referência e contra-referência. A falta disto dificulta muito um atendimento de qualidade e humanizado. Eu acredito que os diferentes níveis de atenção precisam estar se conversando, se encontrando, se reconhecendo, se valorizando, definindo caminhos juntos para facilitar, para estes contatos, para estabelecer a referência e contra-referência (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÔMICA).

7.2.4.3 Razões alegadas pelas gestantes para a escolha do serviço

Os profissionais do HU consideram que o município tem a responsabilidade de prestar a atenção primária de saúde às gestantes. No entanto, acreditam que a rede municipal de saúde ainda está sem a necessária estrutura para atender à demanda existente. Para eles, faltam profissionais em algumas unidades básicas de saúde preparados tecnicamente e também no que se refere às relações e à humanização. Soma-se a estes fatores, conforme alguns profissionais entrevistados, o fato de a atenção pré-natal ser realizada por clínico geral ou enfermeiros obstétricos, ou não, profissionais, segundo eles, culturalmente ainda não aceitos por algumas gestantes, haja vista que após a medicalização da gestação e o parto esta tarefa foi atribuída ao obstetra. Tenho observado que esta cultura tem sido reforçada pela mídia, nos jornais e novelas. Recentemente no jornal do meio dia, na TV Globo, uma das repórteres, falando da situação precária da saúde, alegou que a gestante não estava recebendo um atendimento previsto pelo SUS, uma vez que estava sendo atendida pela enfermeira em razão da inexistência de um obstetra. Na realidade, o SUS preconiza que o pré-natal de baixo risco seja realizado, em nível de atenção básica, pela enfermeira ou pelo médico generalista. Há uma desinformação dos meios de comunicação sobre a atenção à saúde da gestante: como ela pode ser implementada, quem pode realizá-la e o que ela prioriza. Assim sendo, ela perpetua a cultura existente, fortalecendo o modelo biomédico.

O hospital ficaria só com marcação pelo SUS. Mas os centros de saúde parecem não conseguir atender porque não tem ginecologista. Elas não querem. Não dão conta de atender os objetivos. Alguns médicos não estão dando este atendimento. Outros não estão preparados. Elas reclamam que não tem ginecologista. Deveriam ser atendidas no posto de saúde e no caso de qualquer alteração virem ao hospital, mas isto não acontece. A gestante está numa situação!!! Ela tem que vir. Tem gente,

no sétimo mês, que não fez uma consulta. Tem postos que funcionam muito bem, outros não. Isto é uma realidade. Tem postos que não dão este atendimento, se não ela não viria. (ROSA, HU).

Eu acho que uma vez que a rede pública tivesse bem estruturada, a atenção à gestante de baixo risco poderia se feita na sua localidade. É mais fácil. Fica perto da sua casa. É mais fácil acompanhar a gestante no programa saúde da família, conhecer um pouco mais de perto a sua realidade e da sua família. O acesso fica facilitado também do ponto de vista do custo financeiro. Fica melhor, mas para isso a rede tem que estar estruturada e penso que ainda não está (CALÊNDULA, HU).

Existe a cultura que elas querem ganhar com mesmo médico que fez o pré-natal. A gente sabe que isto não acontece na realidade, porque são atendidas pelo médico de plantão, mas elas querem ser atendidas pelo ginecologista, pelo obstetra, pelo especialista. Não querem o médico ou enfermeiro da família para fazer o pré-natal. Não têm esta cultura. Não estão acostumadas (CENTÁUREA, AGRONÔMICA).

É cultural. Se houvesse uma integração de o mesmo profissional trabalhar em todos os níveis de atenção, o médico do posto de saúde seria visto pelo paciente de uma forma.. Não seria atendido pelo cardiologista, o obstetra, ou neurologista. O médico de família é quem vai cuidar de mim nas coisas que não precisam de especialistas. Isto precisa acontecer. Já houve um avanço, precisa mudar. Tem que mudar na cultura popular. O médico na mídia é mostrado como o especialista (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Diante do exposto e de acordo com as falas dos participantes e os dados levantados na observação participante, constata-se que a gestante procura para acompanhar a gestação aquela instituição que garanta cuidado humanizado no pré-natal, no sentido de ter acesso à atenção à saúde completa. Mesmo contrariando a lógica do SUS, de acordo com os profissionais envolvidos no estudo, as gestantes procuram o HU em razão dos seguintes fatores: prioridade e acesso ao serviço; facilidade para realizar os exames de rotina, inclusive o ultra-som, e ter acesso aos resultados em tempo hábil; existência de uma filosofia que contemple a humanização; garantia de maior segurança, no caso de urgências, por já ter vínculo com a unidade hospitalar; crença da gestante de que tem garantia de internação quando entra em trabalho de parto, apesar de a instituição informar que depende do número de vagas; possibilidade de serem atendidas pelo mesmo profissional durante todo o processo do nascimento; cultura popular que legitima o especialista como aquele que presta uma atenção mais qualificada; o fato de a instituição ser um hospital-escola e, portanto, atualizado.

Primeiro, porque elas conseguem os exames mais facilmente lá. Eles já fazem o ultra-som na hora e consegue os exames mais facilmente. Ainda tem a idéia de que o especialista é melhor, porque a medicina da família ainda não está disseminada e ainda infelizmente há profissionais muito ruins nas unidades de saúde, mal preparados. Além disso, tem serviços muito mal organizados que não dão preferência a gestante. Não é o caso daqui. Aqui a gente deixa vaga para a gestante. Nestas outras unidades entram na fila de madrugada, como qualquer um. Então, elas preferem ser atendidas no HU e marcar. Duas coisas: a imagem do especialista e a imagem que o hospital dá mais segurança. Além disso, a pouca divulgação na e da unidade de Saúde. Cada unidade é muito diferente, depende do

profissional e da organização de cada unidade, de como o coordenador organiza, de como está organizado o serviço (GÉRBERA, ULS da AGRONÔMICA).

Porque associam o pré-natal com a garantia do parto. O que ouço na sala de espera é que e algumas gestantes vêm com a expectativa de que fazendo o pré-natal aqui vão ganhar o bebê aqui. Elas associam que fazendo o pré-natal no HU vão ganhar o bebê na maternidade do HU. Muito pela prática que a maternidade desenvolve aqui. Elas falam. Eu quero ganhar lá porque falam que é bom. Tem acompanhante, tem parto de cócoras. Lá eles apóiam o aleitamento materno (CAMÉLIA, HU).

Diversos fatores contribuem para fortalecer esta prática e a desestruturação da rede básica, afirmam os profissionais das unidades locais de saúde: a falta de estrutura na ponta em algumas unidades locais de saúde; a falta de uniformidade das ações dos profissionais e da estrutura das unidades locais de saúde, ficando na dependência da atuação do coordenador; a falta de preparo de alguns profissionais que atuam na rede; a falta de valorização dos profissionais pelos seus pares e população; a falta de divulgação de que os profissionais da rede básica, tanto os médicos, os enfermeiros como os clínicos gerais estão capacitados para prestar uma atenção humanizada à gestante; a falta de protocolos municipais, garantindo que o enfermeiro solicite exames e medicamentos de acordo com os programas ministeriais; a falta de protocolos determinando as ações dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde na atenção primária; a existência de propagandas, valorizando a atenção curativa e a medicalização do processo de nascimento, ao invés de divulgar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, mesmo antes da gravidez.

Além disso, neste sistema hospitalocêntrico, muitos profissionais e até a parte da população não valorizam o atendimento dos profissionais das unidades. Em função desta visão curativa e do sistema, valorizam o nível hospitalar (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

[...] A malha de saúde em Florianópolis está destruída. A rede básica está destruída. Nós não temos padronização na ponta. Então, se você entrar nessa porta você vai pegar um profissional. Se você entrar na outra porta, você vai pegar outro tipo de profissional. Se você for a outras unidades falta um, falta outro, falta aquilo. Então, você tem uma grande desuniformidade na rede. [...] Tem a questão histórica. Tem questão da divulgação. Tem questão da implantação do PSF há apenas dez anos. Existe também a mídia. A mídia coloca “Você tem que ir ao seu gineco”. Você tem que ir ao seu pré-natalista. Então, existe toda uma mídia e que coloca certa expectativa da população. Elas vêm atrás dessa expectativa também. Ninguém fala assim “consulte o seu médico de família”. Estás entendendo? Por quê? (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

A solicitação dos exames é outro entrave. Não está regulamentada pelo município. Isto deveria ser ratificado. Já existia e tem que ser mantido, pois o Ministério da Saúde estabelece que é uma ação básica que o enfermeiro pode estar realizando (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÔMICA).

A tradição curativa do município também corrobora para a legitimação desta situação. Soma-se a estas barreiras, segundo os profissionais envolvidos, o curto tempo da implantação

do Programa da Saúde da Família. Uma luta desigual, na minha opinião, de uma atenção à saúde ainda adolescente contra outra já tradicional, a hospitalocêntrica, que já ultrapassou há muito tempo a barreira da terceira idade.

[...] Nós temos uma tradição do hospitalocêntrica aqui no município. Diferente de Curitiba. Vai para Curitiba, todo mundo faz pré-natal nas unidades e acabou. Não tem mais essa. Por que nós não temos a tradição de lá de atenção primária. Aqui não tem (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Nas unidades locais de saúde, além do exposto acima, soma-se a falta de transporte para realizar as visitas a maternidade e as visitas domiciliares, falta de recursos financeiros nas unidades locais de saúde para comprar medicamentos mais toleráveis para mulher ou inexistência de estoque destes na rede.

7.2.4.4 Barreiras da gestante que dificultam o acesso e continuidade de atenção

As gestantes, de acordo com profissionais envolvidos na pesquisa, apresentam também algumas barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, sua aderência e continuidade à atenção/ao cuidado pré-natal, entre elas: a falta de recursos financeiros; a dificuldade com o transporte; a longa distância de sua residência até a instituição, sobretudo, as que fazem pré-natal no HU, o que aumenta os custos financeiros e o tempo gasto no deslocamento. Além disso, a falta de alguém para cuidar dos outros filhos ou a impossibilidade em trazê-los à consulta; a pressão velada dos patrões, quando estas se ausentam do trabalho e o medo de perderem o emprego, mesmo sendo garantido por lei; o desconhecimento de seus direitos; a falta de conhecimento da importância do acompanhamento do pré-natal para promoção e prevenção de sua saúde e do bebê; a falta de apoio familiar; a naturalização da gravidez e do parto, ou seja, culturalmente ter a crença de que a natureza se encarrega de fazer tudo, não havendo necessidade de acompanhamento profissional. Ademais, temos como impeditivos: a falta de planejamento; a não aceitação da gravidez pela gestante e pelos familiares; o medo de enfrentar esta situação, escondendo a gravidez dos familiares, especialmente, no caso das adolescentes; a vergonha de realizar o pré-natal e fazer alguns exames, entre eles, o preventivo de câncer cérvico-uterino e o toque com profissional ou aluno do sexo masculino; a vergonha diante do seu corpo transformado e a influência de alguns familiares para a gestante não comparecer à consulta. Em função de não participarem da consulta pré-natal e de todas as outras ações que prepararam para o processo de nascimento e, mesmo assim, seus filhos nascerem saudáveis, as mães e avós convencem a gestante de que esta prática não é necessária.

Um pouco da desinformação também, sobre a importância do pré-natal. No nosso país há desinformação geral, quer dizer, a paciente chega ao pré-natal tarde. Ela poderia chegar mais cedo, né? Na verdade, na minha cabeça, a paciente precisa chegar na pré-concepção, né? Porque isso é medicina primária, né? Ela tem que chegar na pré-concepção (COPO-DE-LEITE, HU).

Algum problema de ordem pessoal ou não valorizar a importância de realizar o pré-natal. Vê a gravidez como uma situação natural, que o nenê vai nascer naturalmente como foi feito. A natureza se encarrega de tudo. Por pensamentos ou idealizações que ela tem, que ela faz a respeito do nascimento, ou seja, que não seja necessário o cuidado de um profissional que acompanhe ela, ou seja, uma barreira maior, a falta de conhecimento ou por um padrão na cultura (CAMÉLIA, HU).

Nas unidades locais de saúde, a questão econômica, a questão geográfica e a violência foram barreiras ressaltadas pelos envolvidos na pesquisa. A maioria das gestantes tem uma baixa renda familiar e pessoal, um baixo poder aquisitivo, o que as impede de arcar com o pagamento do transporte (passe, passagem ou gasolina) para se deslocarem até a unidade de saúde.

O trabalho é outra barreira que chama a atenção. Há um grande percentual de gestantes que trabalham com ou sem carteira assinada, algumas atuando como diaristas e domésticas, tendo dificuldade de conseguir a liberação do trabalho. Algumas correm o risco de perderem o dia de trabalho, e esta é a única remuneração para sustentar a família, ou ainda sofrem a pressão dos patrões, tendo a sensação de estar burlando o serviço, mesmo tendo legalmente a garantia de participar da consulta. Para os companheiros, a dificuldade parece ainda maior, pois culturalmente ainda não existe a prática de o marido participar das consultas. Tanto para as gestantes, quanto para os acompanhantes, se já existe impeditivos para a participação da consulta, isto se exacerba com relação à participação em atividades educativas.

O trabalho da mulher. Às vezes ela não pode se ausentar; ela tem um limite de ausência no trabalho.. Ela não pode ficar faltando sempre. É difícil o transporte coletivo. O preço isso pode ser uma dificuldade também, nem sempre a pessoa tem oito, dez reais, dependendo de onde ela mora para vir ao médico. Eles (os maridos) têm dificuldade, pois os homens são trabalhadores. Tem dificuldade em se ausentar do trabalho né? Mas volta e meia tem um pai, mas são poucos. Elas têm a própria vida cotidiana muito atribulada: filhos, coisas, afazeres (CALÊNDULA, HU).

Em relação à questão geográfica, dois pontos emergiram. O primeiro refere-se às características geográficas e sociais dos locais onde as gestantes residem. Parte delas mora no alto do morro, distante da unidade de saúde, em regiões em que o acesso é difícil, principalmente, em dias chuvosos. A realidade constitui-se de estradas de barro, trilhas escorregadias e cheias de lama, buracos e áreas com risco de desmoronamentos. Sua condição de grávida já facilita o desequilíbrio e os riscos de queda. Quando acrescidas das condições de moradia, a situação tende a se agravar ainda mais. O segundo ponto diz respeito à impossibilidade de a gestante escolher o profissional de saúde com quem desejaria consultar.

A cobertura da atenção à saúde é feita de acordo com os distritos de saúde e áreas de abrangência das unidades locais de saúde, dependendo da localização da residência da gestante. Elas são agendadas para os profissionais que trabalham naquelas unidades de saúde geograficamente e territorialmente determinadas pela Secretaria Municipal de Saúde, próximas ao local de sua residência.

Aqui na Agrônômica, o acesso já fica mais difícil. A dificuldade de subir e descer o morro. A maioria é carente (NINFÉIA, ULS da AGRONÔMICA).

Difícil acesso a casa delas. Tem lugar que tem de subir de gatinho (AMARÍLIS, ULS da AGRONÔMICA).

A violência doméstica e social enfrentada pelas gestantes foi evidenciada pelos profissionais como uma das barreiras importantes para a continuidade do cuidado pré-natal. No espaço doméstico, as gestantes são agredidas fisicamente e oralmente ou são proibidas pelo marido de sair de sua casa; são cerceadas de sua liberdade, o que as impede de procurar o serviço e a atenção pré-natal. Os morros, que fazem parte da área de abrangência da unidade de saúde, onde se localiza grande parte das residências das gestantes, são áreas de controle de tráfico, palco de lutas entre “Gangs” e traficantes. A qualquer momento estas mulheres e seus familiares podem servir de alvo em uma luta armada, servir de escudo humano ou refém ou terem a sua residência confiscada para o comércio de drogas. As visitas domiciliares, dentro deste contexto, também são dificultadas. Além disso, em determinados dias da semana, os agentes de saúde são aconselhados pelos chefes do tráfico e “olheiros” a não transitarem pelo morro para não atrapalhar a prestação de contas dos envolvidos no tráfico e também não serem alvo de balas perdidas. A equipe de saúde, ainda que raramente, fica à mercê de uma autoridade paralela que, sob o silêncio, pânico e terror, em uma terra de ninguém, impõe seu poder. Emerge assim uma das barreiras também do profissional de saúde.

Até para a própria gestante. Pode ser um impeditivo para as gestantes fazerem o pré-natal. Ninguém pode sair de casa porque o dono da área impede de sair. Levantou com o pé-esquerdo, começa a dar tiro e ninguém pode sair de casa. É bastante séria esta questão (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Algumas gestantes têm pânico de ir para casa. Ficam com medo de mexerem com elas, de quererem pegar a casa para o tráfico. Tivemos uma situação assim. São barreiras que impedem a gestante de vir. Nos morros tem muito tráfico de drogas, violência, tiroteios à noite, que impedem que elas saiam com medo de receber um tiro. A violência doméstica: apanhar do marido. A gente sabe que tem também (GÉRBERA, ULS da AGRONÔMICA).

A postura de alguns profissionais que tecem críticas às mulheres pelo fato de engravidarem em determinadas faixas etárias, especialmente, na adolescência ou após 40 anos, pré-julgando-as, questionando-as em relação à falta de planejamento da gravidez, mesmo quando são colocados à sua disposição todos os métodos contraceptivos e orientações,

foi considerada também uma violência. Além disso, a indiferença, os maus tratos, o mau humor ou qualquer outra forma de agressividade dos profissionais se soma a estas barreiras. Estas atitudes, consideradas desumanizadas, podem, na opinião de um dos entrevistados, ter grandes repercussões na gestação e em todo o processo de nascimento, impedindo o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a mulher, a adesão e a continuidade da atenção pré-natal.

Tem um preconceito com os adolescentes e com mulheres mais velhas. Porque indiretamente é uma agressão o que ela fez. Eu estou aqui, estou colocando a disposição todos os métodos para evitar a gravidez e ela me vem com uma gravidez. Empatia negativa, porque ele sabe que ele falhou em alguma coisa e ele tenta rebater de alguma forma. As gestantes mais idosas. Tem alguns profissionais...Eles começar a dizer e insistir. Este é ultimo. Tu não deverias nem ter tido este. Olha a tua idade. Já vi relatos de gestantes, falando de profissionais, que estes se colocam numa postura de crítica aberta aquela gestação (NARCISO, ULS da AGRONÓMICA).

7.2.5 ACOLHIMENTO DAS GESTANTES

Além dos significados já atribuídos, o cuidado humanizado no pré-natal configurou-se como acolhimento. Para uns significou apenas uma estratégia para alcançar a humanização. Acolher no sentido de receber a gestante e os familiares com atenção especial e carinho, com uma escuta qualificada. Deixá-los à vontade para se expressarem. Mostrar interesse pelo que dizem e fazem. Usar uma linguagem que seja compreensível. Ouvir as queixas, os motivos alegados para procura do serviço e as reivindicações das gestantes e familiares, buscando compreendê-los, cumprimentá-los, sorrir, olhar nos seus olhos e não se fixar apenas no computador ou prontuário. Chamá-los pelo nome e apresentar-se. Procurar sanar suas dúvidas. Esclarecer, atender às suas reivindicações, necessidades, resolver os problemas com agilidade e eficácia, de forma individualizada, ou seja, dar resolutividade às questões, além de encaminhar, quando for necessário, para consultas, realização de exames, atividades grupais e outros locais. Indicar caminhos e alternativas que possam ser seguidos. Quando possível, oportunizar um ambiente agradável. Ao recepcionar, dentro das possibilidades, oferecer um lanche, propiciar um espaço de troca e compartilhamento de informações.

O acolher é dar a melhor resolutividade possível. Um atendimento que ela se sinta segura, satisfeita e possa resolver as questões que ela procura na unidade básica. (PETÚNIA, ULS da AGRONÓMICA).

Passa desde aquela coisa da recepção, desde que ela chega: o acolhimento, o aperto de mão, o cumprimento, o sorriso, o olhar. Olhar direto para ela e não ficar olhando só para o prontuário ou para a ficha que tu vás colher o exame (SEMPRE-VIVA, HU).

É tu receberes aquela pessoa comum como esse ser único, individual, com um olhar para ela. Tu conversares com ela, escutar o que ela tem pra te falar. Isso é acolhimento. É não vê-la como mais uma que eu estou atendendo (FLOR-DE-LIZ, HU).

Fazer a comunidade sentir que a unidade está de portas abertas para auxiliá-la nas questões relativas à saúde. Atender de maneira rápida e qualificada. O acolhimento inicia na recepção e continua se fortalecendo nos diversos contatos que a gestante estabelece na unidade local de saúde ou instituição de saúde.

Por exemplo, nós temos aqui o acolhimento como uma estratégia de humanização, como uma escuta qualificada. Tentar trabalhar a questão de fortalecer o vínculo. A comunidade sentir que o posto está de portas abertas a qualquer hora para ela (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Que ela tenha também, ao chegar a cada consulta, respeito. Ser atendida logo, tão logo esteja aqui, e não fique aquela situação de sala de espera, tendo que esperar horas e horas. A gente vê. A gestante que vem sem se alimentar, outras que tem outras atividades para fazer durante o dia. Ter operacionalidade na consulta e ao chegar ser logo atendida. Não esperar muito tempo (CAMÉLIA, HU).

A primeira coisa é a atenção no balcão na recepção, a hora da chegada. Como é encaminhada e orientada? Ver se tem retorno. Dar informações e responder aos questionamentos, atender as dúvidas (VIOLETA, HU).

Na unidade local de saúde da Agrônômica, deste do início da residência, foi instituído o acolhimento como uma estratégia para acolher a usuária. Observei que os profissionais escalados para esta atividade, independente da profissão, ouvem o cliente, identificam as necessidades e queixas, fazem uma triagem, prestam orientações e encaminham a gestante para realização de atendimentos, consultas, grupos e procedimentos. As gestantes parecem ficar mais tranquilas e satisfeitas. Nos horários em que os profissionais não estão presentes, percebe-se que há confusão dos usuários em relação às senhas utilizadas para os diversos serviços oferecidos (procedimentos de enfermagem, marcação, consultas, encaminhamentos) e maior morosidade e insatisfação.

7.2.5.1 Impeditivos para a efetivação do acolhimento

Apesar desta proposta, algumas barreiras emergiram na unidade local de saúde: falta de agilidade e desconhecimento de alguns funcionários para resolução dos problemas, alterações de humor de alguns funcionários, oscilando entre docilidade e agressividade, paciência e impaciência; sistema confuso de senhas, uma vez que se utiliza um mesmo painel para registrar senhas referentes a diferentes serviços, sem nomeá-los. Além disso, a

informatização, problemas de fluxo e; a inflexibilidade de rotinas e critérios para internação que serão aprofundados a seguir.

Um dos profissionais aponta a informatização da internação, da triagem e do prontuário do cliente como uma das barreiras que dificultam o primeiro contato com a gestante, alegando que após a introdução desta tecnologia, apesar da agilização do atendimento, o acolhimento na recepção passou a ser mais impessoal, burocratizado, mecanizado, distante e formal. O fato de procurarem os prontuários, checarem os dados com o usuário, conversarem espontaneamente sobre questões pessoais e estarem despreocupados com as teclas, com a tela, com o funcionamento do computador, com os erros gráficos, gerava maior aproximação entre usuário e o profissional.

O computador, eu acho que desumaniza um pouco. Fica-se centrada no computador e se esquece da pessoa como um todo (AMARÍLIS, ULS da AGRONÔMICA).

Até a gente mesmo, na época do prontuário, a gente tinha mais contato com o paciente. A informatização melhorou muito o serviço nosso, mas não tem mais o contato direto com o paciente, a aproximação. Tu conhecia mais (ESPÍRITO-SANTO, ULS da AGRONÔMICA).

Problemas na estrutura física e no fluxo da unidade foram citados como barreiras na unidade de saúde da Agronômica como dificultadores do acolhimento. Segundo os profissionais, a recepção não está bem localizada, não permite que a gestante tenha privacidade, já que os diálogos podem ser ouvidos por todos que estão na sala de espera. Não existe um espaço para o pessoal da recepção acolher individualmente a gestante e os familiares. Além disso, uma das respondentes alega que a inflexibilidade da rotina e os critérios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde para a abertura do cartão e, adotados por alguns funcionários, são grandes impeditivos para o acesso da gestante à unidade de saúde. Algumas gestantes têm que voltar à sua residência para buscar a documentação necessária (documento e comprovante de residência) para internação e não retornam mais. A gestante poderia ser atendida de forma provisória, como é feito por alguns, e remarcar retorno, ocasião em que se comprometeria em trazer a documentação.

A recepção não é bem localizada. É mal estruturada. De qualquer lado a gente ouve as respostas das clientes. Não tem espaço físico para receber individualmente numa salinha, mas teria que ter um profissional só para isto. Mas se melhorasse a estrutura já ajudaria. Quem projetou o posto não se preocupou com este tipo de coisa, não sabe como deve ser este funcionamento. É fácil projetar e não saber se estas coisas vão funcionar. Não se preocupou com este tipo de coisa (BEGÔNIA, ULS da AGRONÔMICA).

Em relação ao acolhimento, no HU três barreiras institucionais ligadas à estrutura física e equipamento foram evidenciadas pelos participantes da pesquisa. A primeira refere-se à recepção, que é feita através de um vidro, colocado ali para proteger os funcionários, mas

que também distancia o profissional do usuário. A segunda é a coexistência de duas especialidades não-afins, a Ortopedia e a Obstetrícia, com equipes diferenciadas que atendem de forma concomitante no mesmo local e utilizam os mesmos funcionários para recepcionar as clientes. Além de atender a ambos os sexos, não priorizar a mulher e limitar a sua privacidade, o ambulatório, como está estruturado, confunde o usuário, que se perde dentro da instituição, não sabendo a quem recorrer, além de dispersar as informações e gerar sobrecarga dos funcionários, que têm que estar atentos para atuar com rotinas diferentes e com profissionais de áreas distintas.

Um problema. Trabalhar duas especialidades juntas, Gineco-Obstetrícia e Ortopedia. Não é fácil. Eles têm um outro método, outras rotinas, outros horários de pique e usamos o mesmo balcão. A recepção é a mesma. Não acho legal. Não é que não dá para fazer, está funcionando. Mas... seria melhor se separasse (ROSA, HU).

Acredito que temos que otimizar todas as áreas, talvez a ortopedia atendesse em alguns dias estabelecidos. Alguma coisa separada. Tu estás atendendo e a ortopedia do lado, aquela confusão toda. É difícil, deveria ser separado (MADRESSILVA, HU).

Em terceiro lugar, o ambiente insalubre dos consultórios, com pouca ventilação e luminosidade, com alguns equipamentos sem manutenção e, principalmente, a falta de outros nos consultórios, levando os profissionais a se deslocarem de uma sala à outra para acessá-los, interrompendo a consulta e limitando a privacidade das gestantes.

7.2.6 VALORIZAR E RECONHECER A GESTANTE COMO UM SER HUMANO AO MESMO TEMPO PLURAL E SINGULAR

Valorizar a gestante como um ser humano ao mesmo tempo plural e singular também foi considerado como cuidado humanizado no pré-natal. Apesar das características similares existentes entre as mulheres, cada uma delas é singular, tem suas características pessoais, suas peculiaridades, que as diferenciam das demais. As suas subjetividades demandam carências e necessidades individuais: dar uma atenção diferenciada, valorizar as queixas e necessidades específicas de cada gestante, conhecer a gestante, os seus potenciais e contribuir para fortalecê-los.

É centrar na pessoa, centrar na gestante, olhando as necessidades dela, tirando as dívidas dela. Eu entendo que se deve atender às necessidades que a gestante te traz e fazer os encaminhamentos necessários para ela [...], não esquecendo que tem que ser individualizado, personalizado esse atendimento (FLOR-DE-LIZ, HU).

Conversar com a paciente. Saber quais as ansiedades e conflitos que ela passa no dia a dia para abordá-la de forma coerente. Acompanhar toda a gestação. Ver as condições da gestante, o alcance dela, a capacidade dela. Abordar o lado social (AMOR-PREFEITO, ULS da AGRONÔMICA).

É considerar também as necessidades individuais. A subjetividade demanda carências e necessidades individuais (CALÊNDULA, HU).

Demonstrar interesse pela pessoa. Valorizar os sentimentos da gestante, o que ela pensa, as suas expectativas, as suas queixas, o significado que atribui à gestação e o impacto que isto pode trazer para a vida dela. Considerar que a gestante está vivendo um momento especial em sua vida, que para ela tem grande significado. Reconhecer o bebê como ser humano, como alguém com características diferentes, alguém que está se formando tanto fisicamente como psicologicamente. Entre outras coisas, saber como a gestante se sente nesta nova condição. Conhecer o processo de gestar que ela está vivendo. Saber como está a sua relação com o companheiro e como a gravidez pode influenciar nesta relação. Identificar quais os medos e conflitos pessoais. Compreender o que o bebê representa para o casal. Saber como se chama. Entender quais os mecanismos que pretende usar para conciliar a vinda do bebê e a convivência com outros filhos e, se possível, ajudá-la.

Identificar, digamos assim, qual é a identidade daquela mulher que está ali. A primeira coisa é entender a gravidez como um momento especial na vida da mulher. Que isto significa não só as alterações do ponto de vista corporal; representa desafios para ela, do ponto de vista da mulher porque vai se tornar mãe. Entender tudo o que significa, entender como está enfrentando este momento. É você entender que, apesar destas características serem similares entre várias mulheres, aquela gestante específica que você está atendendo, pode ter peculiaridades específicas, coisas especiais que devem ser olhadas com esta singularidade. [...] Identificar alguma especificidade, as singularidades daquela mulher e trabalhar com isto (VIOLETA, HU).

A pessoa tem que ter pelo menos a idéia que está sendo escutada; que tem uma presença, que alguém tem interesse pelo seu problema. O que importa é interagir com o paciente, ouvir, olhar para ela. Atender do jeito que a gente gosta de ser atendida. Respeitar o que pensa e sente. Conhecer situação da gestante. Todo tipo de apoio que tu podes dar a uma gestante e a família dela, no sentido dela entender o processo de gestação, o processo que ela está passando. Que possa tirar as dúvidas, enfim, considerar ela como um ser humano em gestação mesmo (ROSA, HU).

Fazer um pré-natal bem dedicado à paciente. Escutar a paciente, dar ouvido às queixas dela. Atender suas expectativas. Às vezes, ela vem com uma história. Estou com dor aqui e o médico diz: isto acontece. Isto é assim mesmo. É coisa da gravidez mesmo, é normal. Mas às vezes, não é bem assim, é uma coisa séria. Escutar bem a queixa da paciente, valorizar a queixa dela. Atender as expectativas da gestante (ESPÍRITO-SANTO, ULS da AGRONÔMICA).

Também se faz fundamental valorizar, além das questões ligadas à gravidez, aquelas de ordem pessoal, das suas relações e também relacionadas ao seu filho. Respeitar as suas necessidades individuais, a sua realidade, respeitar o que pensam e sentem. Colocar-se no lugar delas. Entender o que dizem e pensam, partindo do que isto significa para elas, e não do que significa para mim como profissional. Observar e adequar a atenção às condições culturais e sociais delas e ao meio em que vivem. Atendê-las de forma personalizada,

individualizada, respeitando sua identidade, suas diferenças, sem deixar de oportunizar espaços idênticos e igualitários para se expressarem, para reivindicarem e atuarem. Esta atenção envolve conhecer a gestante, sua história, sua condição e classe social, sua realidade, suas dificuldades, seus anseios, medos, os recursos de que dispõe. Envolve o autoconhecimento, tanto dela como do profissional. Em relação à gestante, uma das profissionais envolvidas no estudo afirma que é importante a gestante conhecer o seu corpo, cabendo ao profissional estimulá-la a se olhar no espelho, tocar o corpo e a barriga, o que certamente favorecerá a interação com o bebê intra-útero e após o nascimento, além de melhorar a sua auto-imagem e auto-estima.

Não é só um cuidado mecânico. A gente tem que ter consideração, respeito pelo paciente, se colocar sempre no lugar do paciente. O paciente é um ser humano, é uma pessoa (ROSA, HU).

[...] Várias vezes vêm gestantes que dizem que não querem consultar com este profissional, mas com aquele porque ele perguntou dos outros filhos e as trataram com carinho. Perguntaram como foi o dia delas. A gestante gosta de carinho. Quanto mais perguntas, ela fica mais satisfeita. A relação com a família e com o companheiro, sobre o emprego. Isto é muito importante (ESPÍRITO-SANTO, ULS da AGRONÔMICA).

Só há uma maneira, buscar conversar. Abrir questionamentos, ver o que ela pensa. Deixar ela falar, ela participar. Estimular o toque. Focar as coisas do corpo. Estimulá-la a se conhecer. Mostrar as alterações da gravidez e orientar. Estimular tocar na barriga para ver como ela cresceu (MADRESSILVA, HU).

Fazer um histórico bem completo e aprofundado. Levantar quais as condições dela, as condições culturais e sociais dela, o meio em que ela vive, enfim, tudo, para que tu possas dar os cuidados e as orientações. Não adianta chegar uma gestante aqui e tu achares que ela precisa disso. Não, tu tens que ver dentro das condições dela e das necessidades do momento (SEMPRE-VIVA, HU).

Consiste em valorizar os seus conhecimentos prévios e atuais, as suas crenças e os seus valores e, oportunizar que estes conhecimentos e experiências somem-se aos conhecimentos técnicos, ampliando os saberes e propiciando o crescimento mútuo. Respeitar a cultura da gestante, sem que haja prejuízos para ela e para seu filho. No caso de a gestante adotar condutas que possam constituir risco para o bebê, compartilhar conhecimentos e esclarecer sobre o que pode acontecer com vistas a repadronizar as formas de agir, oportunizando a ela decidir o que fazer. Valorizar a realidade em que vive e convive a gestante, procurando dar atenção, orientar e prescrever condutas de acordo com as necessidades, demandas e recursos. Não recriminar as suas ações e ouvir atentamente.

Atender as expectativas da gestante. Estar disponível para ouvir, para resolver, para acolher, atender sempre as expectativas, prescrever dentro da realidade dela. Estar observando a realidade para estar orientado o que é possível fazer (CENTÁUREA, ULS da AGRONÔMICA).

A postura do profissional: ser simpático, valorizar o que a gestante vive e as suas experiências, a bagagem que ela traz e prestar orientação. Isto é ser humano (AMARÍLIS, ULS da AGRONÔMICA).

Não dizer o que a paciente deve fazer simplesmente, mas buscar o que ela sabe e orientar em cima do conhecimento que ela tem e somar ao teu conhecimento técnico e científico. Isto é uma coisa que a enfermagem sempre fez, que facilita ou abre o espaço para este cuidado humanizado (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÔMICA).

Escutar muito. Conversar o máximo. O profissional tem que fazer um engate com o que ela traz e o que ela quer e, a partir daí, ir trazendo coisas essenciais que o profissional acha que ela deva saber. O respeito à questão da cultura da família. É importante. A profissional deve ficar atenta para não haver o choque entre o que é cultural e o conhecimento do profissional. Tem que ter escuta. Ajudar ela a pensar. Fazer com que reflita sobre aquilo, para poder inserir outras questões. Senão, ela vai concordar com tudo, mas vai fazer somente aquilo que ela quer, o que ela acha que deve ser feito (PETÚNIA, ULS da AGRONÔMICA).

Não adianta querer dar tudo em uma hora só. Orientar por trimestre. Tu vás levantar o que ela sabe para poder orientar e readaptar junto com ela. Respeito pelo outro, respeito pelo que sabe, não impor o que eu sei. Cabe a nós orientar. A gente não pode dizer: não faz, está errado. Não julgar. A abordagem não é esta; respeitar a coisa popular, o que elas sabem. Esclarecer e deixar que decida (SEMPRE-VIVA, HU).

7.2.6.1 Barreiras que impedem a valorização da gestante

Segundo os profissionais da unidade local de saúde, o desconhecimento da realidade da gestante é um obstáculo para a compreensão e valorização dela como mulher e como gestante, e para conhecer suas necessidades e possibilidades. A falta de tempo em razão das demandas serem maiores que a capacidade de atuação dos profissionais e a falta de transportes disponíveis impedem muitas vezes a realização das visitas domiciliares. Estas são fundamentais para conhecer os contextos em que vivem as gestantes, captá-las, fazer a busca ativa das faltosas, desenvolver atividades educativas e conhecer os recursos que a comunidade dispõe para ajudá-la. Neste sentido, os agentes de saúde, conhecedores da comunidade, têm um papel fundamental ao servirem de mediadores, de pontes entre os profissionais, unidades e comunidade. Contudo, a falta de capacitação e a formação destes membros da equipe de saúde, apontados pelos participantes da pesquisa, podem dificultar esta conexão. Atualmente a responsabilidade por esta capacitação cabe ao enfermeiro, que está sobrecarregado com as atividades assistenciais e administrativas. Neste sentido, tenho a convicção de que se esta função fosse assumida por auxiliares de enfermagem, profissionais com maior capacitação, muitos problemas seriam solucionados. Criou-se mais uma categoria subordinada à enfermagem, sem a devida formação. Este tema merece um aprofundamento maior em outra oportunidade e a realização de novos estudos.

A postura de desrespeito do profissional, de desatenção e indiferença em relação às crenças e valores, conhecimentos, valor atribuído à gestação, sentimentos e queixas também foram apontados como barreiras e caracterizados como um cuidado desumanizado.

Para os profissionais, não olhar para a gestante durante os atendimentos e as consultas, tratá-la com indiferença e de forma rotineira e mecânica, não reconhecendo as suas necessidades e queixas, deixando de ouvi-la, deixando-a esperar sem tentar dar resolutividade aos seus problemas, fazê-la ir e vir sem indicar caminhos adequados e corretos, apenas escrever, sem ouvir, sem buscar compreender ou, ainda pior, criar expectativas que não podem ser atendidas caracteriza-se como atenção desumanizada. Tratar de maneira agressiva, utilizar um tom de voz ríspido ou simplesmente negar o atendimento, deixando de cumprir a sua função, desumaniza atenção e contradiz os princípios éticos.

Às vezes, chega uma gestante com a necessidade de um cuidado mais intensivo e tudo é considerado como normal e vai passando. Não dão o valor à queixa dela. Tudo é generalizado. Há indiferença do profissional (AMARÍLIS, ULS da AGRONÔMICA).

Não sei se isso ocorre aqui, mas, é tu atenderes a pessoa, qualquer usuário sem olhar para ele. Atender como se fosse uma coisa de rotina. Isso despersonaliza o atendimento (FLOR-DE-LIZ, HU).

Não dar atenção. Às vezes, deixa a pessoa esperando no balcão. Às vezes, está vendo a pessoa esperando e “vira as costas”. Vai fazer outra coisa. É falta de respeito com a pessoa (BROMÉLIA, HU).

7.2.7 RELAÇÃO DIALÓGICA ENTRE AS GESTANTES E PROFISSIONAIS

Além da valorização da gestante como pessoa, a relação dialógica, ou seja, interpessoal, estreita e de proximidade, um diálogo aberto entre as gestantes e os profissionais, foi caracterizado como cuidado humanizado no pré-natal. Uma relação de troca, de interação, de interdependência, na qual a gestante e o profissional se fazem presentes, se comunicam, estão em co-presença, se sentem bem e crescem e se transformam mutuamente. Estabelecer uma relação recíproca, na qual cada um tem algo para dar ao outro Uma relação que envolve empatia, interação, confiança, vínculo, sensibilidade, atenção, uma escuta autêntica, comunicação, disponibilidade e interesse recíproco. Uma relação dialógica, de entendimento, de compreensão, de respeito, de valorização da dignidade humana e de reconhecimento recíproco. Para tanto, ambos têm que se deixar conhecer, se tornarem visíveis.

Estreitar ao máximo a relação com a paciente, no sentido de prepará-la para o parto e tendo em vista que ela vai passar aqueles nove meses dentro de uma condição que você espera de saúde integral. A humanização dentro do pré-natal,

ela fica facilitada neste estreitamento da relação com o médico e paciente. É o vínculo, é aumentar o vínculo (COPO-DE-LEITE, HU).

Tu consegues receber, fazer com que a pessoa se sinta bem e tu se sentires bem. Estabelecer um relacionamento adequado. Ver quais são as preocupações, passar dados técnicos, coisas técnicas para ela e procurar saber o que ela está sentindo na vida geral dela. Saber qual preocupação dela com a gravidez e com o bebê. A pessoa tem que... Eu tenho que sentir se ela está bem comigo. Tu tens que te sentir bem com ela. Esta troca. Estar aberto ao diálogo. Nem sempre acontece. Às vezes as pessoas... Às vezes, a paciente na está nem aí ou o profissional não está centrado no que está fazendo. Não está centrado neste momento, que é cuidar da mulher que está ali (MADESSILVA, HU).

Dar atenção especial, ouvir a gestante, dar todas as orientações, se mostrar receptiva para sanar dúvidas, fazer um bom vínculo, prestar um cuidado, dar afeto (GÉRBERA, ULS da AGRONÔMICA).

Não haver um distanciamento da enfermeira. Sentir a presença da enfermeira. Ficar mais próxima delas (ROSA, HU).

A escolha do profissional, quando é possível, dá-se em função desta empatia, desta relação de confiança que se estabelece entre duas pessoas que nunca haviam se visto antes. Quando isto não acontece, a gestante pode até desistir de participar da atenção pré-natal.

7.2.7.1 Obstáculos e propostas para a efetivação da relação dialógica entre profissionais e as gestantes

Atualmente, segundo os profissionais, a falta de tempo para parar, ouvir e escutar verdadeiramente o usuário, a postura de indiferença e agressividade e os ruídos nas comunicações são fatores que impedem ou dificultam que o profissional saiba o que pensa a gestante, o que sente, o que tem a dizer, impedindo o estabelecimento de uma relação dialógica plena e a efetivação da atenção humanizada.

É impossível criar vínculo, fazer um atendimento correto; examinar e orientar a gestante em quinze minutos. Ter apenas quinze minutos para uma consulta. Não dá para criar vínculo, para ter uma empatia, chamá-la pelo nome. Não dá tempo, isto é inviável, antiético. É impossível (AMOR-PERFEITO, ULS da AGRONÔMICA).

O próprio tom de voz, a maneira, a tua própria postura pode ser caracterizada como desumanizante. No sentido de receber, de falar, de se comunicar, eu acho que é tudo uma questão de comunicação (MADRESSILVA, HU).

A criação ou formação do vínculo, tranquilizar a paciente de que a gestação é uma fase rica na vida da mulher. A pressão social a gente tentar diluir porque às vezes já é o terceiro ou quarto filho, tu te tornas conselheiro. Dar um ombro para chorar. Às vezes, a paciente vem com seus problemas do dia, problemas de relacionamento com os pais, com o companheiro, com os outros filhos. A gente dá suporte para as angústias e tenta dissipar o medo e ansiedade, gerado pelo desconhecido. A gestação, mesmo sendo a segunda ou terceira, é sempre um produto desconhecido (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Contribui ainda para o agravamento deste problema, afirmam os profissionais de ambos os contextos, a grande demanda de gestantes e tempo reduzido que o profissional de saúde dispõe para atendê-las, em função das metas estabelecidas pelo sistema de saúde e a instituição, definindo como critérios 10 ou 12 atendimentos diários no HU e de 16 na unidade local de saúde. Para os profissionais, o tempo reduzido é uma das grandes barreiras para prestar um cuidado humanizado no pré-natal. Dificulta que o profissional preste um atendimento de acordo com as reais necessidades da gestante, impede que escute suas queixas e que compartilhe conhecimentos. Ademais, se buscarmos um atendimento personalizado, as gestantes não podem ser atendidas no mesmo intervalo de tempo; uma gestante pode precisar de mais atenção e mais tempo para interagir, para conversar e para compartilhar seus medos e ansiedades que a outra. Somado a isto, o número de profissionais é reduzido, aquém das demandas da comunidade, e a burocracia aumenta progressivamente. Novas fichas e papéis têm que ser preenchidos e informações sobre as gestantes são solicitadas a cada dia e a todo instante. Além disso, as gestantes precisam ser registradas e encaminhadas, diminuindo ainda mais a disponibilidade de tempo para estar com elas, estabelecer vínculos e relações e manter encontros verdadeiramente autênticos.

Eu acho assim: se eu pudesse atender quatro pacientes por turno. Eu acho isso, seria muito mais interessante do que agora a gente ter estas metas todas do SUS. [...]..., mas não é assim a meta são 10, aquela coisa toda. Você chega num momento que você precisa ter que tocar o serviço, senão a coisa não anda. É muito ruim. Acho que o sistema de saúde, às vezes, assusta um pouco. Atrapalha. A gente ter que atender um número de clientes pré-estabelecido. Umam podem precisar de maior tempo, mais orientações que outras. Não dá para determinar o tempo. Tem muitas gestantes para poucos profissionais (COPO-DE-LEITE, HU).

Maior tempo para interagir, para estabelecer o vínculo, para estreitar as relações e propiciar espaços de diálogo é essencial.

No Hospital Universitário, além do exposto, outras questões podem dificultar o estabelecimento desta relação de confiança. De acordo com os profissionais do HU envolvidos no estudo e na observação participante, no Hospital Universitário as gestantes são atendidas muitas vezes pelos alunos de medicina ou de qualquer outra área. Estes fazem rodízio nos diversos setores da instituição, permanecendo um curto espaço de tempo em cada unidade, inclusive no pré-natal. São supervisionados indiretamente, no caso da medicina, pelos médicos lotados na unidade. O número de alunos e de consultas é grande, dificultando ao supervisor, em um curto espaço de tempo, duas horas, acompanhar todos os atendimentos. Apesar dos elogios tecidos pela maioria das gestantes à atenção prestada pelos discentes, os profissionais entrevistados alertam que o rodízio dos alunos pode em alguns casos dificultar a relação intersubjetiva, o vínculo, a empatia, a comunicação, a interação e o diálogo entre o

aluno e a gestante. Pode criar um clima de impessoalidade, em função da dinâmica utilizada para realizar o ensino.

Porque há uma rotatividade muito grande de alunos e professores. Há uma impessoalidade muito grande no atendimento (CAMÉLIA, HU).

Um outro problema apontado por alguns profissionais do HU diz respeito ao fato de que algumas gestantes, mesmo que poucas, em determinadas circunstâncias, não terem uma pessoa de referência no hospital, um responsável por seu atendimento, dificultando o estabelecimento do vínculo.

Entendo que isso daqui é um hospital; que a gente tem que ter alunos. Eu sempre achei que a gente tem que acolher o aluno da melhor forma. Só que, eu vejo assim. O profissional deveria estar presente nessas consultas. O profissional responsável ou o professor responsável. Porque o aluno, independente da categoria, se é aluno de medicina, de enfermagem, ou da nutrição, independe, ele é aluno, ele tem um monte de dúvidas. [...] Tem que ter um vínculo com o profissional que está atendendo, independente se é médico, se é enfermeiro. Ela tem que ser atendida por um profissional responsável. Despersonaliza se cada vez que ela retornar, ela for atendida por um profissional diferente (FLOR-DE-LIZ, HU).

Às vezes, a gente pergunta pelo médico e elas dizem: eu não conheço. O problema é: se ele for atender a gestante e supervisionar um aluno, os outros não têm ninguém para supervisionar. Eles têm que aguardar até que o supervisor esteja liberado (ROSA, HU).

Neste sentido, penso ser imprescindível repensar as estratégias adotadas para realizar o ensino-aprendizagem. Talvez diminuir a relação professor-aluno, contratar mais profissionais, ampliar a carga horária disponível para supervisão; aumentar o tempo de prática e, se possível; realizar a supervisão direta dos alunos. Além disso, alternar consultas entre alunos e profissionais de saúde, o que já é feito por alguns profissionais, para que todas as gestantes possam conhecer os responsáveis ou a equipe responsável pelo seu atendimento.

O fato de a gestante ser atendida durante a gestação por vários profissionais foi também abordado. Para eles, se a transição de um profissional para o outro não for feita através de um diálogo aberto, de uma forma acolhedora e explicando as razões que motivaram esta prática, pode haver quebra de vínculos, impedindo que ocorra uma relação estreita e intersubjetiva entre os profissionais e a gestante. Possibilitar, ainda, o retorno aos profissionais que pertencem à mesma equipe de saúde facilitaria o processo.

Dentro deste contexto, uma das entrevistadas destaca que não acha necessário que o mesmo profissional atenda a gestante, mas é imprescindível que ela esteja ciente de que isto pode acontecer, que seja bem atendida e acolhida e, acrescento, que tudo seja bem registrado para não haver solução de continuidade.

No consultório a paciente tem possibilidade de sempre continuar com o mesmo médico e até mesmo ganhar o bebê com o mesmo médico. Se tiver convênio, algumas não têm esta segurança. Isto é uma coisa muito pequena. Porque se ela entra sabendo que toda a vez que ela vem, pode ser com a gente ou não, mas com quem for ela vai ser bem atendida, isto é o fundamental. Eu até explico para ela que na outra consulta outro profissional pode atendê-la. O jogo é esse. Se ela souber disso, sabe o que pode vir acontecer. Eu acho que mesmo assim consigo estabelecer um bom vínculo com elas. Não vejo dificuldades (MADRESSILVA, HU).

7.2.8 CONHECER, RECONHECER, COMPARTILHAR, ESTIMULAR A GESTANTE A EXERCITAR OS DIREITOS E EXIGIR O CUMPRIMENTO DESTES

O conhecimento, reconhecimento dos direitos da gestante e da mulher, bem como o estímulo para que a gestante exerça estes direitos e exija o seu cumprimento foi outro significado de cuidado humanizado no pré-natal, atribuído, de modo mais explícito, principalmente pelos profissionais do HU. Denunciar o não cumprimento dos direitos também foi ressaltado. Os participantes do estudo acreditam que os profissionais têm que conhecer os direitos que a mulher conquistou ao longo dos anos, os direitos sexuais e reprodutivos, os direitos que a protegem legalmente durante a gestação, o parto e pós-parto e compartilhar com elas. Entre estes direitos relativos à maternidade estão: a licença de maternidade de 120 dias; tempo para amamentação; direito à creche; salário-família; garantia de emprego na gestação até 120 dias após o nascimento do bebê; direito ao acompanhante durante todo o processo de nascimento (da gestação ao pós-parto), devendo ser esta uma pessoa da referência da gestante e por ela escolhido; direito de participar da consulta de pré-natal e de ter um profissional da saúde responsável por este atendimento; direito a uma atenção humanizada e de qualidade que fortaleça os potenciais da mulher grávida para protagonizar a gestação e o parto. Precisam conhecer o que as gestantes sabem sobre isto para poder informá-las. Informar para que elas possam decidir sobre a sua saúde e integridade de seu corpo.

Fazê-la conhecer os direitos dela como mulher grávida. O que ela tem direito no atendimento. Dar atenção para todo processo, prestar um atendimento adequado, da melhor forma possível. Estaria dentro da humanização, o reconhecimento destes direitos. O direito do acompanhante na consulta já está garantido por lei, mas deve ser estimulado. Muitas vezes, eles não vêm por dificuldade do trabalho. Diz respeito à consciência dos seus direitos. Pensar o que elas acham e sabem sobre o que tem direito. O que é efetivamente o seu direito? O que ela pode buscar para ter um atendimento de qualidade? Como ela deve ser tratada como mulher? É assumir isto, que ela é protagonista de seu corpo. A gestante falou que não podia parar para ir ao banheiro. É complicado parar para fazer um lanche e comer alguma coisa no meu serviço - ela falou. Esta é uma questão de responsabilidade social que a gente tem. Tem empresas que não respeitam os direitos da mulher. Nós temos que denunciar (VIOLETA, HU).

Um direito que ela tem, de ter o seu histórico registrado, porque se ela precisar ela tem a mão, ou se ela perdeu ou foi roubada, a gente copia. Ela tem o direito a isto e

às vezes não tem nada escrito. Nem ela sabe que é seu direito (MIOSÓTIS, ULS da AGRONÓMICA).

Conhecer também todos os direitos civis e os relativos à saúde da gestante como qualquer cidadã: direito ao acesso aos serviços de saúde; ter garantia de atenção à saúde humanizada e de qualidade para ela e também para o seu filho, em nível ambulatorial e hospitalar; direito de ter acesso aos registros do prontuário e ter os dados registrados no cartão da gestante; direito ao acesso aos medicamentos, aos exames garantidos pelos SUS; direito de ser respeitada em sua privacidade, suas crenças, valores, dignidade humana e de ter autonomia para decidir sobre a sua saúde e vida. Compartilhar isto com as gestantes. Em relação ao Hospital Universitário, mesmo que as gestantes tenham conhecimento de que se trata de um hospital-escola, informar de antemão sobre o fato de serem consultadas por acadêmicos, sobre a possibilidade de participarem das aulas e também sobre os horários destas consultas e até sobre o direito de poderem rejeitar o atendimento.

Muitas pensam que o exame pode trazer problemas para o bebê, tem medo. Outras têm vergonha de fazer com acadêmicos ou profissionais homens. Isto deveria ser levado em consideração e, muitas vezes, não é. Porque eles têm um pouco a concepção que aqui é um Hospital Universitário e acham que ela sabe disso. Eles pensam. É Hospital Universitário. A mulher aceita vir para cá. Ela tem que sujeitar. Isto acaba sendo uma violência. Acaba sendo desumano se ela na for abordada e esclarecida sobre o teor do exame. Ela tem o direito de recusar (VIOLETA, HU).

Um dos profissionais sugeriu estimular a participação das gestantes em um grupo de mulheres para ampliar conhecimentos sobre os seus direitos e controle de seu corpo.

A ação de grupo de mulheres, orientando e discutido com elas para que ela se apodere de seu corpo, para que se conheçam. Aqui não só conhecer os seus direitos, mas também o se corpo. Como funciona? Como acontece? Como acontece a gravidez? O que muda?Aí, ela vem para o profissional de saúde e ele vai determinar o que vai acontecer? Mas como age? O que acontece na gravidez? O que muda? (VIOLETA, HU).

7.2.8.1 Desrespeito aos direitos: atenção desumanizada

A falta de privacidade da gestante foi assinalada por vários profissionais como um dos fatores desumanizantes na atenção prestada à gestante. Alguns profissionais da equipe de saúde expuseram que em algumas consultas e procedimentos o corpo da gestante fica exposto e desprotegido. São poucos os profissionais que protegem o corpo com lençol e biombo. Em algumas ocasiões, as portas internas da unidade precisam ser mantidas abertas para o compartilhamento de materiais e equipamentos em razão da falta de materiais permanentes. Neste local há trânsito de pacientes da ortopedia e de profissionais da equipe de saúde, constringendo ainda mais as mulheres. A vergonha das gestantes, quando são rodeadas por

três ou quatro alunos que disputam espaço para colher a história e fazer os exames, foi outra questão enfocada. Reforçando o exposto, constatei através da observação participante que nas consultas a preocupação em proteger o corpo da mulher é restrita a alguns profissionais. Quando isto é valorizado, as gestantes mostram maior consideração pelo profissional e demonstram satisfação e tranquilidade.

Três ou quatro querem colher a história, fazer as mesmas perguntas. Ela não sabe que está conduzindo a consulta, três ou quatro querem examinar, tocar o nódulo da mama. Cabe ao profissional que está coordenado, ter este cuidado. Deixar a porta aberta, quando esta na posição ginecológica. O fechar e a abrir da porta e ainda não proteger com o biombo. Tem gente que não se preocupa com isso. Deixar a porta fechada e chaveada e o biombo protegendo. Três ou quatro querem colher a história. Fazem as mesmas perguntas. Ela não sabe que está conduzindo a consulta. Três ou quatro querem examinar, tocar o nódulo da mama. Cabe ao profissional que está coordenado, ter este cuidado. A presença de muitos alunos na consulta, trezentas pessoas no consultório (SEMPRE-VIVA, HU).

A falta de esclarecimento às gestantes, informando que os alunos desenvolvem as consultas; a inexistência de acordos e do livre consentimento das gestantes para serem alvo desta formação e atividade, bem como a falta de motivação para que participem e contribuam com o ensino gera, segundo os profissionais, insatisfação e descontentamento por parte de algumas gestantes, sendo consideradas também como ações desumanizantes. Ademais, estas permanecem esperando um longo tempo até a hora da consulta, até que as aulas iniciem, constituindo-se em grande barreira institucional.

A gestante tem o direito à informação. Precisa estar ciente de que eventualmente poderá ser escolhida ou convidada para participar das aulas e também saber o horário que estas atividades didáticas poderão ser realizadas. Isto parece ser fundamental e um imperativo ético, na opinião de alguns profissionais.

Equacionar melhor o horário. Assim... Às vezes a paciente aguarda muito para consultar, chega aqui as oito e é atendida às 10, 10h30min. Enfim, às vezes você separa uma para dar uma aula. Quem fica para aula dá o azar. Como vai participar da aula só às 10 horas, ela espera 2 horas e tanto (COPO-DE-LEITE, HU).

Os profissionais também insatisfeitos com esta situação sugeriram ações para minimizar o problema. Recentemente foi acordado durante a reunião do Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM) que fossem agendadas gestantes para as aulas em determinados horários, evitando o longo tempo de espera.

Creio que o desconhecimento da gestante sobre os seus direitos, sobre a garantia de atenção à saúde em todos os níveis de atenção, sobre o que o profissional de saúde deve e pode oferecer no período gestacional, pode resultar na aceitação e na exigência, muitas vezes, apenas do que já existe e conhece. O que quase todas as gestantes conhecem é aquela atenção rápida, centrada no aspecto fisiológico, na solicitação de exames e no preenchimento de uma

receita. Reproduz-se o que está vigente e fortalece-se o mito de que bom profissional é aquele que prescreve medicamentos e pede o maior número de exames. Ao conhecer seus direitos, pode vir a ter outros parâmetros e reivindicar uma atenção que aumente seus potenciais e a fortaleza para conduzir a gravidez com menos intervenção, maior segurança e tranquilidade.

Os profissionais entendem que é sua função estimular as gestantes a conhecerem seus direitos. Só assim, podem mudar este quadro.

7.2.9 OPORTUNIDADE DE ACESSO A ESPAÇOS INTERDISCIPLINARES EDUCATIVOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS E AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Além de conhecer e reconhecer os direitos das gestantes, os profissionais envolvidos na pesquisa atribuíram como cuidado humanizado no pré-natal a oportunidade de ter acesso a espaços interdisciplinares educativos e à ampliação de conhecimentos e informações, sendo um dos significados de maior destaque dos profissionais do Hospital Universitário. Já os profissionais da ULS da Agrônômica foram menos enfáticos em relação a esta questão. Todos ressaltaram a importância do companheiro e de os familiares participarem destas ações.

Alguns entrevistados do HU e da ULS da Agrônômica afirmam que as mulheres precisam ter orientações individuais ou serem esclarecidas em relação ao processo do nascimento, às transformações na gravidez, aos desconfortos gravídicos, sobre a sexualidade; a nutrição, a amamentação, a preparação para o parto, o repouso, o lazer, a higiene, o vestuário, as atividades físicas, ações para prevenir os riscos e demais cuidados neste período. Contudo, acreditam que é necessário partir dos conhecimentos prévios, das necessidades, dos questionamentos e das dúvidas das gestantes e familiares, de acordo com os trimestres da gestação, devendo estas questões, segundo eles, serem compartilhadas de forma gradativa nas consultas, nas visitas e na realização de procedimentos. Despejar informações incongruentes com as expectativas e necessidades da mulher, na opinião de alguns, pode desestimular e sobrecarregar as gestantes, dificultando a incorporação e absorção do que é explicitado e compartilhado. Alguns são da opinião de que todas as ações e procedimentos desenvolvidos com a gestante, bem como os achados e resultados decorrentes destas ações devem ser a ela explicados.

Para os participantes da pesquisa, no cuidado humanizado no pré-natal, é importante a gestante conhecer a maternidade, bem como as rotinas, as novas tecnologias, ditas humanizadas, utilizadas no centro obstétrico, para minimizar a dor e agilizar o trabalho de parto, devendo o profissional possibilitar esta oportunidade.

Tem que saber quais os cuidados que ela tem que tomar com essa gestação. Os exames que ela tem que fazer. Como se prevenir de pegar alguma doença que possa prejudicar esse feto. Sanar dúvidas sobre relacionamento sexual, sobre todo o processo de alteração do corpo dela; sobre como se cuidar, até no cuidado de higiene; sobre a alimentação e a coisa da amamentação (FLOR-DE-LIZ, HU).

Estar orientando para ela porque está fazendo a consulta. Porque se está pedindo exames? Porque vai usar determinado aparelho como o espécuro? O que acontece? Na verdade. Orientar sobre os procedimentos (ROSA, HU).

É a orientação em relação ao básico, em relação à alimentação e principais patologias gestacionais. É ouvir a paciente, falar dos exames, conversar sobre o desenvolvimento fetal, tentar explicar de maneira simples e clara o que é o desenvolvimento fetal. Abordar sobre os exames laboratoriais e sua importância, criar vínculo. É muito importante, traz uma confiança da paciente em relação ao hospital, serviço, profissional. Passa a idéia de maternidade segura (ANTÚRIO, HU).

Que o serviço esteja atento não só em relação aos aspectos físicos da gravidez ou aspectos fisiológicos, mas, especialmente, que estes dêem um espaço para a gestante se expressar durante as consultas; para elas estarem colocando outras questões que podem interferir na questão física como a pressão alta, alteração de diabetes, tristeza, oscilação de humor (CAMÉLIA, HU).

Eu como profissional de saúde tenho o dever de esclarecer, conversar, orientar, informar, compartilhar e consultar a pessoa sobre a atenção e ações que vão ser realizadas (VIOLETA, HU).

Levar para conhecer o que é uma mesa, ensinar como se posiciona de cócoras ou não, aquelas bolas, exercícios aquelas tecnologias todas. Ter a noção de espaço (SEMPRE-VIVA, HU).

A maioria ressalta, sobretudo, a importância de estimular e desenvolver atividades educativas coletivas, que favorecem o compartilhamento de experiências e conhecimentos entre gestantes e destas com os profissionais. Estimular espaços interdisciplinares, informais ou não, de interação, tais como a sala de espera e grupos de gestantes ou casais grávidos, que propiciam questionamentos e respostas, que favorecem a expressão e a exposição de experiências vividas pelas gestantes, relativas ao processo de gestar e parir. Tais oportunidades podem contribuir para que as participantes minimizem ou solucionem seus próprios problemas e não se sintam sozinhas nesta nova trajetória. Criar espaços para que as gestantes e familiares possam expressar seus medos, alegrias, frustrações, expectativas e todos os sentimentos que envolvem a gestação. Para eles, é fundamental dar a voz e vez à gestante para ela reivindicar, para esclarecer, para questionar, para que possa assumir o seu verdadeiro papel de protagonista do processo de nascimento. Para tanto, reforçam a necessidade de usar uma linguagem coloquial que seja compreendida por todos os envolvidos e ter disponibilidade de tempo para ouvir.

Esta oportunidade de enquanto está esperando a consulta, ser oferecido a ela um espaço educativo e interativo com outras gestantes, para tentar tirar dúvidas gerais relacionadas a este momento, a este processo que estão vivendo; gravidez, parto,

pós-parto. Estimular a participação do acompanhante. Disponibilizar um espaço aberto de grupo educativo e informativo, além da consulta individual (CAMELIA, HU).

Grupos de gestantes junto com o marido, sobre o parto e cuidados na gravidez, as posições no parto, as massagens poderiam ser explorados. Responder as dúvidas das gestantes. O grupo é uma boa forma para isto. Uma gestante tira dúvida da outra, algumas já tiveram filhos e podem compartilhar (BEGÔNIA, ULS da AGRONÔMICA).

Tem que ser alguém que goste de explicar bastante, tenha paciência e tenha tempo para orientar essas gestantes, e ter um bom acesso para falar na linguagem delas. É, uma linguagem acessível (MADRESSILVA, HU).

Outra questão que dá para trabalhar são os grupos. Nós podemos trabalhar com um grupo de gestantes que é um momento ímpar para trocar a informação para que elas possam incluir até o parceiro também nessa atividade (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

7.2.9.1 Dificuldades no processo educativo

Os profissionais reforçam que negar conhecimento, deixar de aconselhar sobre a realização do teste de HIV, deixar de informar sobre os comportamentais saudáveis ou de riscos na gestação, sobre os procedimentos realizados e resultados dos exames e ações realizadas é negar à gestante o direito de saber o que está acontecendo e o que pode vir a acontecer; é negligenciar o atendimento, caracterizando uma atenção extremamente desumanizada.

Uma das barreiras do HU que imergiu na fala de todos os profissionais foi a falta de um espaço específico, apropriado, reservado e privativo para o desenvolvimento das atividades educativas da sala de espera e o estabelecimento de fluxos que permitissem à gestante participar destes encontros sem se preocupar em perder a consulta. Hoje as ações educativas de sala de espera no HU ocorrem no corredor, em meio ao trânsito de pessoas, ao barulho de macas, de vozes e daqueles que aguardam por qualquer atendimento, independente de serem homens ou mulheres. Todos foram unânimes em considerar esta atividade imprescindível para a mulher e familiares para ampliar seus conhecimentos, para ajudarem a fortalecer seus potenciais para conduzirem melhor a gravidez.

Vejo a limitação do espaço físico. Não tem lugar apropriado para fazer a sala de espera. É no corredor. Tem várias pessoas que passam; crianças chorando no meio da conversa, pediatras passando, mulheres no climatério e o próprio médico chamando para a consulta. Tumultua (ANTÚRIO, HU).

Na verdade a sala de espera que a gente tem é um corredor de espera. Este ambiente me incomoda. Eu estou conversando, passa uma pessoa, a gestante se distrai. Até voltar, chamar atenção daquela gestante de novo, demora. Eu acho meio chato, mas é o que a gente tem. Outra coisa, algumas não ficam ligadas na orientação na hora que estão aguardando a consulta. A gente vê nitidamente.

Alguém abriu a porta, elas já se viram. Pensam que pode ser a vez delas consultar. Estão mais preocupadas em não perder a consulta (ROSA, HU).

A falta de um trabalho específico com adolescentes foi citada por uma das participantes, que observou o aumento de adolescentes grávidas nos últimos anos. No HU, conforme levantamento que realizei, no período de abril a maio de 2005, 22,48 % das gestantes eram adolescentes.

Um dos profissionais da medicina do Hospital Universitário lembrou a falta de estímulo para desenvolver as atividades educativas, as quais demandam maior tempo, e o fato de centrar sua atenção nas ações mais complexas, como barreiras para o desenvolvimento das atividades grupais.

Na unidade local de saúde, percebi durante a observação participante e nos relatos dos profissionais que é pequena a adesão das gestantes e, sobretudo, dos companheiros nas atividades coletivas nesta unidade. O número de participantes oscila entre cinco e oito gestantes. Os grupos são realizados mensalmente e são agendados em um dia diferente da consulta. O distanciamento de um grupo para outro, a falta de divulgação (nem todos os funcionários sabem da atividade e a divulgam), a falta de disponibilidade de tempo das gestantes, a falta de recursos para o transporte, o trabalho, a vergonha de participar, a falta de motivação e de conhecimento da importância desta atividade e a falta de compreensão do que é abordado são algumas das explicações que percebi e registrei durante a observação participante e identifiquei nas falas dos profissionais e das gestantes.

Um dos participantes afirmou que a falta de atendimento das necessidades reais da gestante e a falta de orientações fundamentadas nos anseios de alguns profissionais, e não das gestantes, por desconhecimento da realidade social delas, podem também ser impeditivos para a adesão de algumas gestantes ao grupo à consulta, mas certamente as questões social, educacional e econômica são os maiores obstáculos.

O profissional está tão preocupado em repassar tantas informações que ele considera importante, mas que para ela não é assim (PETÚNIA, ULS da AGRONÔMICA).

7.2.10 INCLUSÃO DA FAMÍLIA

Os profissionais, principalmente os da ULS da Agrônômica, consideraram como cuidado humanizado no pré-natal aquele que inclui a família, procurando fazê-la presente fisicamente, ou não, e fortalecê-la como parte importante da rede de apoio à gestante.

A participação da família, do acompanhante, em especial do companheiro, foi considerada fundamental na atenção humanizada no período gestacional, devendo, segundo eles, ser estimulada pelos profissionais da equipe de saúde. O suporte e o apoio emocional, dados pelos familiares e amigos e a aceitação da gravidez por eles propiciam maior segurança, confiança e tranquilidade à gestante.

Este cuidado não se estende só a gestante, mas para toda a família. Ver a rede de apoio. Estar olhando para eles mesmo que não estejam presentes, trazê-los para dentro da consulta. A gente quer ampliar esta visão, envolvendo o contexto familiar e sócio-familiar (CENTÁUREA, ULS da AGRONÔMICA).

A falta de aceitação da gravidez pela família e o apoio familiar são impeditivos para a gestante aderir e continuar a participar da atenção pré-natal, aceitar e incorporar as orientações relativas à gravidez. A história e a cultura familiar também influenciam, podendo até se constituir em um obstáculo. Na opinião dos participantes, gestantes, cujas mães nunca realizaram o acompanhamento do pré-natal e tiveram filhos saudáveis, terão mais dificuldade para participar das consultas e de entender a sua importância para a sua saúde e a do bebê.

A história da família. A influência da família, as mães que nunca fizeram o pré-natal, que ganharam todos bem podem influenciar. A família vai influenciar tanto para aderir o pré-natal como para seguir as orientações. Mesmo a gente dando orientações. O que a família fala às vezes é mais forte (CENTÁUREA, ULS da AGRONÔMICA).

Influência da família. Comigo foi assim, minha avó fez isso, a minha tia... entende? Ah! Não precisa estar indo todo mês porque antigamente não tinha. Cultural, assim. Quando a gestante é adolescente sofre muita influência da família (FLOR-DE-LIZ, HU).

A falta de apoio da família. Depende, a menina muito nova, já é a segunda ou terceira vez. A mãe não entende tão bem. Na primeira aceita, é normal, mas nas outras não. O conflito familiar atrapalha bastante. É uma barreira para participar do pré-natal, mais pessoal, pois dificulta as emoções. Ou não, às vezes não, até é uma maneira para ela descarregar estas emoções (BEGÔNIA, ULS da AGRONÔMICA).

O apoio da família, dos pais, dos avós é fundamental. Se a família não é incentivada para participar, vai ser um fator dificultador para cuidar da criança depois do parto, com os cuidados da amamentação (PETÚNIA, ULS da AGRONÔMICA).

O prontuário informatizado foi mencionado como um dos obstáculos que dificultam a inclusão e assistência da família. O prontuário é individual, centra-se nos riscos e nos dados mensuráveis. Não se centra na família e impede o uso de tecnologias leves, como genograma, que permitiria uma visão da situação da saúde de toda a família e uma atenção mais humanizada.

O prontuário individual, não é familiar. Eu trabalho com medicina da família. Como é que eu vou olhar? E o tal do programa do computador aqui, o meu prontuário individual. Eu não posso fazer genograma. Eu nem sei se o pessoal tem interesse que a gente faça genograma, mas são ferramentas de avaliação, que são

tecnologias assim leves, não pesadas, que a gente utiliza para fazer uma consulta mais humanizada (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

7.2.11 TER UM AMBIENTE, EQUIPE E INSTITUIÇÃO HUMANIZADOS

O cuidado humanizado no pré-natal significa ainda ter um ambiente, uma equipe e instituição humanizados. Segundo os profissionais, contribuem para uma atenção humanizada no pré-natal: a) um ambiente harmônico, agradável e humanizado; b) uma equipe integrada, harmoniosa, interdisciplinar, com, espírito de colaboração e cooperação e que busca os mesmos objetivos, em suma, humanizada; c) profissionais que se sintam valorizados e que tenham o esforço e trabalho reconhecidos pela clientela; d) a credibilidade no serviço ou instituição e a existência de uma filosofia que contemple a humanização; e) trabalhos educativos implantados, como a sala de espera, o grupo de gestantes ou casais grávidos, o encontro de terceiro trimestre, entre outros; g) profissionais que têm, além da formação técnica, formação em relações humanas; h) uma rede de saúde básica estruturada para atender a demanda; e i) a existência de um trabalho interdisciplinar.

Ao contrário, um ambiente de rivalidades, uma equipe competitiva e desentrosada gera um atendimento desumanizado.

É importante não só o cliente, mas o profissional também. Tem que humanizar em todos os sentidos, a equipe, a humanização entre os profissionais (ROSA, HU).

Isto até interfere. É bom. Este profissional tem que ter um aparato físico, um ambiente limpo e confortável, com boa aparência (SEMPRE-VIVA, HU).

Assim, todo mundo gosta de “mimo”. Eu acho que o SUS não precisa ser tão bruto, tão seco, ser tão cru. Eu acho que um pouco de estrutura, um ambiente agradável, não é isso que vai desequilibrar o orçamento (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

Foram citados alguns obstáculos enfrentados pelos profissionais que dificultam o cuidado humanizado à gestante, tanto nas unidades locais de saúde como no hospital, entre eles: a) a falta de um ambiente humanizado; b) a falta de valorização pessoal e financeira dos funcionários, levando-os a assumirem duas ou três jornadas de trabalho, se envolverem pouco com o trabalho que desenvolvem, se sobrecarregarem, atuando de forma desumanizada consigo; c) a falta de condições de trabalho, ressaltando a falta de equipamentos e de recursos para comprá-los. Além destas: a) a perda do idealismo de alguns profissionais ao longo dos anos, desde que se formaram; b) a falta de uma política diferenciada para valorizar o profissional, motivando-o para desenvolver suas atividades e; c) a criação de um plano de carreira, remunerando o profissional de forma condizente com a responsabilidade que assume. Estas últimas medidas aumentariam sua disponibilidade de tempo para atuar, refletir,

transformar a sua prática na instituição e para conhecer os setores e as atividades da instituição na qual trabalha, facilitando a articulação e as relações entre as diversas unidades.

Os profissionais reclamam do salário. As pessoas reclamam bastante. Faz parte da humanização. Isto não quer dizer que o funcionário que ganha pouco, não vai ser desumano para com o cliente. Quanto mais facilidade e menos estresse. Isto vai facilitar a vida do cliente, embora isto não justifique. Quando o profissional não está satisfeito com a sua profissão tem que pedir a demissão e procurar os seus direitos e deveres. Como profissional ele tem que fazer sua parte e esquecer isto quando está agindo, mas é lógico que facilitaria. Era importante que recebessem um bom salário para poderem ficar mais tempo com a cliente e prestar melhor atendimento (MOSQUITINHO, HU).

Está área não foi planejada para isso. Isto aqui já foi um laboratório. Quando a gente planeja, faz uma planta, constrói uma área com um objetivo específico, é diferente. Não. A gente está sempre está improvisando, adaptando. Claro, não se deixa de fazer alguma coisa, mas não é como poderia e deveria ser feito. A minha angústia é essa. O hospital não tem dinheiro. Agora a prioridade é outra, a promoção de saúde na rede básica. O hospital tem outra prioridade. A gente poderia fazer melhor, mas como? (ROSA, HU).

Deve existir algum meio de você estar estimulando profissional a estar gostando de trabalhar onde está. Então, às vezes, também o entusiasmo dos profissionais, a motivação do profissional pode também... Deve ter o impacto nessa questão do trato com outro, com o acolher... Entra a educação em serviço, a educação permanente em serviço, condições salariais, plano de cargos e carreiras de salários (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

A remuneração é baixa. Tem que correr atrás da máquina. Infelizmente é isso e está cada vez pior. Estamos num mato sem cachorro. A valorização do profissional. Ser reconhecido pelo que faz, vale muito, mas do que o reconhecimento dos outros ou do diretor do hospital (ANTÚRIO, HU).

7.2.12 ATITUDE ÉTICA E AMOROSA DO PROFISSIONAL, EXPLICITADA NOS PEQUENOS GESTOS

O cuidado humanizado caracterizou-se, sobretudo, como uma atenção diferenciada, uma atitude ética e amorosa do profissional, que independentemente de um ambiente humanizado, da existência de materiais e equipamentos, da valorização financeira, depende apenas da postura do profissional. Ter uma postura acolhedora, respeitosa e praticar pequenos gestos. Uma postura amorosa, de abertura, sem medo de envolvimento, de muito respeito pelo que o usuário faz, pensa e diz. Muitas vezes, a cliente não é bem acolhida na recepção, contudo, a forma como o profissional a atende nas consultas, visitas, procedimentos e atividades educativas superam toda a experiência anterior. Tudo depende da atuação do profissional, de uma atitude diferenciada e ética. Para os profissionais, é isto que faz a diferença na atenção. Não é ensinado, mas que vai personalizar a atenção do profissional. Vem da concepção que se tem do mundo, dos valores pessoais, do compromisso com o social, do seu papel como profissional de saúde e como ser humano. Pequenos gestos de atenção, de

compreensão, de sinceridade, de afetividade e de cordialidade são importantes em todas as atividades que o profissional desenvolve com as gestantes, em todas as suas interações e transações.

A postura tem que ser esta postura amorosa, de abertura, de não ter medo de envolvimento. Daí o pré-natal fica humanizado. Todos têm que ter a mesma postura, todos têm que estar abertos ao relacionamento franco com os pacientes. Não existe uma outra maneira de ajudar alguém, se não estiver aberto para o que ele diz e pronto para influenciar o que ele faz (NARCISO, ULS da AGRONÔMICA).

Não importava se ela fosse mal atendida por qualquer pessoa ou em qualquer setor. Quando a pessoa entrava no consultório dela, tendo a expectativa que ia ser bem atendida, não importava, não tinha mal humor que predominasse. Tem profissional que sabe cativar. Depende muito do profissional. Depende da atuação do profissional. Tanto ele pode correr com a pessoa, fazendo que ela nunca mais queira vir, aparecer aqui, ou ela querer voltar muitas e muitas vezes. Depende muito da afetividade que ele tem (BEGÔNIA, ULS da AGRONÔMICA).

Eu diria que é o fiel da balança. Isso não tem como você ensinar. É isso que vai personalizar cada profissional. Eu não sei se teria para isso receita ou treinamento, porque isso às vezes vem de berço. Vem de concepção de mundo, do seu papel enquanto o profissional de saúde, do papel enquanto ser humano e tudo mais. São valores, são questões éticas, pessoais de cada um. Assim, o que desequilibra não é a igualdade, o que desequilibra é diferença. Por que do ponto de vista são todos iguais, o homem tem a mesma conformação, mas a surpresa está justamente na diferença, no elemento surpresa que cada um traz. Então, eu acho que é isso que faz a diferença de um profissional. Cada um, cada um. Isso significa que seja melhor ou pior, não é nada disso, mas cada um vai dar o seu tempero e dar a sua... Isto é que vai marcar o relacionamento com paciente, ou enfermeiro-paciente, ou profissional-paciente ou no caso o usuário (CRAVO, ULS da AGRONÔMICA).

O respeito é a palavra de ordem, devem estar em todas as ações. Tem que ter postura acolhedora. Chamá-la na porta, não adianta só gritar da sala. Ela tem que ouvir as queixas e mostrar o consultório. Além de ter que ouvir, chamá-la pelo nome, cumprimentá-la, apresentar-se. Sou o doutor fulano, sou a enfermeira de tal. Hoje vou fazer a tua consulta. Acompanhar até a cadeira que vai se senta; ter postura, que normalmente a gente chama de atitudes não verbais, uma atitude acolhedora. Acho que quando a gente fala de acolhimento, fala-se de respeito. Com esta atitude a paciente vai se sentir uma rainha, que é o lugar que ela deveria estar (CAMÉLIA, HU).

As qualidades consideradas pelos profissionais como essenciais para o desenvolvimento de um cuidado humanizado no pré-natal, presentes nesta atitude foram: ter com a gestante e com os familiares paciência, tranqüilidade, educação, confiança, empatia e disponibilidade de tempo; ser flexível para tolerar, ponderar e não julgar; demonstrar interesse e carinho e estar aberta. Segue-se ainda: saber ouvir não apenas as palavras, mas também o que não é dito; compreender os anseios das gestantes e valorizar os seus conhecimentos; usar as tecnologias existentes de uma forma humanizada; ter respeito pela pessoa, pela sua privacidade, pelo que fala e pensa, pelos seus valores e crenças. Fazer os procedimentos de forma correta, informando-as a cada passo e pedindo o seu consentimento. Ter perfil e vocação para atender a gestante, gostar do que faz, ter competência técnica, estar atualizado e

ter competência relacional. Estar atento à integralidade do ser, ter abertura para interdisciplinaridade, ser sincero, respeitoso ser e ter ética.

Saber ouvir é estar disponível. É corresponder aos anseios da paciente. Acho que está dentro da humanização... Por mais que,... Por exemplo, eu lido frequentemente com coisas, essencialmente técnicas, e nem por isso você deixa de humanizar. Não se faz só o técnico... É tudo junto. Qualquer atividade você tem que se relacionar, se vincular com a mulher (COPO-DE-LEITE, HU).

Tem que ter ética profissional e postura profissional (MOSQUITINHO, HU).

Ter respeito pela pessoa que está na minha frente. Ética, respeito pela pessoa, pela sua privacidade e intimidade. A ética. Respeito pelo que ela fala, respeitar quem tem dúvida. Respeitar, quando não aceita certo procedimento. Ética é mais do que isso: respeitar a questão dos valores, fazer o procedimento de forma adequada e correta, e manter o sigilo. Isto significa orientar e informar sobre as ações que vamos fazer; solicitar a autorização dela para fazer coisas básicas. Ética é respeitar os valores e fazer os procedimentos de forma correta. Exercer a minha profissão com competência como um todo. Significa ter direito à atenção da melhor qualidade possível. Não significa que eu saiba tudo. Em algum momento eu posso não ser a pessoa mais adequada para realizar tal procedimento técnico. Então, eu tenho o compromisso ético de chamar alguém para fazê-lo com mais competência (VIOLETA, HU).

A questão ética, eu acho muito importante. Pequenas coisas devem ser observadas. Deixar algum encaminhamento ou prontuário em cima da mesa, conversas entre os profissionais no corredor. O cuidado com a vida do outro (PETÚNIA, ULS da AGRONÔMICA).

Ter ética, no sentido de respeitá-la em sua dignidade, em sua autonomia para decidir sobre a sua saúde e a sua vida; respeitar as crenças e valores, seus segredos e sua privacidade. Ter o compromisso de prestar ou de proporcionar um cuidado de qualidade e humanizado, que atenda as expectativas e demandas da gestante.

QUADRO 4 CATEGORIAS PROVISÓRIAS PROVENIENTES DOS DIÁLOGOS ESTABELECIDOS COM AS GESTANTES E PROFISSIONAIS

DIÁLOGO COM AS GESTANTES	SUBCATEGORIAS	DIÁLOGO COM OS PROFISSIONAIS	SUBCATEGORIAS
Cuidado pré-natal/atenção pré-natal: compreendendo os significados e as finalidades.		Caracterizando o cuidado pré-natal/a atenção pré-natal: magnitude e inclusão da atenção pré-concepcional.	
		Cuidado centrado no ser humano, visando a sua autonomia e a promoção de sua saúde: contrapondo-se à medicalização da gestação e tecnificação do ser humano.	

Garantia e facilidade de acesso à atenção à saúde completa.	Barreiras e as possibilidades para ter acesso ao serviço de saúde: institucionais, do sistema, dos profissionais e da gestante	Acesso a uma atenção à saúde completa e de qualidade e inclusão no serviço de saúde.	Obstáculos que impedem a gestante de ter acesso ao pré-natal
	A escolha do serviço: facilidades e dificuldades apontadas para acesso e adesão.		Falta de acesso aos exames e descontinuidade da atenção, vislumbrando possibilidades para superar os obstáculos
			Razões alegadas pelas gestantes para a escolha do serviço
			As barreiras da gestante em relação ao acesso
Atenção integral centrada no ser humano, priorizando a promoção da saúde.		Atenção integral à gestante	Interdisciplinaridade: sua ausência constitui uma barreira
			Medicalização da saúde como barreira
			Formação dos profissionais da equipe de saúde
O acolhimento: receber bem		Acolhimento das gestantes	Impeditivos para a efetivação do acolhimento
Relação de confiança entre o profissional e as gestantes		Relação dialógica entre as gestantes e os profissionais.	Obstáculos para a efetivação da relação dialógica entre profissionais e gestantes
Atenção especial e diferenciada que valoriza o ser humano como pessoa.	Apontando situações que desconsideram a gestante como pessoa;	Valorizar e reconhecer a gestante como um ser humano ao mesmo tempo plural e singular.	Barreiras que impedem a valorização da gestante
Ter acesso às informações e trocar conhecimentos no âmbito coletivo ou individual	Fatores que dificultam o desenvolvimento da prática educativa	Oportunidade de acesso a espaços interdisciplinares, educativos, individuais e coletivos e ampliação de conhecimentos	Dificuldades no processo educativo
Conhecer, reivindicar os seus direitos como gestante e ter estes direitos respeitados.	Descumprimento dos direitos.	Conhecer, reconhecer, compartilhar, estimular a gestante a exercer os direitos e exigir o cumprimento destes.	Desrespeito aos direitos: atenção desumanizada
	Participação da família e do companheiro	Inclusão da família.	
Participar ativamente do processo de nascimento e das questões relativas à sua saúde e da população			
		Ter um ambiente, equipe e instituição humanizados.	
		Atitude ética e amorosa do profissional, explicitada nos pequenos gestos.	

CAPÍTULO 8

APROFUNDANDO OS DIÁLOGOS COM AS GESTANTES E PROFISSIONAIS E CONSTRUINDO ALGO NOVO

***Vem com calor, perceber a reação;
Vem empatizar, vem participar;
Vamos todos trilhar a humanização;***

***Procurando um atendimento integral;
Visualizando todo dia um ideal;
De uma assistência organizada e flexível;
Acreditamos que isto pode ser possível;***

***E assim que pretendemos continuar;
Repensando cada dia o atuar;
Na intenção de gerar reflexão;
E a enfermagem (Profissão) desta forma melhorar;***

***Mulher, família pretendemos assistir;
No processo de gerar até parir;
Mulher é um todo, corpo, alma e coração;
Acompanhamos o nascer e o existir.***

***(Paródia da humanização-TCC de Enfermagem
Janaina Mery Ribeiro e Olindina R. P. Campos).***

Neste capítulo, procuro interpretar mais profundamente as categorias, já que a interpretação iniciou nos capítulos anteriores, com as leituras e a transcrição dos diálogos e textos, conforme enfatiza Moraes (2003). Busco analisar as diversas compreensões das gestantes e profissionais sobre o tema, à medida que comparo as categorias provisórias e estabeleço as permanentes, procurando destacar algumas divergências e convergências sobre o significado do cuidado humanizado no pré-natal. Retomo novamente as aproximações que fiz no capítulo anterior para facilitar o entendimento deste complexo tema e trago alguns autores para discutir a questão.

Interpretar é construir novos sentidos e compreensões afastando-se do imediato e exercitando uma abstração em relação às formas mais imediatas da leitura de significados de um conjunto de textos. Interpretar é um exercício de construir e de expressar uma compreensão mais aprofundada, indo além da expressão de construções obtidas dos textos e de um exercício meramente descritivo (MORAES, 2003, p. 2004).

Interpretar os textos, segundo Gadamer (1998) e Minayo (2002a), procurando explicitar mais do que o autor pretendia transmitir; desvendar o inconsciente dele, adivinhando o sentido das palavras, em um processo hermenêutico. Compreender o que o outro quer dizer, captando, se possível, a situação de cada um, sua realidade, suas potencialidades, no horizonte que ocupa no mundo (GADAMER, 1998).

Para captar a realidade em movimento, é necessário compreender, descrever além do explícito, deixar emergir as contradições da realidade e as superações. Comparar os dados empíricos e as questões teóricas.

Para tanto, foi necessário realizar interlocuções com autores que abordam o tema em questão e autores do referencial teórico e metodológico que estão guiando este estudo. Ir além daquilo que foi dado procurando construir no diálogo com os atores sociais algo novo, o emergente.

[...] a análise textual qualitativa pode ser compreendida como um processo auto-organizado de construção de novos significados em relação a determinados objetos de estudo, a partir de materiais textuais referentes a esses fenômenos. Nesse sentido é um efetivo aprender, aprender auto-organizado, resultando sempre num conhecimento novo (MORAES, 2003, p.209).

A análise, segundo Minayo (1999) e Moraes (2003), tem como finalidade, dentro da investigação social, a busca do novo a partir dos dados coletados. Busca ampliar a

compreensão dos contextos ou das falas trazendo as significações, ultrapassando o nível espontâneo das mensagens, confirma alguns pressupostos ou faz surgir outros.

Isto vai ao encontro de Minayo (1999) quando afirma que a análise busca três objetivos: a) ultrapassagem da incerteza (apresentar o que realmente está contido no texto); b) enriquecimento da leitura (descobrir o conteúdo latente, buscando compreender o significado); c) integração das descobertas (mostrar além da aparência, em um quadro de referência da totalidade social, na qual a mensagem está inserida).

A interpretação e análise dos textos se constituem em um processo intuitivo, intelectual e criativo, um esforço para ampliar a compreensão do fenômeno investigado, a partir do “*corpus*”. Um movimento sempre inacabado, um movimento espiralado, cíclico, hermenêutico, de ir e vir, na perspectiva de procurar compreender novos sentidos e aprofundar os existentes, contextualizando-os nos diversos espaços (MORAES, 2003).

Procurando trazer e retroações, os paradoxos, as contradições, as convergências, as divergências, a complexidade do real, tentei transpor para o papel muito mais que junção de categorias, mas construir um todo coerente que possibilitasse a compreensão do cuidado humanizado no pré-natal e me auxiliasse propor algumas possibilidades para subsidiar o cuidado à gestante, dentro uma perspectiva humanística.

Desvelando os conteúdos das entrevistas das gestantes e dos profissionais surpreendeu-me as similaridades existentes entre os seus discursos e entre as categorias provisórias que emergiram no processo.

No diálogo com as gestantes, de acordo com o quadro 8, p. 304 surgiram dez categorias provisórias, sendo que apenas uma não emergiu no diálogo com os profissionais e foi denominada de: “Participar ativamente do processo de nascimento e das questões relativas à sua saúde e da população”. Já no diálogo com os profissionais emergiram doze categorias (quadro 8). Assim, se somaram às categorias advindas da interlocução com as gestantes as seguintes categorias, só explicitadas pelos profissionais: “Cuidado centrado no ser humano, visando sua autonomia e a promoção de sua saúde: contrapondo-se à medicalização da gestação e a tecnificação do ser humano”; 2) “Ter um ambiente, equipe e instituição humanizadas”; 3) “Postura ética e amorosa do profissional, explicitada nos pequenos gestos”. As subcategorias, no entanto, se apresentaram de forma diferente, mas não se contradisseram, ao contrário ampliaram a compreensão do tema. Desta forma, as categorias que se originaram no diálogo com os diferentes sujeitos se complementaram, se interpenetraram e se mostraram tão interdependentes que se tornava difícil determinar o início e o fim de cada uma delas. No entanto, é bom lembrar que as falas ou discursos revelaram alguns aspectos que ora eram

ressaltados mais pelas gestantes, ora pelos profissionais e evidenciaram pequenas divergências e convergências. Além disso, mesmo apresentando idéias similares, trouxeram a tona questões específicas inerentes à realidade de cada um dos atores sociais e aprofundaram determinados pontos. Em diversos momentos, a idéia central foi resignificada de acordo com as visões de mundo dos sujeitos envolvidos.

Comparando as categorias e subcategorias provisórias das gestantes e dos profissionais advindas dos diálogos com estes atores sociais, ao procurar compreender o cuidado humanizado no pré-natal nove categorias (ver figura 2) permanentes se destacaram, as quais coincidem ou não com as categorias provisórias ou as condensam, assim expressas para facilitar a análise. Todas estas categorias também se mostraram imbricadas e interconectadas. São elas:

- 1) Caracterizando a cuidado pré-natal: significados e finalidades.
- 2) Cuidado centrado no ser humano e nas suas relações, enfocando a promoção da saúde.
- 3) Atenção integral à saúde da mulher. Subcategorias: a) interdisciplinaridade; b) formação dos profissionais na Universidade e no cotidiano do cuidado.
- 4) Acesso a atenção à saúde completa e inclusão da gestante no serviço de saúde.
- 5) Relações intersubjetivas e dialógicas entre as gestantes e os profissionais. Subcategorias: a) acolhimento; b) relação horizontal, de interdependência e de confiança.
- 6) Valorização da gestante como pessoa ao mesmo tempo na sua unicidade, diversidade e multidimensionalidade.
- 7) Buscando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos na gestação e na saúde. Subcategorias: a) ampliação de conhecimentos e participação em espaços educativos individuais e coletivos; b) conhecer e reconhecer os direitos das mulheres, estimular o exercício destes direitos e exigir o cumprimento deles; c) inclusão da família e do acompanhante; d) participação ativa no processo de nascimento, na humanização do cuidado e nas questões relativas à saúde da população.
- 8) Ambiente e profissionais humanizados.
- 9) Postura ética e amorosa do profissional.

Na discussão destas categorias tentei trazer aspectos que convergiram e divergiram nos dois diálogos (o das gestantes e o dos profissionais) e discuti-los a luz da literatura, do referencial teórico e da hermenêutica como linha de pensamento.

8.1 CARACTERIZANDO O CUIDADO PRÉ-NATAL: SIGNIFICADOS E FINALIDADES

Alguns profissionais consideraram a humanização inerente ao cuidado pré-natal. Na concepção deles a humanização está implícita quando se presta um cuidado à gestante. A humanização é um imperativo ético, um eixo transversal de suas profissões e de suas práticas, disseram enfaticamente. Ao caracterizarem o cuidado pré-natal, alguns profissionais nos seus discursos deixaram transparecer esta interdependência. As gestantes, contudo, não demonstraram claramente esta associação. A maioria delas, ao longo das suas falas, deu a entender nas entrelinhas que era importante existir a conexão entre o cuidado pré-natal e a humanização, mas que nem sempre isto acontecia. Esta interconexão, percebida no discurso de alguns participantes e no desejo de outros não surpreendeu. Quase todas as gestantes e profissionais desejam e buscam efetivamente este cuidado humanizado.

Porém, no cotidiano dos serviços de saúde, na prática, esta associação nem sempre é tão evidente, visível e fácil de concretizar, apesar dos esforços dos profissionais. As falas das gestantes e dos profissionais em alguns momentos revelam esta desarticulação, trazendo à tona situações consideradas desumanizantes no cuidado pré-natal.

O cuidado pré-natal para a maioria dos profissionais e algumas gestantes é abrangente e amplo, indo além da consulta médica ou de enfermagem. Contudo, para uma parcela das gestantes está limitado à consulta médica, sendo a preocupação com a saúde do bebê, como já foi visto, o principal estímulo para participarem e aderirem a esta atenção. Conquistada a consulta e tudo o que diz respeito a ela, estas gestantes se sentem satisfeitas. Deixam de procurar alternativas para ampliarem seus conhecimentos e para conduzirem de forma autônoma a gravidez.

Contudo, para a maioria dos profissionais e das gestantes, o cuidado pré-natal inclui, além da consulta, atividades educativas coletivas e individuais, encontros interdisciplinares, reuniões e visitas domiciliares. Compreende todo o acompanhamento de saúde prestado à gestante, todas as vivências e as experiências desde que a gravidez foi planejada e diagnosticada, devendo o serviço de saúde ser procurado o mais precocemente possível. Envolve a gestante, todas as suas relações, seu cotidiano, a sua condição de vida, a sua história pessoal e familiar e todos os contextos nos quais está inserida, seja o social, o político, o econômico, o educacional, o familiar, entre outros, que a influenciam e por ela são influenciados.

O cuidado pré-natal consiste, para os envolvidos, em acolher, ouvir, cuidar, orientar e encaminhar aos diversos níveis de complexidade de saúde à gestante e os familiares durante o processo de nascimento, abordando-a em sua multidimensionalidade e de forma personalizada. Consiste em um espaço ou em um encontro para avaliar a saúde da mãe, do bebê e o seu desenvolvimento, para identificar fatores de risco, promover comportamentos saudáveis e evitar os de risco (afirmam, especialmente, os profissionais), prevenir patologias e tratá-las. Inicia antes da concepção e vai até o pós-parto. Ademais, é um caminho para auxiliar na formação da nova família; ampliar conhecimentos, preparando a gestante e o companheiro para o parto, o exercício da maternidade e paternidade, ajudando-os também na relação com os outros filhos. Trata-se de um espaço terapêutico, educativo e multidisciplinar, quiçá, interdisciplinar, ressaltam os profissionais, que favorece a compreensão das novas vivências e das experiências do processo de nascimento e propicia a expressão de medos, expectativas, dúvidas e sentimentos. Envolve todas as relações (familiares, conjugais, de amizade, profissionais), os diálogos entre as gestantes e destas com profissionais, a participação do companheiro, dos familiares, não ficando restrito aos consangüíneos, e do acompanhante, pessoa de referência da gestante, bem como o acesso às informações, mediante diversos meios de comunicação (livros, *folders*, manuais, televisão e *internet*).

Aumann e Baird (1996); Lu et al. (2000); United States (1989) e Zampieri (2005d) ratificam as colocações expressadas pelos participantes. Ressaltam que o cuidado pré-natal vai muito além da consulta. Envolve as visitas domiciliares, as atividades educativas individuais e coletivas e demais ações construídas em co-participação com a clientela, com vistas ao bem estar da mulher e de seu filho, acompanhamento da gestação e preparação para a maternidade e paternidade. Ressaltam que o cuidado pré-natal é um espaço educativo, terapêutico e interdisciplinar importante para a promoção da saúde e prevenção das doenças e um dos caminhos para o acesso aos serviços de saúde. É uma janela não só para atender as questões relativas à gestação, mas para promover a saúde global da mulher, avaliar o desenvolvimento da infância e o bem-estar da população na vida adulta. Constitui-se uma oportunidade para educação em saúde direcionada à mulher e a toda família; promove o desenvolvimento familiar e pode ser um espaço no qual se identifique, trate e encaminhe para outro nível de referência comportamentos que possam levar a negligência com a criança e a violência doméstica.

As gestantes, utilizando termos menos técnicos que os profissionais, enfatizaram a importância do cuidado pré-natal para avaliar a gestação, para obterem e trocarem informações sobre o processo que estavam vivendo considerando essencial à participação da

família e dos amigos para fornecer apoio e suporte. Nesta mesma perspectiva, indo um pouco além, os profissionais destacaram que atenção pré-natal estimula e proporciona a formação de uma rede de apoio constituída de profissionais, gestantes, acompanhantes, familiares e amigos que fornece suporte emocional e educativo para a vivência mais tranqüila do processo de nascimento e uma interação mais efetiva mãe, pai, feto ou bebê. Para a maioria das gestantes é um dever e um direito participar desta atividade, devendo todas as barreiras serem superadas, mesmo que implique sacrifícios pessoais e até familiares.

Os profissionais, no entanto, citam várias barreiras, algumas ratificadas pelas gestantes, que dificultam esta participação, ressaltando que um grande número de gestantes procura o serviço de saúde já tardiamente em função delas. Conforme pesquisas realizadas, 49,41 %, das gestantes que procuraram o HU e 54,79 % das gestantes que procuram a unidade local de saúde para participarem das ações de pré-natal de baixo risco o fazem no período gestacional de 6 a 12 semanas. Nos dois locais um percentual significativo das gestantes procura o cuidado pré-natal em fase precoce da gestação (ZAMPIERI, 2005ab), contudo este percentual ainda está longe do percentual da região sul, que é de 77% (BRASIL, 2003), e do ideal que os serviços de saúde se propõem, os 100%.

As barreiras mais explicitadas pelas gestantes e profissionais que dificultam o acesso, a adesão e a participação nas ações de atenção pré-natal foram: as questões financeiras e geográficas; a falta de transporte; o trabalho; a existência de outros filhos para cuidar; o desconhecimento da importância do pré-natal; as influências culturais da família, desestimulando a procura do serviço; a rejeição da gravidez pela gestante e família; a vergonha e; a violência social e doméstica, entre outras. Apesar do percentual ainda ser pequeno, quando comparado ao da região sul e ser desejo alcançar os 100%, percebe-se um empenho de muitas gestantes diante de tantas adversidades para acompanhar a gravidez.

Os profissionais ressaltaram a importância da atenção pré-concepcional, o que não foi comentado e nem ventilado pelas gestantes, pois penso que desconhecem a importância deste atendimento e culturalmente procuram à unidade de saúde apenas quando a gravidez está confirmada. O serviço de saúde também colabora para isto. Ele ratifica esta conduta priorizando a atenção à saúde apenas à mulher grávida e não estimula este cuidado durante a fase reprodutiva. Na concepção dos profissionais, a atenção pré-concepcional é fundamental para a boa evolução da gravidez. Tem como objetivos: identificar problemas genéticos, fatores de risco e patologias que poderiam interferir na condução da gravidez (doenças crônicas, como o diabetes, a hipertensão, o câncer cérvico-uterino e de mama e também doenças sexualmente transmissíveis, entre outras); promover comportamentos saudáveis

(nutrição adequada, exercícios, suplementação vitamínica e o uso de ácido fólico) e evitar os de risco (uso de drogas lícitas ou ilícitas, violência doméstica e social); rever as imunizações; realizar exames (identificando precocemente anemias, toxoplasmose, sífilis, hepatite e rubéola), além de planejar a prole.

Tal abordagem foi ressaltada em 1989 nos Estados Unidos, a partir do painel de especialistas multidisciplinares que estabeleceu premissas e recomendações, baseadas em evidências para o cuidado pré-natal, endossadas pelo “*American College of Obstetricians and Gynecologists*” (ACOG), em 1997. Tal painel avançou a noção da extensão da atenção pré-natal sugerindo que esta inicie na pré-concepção e seja dada continuidade até um ano depois do nascimento da criança. Recomendou como objetivos não apenas a promoção da saúde e o bem-estar da mulher grávida, do feto e do recém-nascido, mas também da família e propôs que todos os encontros dos profissionais com as mulheres em idade reprodutiva deveriam ser considerados uma oportunidade para o cuidado na pré-concepção (GREGORY; DAVIDSON, 1999, 2004; ZAMPIERI, 2005). A atenção pré-concepcional foi definida como parte do cuidado pré-natal com a finalidade de identificar fatores de risco ambientais, sociais e biomédicos às mulheres em idade reprodutiva e estabelecer intervenções apropriadas e desejadas. Além disso, detectar condições de saúde e de vida insatisfatórias que pudessem ser minimizadas, corrigidas e alteradas antes da concepção; conhecer os recursos pessoais e médicos; estabelecer ações de promoção e proteção à saúde materna, fetal e do recém-nascido; evitar danos às crianças e a hospitalização depois do nascimento; oportunizar o planejamento da gestação, evitando a gravidez indesejada e suas consequências (reduzir a rejeição, os abusos, a violência e negligência), bem como propor políticas públicas saudáveis às mulheres e aos familiares. Ademais, melhorar a auto-imagem da gestante e capacitá-la para o autocuidado, e reduzir a morbimortalidade materna e fetal e as intervenções desnecessárias na gravidez (BERRY et al., 2001; JOHNSON et al., 2006; LU et al., 2000; ZAMPIERI, 2005).

O fato das gestantes não abordarem esta questão, como já falei, pode ter sido devido: ao desconhecimento desta proposta, que ainda é inovadora mesmo entre os profissionais; à falta de divulgação pelos profissionais da importância destas ações antes da concepção; à prática do modelo biomédico hegemônico e a cultura da população em preservá-lo; ao despreparo dos profissionais, não priorizando estas questões e, conseqüentemente, não compartilhando com as mulheres; e à cultura de procurar uma instituição de saúde apenas em situação de doença. Tal situação também foi apontada por Lu et al (2000). Eles destacaram que a pequena valorização destes cuidados pelas mulheres e profissionais decorre do desconhecimento da proposta, considerando esta questão como a barreira mais importante

para o estabelecimento do cuidado pré-concepcional.

Lu et al. (2000) identificaram barreiras semelhantes às encontradas nesta pesquisa que dificultavam a cobertura no período pré-concepcional: a falta de funcionários, de recursos financeiros e de materiais didáticos para dar esta cobertura; a formação insatisfatória de alguns profissionais e também a falta de ênfase dada às atividades educativas. Procurando superar estes empecilhos, Johnson et al. (2006) estabeleceram recomendações para alcançar a saúde pré-concepcional, entre elas: responsabilizar o casal pelo planejamento de sua saúde reprodutiva; propiciar acesso às unidades básicas de saúde e; aumentar a consciência pública da importância do cuidado pré-concepcional. Para tanto, ele propôs algumas ações, entre elas, divulgar as ações, utilizando instrumentos de acordo com a idade, grau de instrução e contextos sociais e culturais; fazer campanhas; promover discussões desde o ensino fundamental e realizar propagandas na mídia. Ademais, avaliar o grau de conhecimento da população, em especial das mulheres, mediante pesquisas; realizar visitas domiciliares para identificar os fatores de risco apresentados pelas mulheres em idade reprodutiva; desenvolver atividades educativas coletivas; introduzir na formação dos profissionais a saúde pré-concepcional e o cuidado pré-concepcional; realizar pesquisas sobre o tema; melhorar a vigilância em saúde pública e os mecanismos de pesquisa relacionados para monitorar a saúde pré-concepcional.

No Brasil, o Ministério da Saúde editou o Manual de Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, que estabelece ações a serem desenvolvidas no período pré-concepcional, dentre elas: orientação nutricional; informações para evitar o uso de drogas lícitas ou ilícitas e medicamentos; avaliação das condições de trabalho da mulher; administração preventiva de ácido fólico; prevenção de rubéola, toxoplasmose, HIV/Aids e sífilis; avaliação de existência de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, epilepsia, anemia e câncer de mama e de útero) e de doenças genéticas.

Quando abordam esta questão durante este estudo, os profissionais ressaltam que esta prática não é implementada de forma efetiva nas unidades locais de saúde em função da desproporção existente entre a população a ser coberta pelo serviço de saúde e o número de equipes de Saúde da Família. Alegam que isto se deva em razão da falta de disponibilidade de tempo e de funcionários para conhecer as reais necessidades da comunidade e para divulgar esta proposta, especialmente, às mulheres em idade reprodutiva. Pela portaria do Ministério da Saúde nº 1348 GM de 18 de novembro de 1999, a cobertura populacional de cada equipe de projetos similares ao PSF deveria situar-se na faixa de 1.000 a 4.500 habitantes por equipe (BRASIL, 1999). As unidades locais de saúde de Florianópolis, em especial, a da Agrônômica

cobrem um contingente populacional muito maior do que o estabelecido pelo Ministério que já é bem abrangente podendo realmente esta questão estar interferindo na efetivação do cuidado pré-concepcional.

Estas questões não podem ser negadas, mas seriam apenas estes fatores que dificultam a implementação de uma proposta que vislumbra a promoção e proteção da saúde da gestante? A legitimação inconsciente ou consciente de um modelo centrado na doença poderia ser outro fator? A acomodação, os interesses pessoais e corporativos poderiam contribuir para manter esta situação que é dissonante do discurso?

Uma reflexão mais aprofundada dos profissionais, gestores, em conjunto com a população envolvida, se faz necessária. Este parece o melhor caminho para desconstruir, reverter, intervir e gerar novas transformações.

8.2 CUIDADO CENTRADO NO SER HUMANO E NAS SUAS RELAÇÕES, ENFOCANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Alguns profissionais, opinião não ratificada pelas gestantes, mencionaram haver uma redundância em relação ao termo humanização, questionando o porquê do termo humanizado, já que esta ação é direcionada para seres humanos. Porque humanizar o que já é humano?-questionaram. Esta compreensão é ratificada por alguns autores e motivo de crítica para outros, que procuram usar outros termos: atenção respeitosa, atenção amorosa, solidária, entre outros (DIAS, 2006; PUCCINI, CECILIO, 2004).

Respeitando a opinião dos atores envolvidos na pesquisa e com base nas suas próprias compreensões sobre o cuidado humanizado, como veremos adiante, creio que esta redundância parece não existir porque nem toda a atenção á saúde, sobretudo, aquela direcionada a gestantes e familiares parece ser humanizada. As relações efetivas e autênticas podem não se estabelecer. Os envolvidos podem ser desvalorizados como pessoa; podem não ser respeitados em sua singularidade, multidimensionalidade e dignidade. As posturas dos profissionais podem não atender às necessidades das gestantes e divergir das expectativas daqueles que são cuidados. Afinal, o profissional de saúde é alguém que escolheu cuidar da saúde do outro e, assim sendo, tem o compromisso e responsabilidade social “para com e com o outro”. Às vezes, o profissional não tem esta compreensão e não age assim. Ademais, o protagonismo da gestação pode ser atribuído a quem não tem este papel e direito. O acesso à atenção pode não ser priorizado e oportunizado e o fortalecimento dos potenciais daqueles diretamente envolvidos no processo pode ser menosprezado. Pode haver, sobretudo, a

“coisificação” e mecanização do ser humano, a valorização extrema e o emprego intensivo da tecnologia para a solução de qualquer problema de saúde e o cuidado centrado apenas na doença e não no ser humano. Tais situações, segundo os profissionais participantes do estudo, podem justificar o uso do termo cuidado humanizado e validá-lo.

Diante do exposto, os envolvidos na pesquisa destacam a importância do cuidado centrado no ser humano, gestantes e familiares em toda a sua diversidade e singularidade e nas suas relações, não esquecendo os contextos em que interagem, priorizando a promoção da saúde e visando a autonomia da mulher grávida e dos envolvidos no processo.

Uma parcela das gestantes e dos profissionais salientou a importância de devolver a mulher o protagonismo da gestação, do parto e pós-parto, considerando-os como eventos normais, naturais da vida, não como doenças, eventos que sempre foram femininos, que apresentam significados diferentes para cada uma das mulheres e que divergem dos profissionais. Para estes, os profissionais da equipe de saúde podem e devem contribuir e auxiliar na condução deste processo, avaliando as condições da mãe e do bebê, ouvindo, compartilhando informações e conhecimentos, promovendo a saúde, prevenindo patologias, encaminhando a gestante para os diversos níveis de complexidade, dando apoio emocional e educativo e fortalecendo os potenciais da gestante com vistas a sua autonomia. Contudo, não pode tomar conta, se apoderar deste processo e intervir sem necessidade e indicação. Um dos profissionais reforça que sendo a gestação um evento normal no ciclo do desenvolvimento humano e feminino não deveria ser medicalizada. Para ele, a atenção pré-natal deveria estar e ser centrada na mulher, o que implicaria destituir poderes de algumas pessoas e de alguns lugares e empoderar a mulher. Neste sentido, Tornquist (2002) aponta um paradoxo. Defende a necessidade da apropriação da gestação e do parto pela mulher, no entanto questiona e alerta para a possibilidade deste resgate levar a reprodução e perpetuação de categorias como as do “instinto materno” e “de natureza”, ainda que ressignificadas em um novo contexto. Alerta também para que não se incorra no erro de estabelecer a equivalência entre feminilidade e maternidade e se introduza a idéia de gestação e parto idealizado, o que nem sempre pode ser alcançado por todas as mulheres.

Proctor (1998) defende a gestação como uma situação normal da vida. Na sua pesquisa realizada na Inglaterra destacou que as gestantes e as parteiras consideraram a gestação e o parto como situações naturais e não como doenças, não sendo necessário tratar as gestantes em uma clínica ou hospital. Diniz (2001) e Tornquist (2004) afirmam que de acordo com as novas propostas de humanização, baseadas em evidências, ao invés dos profissionais organizarem a assistência com base na prevenção ou no tratamento da patologia propõem

organizar os serviços na perspectiva de promover e de facilitar um parto saudável, fisiológico e de prevenir possíveis intervenções e agravos no parto. Isto, na minha concepção, deveria se aplicar à gestação. Segundo elas, se postula a redução das intervenções iatrogênicas como forma de promoção da saúde. Procura-se conduzir o processo com o mínimo possível de intervenções desde que compatíveis com a segurança, tendo por objetivo uma mãe e uma criança saudáveis. Assim sendo, no parto normal, bem como na gestação deve haver uma razão válida para que o profissional venha a interferir neste processo natural.

A promoção da saúde da gestante foi um dos aspectos apontados e destacados pelos profissionais, especialmente aqueles lotados nas unidades locais de saúde, e enfocada de uma maneira tímida e usando termos mais coloquiais pelas gestantes, sendo considerada vital para evolução normal da gravidez e do nascimento. Envolve ações que procuram melhorar as condições de vida e de saúde das mulheres, que buscam informá-las e fortalecê-las para conduzir a gestação, tornando-as sujeitas do processo de nascimento. Diz respeito às ações pré-concepcionais, medidas e ações que favoreçam o bem estar da mãe, do feto, do recém-nascido e da família; evitem agravos à mãe e filho; melhorem as condições de vida e de saúde da gestante; fortaleçam a sua auto-estima e imagem para que possa participar mais ativamente do processo; evitem as conseqüências de uma gravidez indesejada; e preparem a gestante e o parceiro para a maternidade e paternidade.

Nesta direção, Meirelles (2003), utilizando-se de vários autores, aborda em sua tese a promoção da saúde como um recurso aplicável à vida cotidiana num processo complexo, interconectado, contínuo e dinâmico; uma estratégia de saúde participativa e intersetorial direcionada à população e ao meio ambiente. Busca fortalecer a autonomia dos indivíduos, integrar os serviços de saúde e articulá-los aos vários domínios da “não-saúde”. A promoção da saúde é compreendida como uma nova visão em saúde; um processo que envolve mudanças de condições de vida e de trabalho; um processo de capacitação dos indivíduos, das famílias e das comunidades com vistas à empoderá-los para aumentarem o controle sobre os determinantes de saúde e, deste modo, manterem, intervirem e melhorarem a sua saúde geral. Dentro deste contexto, a visão de promoção da saúde nos mostra uma nova concepção de saúde, não mais ligada à ausência de doença. Vê a saúde como um estado complexo, dinâmico, socialmente produzido e não, um estado estático biologicamente definido. Apresenta ainda a concepção de saúde como um direito humano fundamental que exige ações e o envolvimento de diversos atores e dos setores da sociedade.

O entendimento de saúde como um conceito positivo, que envolve além das capacidades físicas, também os recursos pessoais e sociais para o desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida. Exige que os indivíduos e grupos saibam identificar

suas aspirações, satisfazer suas necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente no qual vivem e convivem (MEIRELLES, 2003, p.281).

Brasil (2006b) entende a promoção da saúde como sendo uma política transversal que estabelece ações e medidas embasadas nas necessidades de saúde individuais e coletivas e nos determinantes de saúde. Ações que agem de forma concomitante sobre os efeitos do adoecer, incidem sobre as condições de vida e favorecem a ampliação de escolhas saudáveis pelos sujeitos e coletividades no contexto em que vivem e trabalham. A promoção da saúde, segundo o autor supracitado, reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias. Exige um trabalho em rede com a sociedade organizada, bem como a implementação de políticas públicas que sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, que estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos e sua participação, inclusive no planejamento, elaboração e implementação de políticas, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.

Carvalho (2004), quando aborda a promoção da saúde, o poder e a autonomia dos sujeitos (*empowerment*) alerta para os distintos usos deste termo e o conflito de interesses que elas ensejam. Ressalta duas abordagens principais: o enfoque psicológico e o comunitário. Segundo ele, na diferenciação destas variantes, o poder pode assumir dimensões criativas e instituintes de ação política, reforçando o poder como potência libertadora, e, por outro lado, pode assumir dimensões que reforçam o controle e a regulação do social, caracterizando o poder como opressão.

No primeiro enfoque, o psicológico, o indivíduo que se procura é aquele autoconfiante, independente e comedido capaz de atuar no seu meio e atuar de acordo com os princípios de justiça e de equilíbrio. Neste sentido, busca-se fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação ao meio e estabelecer mecanismos de auto-ajuda e solidariedade. O limite desta perspectiva é a impossibilidade de transformação social e de produção social, tendo o indivíduo a ilusão de que tem poder. Na visão capitalista, este entendimento de poder pode culminar com o repasse da responsabilidade da saúde para o indivíduo e a comunidade e diminuir ou fazer retroceder a responsabilidade e a prestação de serviços sociais e de saúde pelo governo ou estado. O outro enfoque é o comunitário que não nega o psicológico, mas o agrega. Implica distribuição de poderes e controle dos recursos. Suscita a elaboração de estratégias que promovam a participação, visando o controle da vida por parte dos indivíduos e comunidades, a eficácia política, a justiça social e a melhoria da qualidade de vida.

Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas. Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, esta estratégia sugere

que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade (CARVALHO, 2004, p. 576).

Neste sentido, entendo que é importante ficarmos atentos quando falamos em empoderar as gestantes e familiares para decidir e agir. Devemos procurar informar, possibilitar a reflexão e a crítica, estimular a participação no planejamento em saúde e no controle social dos recursos, fortalecer seus potenciais para que possam intervir na sua vida, saúde e realidade, mas também esclarecer que os profissionais são co-responsáveis pela saúde da população e que os órgãos governamentais têm o dever de propiciar melhores condições de vida e de disponibilizar serviços de saúde qualificados e humanizados. A população paga tributos altíssimos para ter estes serviços.

Como a gestante está mobilizada para si, para o bebê e está vivenciando transformações de toda a ordem, mudanças na sua forma de agir e no seu cotidiano podem se dar mais facilmente. Por outro lado, ela pode estar muito vulnerável e sensível e ser influenciada pelos que a rodeiam, enfraquecendo o seu poder de decisão. De qualquer forma, é necessário certo cuidado para não aumentar o limiar de ansiedade e de estresse que me parece já é bem alto. É importante um tempo para que esta reflexão e avaliação crítica se dêem, para que ela possa decidir sobre a condução da gestação, do parto e do pós-parto, sobre as mudanças de comportamento, as suas condições de vida e sua realidade e, se desejar, intervir. A parceria com os familiares e companheiros é fundamental para que se possa intervir na realidade externa, propor e exigir mudanças, transformando o existente.

Contudo, esta atenção centrada na mulher priorizando a promoção da saúde não se generalizou a todos os envolvidos na pesquisa, sobretudo entre as gestantes. Havia umas que consideravam a gestação como um fenômeno natural e outras que consideravam a gestação como doença, como uma situação patológica que precisava de intervenções e de tratamentos realizados por profissional habilitado, dicotomia expressa por Canguilhem (1990, p. 38).

Se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma, que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que, o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso.

A compreensão deste fato nos remete às questões culturais, às relações de gênero e de poder, construídas ao longo da história e, à história da obstetrícia. Os princípios e valores absorvidos pelo ser humano no convívio social determinam a compreensão sobre qualquer fenômeno (GEERTZ, 1973), inclusive sobre a concepção da saúde.

Ratificando o exposto, Morin (2002b, p.165) enfatiza que a cultura é “a emergência maior da sociedade”. Dispõe de uma linguagem própria e diversificada que permite a rememoração, a comunicação e a transmissão de práticas, saberes, crenças, valores de um indivíduo para o outro, de geração em geração, regenerando permanentemente a complexidade social. O ser humano é produto da cultura. Desde o nascimento, o indivíduo começa a incorporar a herança cultural que assegura a sua formação, sua orientação, seu desenvolvimento como ser social, integra-o na complexidade social, determinando a expressão de aptidões, a maneira de ver o mundo e conceber os fenômenos.

A submissão da mulher, a sua debilidade e fragilidade, a falta de reconhecimento desta como participante ativa no processo de gestar e parir, endossadas por intelectuais, cientistas e médicos, contribuíram para a solidificação da idéia da gravidez como doença e abriram espaços para a inserção dos homens nesta área. Ademais, as descobertas biológicas e tecnológicas, a descoberta da teoria ovista, a mudança na posição do parto, a descoberta do fórceps somados ao aumento da necessidade de mão de obra para poder suprir a demanda de recursos humanos solicitados pelos meios de produção do capitalismo, culminaram com a maior valorização da mulher grávida e do bebê, futuros trabalhadores. Assim, houve um grande empenho da sociedade para diminuir a mortalidade infantil e materna. Tais fatos, aliados ao medo de que a mulher pudesse exercer prerrogativas masculinas, o ressentimento de uma medicina masculina contra uma medicina popular e feminina e o medo da Igreja perder o poder, situações que resultaram na caça as bruxas, parteiras ou curiosas, contribuíram para gerar mudanças na condução da gestação e do parto e favoreceram a apropriação deste momento pela medicina e pelos homens, medicalizando a gestação e o parto. A mulher perdeu a autonomia de seu corpo e da gestação, ficou subserviente ao médico, o qual passou a definir o seu destino (BERRIOT-SALVADORE; KNIBIEHLER, 1990; SANTOS, 1998; ZAMPIERI, 1998, 2002).

Neste sentido, é importante que o profissional de saúde em primeiro lugar conheça o significado que a gestante e os familiares atribuem à gestação e a saúde e reflita com eles se é necessário intervir ou não. É necessário compreender as relações de gênero e de poder, construídas culturalmente, socialmente e historicamente e o que isto pode estar influenciando nesta concepção da saúde.

Focalizar, segundo Scott (1990) e Soihet (2002), não somente a mulher de forma isolada, mas as mulheres e os homens, diferentes uns em relação aos outros e entre eles (as) próprios (as), no conjunto das relações sociais, articulando a questão de classe social, de etnia e a questão política, quando se fizer necessário. Não teorizar a questão da diferenciação

sexual, mas enfatizar o caráter social e cultural das distinções baseadas no sexo, incorporando as relações de poder que atravessam as idéias de assimetria e hierarquização nas relações entre homens e mulheres. Tudo isto pode influenciar a visão de vida e de saúde que a mulher e familiares possam ter, reforçar ou não a mulher como ser humano frágil, débil, valetudinário que necessita de proteção durante a gestação e parto.

Um outro ponto que os profissionais defenderam foi a importância da tecnologia para o desenvolvimento da saúde e para o acompanhamento da gestação de baixo risco. No entanto, ressaltaram que o uso e a apropriação da tecnologia existente, dos saberes, medicamentos, exames e equipamentos, dentro desta perspectiva humanística, devem direcionar-se para melhorar o processo de viver da mulher como gestante e parturiente, para promover a sua saúde, buscando manter e estimular sua autonomia. Isto é confirmado por Goergen (2003) quando enfatiza que a técnica deve estar a serviço do ser humano e não o contrário, a serviço da ciência. Para ele, o ser humano, utilizando-se de sua autonomia, deve refletir sobre as novas técnicas, avaliá-las, rejeitá-las, seletiva e conscientemente, contrapondo-se ao que o sistema impõe, escrevendo e conduzindo a sua história. Algumas gestantes, em contrapartida, valorizam bastante a tecnologia, no meu entender e também na concepção de alguns envolvidos no estudo impulsionadas e influenciadas pelas propagandas, pela pressão da indústria farmacêutica e de equipamentos, pela ciência médica e por valores culturais que primam pela atenção curativa e ditam suas necessidades. Assim sendo, exigem e reivindicam exames, sobretudo o ultra-som e medicamentos, acreditando que desta forma é que estão sendo bem atendidas. Além disso, valorizam os profissionais que adotam esta conduta. Ficam, no entanto, a mercê dos profissionais, da tecnologia e dos interesses do mercado. Alguns profissionais reforçam esta situação dispondo-se a compactuar e fortalecer esta patologização da gestação.

Dentro deste contexto, Gaarder (1995) e Nogare (1988) referem que em tempo de globalização a subjetividade, a individualidade, a autonomia e a identidade tornam-se cada vez mais permeáveis às imposições lideradas por interesses técnicos sistêmicos e mercadológicos que pouco têm a ver com os interesses genuinamente humanos. Morin (2005, p. 148) vai além, afirma que os interesses mercadológicos além de poderem diminuir a autonomia das pessoas, dificultam as relações entre os seres humanos e os laços de solidariedade e responsabilidade “Os desenvolvimentos contemporâneos dos egocentrismos individuais e das relações de interesse/lucro desintegram muitas das formas de solidariedade e levantam agudamente o problema da solidariedade/responsabilidade, ou seja, o problema ético”.

Abordando esta questão, Barnard e Sandelowski (2001); Meyer (2002) e McConnell (1998) destacam duas maneiras que os profissionais vêem a tecnologia: a positiva e a pessimista. A tecnologia pode ser vista de forma positiva quando fornece meios e condições para avaliar os procedimentos e a assistência, torna a atenção mais eficaz e eficiente e propicia maior disponibilidade de tempo para interação entre clientes e profissionais da equipe de saúde. Ao contrário, pode ser encarada de forma pessimista por alguns quando o ser humano é traduzido apenas por informações geradas por monitores sofisticados e complexos que qualificam, quantificam e viabilizam as funções biofisiológicas; quando o ser humano é somente uma extensão da tecnologia; quando a assistência se centra mais no diagnóstico e na intervenção e restringe a individualidade, a subjetividade e o status do ser humano.

Muitas vezes a tecnologia pode ser usada de forma equivocada contrapondo-se a finalidade para a qual foi planejada e criada. Neste sentido, remeto-me a Morin (2001b, p.118) quando ele alerta aos profissionais, intelectuais e cientistas sobre a ecologia das ações. Este enfatiza que é necessário refletir sobre as incertezas da ciência e assumir uma postura ética em relação aos rumos que ela toma para que as ações não se desviem da finalidade para qual foram propostas.

O ato de um indivíduo ou de um grupo entra num complexo de inter-retroações que o fazem derivar, desviar e, por vezes, inverter o sentido, assim uma ação destinada à paz pode, eventualmente reforçar as probabilidades de guerra.

O uso inadequado e extremo da tecnologia pode levar a um resultado diverso do esperado, podendo ter resultados imprevisíveis. É necessário ter consciência desta incerteza, refletir sobre suas decisões e ações; ficar atento aos riscos e possibilidades que elas têm e agir em prol do ser humano e de sua autonomia (MORIN, 2001b).

Merhy, de acordo com Nascimento (2003), vê as tecnologias (duras, leves-duras, leves), não só como instrumentos e equipamentos, mas também como conhecimentos e saberes que interligados delimitam e facilitam o cuidado, organizam as ações humanas na assistência prestada até mesmo em sua dimensão inter-humana e, propiciam maior autonomia.

Para Barnard e Sandelowski (2001), a tecnologia pode se humanizada, até mesmo em espaços de cuidado de saúde intensamente tecnológicos. Para eles, ao ser direcionada para as pessoas, a tecnologia deve ser um instrumento para um cuidado humanizado. Os enfermeiros, segundo McConnell (1998), podem ser pontes entre o mundo humano pessoal e o mundo impessoal da tecnologia, utilizando a tecnologia em prol da saúde do cliente. Para tanto, é necessário estarem preparados para desenvolver esta função, conhecer as tecnologias em

saúde e os contextos onde ocorrem, para ajudar a direcioná-las, facilitando a coalescência da tecnologia e da humanização.

8.3 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Seguindo a mesma perspectiva, articulada e interconectada com a categoria anterior, mas ressaltada devido a sua importância, grande parte dos envolvidos na pesquisa afirmou que cuidado humanizado no pré-natal se caracteriza como atenção integral à saúde mulher, vendo-a em sua totalidade, em sua multidimensionalidade, sua unicidade e diversidade no âmbito individual e coletivo, em todas as faixas etárias. Ver as gestantes e os familiares no conjunto social, econômico, político e cultural, no qual interagem, atuam e geram mudanças. Uma atenção que promove, previne, diagnostica e recupera a saúde, priorizando a promoção da saúde.

Um cuidado que contempla a mulher, suas questões pessoais, existenciais, biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas, fisiológicas, espirituais que demandam da gravidez ou não, e todas as suas relações. Um cuidado que procura ver a mulher como parte de um todo e representante do todo, pertencente a uma rede social que a influencia e a transforma e por ela é influenciada e transformada. “Todo o ser humano contém o todo do qual faz parte e ao mesmo tempo faz parte dele” (MORIN, 2001a, p.38).

As gestantes abordaram esta questão de uma forma menos técnica. Algumas gestantes mencionaram que a atenção não deveria se centrar apenas na doença e no físico. Não deveria ser rotineira, mecânica e fria, restrita às mensurações, medidas e procedimentos. Não deveria centrar-se apenas em alguma parte do corpo da mulher, especialmente na barriga, sem olhar para elas, sem estabelecer um diálogo e sem questionar suas dúvidas. Deveria ser especial, atenciosa, observando tudo o que envolve a mulher, sobretudo as questões pessoais, relacionais e sociais. Alguns profissionais consideraram a atenção desumanizada como aquela rotineira, formal e inflexível. Uma atenção que valoriza apenas a patologia, o biológico, o físico, os procedimentos e as técnicas; que medicaliza eventos naturais e normais; que prima só pela cientificidade, objetividade e quantificação, dentro do modelo biológico e cartesiano; valoriza quase nada as subjetividades e as intesubjetividades e despersonaliza a gestante, categoriza-a como apenas mais uma na massa homogênea.

Abordando estes aspectos Assmann e Mo Sung (2000); Canguilhem (1990); Capra (1995); Gallian (2001) e Goergen, (2003); Koifan (2001); Morin (2001abc, 2002a) e Santos (1987) alertam que a institucionalização e a hegemonia do modelo biomédico, cartesiano,

reducionista, mecanicista e curativo levaram à segmentação do ser humano e dos saberes; à supressão da consciência e à diluição da subjetividade; à divisão do ser humano em corpo e alma; à hiperespecialização das disciplinas; à ênfase à tecnologia médica e ao exagerado intervencionismo; à medicalização de eventos naturais e saudáveis; à compartimentalização de saberes e a incapacidade de articulá-los; à despersonalização dos seres humanos; à valorização da doença em detrimento do ser humano, contribuindo para a desumanização do ser humano. Tal paradigma na saúde, denominado de flexneriano, foi fortalecido e consolidou-se a partir do relatório *flexner*, publicado em 1910, e implementado no período de 1910 a 1930. Expressa-se por um conjunto de elementos que se perpetuam até hoje entre eles o mecanicismo; o biologicismo e o individualismo (alienando e despersonalizando o indivíduo, separando-o de seu contexto); a especialização desenfreada; a tecnificação e; o curativismo, coerente com o conceito de saúde como ausência de doença, e que constitui a ancora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica. Sem deixar de considerar o valor deste paradigma para a solução de determinadas necessidades de saúde e de doença, idéia que também comungo, Mandu (2004, p.607) ressalta que esta forma de ver o mundo reduz a complexidade dos sujeitos e de suas necessidades.

[...] com predomínio, os saberes utilizados na prática profissional em saúde compõem-se de fundamentos das ciências biomédicas e da epidemiologia clínica, do que decorre redução tanto da complexidade dos sujeitos alvos da atenção quanto da interpretação de quais, de fato, são suas necessidades em saúde e de como apoiá-las.

Neste sentido, Morin (2001a) alerta que o princípio da redução restringe o complexo ao simples, exclui tudo aquilo que não seja quantificável e mensurável, eliminando o elemento humano do humano, isto é as emoções, os sentimentos, as alegrias e as paixões. Quando obedece estritamente o postulado determinista, o princípio da redução oculta o imprevisto, o novo e a invenção.

Aproxima-se deste reducionismo biomédico, afirmam Capra (1995) e Minayo; (2002a), a psicologização, que atribui como causa de uma doença mental apenas as questões psicológicas sem considerar as múltiplas causas (sociais, ambientais, psicológicas, biológicas e nutricionais, entre outras) e a socialização, que durante muito tempo esqueceu o sujeito da saúde, o indivíduo e somente tratou do coletivo.

Só a adoção de um novo modelo que permita dar conta da saúde vista em sua positividade, complexidade e como um processo, como um fenômeno multidimensional que envolve e é determinado por aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, todos estes interdependentes, poderá superar o anterior (CAPRA, 1995; MENDES, 1999; MORIN, 2001a). Vale dizer que não é possível negar de todo alguns

aspectos do modelo biomédico que trouxe muitos avanços, mas é necessário ir além dele, superá-lo.

Nesta perspectiva, Pinheiro e Mattos (2004) enfatizam que a atenção integral à saúde implica uma visão, uma compreensão ampliada de saúde que faça sobressair às dimensões da vida social, comunitária e familiar, indo além da doença, do sofrimento manifesto, apreendendo as necessidades dos indivíduos. Para eles, no campo da saúde, a integralidade da saúde é uma expressão polissêmica, cujos sentidos contrapõem-se ao reducionismo, à fragmentação e também à objetificação dos sujeitos.

Para alcançar esta atenção integral, as gestantes mencionaram a necessidade de maior disponibilidade de tempo dos profissionais. Para elas, a falta de tempo é decorrente da insuficiência de profissionais e da crise nacional que as instituições de saúde atravessam.

Os profissionais envolvidos na pesquisa, sem descartar a opinião das gestantes, referem que este quadro deve-se em primeiro lugar a legitimação do modelo biomédico entre as mulheres, os profissionais e a sociedade e a influência deste na assistência e no planejamento das políticas de saúde. Deve-se também a cultura existente na sociedade de que só o médico é capaz de resolver todos os problemas de saúde, levando o usuário a transferir a responsabilidade da sua saúde a este profissional. O fato de algumas gestantes confiarem apenas nos obstetras para a realização da atenção pré-natal, não aceitando que o acompanhamento da gestação seja realizado por clínicos gerais, médicos de família ou enfermeiros, se configurou, na opinião dos envolvidos, como outra barreira construída culturalmente.

O tempo reduzido para realizar as consultas, a grande demanda de gestante e o número insuficiente de profissionais também foram destacados. O estabelecimento de quinze minutos para realizar uma consulta, a redução do tempo da consulta e o aumento do número de atendimentos, instituídos pelos gestores, impedem o vínculo, a relação interpessoal, além de fortalecerem e corroborarem para a institucionalização de atenção fragmentada, mecanizada que prioriza apenas o biológico e se fundamenta apenas na produção, fortalecendo a cultura da atenção biomédica.

O modelo biomédico é geralmente aceito, estando seus princípios básicos tão arraigados em nossa cultura que ele se tornou até o modelo popular dominante de doença. A maioria dos pacientes não entende muito bem a complexidade de seu organismo, pois foram condicionados a acreditar que só o médico sabe o que os deixou doentes e que a intervenção tecnológica é a única coisa que o deixará bom de novo. [...] Hoje em dia, o modelo biomédico é muito mais do que um modelo. Na profissão médica adquiriu um status de um dogma, e para o grande público está inextricavelmente vinculado ao sistema comum de crenças. Para suplantá-lo, será necessário nada menos que uma revolução cultural [...] exige uma mudança radical conceitual na ciência médica e reeducação maciça do público (CAPRA, 1995).

De acordo com Morin (2001c), os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas inscritos culturalmente neles, que por sua vez instauram as relações primordiais que constituem axiomas, determinam conceitos, comandam os discursos e as teorias. A ciência, sendo um processo recursivo autoreprodutor, se constrói, se reconstrói sem cessar, se autoproduz na sua ecologia, na cultura, na sociedade e no mundo.

Para Geertz (1973, 1989), a cultura é o universo de símbolos e significados que permitem aos indivíduos de um grupo interpretar as experiências e guiar suas ações. É o contexto, no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis. A cultura fornece modelos "de" e modelos "para" a construção das realidades sociais e psicológicas e de todo fenômeno humano. Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas. Se são culturalmente construídas, entendendo que podem ser desconstruídas ou reconstruídas coletivamente. Podem dar origem a um novo modelo para conduzir a saúde que rompa ou supere o modelo existente.

8.3.1 INTERDISCIPLINARIDADE

Outro aspecto, destacado apenas pelos profissionais que contribui para manutenção desta realidade, é a formação inadequada dos profissionais e a falta de integração e de um trabalho conjunto. No cotidiano do cuidado, em ambos os contextos é reduzido o número de profissionais que procuram trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar. Alguns trabalham de forma multidisciplinar, ficando mais evidente o trabalho de equipe na unidade local. Outros trabalham de forma isolada e desintegrada, não havendo troca de ações, saberes, conflitos e de sentimentos, nem planejamento e gestão compartilhada. Muitos profissionais desconhecem as rotinas, as condutas e os saberes dos colegas. Não se articulam entre si, com outros turnos de trabalho e outros setores, muito menos com outras instituições. Ao contrário, por vezes, transparece à disputa de poderes, assimetrias entre os membros da equipe de saúde, conflitos e contradições, fragilidades na coesão e na solidariedade, pertinentes a qualquer espaço social de interação.

Posto que, Lunardi (1997) aponta o poder como forças que se contrapõem em determinado contexto ou situações e nas diferentes relações intersubjetivas invisíveis ou visíveis, que todos vivenciam, sobretudo, no trabalho.

Poder é visto como uma trama difusa, constituída por fios, visíveis e invisíveis, móveis e desiguais que representam possibilidades permanentes de exercício de forças, de ação e reação, de poder e de contra-poder, de força e de resistência, diferente entendimento do

poder como propriedade de alguns, como coisas que podem ser arrebatadas, compartilhadas ou usufruídas apenas por poucos (LUNARDI, 1997, p.9).

Foucault (1984) ressalta que o poder é uma prática social e, como tal, é constituída historicamente. "O poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado" (FOUCAULT, 1984, p.248). Para ele, o movimento que aparece atrelado às relações de poder é o da liberdade, uma vez que o poder só se exerce entre sujeitos livres. Assim sendo, há um campo de possibilidades, nas quais as diversas condutas, reações e formas de comportamento/ações podem se desenvolver, ou seja, existe a subjetividade dos sujeitos envolvidos nessa relação e na dependência disto, uma responsabilidade pela manutenção ou resistência ao poder (FOUCAULT, 1984).

Considerando o exposto pelos dois autores, não dá para negar a existência de forças ou de relações de poder nas interações estabelecidas no cotidiano do cuidado entre os profissionais, mas há a possibilidade de quebrar resistências, de unir forças e aumentar as oportunidades para atuar e para se realizar. Há possibilidade de administrar estas forças, de conciliá-las ou superá-las, dependendo da vontade, da liberdade, do diálogo, da comunicação, do respeito e de existirem objetivos comuns, com vistas a um cuidado mais eficiente e humanizado.

Dentro desta perspectiva, para conquistar este cuidado mais humanizado, esta atenção integral, os profissionais envolvidos na pesquisa ressaltaram a necessidade de se estabelecer um diálogo entre os diversos saberes e sedimentar um trabalho com uma perspectiva interdisciplinar no cotidiano do cuidado para que se possa ampliar o olhar em relação à mulher e à gestação. Segundo eles, é fundamental a complementaridade, o compartilhamento e a integração dos diversos saberes, valorizando, reconhecendo e respeitando o outro profissional, suas habilidades, suas diferenças e seus conhecimentos.

Isto é ratificado por Fazenda (1991). Para ela, a interdisciplinaridade implica troca e integração de saberes, exercício de diálogos, comprometimento e envolvimento das pessoas, complementaridade na coordenação e cooperação de ações dos integrantes da equipe com vistas a um projeto único e comum. Na concepção dela, a interdisciplinaridade pode ser entendida como uma relação de reciprocidade, de mutualidade que irá possibilitar o diálogo entre os interessados, dependendo basicamente de uma atitude cuja tônica primária seria o estabelecimento de uma intersubjetividade. A interdisciplinaridade depende basicamente de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária do ser humano por uma que vê o ser humano em sua totalidade.

Esta apreensão da totalidade nos exige um pensamento complexo que procura religar; que é capaz de conceber o que nos une, contextualizando o pensamento no sentido de que todo acontecimento, informação ou conhecimento seja considerado na relação da inseparabilidade com seu meio ambiente, seja cultural, social, econômico, político ou natural (MORIN, 2001a).

Complementando, Morin (2001c) destaca que os profissionais isolados em suas disciplinas perdem suas aptidões naturais para contextualizar os saberes e para integrá-los em seus conjuntos naturais. Para ele, o enfraquecimento da percepção do global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade (cada um tende a responsabilizar-se somente pela sua tarefa especializada) e da solidariedade (não preserva o elo existente entre os cidadãos). Segundo ele, a divisão das disciplinas impossibilita entender o global, o que está tecido junto, ou o complexo.

Morin (2001c) reforça que o ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Esta unidade complexa da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, ficando impossível aprender e apreender o que significa ser humano. Segundo ele, é necessário resgatar esta unidade, de modo que cada um, onde estiver, tome conhecimento de sua identidade complexa e comum a todos os seres humanos. O recorte das disciplinas impossibilita apreender “o que está tecido junto”, ou seja, o complexo. A hiperespecialização impede a percepção do global (que fragmenta em parcelas) e também de problemas particulares que só podem ser pensados em seu contexto. Torna o multidimensional em unidimensional. Para ele, a existência das disciplinas só é justificável, se estas preservarem um campo de visão que reconheça e conceba a existência das ligações e das solidariedades, se não ocultarem as realidades globais, se estabeleceram articulações entre si e procuraram se abrir e, sobretudo, construírem relações de cooperação, interdisciplinares, e mais transdisciplinares e metadisciplinares.

Considerando o exposto, para conquistar a interdisciplinaridade, saliento a necessidade de se superar duas grandes barreiras: as disputas de poderes existentes entre os profissionais, que têm medo de perder os espaços conquistados e de serem criticados, e a formação acadêmica que separa as disciplinas e compartimentaliza os saberes. Implica no meu entender não só mudanças das relações de poder entre profissionais da equipe de saúde e destes com os usuários, oportunizando aos últimos maior autonomia. Implica também a formação de uma equipe de saúde que articule e conjugue as disciplinas, a necessidade de maior tempo de convivência entre as pessoas, e o estabelecimento de uma relação de confiança e de aprendizagem mútua.

8.3.2 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA UNIVERSIDADE E NO COTIDIANO DO CUIDADO

A formação dos membros da equipe de saúde e a inexistência de uma educação permanente em serviço, apontadas como barreiras apenas pelos profissionais participantes da pesquisa, parecem grandes impeditivos para rever e transformar este paradigma e modelo de atenção à saúde com esta perspectiva humanística. A formação acadêmica da graduação e da pós-graduação, sobretudo, da medicina, ainda não contempla de maneira efetiva, apesar das mudanças curriculares e lutas neste sentido, a interdisciplinaridade, a atenção integral e centrada no ser humano, a promoção da saúde e a humanização no cuidado. Valoriza as especialidades de forma extrema, desconsidera o ser humano, despersonaliza-o e imputa a ele a condição de ser paciente, uma pessoa passiva que pode ser submetida à intervenção e autoridade do profissional. São poucos os profissionais formados voltados para trabalhar dentro da lógica do Sistema Único de Saúde, sobretudo, para trabalhar na atenção primária. Há um despreparo dos profissionais para prestarem cuidado contínuo e resolutivo, para atuarem junto ao usuário no âmbito individual e coletivo, com famílias, grupos e comunidades, promovendo a saúde e prevenindo doenças, trabalhando de forma interdisciplinar, numa perspectiva humanística e de acordo com os diversos gêneros. A enfermagem e outros cursos da área de humanas, segundo os profissionais envolvidos na pesquisa, há alguns anos já deram um passo à frente nesta direção, um a vez que já oferecem uma formação generalista voltada para o SUS e para promoção da saúde, dentro de uma perspectiva humanística e interdisciplinar. Contudo, percebo que, apesar destes avanços, estamos ainda com um pé no modelo biomédico e outro direcionado para esta nova visão. Para tanto, precisamos valorizar a nossa profissão e sedimentar e consolidar nossas idéias construídas já há muito tempo, mesmo quando para alguns não passava de uma utopia.

Deslandes (2004) e Filho (2004) sugerem a parceria entre os setores da educação e os da saúde para quebrar esta lógica existente.

Mesmo reconhecendo os esforços que vêm sendo efetivados nos últimos anos no tocante à formação de recursos humanos para a saúde, sob o argumento de consolidar o modelo do Sistema Único de Saúde, de uma maneira geral a formação dos trabalhadores desse setor permanece centrada na doença, “fundamentada no paradigma biologicista, tendo como unidade de ação e de reflexão o indivíduo, considerado em sua dimensão anátomo-clínica”. [...] É visível a dificuldade de aplicação prática, por exemplo, de conceitos como o da promoção da saúde, intimamente relacionado à compreensão de que a saúde é dependente dos resultados de outros setores da ação governamental, dificuldade que, para ser vencida, requer o entendimento, a aceitação e a defesa do conceito ampliado de saúde, [...] Desse modo, para intervir na realidade, é necessário que os setores da educação e da saúde estabeleçam uma estreita permanente parceria interinstitucional, objetivando

desenvolver ações conjuntas, articuladas para a elaboração e a construção de uma proposta educacional que conjugue os conhecimentos produzidos e acumulados pelas duas áreas (FILHO, 2004, p.377).

Deslandes (2004) ressalta que um investimento sério e intenso na formação em todos os níveis, sobretudo, na graduação, pode fortalecer idéias que outrora eram consideradas utopias (uma nova cultura de assistência pautada na democratização das estruturas de poder, no fortalecimento da comunicação, na humanização e interdisciplinaridade). Para ela, isto pode servir de subsídio para que no curso da história e no campo da negociação política, novos parâmetros para a ação sejam introduzidos e mudanças na condução da assistência sejam efetivadas.

Tenho percebido um grande empenho do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan Americana de Saúde nesta direção com a implementação do Pró-Saúde, programa de reorientação de formação profissional em saúde direcionado aos médicos, enfermeiros e odontólogos, e do curso de formação de Ativadores de Mudanças. O curso de formação de ativadores é uma estratégia do Aprender-SUS que procura promover a educação permanente dos trabalhadores do SUS, ao lado de propiciar uma efetiva aproximação entre o sistema de saúde e sistema formador. Além disso, a lei de diretrizes e bases da Educação Nacional n ° 9.394, de 20 de dezembro de 1996 confere às Instituições de Educação Superior (IES) novos graus de liberdade que, se bem aproveitados, podem significar maior acesso da população a esse nível de ensino. Nesse particular, a substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares é um grande avanço (BRASIL, 2005d; FEUERWERKER, 2003).

Em relação à educação permanente, Ceccin (2005), defende que esta proposta se concretize na prática, analisando os quatro componentes do quadrilátero da formação, citados a seguir:

- a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção tradicional por uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimentos dos serviços, valorizando também a questão da sensibilidade;
- b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, com vistas à integralidade e humanização e, estimular participação dos usuários no planejamento em saúde;

c) análise da gestão setorial: assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;

d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, apoiar e incentivar as lutas por saúde e melhorar as condições sociais;

Na verdade, persiste, segundo os profissionais envolvidos na pesquisa, ainda uma dissonância, um descompasso entre a formação dos discentes e as práticas e as visões de saúde de alguns profissionais do HU e da unidade local de saúde. No caso do HU, a formação muitas vezes diverge de sua filosofia, cujos pilares principais são a humanização e a interdisciplinaridade. A formação dos docentes é um ponto que precisa uma reflexão à parte e aprofundamento, já que não temos respostas prontas. Será que essas iniciativas de coalescência entre educação e saúde (ativadores ou outras), dão conta de gerar as transformações necessárias à formação? O docente está preparado para conduzir o ensino-aprendizagem, de acordo com estas novas metodologias? Foi propiciado maior tempo aos alunos e professores para desenvolver os conteúdos, já que estas tecnologias exigem reflexão e construções conjuntas? Estes encaminhamentos atendem as expectativas da assistência e da população e contemplam uma visão mais crítica da atenção à saúde; a promoção da saúde, a humanização e a interdisciplinaridade? Estas são questões sem respostas prontas, que necessitam um estudo a parte, avaliações e aprofundamentos, mas que sem dúvida tem a ver com toda esta proposta de humanização.

Há também de acordo com os profissionais envolvidos no estudo, a falta de integração docente-assistencial e a inexistência de macropolíticas entre a Universidade e as Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais que organizem, sedimentem e valorizem a atuação dos discentes nas unidades, que determinem a participação e o compromisso dos profissionais da rede básica com a formação e que garantam efetivamente as unidades locais de saúde e instituições públicas como campos de formação. Ao mesmo tempo, uma política que consolide o papel e a responsabilidade social da universidade na educação continuada dos profissionais de saúde, com os quais os docentes e discentes interagem. Aliado ao exposto, destaco a necessidade das instituições de fomento de pesquisa valorizarem estudos que procurem transformar a realidade e avalizem um novo modelo para o cuidado à saúde, com vistas à integralidade e humanização das ações. Entendo que seja necessária também uma outra postura dos gestores de saúde, em nível nacional, aproximando-se ainda mais das Universidades e estimulando a participação desta de forma mais efetiva no planejamento e condução das políticas de saúde. Apesar de todo o empenho do Ministério da Saúde e Educação, apoiando os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e da Saúde da

Família, da Residência da Família, de Ativadores e projetos, programas e políticas de saúde como o Pró-Saúde, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e o HumanizaSUS, é necessário fortalecer as articulações e laços entre as Universidades, os docentes e o Ministério da Saúde. Atualmente, quase sempre ficamos sabendo dos programas, inclusive os ligados à humanização dos serviços, pela *internet*, nos serviços de saúde ou através de manuais que procuramos conhecer e solicitar. Não há uma comunicação oficial para participar destas ações ou para informar a respeito destas novas propostas. Creio que esta parceria é essencial para mudar os rumos da assistência e do ensino. É necessário um acompanhamento mais efetivo das políticas, dos programas e protocolos estabelecidos pelos gestores federais, estaduais e municipais.

8.4 ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE COMPLETA E INCLUSÃO DA GESTANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE

Além da atenção integral, um dos significados atribuídos pela maioria das gestantes e profissionais ao cuidado humanizado no pré-natal foi a garantia de acesso a atenção à saúde completa e de qualidade durante o processo de nascimento, ou seja, da gestação ou da pré-concepção até o pós-parto. A inclusão das mulheres e familiares nos serviços de saúde constituiu-se um fator primordial para os pesquisados.

A acessibilidade é entendida como um conjunto de circunstâncias, de natureza diversa, que viabiliza a entrada de cada usuário na rede de serviços, em diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento. Representa as facilidades e as dificuldades em obter tratamento desejado, estando relacionada ou ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos (JUNIOR, 2004, p. 246).

Esta garantia de acesso refere-se a ter acesso rápido, precoce e prioritário às consultas e aos retornos, mensalmente ou quando a gestante apresentar intercorrências, se possível desde a pré-concepção até o termo. No final da gestação garantir retornos semanais ou quinzenais, em conformidade com a idade gestacional, riscos (baixo ou alto risco) e necessidades. Inclui ainda ter garantia de retornos livres para poder expressar-se e sanar dúvidas. Refere-se também ao acesso as atividades educativas individuais e coletivas; aos medicamentos; à marcação e realização dos exames de rotina, inclusive a ultra-sonografia, e obtenção dos resultados em tempo hábil. Ademais, ter garantia de encaminhamentos a qualquer nível de complexidade de atenção, caso não tenha resolutividade para seus problemas na atenção básica e; finalmente, ter garantia de continuidade da atenção nas maternidades e instituições hospitalares e retorno garantido e automático após o parto nas unidades locais de saúde.

Não podemos esquecer de que a inclusão das gestantes nos serviços de saúde e a atenção às suas necessidades de saúde já estão contempladas nos princípios do SUS, entre eles, o direito à saúde, a integralidade da assistência e universalidade de acesso à atenção à saúde. Contudo, é inegável que a exclusão dos serviços durante qualquer etapa da gestação constituiu-se uma atenção desumanizada. Todas as outras questões que foram e serão apontadas como cuidado humanizado dependem da entrada da gestante e dos familiares no sistema de saúde, da garantia deste direito, do fortalecimento da saúde como bem público e da reestruturação de um modelo de saúde social, ético e equânime norteado pela inclusão e solidariedade.

Mendes (1994) cita a questão da exclusão do SUS, ao se referir ao “universalismo excludente”, entendendo-o como mecanismos de racionamento do sistema público de saúde. Destaca a falta de acesso e a queda da qualidade dos serviços, que concomitantemente vêm expulsando do sistema público segmentos sociais de camadas médias e do operariado urbano mais qualificado.

Os envolvidos destacaram quatro pontos, considerados como grandes entraves para o estabelecimento do acesso, relacionados à gestante, aos profissionais e a estruturação dos serviços: barreiras pessoais das gestantes e dos profissionais; desestruturação e desorganização da rede básica; falta de valorização da atenção primária e dos profissionais que trabalham nesta área e desarticulação entre os serviços de saúde e destes com outros setores da sociedade. Os três últimos itens, ratificados por Brasil (2006a), no documento base do HumanizaSUS, caracterizam uma crise no setor saúde e soluções de continuidade no Sistema Único de Saúde, ainda vivendo o período da adolescência, como falei, e sujeito a momentos de euforia e depressão. A desestruturação dos serviços e a desarticulação entre os diversos níveis de atenção também são barreiras identificadas por autores internacionais e nacionais como Delvaux, et al. (2001); Lu et al. (2000) e Oba e Tavares (2000).

Todos os participantes da pesquisa destacaram algumas barreiras pessoais enfrentadas pelas gestantes que dificultam o acesso e a adesão ao cuidado pré-natal, também identificadas por um número expressivo de autores internacionais e nacionais e denominadas por eles de barreiras internas (BRAVEMAN et al. 2000; GIBLIN, POLAND, AGER, 1990; DELVAUX; et al, 2001; KINSMAN; SLAP, 1992; LIA-HOAGBERG et al., 1995; LOWRY; SAEGER; BARNETT, 1999; LU et al, 2000; MDONALD; COBURN, 1988; MELNYK, 1988; POLAND; AGER; OLSON, 1987; ROBERT *et al.*, 1998; RIZZOTO, 2002; OXFORD et al., 1985; THOMAS; GOLDING; PETERS; 1991). As barreiras pessoais das gestantes dizem respeito à falta de condições socioeconômicas que possam facilitar o acesso; às questões

culturais; à falta de conhecimento, às especificidades da adolescência e à falta de uma atenção qualificada e humanizada.

Em relação à falta de condições socioeconômicas foram elencadas as seguintes barreiras, consideradas por alguns autores como barreiras externas: falta de recursos financeiros para custear o transporte (urbano ou pessoal); falta de acessibilidade aos meios de transporte; grande distância entre os terminais urbanos e a residência da gestante ou a necessidade de utilizar 2 ou 3 transportes urbanos para se deslocar até o serviço de saúde; falta de alguém para cuidar dos filhos ou de uma creche para deixá-los; dificuldade de liberação do trabalho; questão geográfica e a violência doméstica e urbana.

A despeito da existência da legislação garantindo à mulher a realização do acompanhamento mensal do pré-natal, lei número 70/2000 de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000f), existe uma pressão dos patrões para que estas retornem rapidamente ao serviço. Isto as impede de participar das atividades educativas, grupos de gestantes ou casais grávidos e grupos de sala de espera. Há, sobretudo, nas unidades locais de saúde, gestantes que não estão registradas formalmente; que recebem a remuneração por prestação de serviço e a falta de um dia de trabalho resulta na diminuição de sua renda que já é ínfima. Algumas gestantes são responsáveis pela renda familiar, assumindo os encargos familiares. A pesquisa sobre o trabalho da mulher do IBGE (2006) como principal responsável no domicílio vem corroborar com o explicitado pelas gestantes e pelos profissionais envolvidos neste estudo. Em agosto de 2006, no total das seis regiões metropolitanas investigadas, 2,7 milhões de trabalhadoras eram as principais responsáveis nos seus domicílios, representando 30,0% da população feminina. Elas tinham a idade média de 43,5 anos. Seus rendimentos apesar de 11,6% superiores aos da população feminina ocupada, eram precários, equivalendo a menos de três salários mínimos; 21,9% dessas mulheres eram trabalhadoras domésticas, representando esta categoria 18,0 % do total da população feminina ocupada, tendo esta profissional os menores níveis de formalização do país.

Em relação à questão geográfica, algumas questões se evidenciaram: o distanciamento da residência da unidade de saúde, especialmente no caso das gestantes do HU; as barreiras naturais (morros) e as barreiras decorrentes da falta de políticas públicas direcionadas a melhoria da qualidade de vida (ruas sem calçamento, habitações em locais de risco, falta de saneamento básico etc.).

A violência urbana é outro fator que foi evidenciado nas entrelinhas nas falas das gestantes e depoimentos dos profissionais da ULS, situação que parece ainda não estar tão visível no município. A autoridade das organizações de tráfico de drogas se impõe sobre a

autoridade formal, coagindo a população a permanecer em suas residências nos dias em que as drogas são negociadas e chegam ao morro. Isto para se proteger de tiros que eventualmente possam surgir no confronto de *gangs* por disputas de pontos de tráfico e para garantir que suas casas não sejam requisitadas ou confiscadas para a comercialização de drogas. Tal situação foi mencionada no artigo de Machado (2004) sobre aspectos socioambientais da comunidade do morro da Mariquinha em Florianópolis/SC, situação que não diverge do morro do Horácio, Morro do 25, Morro Santa Vitória, pertencentes à área de abrangência da ULS da Agrônômica.

Ademais, somada a violência urbana, temos a violência do companheiro, agredindo a mulher ou restringindo a sua liberdade, impedindo-a de ir à unidade local de saúde, fato este mencionado pelas gestantes e profissionais entrevistados. No Brasil, cerca de um terço das internações em unidades de emergência associam-se aos casos de violência doméstica. Em 1993, foram registradas aproximadamente 123.131 agressões contra mulheres nas Delegacias de Defesa da Mulher (DEAMs) de todo o país (WERTHEIN, 2002). Autores internacionais e nacionais apontam a violência doméstica como um dos empecilhos para a realização do cuidado pré-natal e início tardio do acompanhamento da gestação ou razão apontada das faltas às consultas, além de ser um dos fatores geradores do aumento relativo das infecções vaginais e do trato urinário, do ganho de peso insuficiente e, conseqüentemente, do baixo peso ao nascer, do trabalho de parto prematuro, da depressão pós-parto e do uso abusivo de drogas como fumo e álcool (BRASIL, 2005c; DINIZ, 2001; GAZMARARIAN et al., 1999; ROBERTS et al. 1998).

Ao contrário do que se espera a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. De fato, cerca de 13% das mulheres relatam aumento da frequência ou severidade da violência durante esse período. A prevalência de violência física e sexual durante a gravidez oscila entre 1% e 20%, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25% das mulheres. Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, apresentando risco duas vezes maior de serem estupradas se comparado ao risco das grávidas adultas (BRASIL, 2005c, p.132).

Diniz (2001) extrapola a violência doméstica para a violência institucional. Muitas vezes, para ela, esta violência se incorpora na assistência e evidencia-se no descaso aos direitos das mulheres, entre eles o direito de ter garantia à integridade corporal e privacidade, estar livre de julgamentos, humilhações e maus tratos. Em função disso, ressalta a necessidade dos profissionais estarem alertas a esta questão.

À medida que aumentam as evidências e a visibilidade do problema da violência de gênero nas relações familiares em suas repercussões sobre a saúde materna e fetal, ocorre uma gradativa ampliação conceitual no tratamento do problema – de início circunscrito à violência no âmbito doméstico e privado – para incluir e documentar a

violência de gênero, inscrita nas próprias ações e instituições de saúde no ciclo gravídico puerperal e suas conseqüências. [...] os estereótipos de gênero, presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços, fazem com que as freqüentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres sejam incorporadas como fazendo parte da rotina “normal” da assistência; dessa forma, as situações de violência sequer causam estranhamento (DINIZ, 2001, p.49 e 58).

Além destas barreiras pessoais, somam-se a falta de conhecimento e as questões culturais. Dentre elas temos: a falta de conhecimento da gestante sobre a importância da atenção pré-natal e pré-concepcional para a promoção e proteção de sua saúde e do bebê; desconhecimento da gravidez; a falta de planejamento familiar e, conseqüentemente, a não aceitação da gravidez pela mulher e pela família, situação mais complicada na adolescência. Além disso, a naturalização da gravidez, vendo-a como um evento natural que não precisa de nenhum recurso educacional ou profissional para ser conduzida (da mesma forma como foi concebido, o recém nascido vai nascer, não sendo necessário nenhum cuidado de saúde); a reprodução de práticas familiares, ou seja, mães e avós que não realizaram o pré-natal e o filho nasceu bem, repassam as filhas que não há necessidade de realizá-lo. Ademais, a vergonha de realizar exames como o preventivo, toque e consultas com profissional do sexo masculino. Os quatro primeiros itens foram ratificados pelas pesquisas já mencionadas, realizadas por Delvaux et al. (2001); Robert et al. (1998). Para Delvaux et al. (2001), o planejamento de gravidez em todas as faixas etárias e, em especial na adolescência, evitando a gravidez indesejada, a negação e a ambivalência na gravidez, pode propiciar o acesso mais precoce ao cuidado pré-natal.

Halpern et al. (1998) reforçam os dados, alegando que a falta de conscientização sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal e comparecimento às consultas, particularmente entre as gestantes de baixa renda, dificulta o acesso, a continuidade e a realização das consultas necessárias para um acompanhamento efetivo da gestação.

As adolescentes relataram também algumas barreiras específicas à sua faixa etária: o medo de assumir a gravidez perante os amigos e familiares; a ocultação da gravidez por vergonha dos colegas na escola e por se sentir diferente; a rejeição da gravidez ou não aceitação desta pelos familiares; a falta do apoio familiar, das colegas ou do companheiro; a diminuição da auto-estima e da auto-imagem (sentem-se gordas e feias); a falta de motivação para ir às consultas e; coincidência do horário da consulta com compromissos sociais com as colegas. De acordo com o exposto acima, Guimarães, Collaço e Nascimento (2005) afirmam que a adolescente não adere ao pré-natal e não realiza o número de consultas adequadas em razão da gravidez indesejada, da ocultação da gravidez, por razões culturais e pela dificuldade

de assumir a sua condição de grávida perante a sua família e a sociedade. Já Bocadio (2004) afirma que as adolescentes identificaram a assistência pré-natal como sendo monótona e ao mesmo tempo coercitiva. Estas se sentem, segundo a sua pesquisa, fiscalizadas pelos profissionais que as atendem, desqualificadas para a entrada no mundo das mulheres adultas e para o exercício da maternidade. Para elas, as visitas domiciliares, ao invés de contribuírem e aproximarem a gestante do profissional a distancia deles, desautoriza a sua autonomia e autodeterminação. Segundo elas, a forma como está sendo realizada a consulta é altamente fiscalizadora. Acredito que a postura do profissional tem influência direta sobre esta concepção da adolescente e, se realmente ela se sente desautorizada, pode ser um fator que dificulta a adesão ao pré-natal. No entanto, creio, embasada na minha prática, que se a adolescente percebe que esta atividade trará algum benefício para si e para o bebê, que contribuirá para a vivência mais tranqüila e segura do processo de nascimento, que ampliará os seus conhecimentos para decidir e agir e que não tem o objetivo de fiscalizar suas ações, o reverso acontece e a adesão se efetiva.

Os envolvidos na pesquisa apontaram como barreiras externas para o acesso, a adesão e a continuidade do pré-natal, barreiras relativas ao cuidado prestado, aquelas que dizem respeito à desestruturação do sistema de saúde e, finalmente, as relacionadas à valorização da atenção primária e do profissional que atua neste nível de atenção à saúde.

Tanto as gestantes como os profissionais alegaram que o fato da gestante não ser bem atendida dificulta o acesso e a continuidade da atenção. A agressividade dos profissionais que recebem e prestam o cuidado, caracterizada pela rispidez, pela alteração da voz, pelo mau humor, pela desatenção e indiferença, pode afastar a gestante da unidade de saúde e dificultar sua aderência ao serviço.

Um dos profissionais salientou que atitudes pré-julgadoras direcionadas às gestantes mais maduras e adolescentes, considerando-as negligentes e descuidadas por engravidarem em faixas etárias de risco tendo a sua disposição informações e acesso facilitado aos métodos contraceptivos sem nem mesmo procurar compreender a mulher, conhecer os motivos que a levaram a engravidar e o significado que ela atribui à gestação, é inconcebível.

Neste sentido, Bocadio (2004) afirma que é necessário que o profissional procure entender a subjetividade humana das adolescentes e das gestantes em qualquer faixa etária. Para ela, isto exige um esforço do profissional, uma des-sensibilização quanto aos julgamentos de valor ético-moral.

A desorganização e a desestruturação dos serviços de saúde, tanto relativas às unidades locais de saúde como ao Hospital Universitário, explicitadas pela maioria dos

entrevistados, dificultam o acesso das gestantes aos serviços de saúde e a humanização do cuidado. As barreiras comuns aos dois serviços no que tange a organização do serviço foram as seguintes: o longo tempo de espera para realizar as consultas; a falta de recursos humanos para atender a demanda existente; a falta de informações claras sobre os fluxos e funcionamento dos serviços de saúde; a falta de medicamentos mais tolerantes pelo ser humano (na unidade local de saúde), de materiais e de equipamentos para desenvolver as atividades; a inexistência de protocolos que facilitem os fluxos e encaminhamentos de um nível de complexidade de atenção para o outro, dentro da mesma instituição hospitalar e desta com os serviços externos e entre as unidades locais de saúde (barreira citada apenas pelos profissionais), e a falta de capacitação permanente dos funcionários. Uma das gestantes ressaltou que a organização dos serviços facilita o atendimento e auxilia a gestante e os profissionais, sendo que a sua concretização depende apenas de uma vontade política dos gestores. A mudança da “cara” da instituição, segundo ela, contribuiu para uma mudança de comportamento, tornando as relações mais humanas.

Nas unidades locais de saúde, a desorganização e a desestruturação do serviço foram apontadas pelos profissionais, especialmente os da rede básica, como razões do descrédito das gestantes em relação ao serviço prestado pela rede básica, induzindo-as a procurarem serviços particulares e públicos em clínicas e em hospitais de ensino. Segundo estes, não há uma uniformidade de condutas, de fluxos, de estrutura física, de recursos materiais e humanos capacitados em todas as unidades locais de saúde, ficando estas questões na dependência do funcionário, da liderança e atuação do coordenador ou à mercê das mudanças partidárias. Não existe uma política de saúde municipal que se perpetue e que independa da mudança de gestores.

Há também uma desproporção entre a população atendida e o número de equipes da saúde da família, já comentado. Assim, temos unidades bem equipadas, com recursos humanos dotados de formação técnica e relacional, com uma equipe e ambiente humanizados, e também o oposto. Além disso, segundo a maioria dos envolvidos, gestantes e profissionais, há dificuldades para a realização de alguns exames de rotina, principalmente o Beta hCG e a ultra-sonografia. Ademais, os exames são realizados, no caso da ULS da Agrônômica em laboratórios que distam das residências das gestantes, que não tendo uma situação econômica satisfatória e tempo disponível não podem realizar os exames. Além disso, nem sempre existem recursos financeiros e transportes garantidos para se fazer a visita à maternidade com as gestantes, procurando familiarizá-las com o novo ambiente.

Segundo Brasil (2004e), a adesão ao pré-natal esbarra em várias dificuldades, algumas relacionadas com questões específicas das gestantes como não querer faltar ao trabalho. Por outro lado, também afetam a aderência situações específicas relativas à organização do sistema de saúde, tais como: dificuldades para a realização de exames e a migração da gestante próximo ao parto de um município pequeno ao outro para ter acesso à assistência hospitalar. Outro fator que promove interrupções e/ou abandono das consultas de pré-natal é a substituição e rodízio dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiras). A forma como são tratadas pelos profissionais também é importante para as gestantes, sendo que o desapontamento destas em relação a esta questão pode levar ao abandono da atenção pré-natal.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde intitulada “Efetivando o SUS: acesso e humanização na atenção à saúde com controle social”, entre suas premissas destaca as questões acima relatadas. Defende e exige o cumprimento dos princípios do SUS, entre eles o acesso aos serviços de saúde, a organização do sistema, a atenção integral e a humanização, explicitados pelos profissionais e gestantes envolvidos no estudo, considerando-os essenciais para uma atenção humanizada à gestante.

[...] acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada, garantido o financiamento de todos os níveis da saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus Planos, com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde; a organização da porta de entrada do Sistema, através de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica, tais como: saúde da família, sistemas locais de saúde e outras estratégias, que devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como a articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2003e, p.15).

[...] enfatizam a importância de fortalecer as ações e serviços de atenção básica e o cumprimento de seu papel como porta de entrada de um Sistema de Saúde que ofereça integralidade de atenção; e, ao mesmo tempo estimular a adoção de programas voltados à ampliação do acesso aos serviços a toda população, incluindo aqueles residentes em localidades onde não haja suficiência de recursos assistenciais. Por outro lado, avaliando os impactos negativos de descontinuidade dos programas, os participantes alertam para a adoção de mecanismos de garantia que os projetos de saúde, cujos resultados implicam em benefícios para a população, não sofram descontinuidade em função das mudanças de gestores (BRASIL, 2003e, p.125).

Zoboli (2003) reforça a necessidade de sensibilidade e o compromisso ético para reorganização da atenção básica, exigindo dos envolvidos, políticos, profissionais, trabalhadores, gestores e usuários, mudanças atitudinais e culturais perante a atenção. Exercer uma nova prática que se desloca do hospitalocentrismo e da especialização; exercer uma prática que priorize a promoção da saúde, marcada pela humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania e alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o

processo saúde-doença das famílias demanda das equipes um grande empenho para a transformação.

A falta de valorização da atenção primária e dos profissionais que lá atuam pela comunidade e pelos seus pares emergiu como um dos fatores fundamentais alegados pelos profissionais, em particular, os das unidades de saúde locais. Segundo eles, estes fatores impedem a população de procurar, reivindicar e acessar ao serviço de saúde, utilizando como porta de entrada os serviços de “ponta,” e dificultam a prestação do cuidado humanizado na gestação. Atualmente a população tem procurado o serviço de saúde para atender muito mais suas demandas de urgência e para tratar doenças do que para promover, prevenir e preservar a sua saúde. Apesar dos incentivos e da injeção de recursos terem aumentado para o setor saúde e para a atenção básica (os investimentos nominais cresceram de 11,6% em 1994 para 17,13% em 2002), grande parte dos recursos ainda se destina aos níveis secundários e terciários (de média e alta complexidade) para os recursos humanos e os encargos sociais (FERREIRA, 2002). Quando cortes são necessários, normalmente estes acontecem no nível básico, no qual a resistência é mais fraca, o eco, o clamor do público e a repercussão política e social a curto prazo parecem ser menores.

Além disso, uma parcela da população tem a cultura de apenas valorizar e reconhecer profissionais que são especialistas na área, no caso os ginecologistas e obstetras e não os profissionais generalistas. Além disso, valorizam muito mais o atendimento hospitalar do que a atenção realizada nas unidades locais de saúde. A gestão da rede básica tem contribuído para o fortalecimento desta cultura deixando de acordar protocolos que estimulem o enfermeiro a realizar o acompanhamento pré-natal e que garantam também condições para que este profissional possa solicitar exames de rotina à gestante, conforme determinado pelo Ministério da Saúde. Esta situação parece estar mudando em Florianópolis. Neste ano (2006) foi designada uma comissão na Secretaria Municipal de Saúde para elaborar ou ratificar os protocolos já existentes. No momento, tais protocolos estão sendo avaliados e revisados para serem aprovados. Esperamos que isto volte a ser realidade brevemente.

Os profissionais da unidade local de saúde afirmam também que nem sempre são valorizados pelos gestores, pelos profissionais da rede hospitalar e pelo sistema como um todo da mesma forma que os especialistas são. Não são reconhecidos e acatados muitas vezes em seus encaminhamentos pelos seus pares do nível secundário e terciário. Para eles, isto também é desumano, podendo refletir no cuidado prestado e nas interações com o usuário. Também não participam efetivamente do planejamento e da gestão das ações de saúde propostas pelo município e da elaboração de protocolos. Ademais, sentem-se isolados; não estão inseridos no

sistema de saúde como um todo; nem sempre são orientados em relação aos fluxos e critérios acordados entre as unidades de saúde e a rede hospitalar; têm dificuldade em acessar os serviços de nível secundário e terciário; não conhecem as instituições de saúde e os profissionais que lá atuam e nem são informados sobre as atividades que lá são desenvolvidas. Isto, muitas vezes, os impedem de orientar a gestante e os familiares e encaminhá-los aos serviços indicados e de maior qualidade.

Achados similares foram identificados por Ronzani; Ribeiro (2004) no estudo que realizaram sobre as práticas e crenças dos médicos que trabalham no Programa de Saúde da Família. Nesta pesquisa, os médicos referem que a especialização é um caminho dominante no atual padrão de identidade médica estando relacionada à crença de maior competência técnica e reconhecimento profissional, tanto pelos outros profissionais de saúde, quanto pela comunidade. Além da valorização profissional e pessoal, também são melhor valorizados financeiramente. Assim sendo, os médicos do PSF muitas vezes se sentem numa posição de menor *status* em relação aos outros médicos e algumas vezes utilizam a atenção primária e o PSF como lugares de passagem para a conquista da sua identidade profissional, perpetuando a situação existente.

Brasil (2006a) referenda lacunas na atenção básica que coincidem com os resultados da pesquisa.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com várias lacunas. A esse quadro acrescentam-se: a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários. Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2006a. p.1).

Apesar das vantagens citadas pelas gestantes da unidade local de saúde, entre elas a proximidade do serviço de saúde da residência e do trabalho, a diminuição dos custos financeiros, o fato das gestantes conhecerem os profissionais e a distribuição gratuita de medicamentos, há por parte de algumas gestantes, segundo a maioria dos entrevistados, uma credibilidade maior no Hospital Universitário. Para eles, isto se dá em virtude da filosofia da maternidade que preconiza a humanização; da gestante ter acesso a uma atenção completa, incluindo a continuidade de atenção e; ter maior segurança, no caso de emergências. Contribuem para isto ainda, o fato de ser um hospital escola, atualizado e centro de referência

para diversas especialidades, ter a confiabilidade da população e ter a tradição de prestar um serviço de qualidade divulgado até mesmo pela mídia. O estudo de Tsunechiro; Bonadio e Oliveira (2001) corrobora com o exposto. Afirma que a disponibilidade de local para a realização de exames e para a realização do parto no próprio serviço favorece a procura e a continuidade do acompanhamento pré-natal em determinada instituição.

Esta contradição de se optar pela instituição hospitalar e não pela unidade local de saúde como seria a lógica do SUS, já salientado no outro capítulo, deve-se a falta de atenção integral à saúde da gestante no mesmo local e de preferência com o mesmo profissional ou equipe, o que coincide com avaliação feita pelas gestantes em relação ao programa de humanização de pré-natal e nascimento (BRASIL, 2004e).

A divulgação pela população e pela mídia de situações que denotam a crise no sistema de saúde e de experiências negativas nas unidades locais, a falta de divulgação de experiências exitosas na atenção básica, de esclarecimentos informando que outros profissionais além do médico obstetra podem acompanhar o pré-natal, e mostrando que a rede básica pode prestar um atendimento de qualidade à população contribui para manter esta situação. Ao lado disso, outros fatores, apontados, especialmente pelos profissionais, colaboram para conservar este cenário: o despreparo técnico e relacional de alguns profissionais na rede básica; a legitimação da atenção curativa pela população e profissionais da equipe de saúde; a falta de recursos materiais (transporte) e humanos para a realização de visitas domiciliares; a tradição hospitalocêntrica do município; a pressão da indústria farmacêutica e de equipamentos; o corporativismo médico; a injeção de maiores recursos para cobrir internações e procedimentos hospitalares e a formação, em nível de graduação e pós-graduação, dissonante do que propõe a política do SUS. Tal condição resulta na desvalorização e descrédito no serviço público, em especial, aquele ofertado na rede de atenção básica, e, conseqüentemente, culmina com desvalorização dos profissionais que lá trabalham. Isto gera uma inversão da lógica do SUS, a procura de atenção secundária e terciária para solucionar problemas que poderiam ser resolvidos na atenção primária, sobrecarregando o sistema, além de gerar a exclusão do usuário do sistema e a desumanização da atenção. Ademais, induz a classe média e trabalhadores qualificados, usuários do SUS, a recorrerem ao atendimento particular, reduzindo ainda mais a sua renda e as possibilidades de melhores condições de vida.

Mendes (1999) não nega a existência de uma crise no setor saúde, enfatizando que não é privilégio do Brasil e dos países em desenvolvimento. É universal e manifesta-se nas dimensões da ineficiência dos serviços de saúde (poucos recursos na saúde e o existente é

alocado de forma irracional apenas em procedimentos de alto custo e de baixo impacto a saúde da população), da ineficácia (não há correspondência entre o incremento dos gastos e o impacto nos padrões sanitários do país), da iniquidade (difere entre os grupos sociais e regiões do país) e da insatisfação da opinião pública. Não nega também as críticas feitas ao SUS, no entanto alerta que as críticas feitas ao sistema decorrem de uma análise superficial. Para ele, trata-se de uma crise dos serviços de atenção médica, manifestada pela desorganização dos hospitais e da rede ambulatorial em que se misturam ingredientes perversos, falhas, atendimento desumanizado, mortes desnecessárias, etc. São problemas que não surgiram como consequência do SUS. Constituem problemas históricos em nosso país, reflexos da crise do estado brasileiro e expressão localizada da crise universal do paradigma flexneriano da atenção médica, agravadas pela contemporaneidade do SUS e diminuição de recursos, no início de sua implantação. Os problemas do financiamento do SUS e a dificuldade de governabilidade dos países, causada pelas incertezas do fluxo financeiro, dificultaram o processo de mudança do sistema de saúde do Brasil. Além disso, contribuiu para o agravamento desta situação, a atuação da mídia, reforçando no imaginário social a idéia do caos da saúde, divulgando alguns “fatóides” na área de saúde, pseudo-acontecimentos, polêmicos, às vezes sem importância e, em contrapartida, não divulgando as diversas experiências positivas na área da saúde pública em diversos municípios brasileiros. Os ganhadores com a implantação do SUS, milhões de pessoas que adquiriram direitos e se livraram da indigência, são a maioria silenciosa que conta pouco no jogo político e na formação da opinião. Adquiriram cidadania à saúde, mas são subcidadãos políticos que não são ouvidos e não estão organizados para poderem reivindicar e lutar. As estruturas organizacionais engessadas burocráticas e desarticuladas ainda existentes são incoerentes com o novo modelo, fundamentado na descentralização da atenção à saúde e na participação de usuários e funcionários, também gerando uma grande desestruturação no sistema.

Creio que isto se deva a um conjunto de causas interdependentes de ordem política, econômica, ideológica e social, o qual não aprofundarei no momento, que influencia e interfere nos serviços e atinge diretamente a população, a unidade local de saúde, o profissional e em última análise a gestante e atenção a ela ofertada, indo ao encontro do que Morin (2001c) afirma.

Trata-se de procurar sempre as relações e inter-retroações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações de reciprocidade todo/partes; como uma modificação local repercute sobre o todo e como uma modificação do todo repercute sobre as partes. Trata-se, ao mesmo tempo, de reconhecer a unidade dentro da diversidade, o diverso dentro da unidade.

Brasil (2006a, p.1), assinala algumas ações propostas pela política de humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza-SUS que podem contribuir significativamente para uma mudança deste cenário, entre elas:

a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos; a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Uma outra dificuldade salientada pelos profissionais da unidade local de saúde e pouco abordada pelas gestantes e pelos profissionais do HU foi a descontinuidade da atenção e desarticulação entre os diversos setores da saúde do HU. Os últimos reforçaram, contudo, a necessidade da gestante ter a garantia desta continuidade sem necessitar peregrinar de um lugar ao outro, considerando o não cumprimento deste direito como atenção desumanizada.

Segundo eles, em relação aos encaminhamentos, não existem protocolos formalizados entre os serviços de atenção primária e secundária que garantam esta continuidade ou os existentes são desconhecidos dos profissionais. A via de encaminhamento é a marcação de consultas e de exames através da central de marcação, mas na maioria das vezes este processo é demorado, agravando a enfermidade ou o problema da gestante. Quando acontece, há problemas em relação à referência e contra-referência. Apenas uma pequena parcela dos profissionais do nível secundário e terciário dá retorno escrito sobre as ações realizadas. A maioria não registra nada no cartão ou em qualquer outro documento. O reverso também acontece com os profissionais da unidade local de saúde, mas, de acordo com a observação participante, em uma menor amplitude. Alguns profissionais da rede não registram os dados e as avaliações de saúde da gestante e das puérperas nos cartões e cadernetas de saúde. Além de dificultar a referência e contra-referência, a falta de registros impede que os profissionais tenham uma proteção legal, já que não tem como comprovar juridicamente quem realizou as atividades. Muraro e Pupin (2001), no entanto, tem uma visão diferenciada em relação a isto. Para elas, o silêncio dos profissionais de saúde em seus registros pode também estar relacionado ao acobertamento de erros. Defendem que o aprimoramento dos escritos analíticos em prontuários, documentos e dossiês diversos, reduzindo os sub-registros concernentes aos agravos sociais na saúde, protege muito mais os direitos do usuário, além de instrumentalizar os processos decisórios internos.

Além destes aspectos relacionados à questão da referência e contra-referência, os profissionais da unidade local de saúde ressaltam a inexistência de diálogo entre os profissionais dos diversos níveis de complexidade. Há uma ruptura abrupta do vínculo, da relação de confiança existente entre os profissionais, as mulheres e os familiares, quando estes são encaminhados ao nível terciário, maternidades e hospitais, ambiente com os quais não estão familiarizados, situação altamente desumanizante na opinião deles. Há um distanciamento entre a rede básica e a rede hospitalar. As informações que a gestante adquire são ambivalentes, ora positivas, ora negativas, dependentes apenas das experiências das outras gestantes. Contribuem para agravar esta ruptura, reforçam os profissionais envolvidos neste estudo, a falta de reconhecimento e valorização das capacidades mútuas entre os profissionais dos diversos níveis de atenção; a disputa de poderes e as rivalidades; a falta de parcerias entre os profissionais da atenção básica e hospitalar, tanto pública e privada; a desarticulação entre os diversos níveis de complexidade e; a formação de dois blocos distintos o da atenção à saúde pública e o hospitalocêntrico. Esta situação não é só mérito do Brasil, acontecendo também nos Estados Unidos. Lu et al. (2000) destacam como lacunas importantes ligadas à continuidade da atenção, a fragmentação da assistência de saúde e a desarticulação entre os vários serviços de pré-natal, as instituições hospitalares, os profissionais de saúde e entre as diversas especialidades. Neste sentido, a Organização da Saúde reforça a importância desta articulação para atender as necessidades complexas de saúde da população e as demandas dos sistemas de informação, possibilitando a avaliação, o monitoramento e avaliação dos serviços.

A atenção primária também desempenha um papel importante ao coordenar a continuidade da atenção e o fluxo de informações por todo o sistema de atenção em saúde. Mas somente os serviços de atenção primária não são suficientes para atender adequadamente as necessidades mais complexas de cuidados de saúde da população. Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados pelos diferentes níveis de cuidados especializados, tanto ambulatoriais como de internação, assim como pelo restante da rede de proteção social. Por esse motivo, os sistemas de atenção em saúde devem trabalhar de uma forma integrada por meio do desenvolvimento de mecanismos que coordenam a atenção por todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e sistemas de referência e contra-referência. Além disso, a integração em todos os diferentes níveis de atenção requer bons sistemas de informação que possibilitem planejamento, monitoramento e avaliação de desempenho adequados; mecanismos apropriados de financiamento que eliminem incentivos deturpados e garantam a continuidade da atenção; e abordagens de diagnose, tratamento e reabilitação baseadas em evidências (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005, p.11).

Em todo este contexto, é evidente a inter-relação dos diversos setores e sistemas que conformam à política de saúde e a complexidade das relações nele estabelecidas, refletida também nas falas dos envolvidos na pesquisa e nos discursos dos autores supracitados, ficando claro a necessidade de se estabelecer laços, diálogos entre setores, entre gestores,

entre os usuários e profissionais, entre os profissionais, entre os níveis que compõem o sistema de saúde para podermos humanizá-lo, transformá-lo e fortalecê-lo. Desta forma, a gestante, parcela da população para quem se destina os serviços de saúde poderá ter acesso a uma atenção humanizada e de qualidade que merece.

8.5 RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS E DIALÓGICAS ENTRE AS GESTANTES E OS PROFISSIONAIS

Duas subcategorias compõem esta categoria: o acolhimento e a relação horizontal, de interdependência e confiança entre profissionais e gestantes.

Além de ter acesso aos serviços, uma outra categoria diretamente relacionada a esta assinalada pelos participantes é o cuidado humanizado no pré-natal entendido como o ato de acolher o usuário e os familiares, como acolhimento das gestantes e familiares.

8.5.1 ACOLHIMENTO

As gestantes da ULS da Agrônômica não utilizaram este termo, mas o caracterizaram em suas falas, reforçando, como os demais participantes, que a recepção acolhedora é essencial para adesão e continuidade do pré-natal. Para os envolvidos consiste de uma postura acolhedora e respeitosa dos profissionais que compõem a equipe de saúde. Isto inclui apresentar-se; sorrir; cumprimentar as gestantes e familiares; chamá-las pelo nome; colocar-se a disposição; olhar no olho, recepcionando com carinho e atenção especial. Implica em procurar estabelecer um ambiente harmonioso e agradável, aberto à comunidade. Consiste em uma escuta qualificada e atenta aos interesses e às necessidades, e em uma comunicação efetiva, buscando compreender as razões que motivaram a gestante a procurar o serviço. Ademais, dar resolutividade aos seus problemas e responder os questionamentos de forma personalizada, tranqüila e ágil ou fazer encaminhamentos para consultas, procedimentos, grupos, serviços ou outros níveis de complexidade de atenção. A superação de conflitos e discordâncias inerentes às relações humanas, que às vezes ocorrem neste momento, também consiste neste acolher. Para eles, o acolhimento pode e deve iniciar na recepção e fortalece-se durante todas as ações prestadas nos serviços de saúde. Para tanto, algumas qualidades dos profissionais foram ressaltadas: ter bom humor, paciência, calma, educação, simpatia, disponibilidade de tempo e usar uma linguagem coloquial. Milligan et al (2002) citam também a abertura, a sinceridade, a alegria e a cordialidade. Camelo et al. (2000) e Hoga

(2004), além destas qualidades, acrescentam que o profissional deveria considerar o usuário como co-participante do processo; avaliar em conjunto com ele todas as questões e reforçar a sua parcela de responsabilidade no problema, para que este se torne protagonista do processo.

Algumas barreiras foram apontadas por todos os participantes em relação à efetivação do acolhimento, tanto de ordem pessoal e institucional. No que concerne às barreiras pessoais ficaram evidenciadas a agressividade, a indiferença, a impaciência, ratificadas por Milligan (2002), a falta de conhecimentos e agilidade de alguns profissionais da equipe de saúde para alcançar maior resolutividade, o uso de uma linguagem técnica; a dificuldade para se relacionar e a falta de um perfil para trabalhar com pessoas. Já, em relação às instituições, problemas na organização e estrutura física da unidade local de saúde e do Hospital Universitário foram assinalados, principalmente pelos profissionais.

Vários autores compartilham que o acolhimento é essencial para o estabelecimento de uma atenção humanizada, sendo ora uma estratégia para alcançá-la, ora a própria atenção. Para Merry, citado por Nascimento (2003), o acolhimento é uma tecnologia leve, concretizada através de ações resolutivas e respeitadas do enfermeiro e dos membros da equipe de saúde, sendo um diferencial na solidificação do cuidado humanizado. É fundamental para o estabelecimento do vínculo e do próprio processo terapêutico e para a autonomia do cliente.

Não é só responsabilidade da recepção, mas de todos os profissionais, sendo fundamental como parte do processo de criação do vínculo e do próprio processo terapêutico, devendo visar à autonomia do cliente. Na mesma linha, Brasil (2004g); Brasil (2005c) e Dióz (1998) enfatizam que o acolhimento, aspecto essencial da humanização, implica recepcionar, atender os que procuram o serviço de forma acolhedora responsabilizando-se por eles, ouvindo suas queixas, permitindo a expressão de suas preocupações, fornecendo respostas, orientando e encaminhando. Implica prestar um atendimento com resolutividade e articulado com outros serviços de saúde com vistas à continuidade de atenção, quando se fizer necessário. Envolve o acesso ao serviço, a sensibilidade, a interação, o vínculo e a preocupação com as reais necessidades da clientela.

Teixeira (2005) vai além, mudando inclusive a terminologia, chamando de acolhimento dialogado, uma técnica passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento do atendimento, pela qual se identifica, elabora e se negocia as necessidades que podem vir a serem satisfeitas. Para ele, são diálogos que se estabelecem em qualquer momento em que se concretizam as relações e as redes de conversações entre usuários e profissionais. Tal sentido de acolhimento extrapola o explicitado pela maioria dos

envolvidos na pesquisa, articulando-se e situando-se em outra categoria, a relação dialógica como veremos a seguir.

8.5.2 RELAÇÕES HORIZONTAL, DE INTERDEPENDÊNCIA E DE CONFIANÇA

Se inter-relacionando, e já iniciando no acolhimento, surge um outro significado atribuído pelos envolvidos na pesquisa, o cuidado humanizado caracterizado como a relação dialógica, horizontal, de interdependência, de confiança, uma relação interpessoal, estreita, entre as gestantes e profissionais da equipe de saúde.

Uma relação de proximidade, empática, de confiança, afetiva, diferenciada, de ajuda, de entendimento, de compreensão, na qual haja abertura e respeito à integridade e a dignidade inalienável do outro, aceitação do seu valor como ser humano e reconhecimento mútuo. Envolve sensibilidade, atenção, escuta autêntica, disponibilidade, interesse recíproco e uma comunicação efetiva entre gestantes e profissionais. Significa interagir, estabelecer uma relação de reciprocidade na qual cada um pode contribuir para o crescimento do outro, pode se transformar e possibilitar a transformação do outro. Consiste em uma relação horizontal em que os envolvidos questionam, criticam e ao mesmo tempo emitem respostas; sugerem soluções; compartilham experiências, conhecimentos, informações, expectativas, crenças e significados; expõem suas idéias, seus medos e ansiedades e estabelecem transações, acordos e compromissos. Significa estar em presença mútua, em co-presença, estar em “relação com”, colocar em comum e compartilhar as idéias, sentimentos e atitudes, comunicar-se de forma verbal ou não, estando atento, inclusive, aos sinais subliminares. Significa estabelecer um encontro verdadeiramente autêntico que incorpore as identidades e diversidades e considere a complexidade do ser humano. Implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente construídas, as quais vão progressiva e simultaneamente esclarecendo e (re) construindo as necessidades de saúde e do viver saudável. Implica também em desencontros, em conflitos, contradições, antagonismos, erros e acertos, (quando entram em choque singularidades afetivas, sociais, culturais e éticas distintas), os quais precisam ser superados, por meio do diálogo aberto, franco e respeitoso.

Neste processo, as gestantes consideram essencial que o profissional as conheça, saiba sua história de vida e que também se deixe conhecer para que possam se vincular e se relacionar.

Segundo Morin (2002a), tudo inicia com a “ética-para-si”, relação com o nosso próprio egocentrismo. A auto-ética comporta a auto-análise, a autocrítica e a tolerância para

com o outro. Exige a autocompreensão e o autoconhecimento; a luta para evitar a contradição entre nossa vida e nossas idéias; a justificação dos nossos atos para não condenar e culpar os outros e transferir nossos erros para outrem, assim como, assumir nossa responsabilidade pelos nossos atos. É uma ética de si para si que desemboca naturalmente em uma ética para o outro. A ética para com o outro reclama não remeter o outro para fora da humanidade, não excluí-lo. Procura compreender a necessidade fundamental de cada sujeito humano de ser reconhecido como sujeito humano por outro sujeito humano; a necessidade de reconhecimento mútuo; o reconhecimento da sua diferença e da sua identidade humana.

Os envolvidos na pesquisa consideram a disponibilidade de tempo, a possibilidade de escolher o profissional de saúde, de consultar com o mesmo profissional ou com membros de uma mesma equipe como fatores essenciais na formação do vínculo e no estabelecimento da relação dialógica. No Hospital Universitário, o fato de algumas gestantes não terem uma pessoa de referência, em função do rodízio dos discentes e da sobrecarga dos médicos que supervisionam os alunos, gera insegurança e impede a interação com a gestante. Ademais, a falta de disponibilidade de tempo, em função da burocracia existente, do tempo gasto para preenchimento dos registros e da determinação e da normatização restringindo o horário para realizar as consultas, dificultam a relação de confiança, o vínculo e interação entre os profissionais e as gestantes, desumanizando o cuidado. Isto é ratificado por Marcom (1997) em sua pesquisa também realizada em um Hospital Universitário. Neste sentido, algumas mudanças e alguns redirecionamentos na forma de conduzir o ensino-aprendizagem foram propostos pelos entrevistados, alguns já em andamento.

Este significado de atenção humanizada é ratificado por diversos autores, gestores e profissionais. Para eles, a humanização é a democratização das relações que envolve o atendimento. É a formação de vínculos, de diálogos, de relações éticas e solidárias. É a melhoria das comunicações entre profissionais e usuários. A humanização é a constituição de uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e do diálogo. Envolve um aprendizado contínuo e vivencial, não sendo fácil a sua efetivação. (BETTS, 2004; BETTINELLI, 2001; CASATE; CORRÊA, 2005; DESLANDES, 2004; TEIXEIRA, 2005).

O diálogo se impõe como caminho, pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. [...] Ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. [...] O diálogo constrói-se com base na escuta, na interpretação dos significados contextuais e subjetivos presentes nas manifestações, através de uma comunicação ampla, mediada pelas palavras, pelo tato, pelos gestos, pelo olhar, enfim, pelos sentidos (MANDU, 2004, p.673).

Segundo Minayo (2002a), as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de *status* podem constituir fortes impeditivos para o diálogo, mas não são insuperáveis. Pode também representar possibilidades e dar dinamicidade nas relações. Mandu (2004, p. 671) acrescenta que o poder pode gerar consensos e autonomia ou confrontos, submissão e escravidão. O poder como dimensão cultural apresenta-se como força nos serviços. Precisa tornar-se visível e ser revalorizada de forma crítica, haja vista que por seu intermédio pode-se conquistar ou não a saúde, distanciar-se ou não dos sujeitos e de suas necessidades.

No sistema de saúde reproduzem-se diversas relações sociais de poder, - como aquelas entre classes sociais, gênero, etnia, raça, etc., expressas, entre outras, nas interações entre profissionais e sujeitos que demandam atenção. O modo como se lida com a questão do poder (pólo agência-resistência) pode gerar mais ou menos autonomia, controles ou aprisionamentos. [...] O poder é uma dimensão cultural histórica catalisadora de forças e direção, envolvendo absorção, consensos e confrontos. Nos serviços, essa dimensão apresenta-se com força e precisa ser visualizada e revalorizada como alvo de ação crítica, uma vez que por seu intermédio pode-se conquistar mais ou menos saúde, pode-se aproximar mais ou menos das diversidades vividas, dos sujeitos, de seus interesses e necessidades (MANDU, 2004, p. 671).

O diálogo autêntico quebra resistências, diminui as distâncias entre as pessoas e propicia o estabelecimento de acordos e aprendizagens conjuntas.

Para tanto, afirma Mandu (2004), é necessária abertura ao sujeito que busca ou necessita de atenção, que deve ser visto e tratado como um sujeito ético-político com subjetividades e potencialidades e não como um objeto isolado, dado, passivo, subordinável à intervenção. Neste sentido, as relações precisam deslocar-se no sentido da horizontalização, de modo que hierarquias, preconceitos e controles sejam substituídos o mais cabalmente possível. O usuário precisa ser ouvido e atendido de forma personalizada. O profissional precisa escutá-lo. Mostrar-se receptivo ao universo social e afetivo-cultural da clientela, abrindo espaço à sua expressão. Consiste também na valorização do conhecimento intelectual, afetivo e, igualmente, da intuição e da sensibilidade própria do outro (ampliando, assim, de fato o vínculo com o sujeito alvo dos cuidados).

Segundo Brasil (2000), o diálogo franco e a capacidade de percepção daquele que acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da família, enquanto atores principais da gestação e do parto. Escutar sem julgamentos e sem preconceitos, permitindo a mulher falar de sua intimidade com segurança fortalece a gestante no seu caminho até o parto e a ajuda na construção do conhecimento sobre o processo de nascimento e sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranqüilo e saudável.

A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir o dito e o não dito, do diálogo com nossos semelhantes. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente (OLIVEIRA, 2001a).

Humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer e, é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano (OLIVEIRA, 2001a, p.124).

Teixeira (2005) aborda a questão do diálogo quando fala de acolhimento. Define o acolhimento dialogado como as relações que acontecem em qualquer atendimento, em qualquer um dos encontros, que são os “nós” da imensa rede de conversações ou rede de trabalhos afetivos que são os serviços. É a aceitação de um conjunto de pressupostos e predisposições no diálogo com o outro que definem seus domínios de ação e significação. Para ele, é uma técnica de conversa, de apoio para o processo de conhecimento das necessidades fundamentada nas seguintes disposições ético-cognitivas: reconhecimento do outro como legítimo outro; reconhecimento de que todos somos insuficientes; aceitação de um conjunto de pressupostos e de predisposições no diálogo com o outro. O objetivo de tais diálogos não é homogeneizar os sentidos levando ao desaparecimento das diferenças, mas fazer aflorar o ponto de convergência das diversidades.

Reiterando o exposto e as assertivas dos entrevistados, Teixeira (2005), utilizando-se de Espinosa, faz a uma analogia entre o encontro entre dois seres, homem e mulher, que se relacionam afetivamente e o encontro entre os profissionais e os usuários. Chama a atenção para algumas fases indispensáveis para o estabelecimento destas relações, também mencionadas pelos envolvidos na pesquisa: o estabelecimento da empatia; as conversações; a convergência de pontos comuns individuais e comunitários (zona de comunidade-aquilo que um tem a oferecer e aquilo que outro precisa); a relação de confiança e a formação de vínculo e; o reconhecimento mútuo das diferenças e singularidades (zona de singularidade). Para ele, na relação dialógica ou acolhimento dialogado, o encontro da plena realização das potências individuais (“zona de singularização”) passa pelo encontro da realização das potências “comunitárias” a “zona de comunidade”, sem o que se estabelece a opressão. Indaga se estes encontros são possíveis na atenção básica, se o usuário e os profissionais são capazes de “se por em relação” e estabelecerem este diálogo, essencial na humanização.

De acordo com Mandu (2004), vários estudiosos têm dimensionado o lócus das inter-relações ou das intersubjetividades como espaço importante de investimento, com implicações

significativas na transformação do atual modelo assistencial. Para ele, as inter-relações entre os envolvidos na atenção, presentes nos serviços de saúde, abrangem mais que um encontro físico intermediado pela aplicação de medidas técnico-científicas. Tal encontro diz respeito a um acontecimento intersubjetivo entre sujeitos eminentemente relacionais, culturais, políticos e psico-afetivos, imersos em contextos de relações e de produção/reprodução de ações e de simbolismos diversos. Neste encontro, apresentam-se explicitamente ou não, no que diz respeito aos sujeitos alvos do cuidado, processos subjetivos relativos às trajetórias, às situações e às relações vividas que contém aspectos orgânicos, socioculturais e afetivos interdependentes, os quais devem ser considerados no cuidado em saúde. Também exprimem afetividades e leituras peculiares dos profissionais sobre quais são os problemas, as necessidades e as alternativas às situações vividas pelos que requerem cuidados, iluminadas por determinadas perspectivas afetivas, socioculturais, experiências práticas próprias ou da clientela e por fundamentos teórico-metodológicos que dão sustentação ao seu saber-fazer.

Morin (2001a, 2002ab) aborda também a relação intersubjetiva e o que pode favorecer este diálogo e a inclusão do outro ou o reverso. Afirma que o outro é, ao mesmo tempo, o semelhante e dessemelhante. Semelhante pelos traços humanos, e culturais comuns e dessemelhante pela singularidade individual e pelas diferenças étnicas e culturais, entre outras. A relação com o outro se inscreve na relação consigo mesmo. Cada indivíduo comporta um comando para si e um comando “para nós” ou para o outro, um comando para o egoísmo e outro para o altruísmo. O fechamento egocêntrico torna o outro estranho para nós; a abertura altruísta, o torna simpático. “Na intersubjetividade, produz-se à convivência. A possibilidade de compreensão permite reconhecer o outro como outro sujeito e senti-lo, eventualmente, no amor como *alter ego*²⁰, outro si mesmo” ou, um outro eu mesmo (MORIN, 2002b p.78); possibilita abrir-se para o outro e estabelecer uma relação recíproca. O princípio da inclusão (amor) inscreve o Eu na relação com Outro, com a família e comunidade sociológica. Supõe para os humanos a possibilidade de comunicação entre os sujeitos de uma mesma espécie, cultura e sociedade. Dentro deste contexto, Mounier, citado por Severino (1988) reforça que para o estabelecimento do relacionamento humano faz-se necessário à comunicação e à comunhão autênticas entre as pessoas, sendo isto possível quando há disponibilidade dos sujeitos.

Zoboli (2003) afirma que dificuldades em manejar os aspectos éticos na atenção básica podem romper o vínculo entre os profissionais e dificultar as relações entre usuários, famílias,

²⁰ Ego alter- um outro indivíduo sujeito e alter ego, ou outro eu mesmo (MORIN, 2002a).

equipe de saúde e comunidade adstrita. Isto porque os problemas éticos que permeiam as circunstâncias comuns da prática diária da atenção à saúde apesar de envolverem fatos e valores distintos, amplos e complexos não são tão dramáticos e imediatos como os que acontecem em nível hospitalar, mas não menos importantes. São sutis e com uma aparente trivialidade, difíceis de serem percebidos e solucionados, podendo até ser menosprezados ou desconsiderados. Na realidade, segundo a autora são extremamente importantes no estabelecimento e fortalecimento na relação dialógica entre usuários e profissionais da equipe de saúde, precisando ser trabalhados.

8.6 VALORIZAÇÃO DA GESTANTE COMO PESSOA AO MESMO TEMPO NA SUA UNICIDADE, DIVERSIDADE E MULTIDIMENSIONALIDADE

Nesta rede de conversações e interações entre usuários gestantes, familiares e profissionais da equipe de saúde, no acolhimento ou em qualquer momento do atendimento, foi considerado como cuidado humanizado no pré-natal a valorização da gestante e dos familiares como seres humanos ao mesmo tempo plurais, multidimensionais e singulares.

Esta categoria foi ressaltada pela unanimidade dos entrevistados, gestantes e profissionais. Estes acreditam que apesar das similaridades existentes entre as gestantes, sendo mulheres que estão vivenciando uma fase especial de suas vidas envoltas por grandes transformações, mudanças de papéis e estilos de vida, cada uma delas é singular, tem suas peculiaridades, características e experiências que as diferenciam uma das outras. Elas têm suas próprias subjetividades que demandam necessidades e expectativas individuais, necessitando um atendimento diferenciado. A gestação também é vivida e tem um significado diverso para cada gestante e familiar, sendo necessário compreender o processo de gestar vivido por eles, o que ele representa e a influência da gestação nas relações conjugais, familiares e intersubjetivas.

Valorizar os sentimentos, o que pensa e sente a gestante, o significado que atribui a gestação, suas necessidades e queixas. Reconhecer sua dor, sentimentos, medos, dúvidas, problemas e necessidades. Evitar banalizar estas questões, ignorá-las ou homogeneizá-las, alegando apenas ser uma situação fisiológica e normal da gravidez. Possibilitar oportunidades para que ela compartilhe e elabore estas vivências com outras gestantes e, sobretudo, ficar atento e procurar compreender, na ótica das gestantes, o que não é dito, mas é expresso nos silêncios e o significado do que é explicitado.

Conhecer a realidade delas, as condições culturais, educacionais e sociais em que vivem, e partir daí, em parceria com a gestante, adequar as ações de acordo com as necessidades e recursos que dispõe. Atender de forma personalizada, reconhecendo as diferenças, possibilitando oportunidades igualitárias, equânimes para se expressarem, reivindicarem, decidirem e agirem de forma autônoma, oportunizando e estimulando-as, se possível, a assumirem o papel de protagonistas do processo de nascimento.

As gestantes reforçaram muito mais que os profissionais, a necessidade de valorizar além das questões ligadas a gravidez, as questões pessoais e relacionais e aquelas ligadas ao filho. Estar sensível a elas, olhando-as no seu olho, conhecendo-as, designando-as pelo nome, procurando fortalecê-las em sua auto-estima e imagem e também se deixando conhecer. Reconhecer que atrás da barriga existem duas pessoas com necessidades diferentes, sendo assim precisam ser consideradas. Reconhecer que o bebê em formação é um ser humano que interage, tem emoções, já tem uma identidade e pode até ter um nome que precisa ser conhecido e nomeado, não podendo se restringido apenas aos batimentos cardíacos.

Reconhecer que a gestante tem potenciais e possibilidades que podem e precisam ser fortalecidos e estimulados; tem conhecimentos prévios, tem uma história, valores e crenças que não podem e não deveriam ser pré-julgados, que precisam ser conhecidos, respeitados, compartilhados e somados aos conhecimentos dos profissionais. Nesta intersecção, procurar ampliar os conhecimentos, propiciar crescimento e autonomia e, quiçá, uma transformação mútua. Respeitar legitimamente a gestante, a sua cultura, sem que isto traga prejuízo para ela e o bebê. Respeitar a sua existência, sua diversidade e sua dignidade humana, procurando pontos de convergência e coalescência, diminuindo a distância entre ela e os profissionais da equipe de saúde.

Conhecer a realidade da gestante e os recursos que dispõe para conduzir a gravidez parece ser um dos obstáculos apontados apenas pelos profissionais da unidade local de saúde. Contrariando o discurso dos profissionais e as novas propostas nesta área, de acordo com a observação participante, a atenção à gestante segue o modelo flexeriano, priorizando a consulta no consultório, seguindo o modelo biomédico. A falta de disponibilidade de tempo, de recursos materiais, de transporte, de recursos humanos capacitados somados aos problemas conjunturais e da comunidade dificultam a realização das visitas domiciliares. Isto dificulta o conhecimento do contexto em que vive a gestante, a avaliação dos recursos que a gestante e a comunidade possui, o compartilhamento de informações e acompanhamento da gestação. Mesmo com a introdução das equipes da saúde da família e residência a situação se mantém. Constituem fatores que reforçam esta situação: entraves burocráticos; a pressão velada ou não

da sociedade e dos gestores de saúde para manter o modelo existente; horários dos profissionais incompatíveis como os horários dos usuários que residem na área de abrangência; a não aceitação deste tipo de atendimento por uma parcela da comunidade que rejeita a presença e a interferência de profissionais no cotidiano de suas vidas e a violência na comunidade, que impede a visita em determinados dias da semana. Além disso, contribuem para a manutenção deste quadro, o número reduzido de equipes da saúde da família; a formação dos profissionais; a falta de preparo e de supervisão dos agentes de saúde para mediar as relações entre a unidade local e a comunidade. Todas estas situações precisam ser aprofundadas e investigadas. Considerando estes aspectos, creio que aí reside uma das grandes lacunas da atenção primária de saúde e ao mesmo tempo uma das possibilidades para reverter o cenário existente, humanizando a atenção à saúde e, principalmente um dos caminhos para conhecer, valorizar e reconhecer a gestante em sua singularidade e multidimensionalidade.

Corroborando com as colocações dos envolvidos na pesquisa, Del Gabriel Marcel, citado por Nogare (1988) e Fortes (2004), entendem que humanizar a saúde é compreender a pessoa em sua singularidade, levando em conta seus valores, necessidades vivências e dando a ela a possibilidade de exercer sua liberdade, evitando qualquer forma de discriminação, violência (indiferença, coerção, agressividade) e perda de autonomia, enfim, preservar a dignidade humana. Para Caponi (2000) consiste em exercer a solidariedade, o que exige a inserção da pessoa em uma rede de vínculos na qual seja reconhecida na sua igualdade e diferença e na sua dignidade, podendo reclamar, aceitar ou negar a assistência.

Este reconhecimento se constrói pela mediação da palavra na relação com o outro, meio pelo qual expressamos nossos medos, pensamentos e sensibilidades. Assim, afirma Betts (2004), é necessário garantir à palavra a sua dignidade ética. Reconhecer as palavras expressadas e faladas pelo sujeito e ao mesmo tempo explicitar ao outro que a mensagem foi compreendida, pois o outro necessita ouvir palavras que indiquem este reconhecimento. A humanização depende da capacidade de se falar e de se ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes.

É importante, segundo Oliveira; Collet e Viera (2006) e Betts (2004), dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que possibilita o agir e o transformar, considerando o respeito, o reconhecimento mútuo e a solidariedade.

No entanto, segundo Mandu (2004) e Tsunehiro; Bonadio, Oliveira (2001), há um despreparo dos profissionais para interagir, escutar, para se aproximar e se comunicar com a

usuária, respeitando-a na sua singularidade, sem perder de vista seu contexto familiar, social e cultural. Estes muitas vezes mantêm uma postura autoritária, guiam-se por seus saberes, sem considerar as vivências do usuário, distanciando-se dele.

[...] a permanência da tradição autoritária, distanciada e hierarquizante nas inter-relações entre profissionais e sujeitos alvos dos cuidados em saúde, centrada em referências profissionais e em um modo científico (biomédico) de identificar, controlar e tratar problemas, que exclui os saberes e as experiências diversas do outro pólo da relação (MANDU, 2004, 665 e 666).

Por conta disso, os envolvidos na pesquisa, evidenciaram situações desumanizantes, como: banalizar ou não valorizar os sentimentos, as dúvidas, as necessidades e as queixas das gestantes e familiares; ficar alheio ou indiferente às reivindicações; deixar de valorizar seus conhecimentos e suas crenças; menosprezar a experiência e a vivência de gestar e de parir adquirida ao longo dos anos. Além disso, criar expectativas que não podem cumprir; desconhecer a realidade da gestante e prescrever orientações incongruentes com suas necessidades e possibilidades; expor a gestante às situações que gerem constrangimento; não individualizar a atenção, tratando-a com mais uma, deixado-a esperar horas, sem ao menos perguntar a razão de sua presença naquele local.

Por outro lado, creio que o reverso também precisa ser garantido, a valorização das singularidades e multidimensionalidades do profissional e a valorização pessoal e financeira do profissional de saúde que junto com os usuários constituem a rede de diálogos e de solidariedades para que o cuidado humanizado se efetive, o que é corroborado por Caseta e Corrêa (2005 p. 108).

É priorizada a importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, devendo ser implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competência para o cuidar.

Para Morin (2002b, 2001a), todo o ser humano é ao mesmo tempo singular e múltiplo. Todo o ser humano traz consigo os caracteres comuns dos seres humanos e ao mesmo tempo as próprias singularidades, traz as diversidades genéticas, cerebrais, mentais psicológicas, afetivas, intelectuais, culturais e sociais que precisam ser respeitadas e valorizadas. No seio de sua singularidade, o ser humano traz toda a humanidade e toda a vida e todo o cosmos, incluindo o seu mistério que jaz no fundo da natureza humana. Cada ser humano representa um ponto onde termina e se sintetiza o processo evolutivo. Pelo fato de ser consciente, cada um faz uma síntese singular e única, não repetível de tudo o que capta, sente, entende e ama. Cada pessoa humana representa um absoluto concreto, um fim em si mesmo, e não o meio.

Contudo, não é o centro do universo, depende e pertence a uma teia de solidariedades e de interdependências com os outros seres e o planeta.

Para Assmann e Mo Sung (2000); Ferreira (1999); Morin (2005); Strieder (2002), a aceitação da alteridade humana não é uma escolha, mas uma condição ontológica para se existir como ser humano. É necessário estar aberto às diferenças, às especificidades do outro, aceitar a pluralidade humana, quebrar resistências, vendo-o como fonte de riqueza e crescimento mútuo e não como uma ameaça. É necessário compreender as experiências do outro a partir de seu mundo e de sua história e não a partir de nossa visão. Reconhecer a complexidade da condição humana é um aceno para admitir a interdependência do gênero humano, reconhecer a legitimidade do outro, vivenciar uma dinâmica de respeito ao outro, essencial para o processo de construção de éticas da compreensão, da fraternidade e da solidariedade. Nem sempre isto é fácil no cotidiano do cuidado. Depende da superação de conflitos e de contradições, que às vezes ocorrem entre profissionais e usuários; depende de reflexões e de mudanças mútuas, e, sobretudo, da compreensão.

8.7 BUSCANDO A AUTONOMIA E O PROTAGONISMO NA GESTAÇÃO E NA SAÚDE

O fortalecimento dos potenciais da gestante e dos familiares para decidirem e agirem no cotidiano do cuidado e na vida, para exercerem a autonomia com vistas a conduzirem a gestação e o processo de nascimento e assumirem os seus papéis de protagonistas neste processo pode se dar além do já explicitado por meio do compartilhamento de saberes, informações e experiências; da inclusão e participação dos familiares, especialmente do companheiro; do conhecimento, reconhecimento, compartilhamento dos direitos políticos, sociais, de saúde, sexuais e reprodutivos das mulheres que vivenciavam a gravidez e; participação ativa nas questões relativas à sua saúde e da população (individuais e coletivas) e na humanização do cuidado.

Assim, a autonomia, como vimos acima, não se refere apenas às escolhas individuais, posto que estamos imersos numa rede de saberes, poderes, crenças, situações que às vezes abrem e fecham caminhos e que tornam dependentes a nossa autonomia, como diz Morin (2002b). Implica aumento das potencialidades para analisar, criticar, para se responsabilizar (em conjunto com os serviços de saúde) pelo seu cuidado na gestação e na saúde como um todo. Implica também participar ativamente das questões de saúde que envolvem os outros, a comunidade e a população. Neste sentido, alguns participantes

ressaltam a necessidade de propor sugestões para melhorar a saúde individual e coletiva dos usuários e participar ativamente, quando possível, do controle, da gestão e de movimentos que lutam por mudanças neste setor.

Assim, sendo esta categoria constitui-se de quatro subcategorias, assim denominadas: a) ampliação de conhecimentos e participação em espaços educativos individuais e coletivos; b) conhecer, reconhecer os direitos das mulheres, estimular o exercício dos direitos e exigir o cumprimento deles; c) inclusão da família e do acompanhante; d) participação ativa no processo de nascimento, na humanização do cuidado e nas questões relativas à saúde da população.

8.7.1 AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E PARTICIPAÇÃO EM ESPAÇOS EDUCATIVOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Considerando o exposto, o cuidado humanizado no pré-natal caracterizou-se como a troca de informações e ampliação de conhecimentos. Configurou-se também como ter acesso e oportunidade de participar de espaços educativos individuais ou coletivos que propiciem a expressão dos sentimentos e vivências e ampliem conhecimentos e experiências. Os profissionais e as gestantes abordaram esta questão com uma tênue diferença. As gestantes caracterizaram o cuidado humanizado no pré-natal como trocar conhecimentos e experiências no âmbito coletivo ou individual, ter informações, esclarecimentos, orientações e respostas as suas dúvidas. Os profissionais entenderam o cuidado humanizado como aquele que propicia espaços interdisciplinares informais ou não, individuais e coletivos para interação, compartilhamento de informações, de saberes e vivências sobre o processo de nascimento, expressão de sentimentos, ansiedades expectativas, questionamentos, orientações sobre fluxos e procedimentos e esclarecimento das dúvidas sobre a gestação. Enfatizaram a necessidade de estimular que a gestante e os familiares participem destas atividades. Os dois significados se complementam e são interdependentes, sendo que as atividades educativas coletivas foram mais destacadas pelos entrevistados do HU.

Todos os envolvidos na pesquisa consideraram relevante que as gestantes, no âmbito individual e coletivo, tenham seus questionamentos respondidos, sejam orientadas e esclarecidas sobre os procedimentos técnicos que são realizados no pré-natal, sobre as transformações, os desconfortos, os cuidados na gestação; sobre as rotinas e os fluxos que envolvem este atendimento. Além do exposto, os profissionais consideraram fundamental que a gestante conhecesse a maternidade, suas rotinas, fluxos e profissionais, bem como as

tecnologias ditas humanizadas que minimizam a dor e favorecem o trabalho de parto, devendo isto ser oportunizado a todas as gestantes. Tais considerações coincidem com os achados de Proctor (1998). Em seu estudo as mulheres desejavam receber informações que as ajudassem no preparo para a maternidade para se sentirem mais seguras e confiantes e para fazerem escolhas. Também desatacaram a necessidade da gestante conhecer a maternidade para ter informações sobre os fluxos, as normas e os procedimentos e também para se familiarizar com o novo ambiente.

Para tanto, algumas gestantes e profissionais enfocaram a importância de considerar os conhecimentos da gestante, seus questionamentos, suas necessidades, os recursos que dispõem (educacional, financeiro, cultural), seus hábitos e a realidade em que vivem, evitando propor ações incoerentes com seus anseios, desejos e possibilidades. Reforçaram que as ações devem ser discutidas em conjunto e implementadas, se assim for acordado, de forma gradativa, de acordo com os trimestres de gestação. Os dois grupos ressaltaram a necessidade de se usar uma linguagem coloquial, compreensível, simples, aproximativa, verdadeira e respeitosa, pois o contrário pode impedir a comunicação efetiva entre quem cuida e é cuidado.

Enfatizaram, sobretudo, a importância das gestantes e dos acompanhantes participarem de espaços educativos e interdisciplinares entre eles a sala de espera e o grupo de gestantes ou casais grávidos, considerando-os fundamentais para ampliar suas visões e saberes, agregar novos valores, quebrar tabus, criar e aumentar laços de amizade e de solidariedade, sanarem suas dúvidas e aumentarem a sua auto-estima e imagem. Além disso, reforçaram o valor destas ações para todos os envolvidos no processo de nascimento, uma vez que possibilitam a expressão de seus sentimentos e expectativas, minimizam seus medos e os auxiliam a compreender melhor esta fase de suas vidas, ajudando-os a reduzirem a dimensão de seus problemas e dificuldades e enfrentá-las. Contribuem também, sobretudo, para fortalecer os potenciais das gestantes, para aumentar sua segurança e confiança, para subsidiar suas decisões, ajudando-as a conduzir de forma mais ativa a gestação e o parto, e quiçá, assumir o papel de protagonistas do processo de nascimento. Ao lado disso, podem estimular o exercício de sua autonomia e empoderá-las, dando a elas voz e vez para suscitarem mudanças na forma de conduzir suas vidas e cuidarem de sua saúde.

Ávila (1998); Said (1995) e Zampieri (2003) corroboram com as assertivas acima, ressaltando que a participação da gestante e dos familiares nas atividades educativas coletivas, amplia os conhecimentos e as possibilidades das pessoas se autoconhecerem, diversificarem mais as suas relações e criarem novos laços de amizade. Além disso, propicia a troca de conhecimentos e experiências entre gestantes e familiares que vivem situações similares as

suas; o compartilhamento de informações sobre o processo de nascimento e cuidados neste período; a expressão de medos, ansiedades e sentimentos e elaboração dos mesmos, fundamentais para se fortalecerem e fortalecerem os seus potenciais, para decidirem e agirem e assumirem os seus papéis de sujeitos no processo de gestar e parir. Ademais, possibilita às gestantes e aos familiares compreenderem melhor este período especial em suas vidas. Oportuniza e auxilia as gestantes e os companheiros a esclarecerem dúvidas e enfrentarem as dificuldades interiores, preparando-os para a maternidade e paternidade; ajuda-os a quebrarem mitos que surgem durante a gravidez e parto, além de aumentarem a tranquilidade, a segurança, a confiança e aprofundarem a vinculação com meu bebê.

A atividade educativa coletiva foi muito enfatizada e recomendada pelas gestantes e profissionais do HU, sendo considerada um diferencial no cuidado prestado. Na unidade local de saúde também foi destacada, mas não com a mesma veemência. A atividade educativa coletiva com gestantes é normalmente realizada nas diversas unidades de saúde locais, como é o caso da ULS da Agrônômica. Contudo, observando o cotidiano da unidade local de saúde pesquisada, percebi que apenas um número reduzido de gestantes e de acompanhantes participa das atividades grupais, situação que tem se repetido em outras unidades que já atuei como docente e também relatada por Alves (2004) em sua dissertação, constituindo-se um fator de desapontamento e de frustração dos profissionais de saúde. A autora apontou como um dos dificultadores a barreira cultural. Para ela, a divergência entre as práticas populares e científicas, bem como o desconhecimento e o despreparo dos profissionais em relação a estas práticas favorecem o distanciamento da comunidade. Segundo a autora supracitada, o descolamento destas práticas da realidade do usuário e as dificuldades na comunicação, já que muitos profissionais usam uma linguagem técnica (aspecto enfatizado pelas gestantes na pesquisa) parecem ser obstáculos que merecem atenção e aprofundamento. Além disso, isto pode ocorrer em função da dificuldade da gestante de ser liberada do trabalho, da falta de recursos para se deslocar, do desconhecimento da importância desta atividade, da distância de sua residência e da unidade de saúde, da existência de outros filhos e das atividades domésticas que dificultam o deslocamento à unidade de saúde. Somo ainda, além das questões já citadas, a falta de envolvimento de algumas gestantes com a sua saúde; a falta de motivação de outras gestantes para participar; a vergonha de participar em atividades grupais e o desconhecimento ou a falta de informações. Ademais, o fato dos grupos serem realizados mensalmente e em dias diferentes dos dias agendados para as consultas, das gestantes terem pouca disponibilidade de tempo e também da divulgação insatisfatória destas atividades pelos funcionários. A realização de grupos de gestantes nas empresas e nas igrejas citada pelas

gestantes, iniciativa extremamente positiva que demonstra o compromisso com o trabalhador, pode ser também um fator gerador da redução do número de participantes nas unidades locais de saúde. A prática de atividades educativas atreladas às ações paternalistas outrora realizadas, como a doação de enxovais, o sorteio de brindes ou de cestas básicas, também pode ter criado expectativas na comunidade difíceis de serem superadas, podendo ser um outro obstáculo. Na prática, percebo, após dez anos de realização do grupo de gestantes ou casais grávidos no Hospital Universitário e após várias avaliações, que apesar desta atividade ser oferecida a toda a população, ser criada para atender à população menos favorecida, ser divulgada em toda a comunidade, é freqüentada, sobretudo, por gestantes e acompanhantes que têm uma condição social mais elevada, que têm mais acesso à informação e maior grau de instrução ou por aqueles que têm maior facilidade de se ausentar do trabalho. Percebo que quanto mais conhecimentos as gestantes e familiares têm, mais ávidos por conhecimentos parecem ser. Além disso, eles têm ciência de que esta oportunidade constitui-se em um direito e lutam para mantê-lo e conquistá-lo. Dentro deste contexto, saber é poder, como dizia Foucault (1984). Para ele, não há relação de poder sem constituição de um campo do saber, como também, todo saber constitui novas relações de poder.

Em relação aos entraves institucionais apontados como dificultadores para a realização das atividades educativas nas unidades locais de saúde e no Hospital Universitário, citados especialmente pelos profissionais, podemos apontar: a falta de um espaço formal para realizar estas atividades; a falta de materiais didáticos para estimular e motivar os envolvidos e a inexistência de um trabalho direcionado às gestantes adolescentes.

É bom lembrar que diferente da maioria dos participantes do estudo que entende que o processo educativo se dá em qualquer situação de cuidado (consulta, visita, grupos, procedimentos), um grupo de profissionais e de gestantes considerou como cuidado humanizado no pré-natal apenas as ações educativas prévias à consulta (sala de espera e grupo de gestantes ou casais grávidos). Reforçaram a importância e a continuidade desta atividade e o papel relevante do grupo de profissionais que as desenvolve. Alguns médicos consideraram essencial este trabalho desenvolvido pela enfermagem, psicologia e serviço social. Referiram não ter disponibilidade de tempo para fazê-lo nas consultas. O reconhecimento é satisfatório, mas pode trazer no seu bojo uma dicotomização, uma separação entre a educação e o cuidado. Além disso, pode reforçar a idéia que a consulta é coisa do médico e as atividades educativas dos outros profissionais. Isto só fortaleceria ainda mais esta visão biomédica. Pode também, segundo Muraro e Pupim (2001), fortalecer e reafirmar a idéia de que a tarefa educacional deve ser atribuída às mulheres (feminilizar a atividade educativa), reforçando tradicionais

normatizações da educação diferenciada por sexo. Portanto, é necessário que se reflita e se fique atento a esta questão e se procure dar uma atenção integral e completa à gestante.

Alguns profissionais e gestantes do HU enfatizaram a necessidade de se criar mecanismos para que as gestantes fossem estimuladas a participar das atividades grupais e atuassem mais ativamente, para que questionassem, procurassem e exigissem mais informações. Todos foram unânimes em considerar o acesso às informações como um direito das gestantes e dos acompanhantes que deve ser garantido e oportunizado pelo sistema de saúde.

Zoboli (2003) ratifica esta assertiva, ao enfatizar que os profissionais de saúde devem estar conscientes da responsabilidade que têm em esclarecer os usuários, devendo os gestores procurar criar condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e comunicação que leve em consideração as especificidades, as peculiaridades de cada área e da população. Para ela, a transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento, como eixos estruturantes do PSF requerem que seja garantido ao usuário o direito à informação, elemento vital para que este possa decidir sobre as questões relacionadas à sua saúde.

Em contrapartida, era notório a existência de algumas gestantes passivas, mais evidentes na unidade local de saúde do que no Hospital Universitário, que depositavam a responsabilidade de seu filho e de sua saúde nas mãos dos profissionais da equipe de saúde, repassando a eles a tarefa de transmitir informações, de orientar e de esclarecer, submetendo-se aos seus conhecimentos. Havia aquelas que tinham pouca iniciativa, tinham medo de questionar, de solicitar informações ou ainda as que não sabiam o que, como perguntar e onde procurar estes conhecimentos. Reforçando esta situação, havia uma pequena parcela de profissionais, em ambos os contextos, que apenas transmitia conhecimentos, restando as gestantes acatarem as orientações.

Neste sentido, Alves (2004) menciona dois modelos de comunicação, aplicados em educação em saúde, o tradicional e o dialógico. Sandoval (2000) ainda cita o tecnicista, situado entre os dois anteriores, que prioriza o planejamento, o uso de recursos audiovisuais com o objetivo de fixar as orientações dadas. Nos dois primeiros, o tradicional e o tecnicista, o profissional de saúde detém os conhecimentos e assume uma postura de autoridade, responsável pela transmissão de conhecimentos, dizendo ao usuário o que fazer e como fazer para a manutenção de sua saúde. O usuário, por sua vez, é visto como aquela pessoa carente de informação e destituído de saberes. Estabelece-se entre ambos uma relação assimétrica e vertical. Neste modelo, a ação educativa mantém estreita relação com a prevenção de doenças

ou agravos e com o tratamento de doenças. Caracteriza-se como prescritiva e descontextualizada das condições concretas do cliente. No modelo dialógico, o ponto de partida é o ser humano inserido em seu contexto histórico e sua realidade, com seus conhecimentos prévios, valores e crenças. Neste modelo, a relação é horizontal rompe com o autoritarismo e a imposição de verdades. Baseia-se no compartilhamento e na comunhão de conhecimentos e experiências, com vistas ao fortalecimento dos potenciais das pessoas, autonomia do usuário e crescimento mútuo. Resgata a condição de sujeito, a vocação ontológica do homem na busca de “ser mais” e humanizar-se. Contrapõe-se a passividade usual das práticas educativas tradicionais, uma vez que o usuário é considerado sujeito, portador de saberes, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com os serviços de saúde, nas pessoas dos profissionais e até fazer uma crítica sobre a realidade e ações de saúde propostas. Isto pode se dar em cada encontro realizado e/ou ao longo do processo educativo. No lugar de mensagens coercitivas e persuasivas, características da educação tradicional procura-se estabelecer relações dialógicas, nas quais os usuários deixam de ser submissos, se empoderam e expressam seus saberes e experiências. No processo de verbalização das situações ocorridas em suas vidas, os usuários superam suas meras narrativas, aprendendo ainda mais sobre suas experiências e capacitando-se para atuar de forma criativa para superar suas dificuldades e reinventar a vida cotidiana, a partir das trocas e da participação crítica. Segundo Freire (2002), a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é propiciar o fortalecimento pessoal dos seres. O importante, continua dizendo, é ajudar o ser humano a ajudar-se, a ser mais. Fazê-lo agente de sua recuperação e, se possível, adotar postura comumente crítica de seus problemas.

8.7.2 CONHECER, RECONHECER OS DIREITOS DAS MULHERES, ESTIMULAR O EXERCÍCIO DESTES DIREITOS E EXIGIR O CUMPRIMENTO DELES

Trazendo a tona outras questões que emergiram na pesquisa, algumas gestantes e profissionais enfatizaram o desconhecimento da gestante sobre seus direitos civis, sociais, sexuais e reprodutivos, enquanto grávida e como cidadã; a falta de acesso às informações sobre todo o processo de nascimento, os cuidados nesta fase de transição do desenvolvimento humano, os fluxos, a filosofia da humanização em determinadas instituições e as políticas de saúde. Ademais, ressaltaram a impossibilidade de acessar meios de comunicação e, sobretudo, a falta de acesso à formação educacional. Tais aspectos foram apontados como fatores que impedem a gestante de buscar novos conhecimentos, de ampliar seu saber, impedindo-a de se

posicionar, de fortalecer suas potencialidades para poder assumir o papel de protagonista do processo de nascimento e conduzir a sua saúde.

Assim considerando o exposto, além dos significados já atribuídos pelos o cuidado humanizado no pré-natal caracteriza-se como conhecer os direitos políticos, sociais, sexuais e reprodutivos da mulher e da gestante, reivindicá-los, tê-los reconhecidos pela população e profissionais, estimular à gestante para que exercite estes direitos e exigir que sejam cumpridos.

As gestantes enfatizaram a necessidade de conhecer os seus direitos como mulher e gestante, reivindicá-los e ter a garantia de que estes serão respeitados pela população e profissionais da equipe de saúde. Os profissionais acrescentam que além de conhecer, precisam reconhecer, respeitar os direitos das mulheres e gestantes e compartilhá-los com as mesmas, estimulando o exercício destes. Além disso, têm a responsabilidade de exigir que sejam cumpridos e o dever de denunciar quando isto não acontecer.

Todos os profissionais envolvidos e algumas gestantes ressaltaram a importância de garantir os direitos já conquistados legalmente pelas mulheres: os direitos individuais, sociais e políticos, em especial, os direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, garantir o direito ao acesso à atenção integral à saúde, de qualidade e humanizada em todos os níveis de complexidade de atenção e o direito à privacidade e a dignidade humana. Reforçaram também a importância das gestantes terem suas crenças e valores respeitados, de terem informações e formação educacional durante a sua vida e, em especial na gestação, sobre os cuidados e ações necessárias neste período. Ademais, assinalaram a necessidade e a importância das gestantes conhecerem os responsáveis pelo seu atendimento; receberem explicações sobre todos os procedimentos técnicos realizados e sobre os resultados advindos destes; terem autonomia para decidir sobre sua saúde e poderem negar a realização de determinadas ações que as constroem. Além disso, serem respeitadas na sociedade, tendo prioridade nos atendimentos nas instituições de saúde, nas instituições bancárias e comerciais e garantia de assento nos transportes urbanos.

Apesar dos discursos, muitos destes direitos foram negligenciados na prática e apontados pelos envolvidos (falta de privacidade, de acesso; desconhecimento do responsável pela atenção; falta de informações; desrespeito dos direitos pela sociedade, entre outros). O desconhecimento dos direitos, por parte dos profissionais, parece não ser o maior problema. Reconhecer estes direitos e garantir que estes sejam cumpridos... Eis a questão. E as gestantes? As gestantes acreditam que só conhecendo os seus direitos poderão reivindicá-los e exercerem a sua autonomia. Considerando estes aspectos, é imperioso saber quais os

conhecimentos prévios da gestante sobre estes direitos. Além disso, é necessário buscar informações sobre estes direitos e como reivindicá-los legalmente. É fundamental criar oportunidades e estabelecer espaços para informar e divulgar estes direitos. É mister que a gestante tenha clareza sobre quais são os seus direitos, além dos deveres.

Neste sentido, Diniz (2001, p.173), revela a importância de se perceber e ser percebido como sujeitos portadores de direitos.

A percepção de ser titular de um direito, formal ou não, é um pressuposto para compreender uma situação concreta como injusta, como uma violação ou uma negação de um direito. Aqueles que não se percebem como titulares de um direito, dificilmente podem se sentir merecedores de sua proteção ou promoção ou mesmo achar injusto que esse direito lhe seja negado.

É necessário fazer com que estes direitos sejam respeitados e denunciar quando não forem cumpridos. Em consonância com o exposto, muitos autores já citados abordam a humanização nos serviços de saúde como o reconhecimento dos direitos, entre eles, Alexander; Kotelchuck (2001); Brasil (2003b, 2004); Deslandes (2005ab); Diniz (2001); Fortes (2004) e Brasil (2006a). Destacam que a gestante já tem garantido diversos direitos estabelecidos no código dos usuários do SUS, entre eles: direito a uma atenção de qualidade e humanizada; direito de ser acompanhada por pessoas da sua rede social (de sua livre escolha) desde a gestação até o pós-parto; direito às informações sobre qualquer ação que envolva o processo de nascimento (procedimentos, cuidados, condutas, fluxos, encaminhamentos e intervenções); direito de permanecer com o bebê no pós-parto, de ter resguardado e garantido o segredo sobre seus dados pessoais através da do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos à terceiros ou à saúde pública; direito de poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência; de ser respeitada em sua privacidade e integridade física e direito de ser chamada pelo nome e ser incluída nos diálogos sobre a sua saúde. Todas deveriam ter o direito de escolher o tipo e a posição de parto e ter acesso às tecnologias humanizantes (uso da bola, massagens, banhos de chuveiros, música) que minimizam a dor durante o trabalho de parto, além das farmacológicas, ainda não garantidas, mas que precisam ser informadas as mulheres para que estas possam reivindicar.

Vaitsman e Andrade (2005) consideram que no campo da saúde o conceito de humanização surge vinculado à questão dos direitos humanos, expressos individualmente e socialmente e referenciados aos pacientes, consumidores, usuários, clientes e cidadãos, na condição de sujeitos. Segundo os autores, podem ser buscados na Declaração dos Direitos Humanos que se funda na dignidade e igualdade de todos os seres humanos. O núcleo do

conceito de humanização é a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais da equipe de saúde.

A constituição do Brasil, no que se refere às leis do SUS, entre outros direitos, garante o direito à saúde, à integralidade da assistência e universalidade de acesso. Estabelece que os serviços de saúde nos setores públicos e privados devem preservar a autonomia das pessoas, garantir a participação da comunidade e possibilitar o acesso à informação sobre a saúde (BRASIL, 1988). As leis de proteção à maternidade e paternidade que tratam do trabalho, das licenças, das faltas, dos auxílios financeiros e da assistência à saúde na gestação, parto e pós-parto à gestante e ao companheiro são garantidas pela constituição de acordo com a Lei nº 70/2000 (BRASIL, 2000f). No entanto, na prática percebe-se que nem todos os artigos são cumpridos devendo persistir a luta das mulheres e dos profissionais, divulgando e garantindo o exercício destes direitos, o que foi ressaltado pelos envolvidos na pesquisa.

8.7.3 INCLUSÃO DA FAMÍLIA E DO COMPANHEIRO

Não deixando de considerar também um direito, as gestantes e profissionais caracterizaram o cuidado humanizado no pré-natal como aquele que oportuniza a inclusão e participação dos familiares e acompanhantes, especialmente do companheiro no cuidado à gestante e processo de nascimento, sendo destacada como uma outra categoria, em razão de sua importância. Segundo os entrevistados, os familiares, não somente aqueles que compõem a família consanguínea, mas os acompanhantes e, sobretudo, o companheiro, são fundamentais na gestação, formando uma rede de apoio e de suporte à gestante. Tal rede proporciona maior segurança e tranquilidade à gestante, aumenta sua auto-estima e fortalece seus potenciais para que possa assumir o protagonismo da gestação e do parto, dando-lhe maior autonomia.

A família dá carinho e atenção, aconselha, compartilha saberes e experiências, dá apoio emocional, ajuda a enfrentar as dificuldades e os novos desafios. A aceitação da gestação pelos familiares é um fator motivador para o acompanhamento pré-natal. As ações das gestantes, seus cuidados e suas condutas são diretamente influenciados pelos familiares e amigos. Assim sendo, os profissionais consideraram essencial respeitar seus conhecimentos, seus valores e suas crenças, estimular a participação destes e tê-los como parceiros neste processo. A participação deles permitirá que compreendam que a gestação precisa ser conduzida pela gestante e companheiro e que neste processo é fundamental o apoio emocional da família. Sabemos, contudo, como transpareceu nas falas, que algumas vezes, em função de

suas crenças, alguns familiares podem desestimular a realização do acompanhamento do pré-natal e, e por outro lado, estimular comportamentos considerados não saudáveis pela literatura e técnicos. Neste sentido, é fundamental uma aproximação e um diálogo entre o popular e o científico e, se necessário, procurar repadronizar condutas que possam prejudicar a gestante.

A notícia da chegada de um bebê determina mudanças importantes nos diferentes membros da família (pais, avós e irmãos). Surgem novas expectativas, são construídos planos e projetos frente às novas exigências e às novas funções, determinados pela introdução de um novo membro na família, provocando uma reorganização de todo grupo familiar (BRASIL, 2002).

Segundo Maldonado (2000), as tradições e os mitos de cada família vão passando de geração em geração, fazendo com que o nascimento de um novo ser desencadeie lembranças e memórias passadas existentes nas duas famílias que se unem para dar origem a uma nova família. Este acontecimento familiar, o nascimento de um bebê, leva a mulher, o homem e toda a família a reviverem a sua história de vida e nascimento e buscarem um novo equilíbrio, adaptando-se as novas mudanças, relações e sentimentos. Como o nascimento de um filho é uma experiência familiar, é necessário pensar não apenas em termos de mulher grávida ou homem grávido, mas também de família grávida.

Segundo Brasil (2005c); Cunningham (2000); Diniz (2001) e Gualda (1992), Hodnett (2005) as evidências científicas assinalam que a presença de acompanhante, em especial do companheiro durante o processo de nascimento, sobretudo no parto, contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém nascido; diminui a incidência de medidas intervencionistas e uso de farmacológicos para alívio da dor; contribui para a redução da cesárea ou de partos operatórios, da duração do trabalho de parto, da utilização de analgesia e da ocitocina. Implica maior satisfação da mulher. Auxilia a mulher no sentido de controlar e reduzir a sensação de dor, favorecendo a sua participação durante o trabalho de parto, o que aumenta a sua auto-estima em relação à tarefa de dar a luz. Contribui ainda para a ocorrência de menos traumas perineais. Propicia menor risco de desmame precoce, reduz o tempo de hospitalização dos recém-nascidos e as dificuldades com a maternagem e paternagem no pós-parto, fortalece os laços afetivos e familiares, entre outros, sendo recomendado a participação e a inclusão destes nas consultas pré-natais, grupos educativos, no parto e pós-parto. Segundo Milligan et al. (2002), a presença e a participação do companheiro melhora a condição global da mulher (gestante /puerpéra) durante o processo de nascimento.

Apesar dos familiares, companheiro e amigos fazerem parte desta rede de apoio à gestante, dando a elas maior segurança e tranquilidade, a pesquisa realizada por Tsunechiro e Bonadio (1999) com 30 gestantes atendidas no Ambulatório de Pré-Natal do Amparo Maternal em São Paulo revela que 50% das gestantes não têm este acompanhamento no pré-natal e apenas 13,3% delas têm a companhia do companheiro. Das entrevistadas, apenas quatro estavam acompanhadas de seus companheiros/acompanhantes e na prática são poucos os companheiros que participam da consulta pré-natal. Portanto, é necessário estimular a vinda destes à unidade local de saúde e ambulatório.

8.7.4 PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PROCESSO DE NASCIMENTO, NA HUMANIZAÇÃO E NAS QUESTÕES RELATIVAS À SAÚDE DA POPULAÇÃO

O cuidado humanizado no pré-natal também foi caracterizado como participação ativa no processo de nascimento, na humanização do cuidado e nas questões relativas à saúde da população.

Os profissionais diferentemente das gestantes enfocaram apenas a participação ativa da gestante e dos familiares para conduzirem a gravidez e sua saúde e assumirem o papel de protagonistas do processo de nascimento. Ressaltaram também a importância das gestantes terem voz e vez para questionar, decidir e atuar nas questões relativas à sua saúde, mas não estenderam esta participação ao coletivo, aos outros âmbitos da saúde e a humanização do cuidado, com exceção de uma profissional. Não enfocaram a importância de propor sugestões e tomar decisões sobre as políticas de saúde, de avaliar os serviços prestados, de realizar o controle social e de participar de movimentos sociais.

Duas gestantes, no entanto, ressaltaram a responsabilidade e o compromisso que os usuários têm com a sua saúde e com a saúde da população, devendo propor mudanças, dar contribuições sobre a organização dos serviços e planejamento das ações para humanizar e melhorar a qualidade da atenção à saúde em todos os níveis de complexidade de saúde. Uma delas ressalta que os brasileiros têm a auto-estima diminuída; têm acesso restrito aos conhecimentos e não se sentem capazes de intervir e de propor mudanças. Acredita que aqueles que recebem o cuidado têm uma visão diferente dos profissionais da equipe de saúde e dos gestores que precisa ser explicitada e acatada pelos que gerenciam a saúde neste país. Esperar só pelo governo, afirma ela, pode resultar em uma grande inércia.

Conhecer é fundamental, como já foi falado. O acesso às informações é fundamental para que o usuário se sinta capaz decidir e de agir, para ter autonomia e intervir. Creio que é

importante também termos consciência de que fazemos parte de uma rede informal, que estamos interligados com todas as coisas, pessoas e situações e que temos uma parcela de responsabilidade em relação a tudo o que se passa ao nosso redor. Quando compartilharmos experiências e conhecimentos, quando colaboramos com ações e projetos comunitários, como ressaltam as gestantes, ampliamos as forças e poderes da população. Fazendo o mínimo que nos compete, estaremos cumprindo com o nosso papel na sociedade, na qual estamos inseridos, fazemos parte e contemos. Para tanto, creio que sejam necessários: a democratização das informações; o reconhecimento dos usuários como sujeitos do cuidado pelos profissionais de saúde; a compreensão dos direitos do usuário pelo cuidador e pelos que são cuidados; o fortalecimento do papel do usuário na defesa de seus interesses que também são da sociedade e; a luta contra a inumanidade.

Brasil (2006a) ao instituir a política de humanização no SUS, de acordo com exposto, também entende a humanização como autonomia e protagonismo dos sujeitos com corresponsabilidade na produção, atenção e gestão de saúde. Dentro deste contexto e refletindo sobre a política de humanização, proposta pelo Ministério da Saúde, Oliveira; Collet; Viera (2006, p.281) afirmam:

Se tivéssemos que resumir a missão de humanização num sentido amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo, dir-se-ia que se trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação. Humanizar não é apenas “amenizar” a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote.

De acordo com esta perspectiva, Mandu (2004) ressalta que a participação ativa e crítica dos sujeitos é vital à conquista da saúde, cidadania e democratização de serviços, constituindo-se um dos esteios da proposta da construção da reforma sanitária e da conquista de melhores condições de vida e de saúde.

Duncan (1992), ao discutir os desafios éticos da prática da enfermagem comunitária em Bristish Columbia (Canadá), ratifica a importância da participação ativa do usuário, enfatizando que os enfermeiros devem buscar maneiras de fortalecer as habilidades dos usuários para assegurarem seus direitos e avaliarem a qualidade dos serviços. No seu entendimento, o aumento da participação dos usuários em seu cuidado, tanto no âmbito individual, como no planejamento da saúde da comunidade, aumentaria a resposta do sistema de saúde às necessidades dos usuários.

Compreendemos que a humanização dos serviços de saúde implica transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário

de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis (CASATE; CORRÊA, 2005, p.111).

8.8 AMBIENTE E PROFISSIONAIS HUMANIZADOS

Além das categorias já explicitadas, reforçando alguns aspectos já evidenciados, o cuidado humanizado no pré-natal para quase todos os envolvidos e autores significa ainda ter um ambiente (ambiência²¹), equipe, profissionais e instituição humanizadas.

Neste sentido, os profissionais e também algumas gestantes relataram como extremamente importantes alguns aspectos que podem contribuir para a humanização no pré-natal:

a) um ambiente acolhedor, limpo, confortável, iluminado, agradável e saudável.

b) uma equipe de saúde que trabalha de forma integrada, harmônica, interdisciplinar e colaborativa e estabeleça parcerias e redes solidárias; uma equipe, na qual haja formação de vínculos e de amizade e que tenha finalidades e objetivos comuns;

c) profissionais que sejam valorizados financeiramente e reconhecidos pelas ações que desenvolvem e por suas posturas pelos seus pares e pela população que o procura; profissionais competentes tecnicamente e nas relações humanas, motivados, disponíveis e estimulados para cuidar; profissionais que busquem se conhecer e se cuidar;

d) instituições que sejam reconhecidas pela comunidade e que apresentem uma macropolítica ou uma filosofia que contemple a humanização; que propiciem espaços educativos, interdisciplinares, no âmbito individual e coletivo; que estejam estruturadas, organizadas, com fluxos, protocolos, normas flexíveis, salas, recursos humanos, materiais e equipamentos para atender a população; que tenham diálogos com as demais unidades de saúde e com os outros setores da sociedade; instituições que propiciem condições de trabalho confortáveis e adequadas (salas iluminadas e salubres; local para alimentação e descanso, espaços de socialização e de reflexão).

Os profissionais e gestantes revelaram que a adesão ao pré-natal depende da recepção da equipe de saúde, do atendimento prestado e de profissionais humanizados. A desatenção, a indiferença, o mau humor e agressividade, decorrentes da sobrecarga de trabalho, do desgaste e do despreparo daqueles que lidam com a clientela podem repercutir na atenção prestada. Tal assertiva é confirmada por Milligan et al. (2002), quando assinala que profissionais

²¹ Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006c).

emocionalmente esgotados normalmente têm poucos recursos para atender a clientela, o que pode se refletir nas suas atitudes e no cuidado por eles prestado. Melhores condições de trabalho e treinamentos para os profissionais atuarem de modo respeitoso e sensível foram sugeridos pelo autor supracitado e por Lowry, Sarger e Barnet (1997) para minimizar este quadro, haja vista que a satisfação com o atendimento leva a gestante a retornar a estes serviços e profissionais.

Humanizar a assistência implica, na minha concepção, em humanizar os profissionais da equipe de saúde, humanizar as pessoas que atuam nas redes de diálogos, que são os serviços. Fica mais difícil humanizar a assistência se a relação entre os membros da equipe não é humanizada. É mais complicado prestar uma assistência humanizada, sem se humanizar e sem um ambiente humanizado. Para nos humanizarmos, precisamos nos conhecer e conhecer e reconhecer o outro. Assim, a preocupação com práticas humanizantes no ambiente de trabalho e as relações existentes entre os membros da equipe são fundamentais. Neste sentido, é importante que os profissionais da equipe de saúde sejam capacitados e sensibilizados para a questão da humanização no processo do nascimento, através da formação, da educação continuada e da otimização das relações. Entendo que humanizar constitui-se um conjunto de ações capazes de atender as três dimensões que envolvem o cuidado: a humanização do atendimento ao cliente; a humanização das condições de trabalho e a humanização do profissional de saúde.

Segundo Caseta e Corrêa (2005), textos das décadas de 50, 60 e 70 enfocam com muita ênfase a necessidade de humanizar os serviços de saúde, investindo recursos na sua estrutura física e na alteração da arquitetura, no mobiliário e nos equipamentos, importantes para o estabelecimento de um ambiente hospitalar e de atenção básica humanos. Focalizam com menos veemência, as mudanças organizacionais e revisões administrativas. Também, de acordo com o estudo, neste período é priorizado o trabalhador, considerado como elemento fundamental para a humanização do atendimento. Sugerem aumentar investimentos em recursos humanos, propiciando melhores salários e condições de trabalho adequadas, além de capacitar os profissionais para o desenvolvimento da competência para cuidar. Além disso, Ávila (1999) destaca a necessidade do profissional se autoconhecer; compreender suas limitações e fragilidades para se humanizar. Necessita também cuidar de si e de sua saúde, se fortalecer para poder estar bem com o outro (SALLES et al., 200?). Brasil (2006ac) também reforça o compromisso com a ambiência, ou seja, com melhoria das condições de trabalho e do atendimento e com a valorização das relações e dos sujeitos envolvidos no cuidado.

Reforça a importância e a necessidade de um ambiente capaz de proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva ao usuário.

8.9 UMA POSTURA ÉTICA E AMOROSA DO PROFISSIONAL

O cuidado humanizado no pré-natal foi também caracterizado, **sobretudo, como uma atenção diferenciada, como uma mudança de atitude do profissional**, uma postura amorosa e ética do profissional para com o usuário, independente de ambiente e equipe humanizados que pode se mostrar por meio de pequenos gestos no cotidiano do cuidado.

A cada dia nos são oferecidos novos meios para aprender e crescer no amor. A cada dia, que nos tornamos mais observadores, mais flexíveis, com maiores conhecimentos, mais conscientes, crescemos no amor. Mesmo a coisa aparentemente mais insignificante pode nos trazer para mais perto de nós mesmos e, conseqüentemente, dos outros (BUSCAGLIA, 2002, p.103).

Para que esta mudança se dê é essencial, utilizando-me de Buscaglia (2002) e Maturana que o ser humano se conheça e se reconheça como pessoa, única, especial, com contradições, com fragilidades, com incertezas e, sobretudo com potencialidades para ser e crescer; se aceite como é, se ame, para poder amar, aceitar e reconhecer o outro como legítimo outro. Ao mesmo tempo, precisa se reconhecido, aceito e amado pelo outro, ser escutado verdadeiramente.

Humanizar refere-se à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites, respeitando o outro como um ser autônomo e digno (BRASIL, 2000a).

Esta postura vem da concepção da vida e do mundo do profissional, do seu papel como ser humano, de como encara a sua profissão, do seu compromisso com a comunidade e de sua responsabilidade social. Tem a ver com suas crenças e valores e daquilo que entende que é ético.

Para Santos (1998), cuidar em uma perspectiva humanística não implica somente mudanças de procedimentos, mas sim mudanças de atitudes, de filosofia de trabalho e, quiçá, de vida. Santos (1998) lembra que a humanização deve ser percebida, sentida, assimilada significativamente pelos profissionais que cuidam da cliente. Sem esta atitude tudo continuará inerte e tenderá a uma maior desumanização. Não adiantarão comissões, grupos de trabalho, cursos para humanizar o cuidado, se cada profissional não perceber seus semelhantes como seres humanos. Ressalta que a mulher deve ser compreendida em toda a sua singularidade, o que implica uma assistência personalizada. Para a autora, não existe uma “fórmula”, que

possa ser aplicada para humanizar o cuidado no processo do nascimento. A assistência humanizada não consiste apenas em mudanças de rotinas; não depende desse ou daquele profissional que conduz o processo do nascimento, mas da forma como ele o conduz, depende da postura dos profissionais.

Humanizar, neste sentido depende, sobretudo, da atitude, da postura que temos, do modo como interagimos com os outros, seja quem for, da nossa disponibilidade, de estarmos presente e de nos colocarmos no lugar da cliente, não vivendo o que ela vive, mas tentando compreender o que se passa com ele, respeitando o seu contexto, seus conhecimentos e realidade. As atitudes dos profissionais que integram o mundo do cuidado são fundamentais para a humanização (ZAMPIERI, 2001a).

Pequenos gestos fazem a diferença, configuram-se nesta atitude amorosa e ética, ressaltam alguns profissionais entrevistados, e vão identificar o profissional. Isto depende dos seus valores, das suas crenças, de gostar do que faz, da sua vocação, das suas questões pessoais e éticas, da concepção que este tem da vida, da saúde e do seu papel na sociedade.

Durante a minha vida profissional, no cotidiano do meu trabalho, ao acolher a gestante ou observando alguns profissionais que cuidavam dentro de uma perspectiva mais humanística, pequenos gestos fizeram e continuam fazendo a diferença.

Atender a gestante de forma personalizada; respeitando sua história de vida, seu contexto, sua cultura e seus conhecimentos prévios; mostrando disponibilidade; ouvindo-a, estabelecendo gradativamente uma relação de confiança que possibilita a troca de experiências e de informações. Nesse primeiro contato, é essencial sorrir; usar um tom de voz suave e falar devagar; cumprimentar a gestante e os familiares, desejando um bom dia; chamá-los pelos nomes; responder suas dúvidas; usar uma linguagem coloquial; mostrar interesse; apresentar-se; comunicar quem é responsável pelo atendimento e acompanhá-la ao local da consulta ou atividade.

Um ambiente confortável e agradável e uma atenção, na qual as ações sejam flexíveis; prioriza-se o atendimento; o tempo de espera é curto; o agendamento é pré-estabelecido; o preenchimento dos dados de identificação e dos cadastros nos programas de saúde é realizado enquanto se aguarda a consulta, contribui para o estabelecimento das interações e de acordos. Além disso, evita a ociosidade, a desmotivação, a fadiga, o estresse e agiliza as ações. Antes de iniciar as atividades o profissional deve apresentar-se; escutar o usuário; responder os questionamentos e dúvidas; ficar atento aos aspectos subliminares que às vezes dizem mais que as palavras; orientá-los sobre as atividades, comunicar que é o profissional responsável pelo atendimento e procurar conhecer o principal motivo que trouxe a gestante à unidade de

saúde. Adotar, durante o diálogo com a gestante e na coleta da história, uma linguagem que seja compreensível, utilizando perguntas claras, abertas e dirigidas; elucidar os termos técnicos utilizados e manter sempre o contato visual. Além disso, é preciso registrar as informações com clareza, enfocando tanto as questões objetivas quanto as subjetivas, desvelando também os sentimentos e emoções; obter a história de forma gradativa ao longo das várias consultas, registrar os dados no cartão e prontuário e informar que o usuário tem o direito a ter acesso às informações, quando necessitar. Nesse processo, é necessário que as palavras expressadas pela mulher sejam reconhecidas e compreendidas, permitindo a ela participar do seu cuidado e avaliá-lo.

Durante o exame físico e nas demais etapas da consulta, alguns gestos pequenos contribuem para este cuidado humanizado: olhar no olho da mulher quando se dirigir a ela; lavar as mãos e aquecê-las antes do exame; ajudá-la a se deitar para o exame; explicar cada procedimento realizado; ao iniciar o exame, fazê-lo no sentido céfalo-caudal, e não se centrar apenas no abdômen; diminuir o número de intervenções desnecessárias; orientá-la sobre a troca de roupa e uso do banheiro, se desejar; manter sua privacidade, especialmente, ao tocar mamas e ao realizar o exame ginecológico; aquecer o espécuro ou qualquer instrumento que entra em contato com a gestante; cobri-la e ao palpar abdome fazê-lo com delicadeza. Além disso, chamar o companheiro para participar da consulta, se for do desejo da gestante; respeitar as crenças e valores da gestante e dos familiares, desde que isto não venha em prejuízo de sua saúde e do bebê e, se assim ocorrer, prestar orientações com vistas à reprodutibilidade de seu comportamento. Ademais, realizar as técnicas e procedimentos, envolvendo o cliente e acompanhante; informar a gestante sobre os seus achados e tranquilizá-la, após a realização de cada procedimento; evitar a posição dorsal durante longo tempo e apoiar a cabeça durante o exame; utilizar as tecnologias de forma humanizada. No caso de anormalidades, não demonstrar espanto, no entanto, não mentir e informar de uma maneira clara e objetiva o problema e encaminhar, quando necessário, tendo o cuidado de fazê-lo por escrito e informar os caminhos que ela percorrerá, remarcando uma consulta para conhecer as novas condutas.

Enfim, respeitar a mulher com pessoa, como legítimo outro, seus direitos, sua integridade e dignidade. Ter o compromisso de proporcionar um cuidado humanizado e de qualidade. Ter uma postura ética, amorosa, respeitosa, de abertura para com o outro e estabelecer uma relação solidária.

Para Morin (2005), o amor é a experiência fundamental da religação dos seres humanos, superando os conflitos, as contradições, as incertezas, os antagonismos, inerentes às

relações humanas e a ética, intensificando o sentimento de identidade comum. Cada um vive para si e para o outro de maneira dialógica, ao mesmo tempo complementar e antagônica. O princípio da exclusão garante a identidade singular do indivíduo e o princípio da inclusão inscreve o eu na relação com o outro e na sua comunidade, impulsionando-o à amizade e ao amor, levando-o ao altruísmo, tendo o valor de religação. O fechamento egocêntrico faz com que o outro seja estranho para nós e impede a compreensão, reforçando o egoísmo; a abertura altruísta, o torna fraterno, fazendo-o aderir a uma ética da solidariedade. Existe uma necessidade vital social e ética de amizade e de afeição para a realização dos seres humanos. Buscaglia (2002) completa dizendo que viver no amor é o maior desafio da vida. Exige mais sutileza, flexibilidade, compreensão, aceitação, conhecimento e força que qualquer outro sentimento, pois o amor e o mundo de hoje com todas as suas incertezas, contradições, paradoxos e resistências atuam como se fossem duas forças contraditórias. Com o amor se aprende. Ele é confiança, é ativo e vive-se no momento. É preciso amar-se para assumir uma postura amorosa com o outro.

Tal como o amor, a ética complexa, segundo Morin (2005), também tem a missão de nos religar aos nossos, aos outros e ao planeta. A ética complexa, apesar de enfrentar a ambigüidade e a contradição, regenera o humanismo ético do respeito mútuo, reconhecendo em todo o ser humano um semelhante com direitos iguais, responsável por si, pelos outros e pela vida. A ética da complexidade é a ética da resistência à crueldade e a qualquer forma de violência. Fortalece a cooperação, a compreensão, a comunidade e o Amor e direciona-se para a realização da vida humana.

Todos estes pontos apresentados pelos envolvidos revelam que há um desejo e uma necessidade de atingir este cuidado humanizado e que temos ferramentas para isto, dependendo de nossa liberdade. Morin (2002b) afirma que a liberdade é dependente de nossa cultura (normas, leis, crenças, valores); da genética (que determina a anatomia, a fisiologia de nosso cérebro); da ecologia (dos meios naturais); da história, de nossas idéias e dos acasos. Somos autônomo-dependentes. Contudo, vivemos um paradoxo, afirma Morin (2002b), por não sermos máquinas triviais. Mesmo estando inseridos em processos transindividuais, genéticos, familiares, sociais, culturais e submetidos aos riscos e acasos que nos tornam autônomo-dependentes, temos a capacidade para explorar a experiência pessoal, para elaborar estratégias diante dos conhecimentos e dos comportamentos enfrentando a incerteza e os acasos, e temos consciência e potencial para escolher e modificar as nossas escolhas. Podemos fortalecer esta liberdade deixando aflorar a curiosidade e nos abrindo para novos conhecimentos e experiências, usando a aptidão e a capacidade de sermos autodidatas, de

problematizarmos, de verificarmos erros e acertos, de agirmos com criatividade e de acordo com nossa consciência moral e nossa consciência reflexiva, ou seja, capacidade de nos julgar, autoconhecer e autopensar. Desta forma, podemos perseguir nossos fins individuais e dispor de nossas liberdades e manifestá-las. Todas as mudanças com vistas a um cuidado humanizado no pré-natal dependem de nosso empenho e desta autonomia.

Contudo, nem sempre isto não acontece. Porque apesar dos desejos e necessidades, muitas gestantes continuam excluídas dos serviços de saúde e não têm direito à saúde dentro dos princípios preconizados pelo SUS? Porque nem todas elas são valorizadas em sua alteridade? Porque nem todas as relações intersubjetivas são solidárias e autênticas, se todos desejam isto? Porque nem todas as gestantes são estimuladas a terem autonomia na gravidez e na sua vida? Porque o modelo de saúde existente persiste e alguns profissionais não procuram superá-lo, apesar de constatada a crise na saúde?

Certamente, há alguns ganhadores: empresários, corporações, alguns governantes e políticos. Mas o percentual de perdedores é muito maior. Inclui a população que usufrui o sistema, a gestante, o recém nascido, os familiares e a sociedade. Os empresários, as corporações, os governantes e políticos também. Se tudo está interligado na vida, estes mais cedo ou mais tarde sofrerão as conseqüências. Assim, precisamos refletir muito e rever nossos papéis e de alguma forma mobilizar as pessoas para reverter este quadro. Isto também começa com os pequenos gestos e com uma postura ética na atenção à saúde.

Cuidado humanizado no pré-natal

Atenção integral à saúde da mulher

Caracterizando o cuidado pré-natal

Valorização da gestante como pessoa ao mesmo tempo na sua unicidade, diversidade e multidimensionalidade

Cuidado centrado no ser humano e suas relações, enfocando a promoção da saúde

Acesso à atenção à saúde completa - inclusão da gestante no serviço de saúde

Relações intersubjetivas e dialógicas entre as gestantes e os profissionais

Interdisciplinaridade

Formação dos profissionais na universidade e no cotidiano do cuidado



Acolhimento

Relação horizontal, de interdependência e de confiança

Buscando a autonomia e protagonismo na gestação e na saúde

Conhecer e reconhecer os direitos das mulheres, estimular o exercício destes direitos e exigir o cumprimento deles

Inclusão da família e do acompanhante

Ampliação de conhecimentos e participação em espaços educativos, individuais e coletivos

Participação ativa no processo de nascimento, na humanização do cuidado e nas questões relativas à saúde da população

Ambiente e profissionais humanizados

Postura ética e amorosa do profissional

FIGURA 2. CUIDADO HUMANIZADO NO PRÉ-NATAL

CAPÍTULO 9

DELINEANDO POSSIBILIDADES PARA UM CUIDADO HUMANIZADO

*Há um menino
Há um moleque
Morando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto balança
Ele vem pra me dar à mão
E me fala de coisas bonitas
Que eu acredito
Que não deixarão de existir
Amizade, palavra, respeito
Caráter, bondade alegria e amor
Pois não posso
Não devo
Não quero
Viver como toda essa gente
Insiste em viver
E não posso aceitar sossegado
Qualquer sacanagem ser coisa normal
Morando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto fraqueja
Ele vem pra me dar a mão*

(Bola de meia, Bola de gude, de Milton Nascimento).

Este capítulo aponta alguns caminhos para cuidado humanizado no pré-natal, considerando os diálogos estabelecidos com as gestantes, com os profissionais da equipe de saúde e *experts* na área da saúde da mulher e também as interpretações e as análises desenvolvidas pela autora. São possibilidades que precisam de melhor aprofundamento e de estratégias para serem operaciolizadas, necessitando outros estudos e o estabelecimento de parcerias para serem efetivadas. Reflete as reais necessidades dos usuários, e assim sendo, certamente são possíveis de serem concretizadas, transformadas e/ou ampliadas.

Lendo e relendo todas as minhas incursões pela literatura, revendo e refletindo sobre minhas experiências pessoais e profissionais e, sobretudo, reportando-me as aproximações realizadas com os atores que vivenciam as práticas de saúde percebo de forma mais nítida a complexidade dos seres humanos e de suas relações, a complexidade dos serviços de saúde e das redes que se estabelecem no cotidiano do cuidado.

Propor possibilidades para a atenção pré-natal numa perspectiva humanística, pareceu-me a princípio uma grande pretensão diante de toda esta complexidade. Como cumprir este objetivo? Como seguir em frente? Que proposta poderia reverter o cenário vigente e servir de subsídio para o cuidado humanizado no pré-natal? Como ir além das palavras e estabelecer uma ordem, dentro da desordem, delinear caminhos que pudessem contribuir para humanizar a atenção no período gestacional? Foram inúmeras as leituras. Um ir e vir

Na verdade tudo estava ali e se desvelava em cada discurso, na literatura e nas interpretações. Contudo; havia dificuldade para ordenar as questões; relacionar as práticas e ações de saúde aos diálogos estabelecidos com os autores e contextualizá-las.

Contudo, algo emergia substancialmente e estava posto, a necessidade de ir além do modelo de atenção biomédico. Superar este modelo que atende e é competente para solucionar determinadas especificidades da saúde, que gera avanços e progressos científicos; abre renovadas e diversificadas possibilidades de se relacionar com seu mundo; traz contribuições que não podemos negar, mas que já não dá mais conta de atender todos os anseios dos profissionais e necessidades dos usuários. Ultrapassar um modelo que não contempla toda a singularidade e multidimensionalidade dos sujeitos, as relações intersubjetivas, a preocupação com o ser humano na sua totalidade, a sua autonomia; a

qualidade de vida, a promoção da saúde, as questões ambientais, a preservação do planeta, que relega contextos de vida e processos psicoculturais singulares dos sujeitos, entre outros.

Mostrava-se imperioso propor caminhos, transpor este modelo hegemônico na saúde, que compartimentaliza e fragmenta os saberes e o ser humano; centra-se na doença, mecaniza e medicaliza a atenção, despersonaliza a mulher e a separa do seu contexto, que expropria a possibilidade desta conduzir a gestação e de ser sujeita do processo de nascimento.

Apesar dos discursos, sonhos e desejos dos profissionais e necessidades das gestantes, enfatizando a relevância de uma atenção integral, humanizada e equânime, centrada no ser humano, nas suas relações e necessidades e voltada para a promoção da saúde, isto não têm se efetivado totalmente na prática. O que observei e constatei no cotidiano foi uma ambivalência entre este querer e poder e a concretização desta nova visão, havendo, muitas vezes inconscientemente ou não, a replicação e a manutenção do modelo hegemônico pautado na visão flexeneriana.

Tal situação evidenciou-se na observação participante e no discurso dos entrevistados. A gestante nem sempre tinha acesso ao serviço de saúde e aos exames de rotina. Quando conseguia, às vezes não era bem acolhida. Havia indiferença, desatenção e agressividade por parte de alguns profissionais. Algumas permaneciam longo tempo na fila para agendar a primeira consulta e, em determinadas situações quando precisavam de uma atenção mais complexa ou necessitavam dar continuidade à atenção à sua saúde peregrinavam de um lado para o outro até serem recebidas. Eram muitas vezes atendidas de forma despersonalizada, rotineira e distante como se fossem apenas mais uma gestante como tantas outras. Nem todas eram reconhecidas pelos funcionários como pessoas singulares, com necessidades próprias e com conhecimentos. O que pensavam, falavam e sentiam em muitas ocasiões não era considerado. Suas crenças, valores, direitos e realidade não raramente eram desrespeitadas. Seus questionamentos nem sempre eram respondidos. Não sobrava muito tempo para ouvi-las e para orientá-las. Nem sempre eram oportunizados espaços para elas expressarem seus medos e dúvidas ou não eram compartilhadas experiências e conhecimentos. O profissional de saúde falava e algumas gestantes quase sempre a ele se submetiam. Alguns acompanhantes quando procuravam a instituição de saúde permaneciam no banco da recepção, alheios à consulta, muitas vezes não sendo convidados a participarem do processo. Algumas consultas eram extremamente rápidas, mecânicas e frias, centradas na ausculta dos batimentos cardíacos, nos dados mensuráveis e na solicitação de exames, priorizando apenas o físico. Nestas situações, o profissional não olhava, não escutava e não percebia a gestante, redigia a receita e solicitava exames que algumas vezes não conseguiam ser viabilizados, em função

das barreiras institucionais. A maioria das gestantes que procurava o serviço saía insatisfeita, porque não tinha recebido atenção de acordo com sua expectativa. Porém, outras deixavam a unidade de saúde contentes por terem sido atendidas rapidamente, saíam com os exames nas mãos, cumprindo um ritual que foi construído ao longo dos anos. Contudo, retiravam-se sem nenhuma informação sobre a gravidez e sua saúde, na condição de paciente, sem autonomia para conduzir o processo de nascimento.

Em que pese esta realidade, como vimos, insurge um movimento velado de alguns profissionais e usuários com uma visão de mundo e de saúde diferenciada que se contrapõe a esta situação, aqui descrita de uma forma exacerbada. O que se constata é uma crise de paradigmas, uma crise na saúde, social e cultural, uma verdadeira revolução paradigmática, como dizia Kuhn (2001ab), que se reflete na saúde, na formação dos profissionais, na gestão, na construção e na produção de conhecimentos. Constata-se também a inauguração de um período de transição em subsistemas e convivem temporariamente os dois paradigmas.

Uma situação de crise, definida pelo chinês de “wei-ji”, que pode resultar em ameaças, perigos, limites, esgotamentos ou o que desejamos, um período de oportunidades, de ampliação, de renovação, de criação e de transformação (CAPRA, 1995).

Neste sentido, Ayres (2001) alerta para o perigo do fortalecimento dos vícios ideológicos que perpetuam o que já existe, mascarando a realidade apenas com matizes diferentes. Por exemplo, as propostas de PSF podem se configurar apenas como um desarranjo político-institucional de um mesmo sistema de saúde ainda extremamente excludente do ponto de vista social, limitado em seus impactos tecnológicos e perverso na perspectiva econômica. A proposta de promoção da saúde pode ser utilizada como uma nova forma de manter a atenção primária em uma posição marginal à organização da assistência à saúde e reiterar a equivocada compreensão de seu modo de ação como uma “tecnologia simplificada”. Além disso, creio, que a proposta de humanização pode ser banalizada, permanecendo apenas nos discursos.

Em contrapartida, afirma Ayres (2001), esta crise poder significar uma renovação e uma transformação, como ratifica este estudo. Poderá contribuir para fortalecer o SUS e seus princípios; aumentar o prestígio da atenção primária ofuscada durante um longo tempo pela aposta excessiva hospitalocêntrica; valorizar a promoção da saúde e reforçar as redes sociais e solidárias relacionadas à saúde. Acrescento ainda, valorizar o ser humano na sua singularidade e multidimensionalidade e as relações dialógicas estabelecidas no contexto em que vivem e atuam; fortalecer as questões éticas nestas relações e, sobretudo, regatar autonomia e o papel ativo dos usuários.

A tendência atual na saúde é a reflexão sobre o paradigma existente e a busca de caminhos para a solidificação de um paradigma que ultrapasse o racional e o mecânico, integrando todas as dimensões do ser humano e deste com o seu ambiente e planeta numa visão de mundo como um todo integrado; que abarque as contradições e as incertezas e que religue o racional e a sensibilidade; a qualidade e a quantidade, a alma e o corpo, o sujeito e o objeto, aberto à complexidade vital humana.

As convergências e as divergências, as ações e as retroações, as certezas e as incertezas, os problemas e as soluções presentes no movimento dialético da realidade social, histórica e cultural visam novas políticas que promovam a melhoria da qualidade de vida desta sociedade. Passa por uma abordagem múltipla, complexa, numa rede de inter-relações. Pode propiciar uma nova visão para a ação, considerada como um novo paradigma para o setor saúde (MEIRELLES, 2003, p.61).

Dentro desta perspectiva, embasada nos saberes e discursos dos atores diretamente envolvidos, nas reflexões iluminadas pela literatura, pelo referencial teórico e metodológico e embasada nas minhas vivências profissionais destaco algumas possibilidades para um cuidado humanizado no pré-natal, que não se esgotam aqui, precisam ser estudadas, aprofundadas, operacionalizadas, reavaliadas e implementadas, respeitando os contextos e potenciais de cada serviço. São idéias lançadas que emergiram das diversas categorias e subcategorias e além delas e foram redigidas sem amarras.

Para facilitar a expressão destas possibilidades destaquei alguns aspectos pontuados pelos participantes relativos ao cuidado humanizado, coincidentes ou não com as categorias: inclusão das gestantes e familiares nos serviços de saúde; atenção integral à saúde da mulher; priorizando a promoção da saúde; ambientes e profissionais humanizados; formação e valorização dos profissionais da equipe de saúde e também da atenção primária; atenção centrada no ser humano; ampliação do olhar sobre os sujeitos e sua valorização como seres singulares e multidimensionais; fortalecimento das relações intersubjetivas e dialógicas; estímulo à formação de redes solidárias; fortalecimento dos potenciais e autonomia dos sujeitos e a adoção de uma filosofia e de posturas éticas dos profissionais.

9.1 INCLUSÃO DAS GESTANTES E FAMILIARES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Garantir à gestante o acesso à atenção completa, precoce e periódica. O acompanhamento efetivo e eficaz do pré-natal deve estar em consonância com os princípios do SUS (hierarquizado, integral, regionalizado, universal e igualitário e ser decorrente de um trabalho de uma equipe interdisciplinar). Inclui a garantia à primeira consulta precocemente;

retornos periódicos de acordo com a idade gestacional e riscos; atividades educacionais individuais e coletivas; visitas domiciliares e atendimento domiciliar; encaminhamentos a qualquer nível de complexidade de atenção; exames, medicamentos e continuidade de atenção estendida inclusive a consulta no pós-parto.

Priorizar o atendimento à mulher na sua fase reprodutiva, à gestante com suspeita de gravidez e não apenas aquelas com a gravidez confirmada.

Oportunizar os exames de rotina a todas as gestantes em tempo hábil e em laboratórios próximos à unidade local de saúde.

Proporcionar atenção pré-natal de acordo com os níveis complexidade de atenção, primário, secundário, terciário, considerando o grau de risco da gestação e obedecer aos sistemas de referência e contra-referência. Neste sentido, promover encontros e estabelecer diálogos com representantes dos diversos níveis de atenção, públicos e privados, gestores, representantes das instituições formadoras e dos profissionais que atuam na ponta e, conjuntamente planejar a saúde em cada município, estabelecendo ações que tenham continuidade, independente dos seus gestores, ideologias e políticas partidárias.

Manter uma uniformidade organizacional e de resolutividade em todas as unidades locais de saúde, no que tange as condutas, fluxos, recursos humanos (com competência técnica e relacional), materiais e equipamentos e estrutura física (ambiente agradável, seguro, privativo), respeitando, é claro, a proporcionalidade dos usuários e as demandas em cada uma destas unidades.

Criar ou reformular, implementar, divulgar e avaliar protocolos formais, redigidos em conjunto por profissionais que atuam nos três níveis de atenção e que favoreçam os encaminhamentos, a referência e a contra-referência. Criar ou adotar um documento único para registro da história, dos controles e das prescrições, um cartão ou uma caderneta que contemple a atenção à gestante, quiçá, à mulher em todas as faixas etárias. Realizar oficinas, estimulando o registro dos dados subjetivos e objetivos e, posteriormente, avaliar estes registros. Realizar estudos, utilizando os dados, bem como utilizá-los para avaliar o cuidado prestado. Estabelecer uma rede informatizada que congregue os diversos níveis de atenção e permita o acesso dos profissionais e o diálogo entre os diversos níveis.

Abrir a agenda a gestante diariamente, remarcando as consultas posteriores para dias fixos da semana. Utilizar um prontuário (informatizado ou não) que possibilite o registro das observações subjetivas e objetivas individuais, mas que permita uma visão da família com um todo, já que estamos trabalhando com a unidade familiar também. Ter maior flexibilidade para cadastrar as gestantes no serviço, facilitando a sua inserção.

9.2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, PRIORIZANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Garantir a gestante atenção integral a sua saúde, priorizando a promoção da saúde, observando as suas multidimensionalidades e singularidades, as faixas etárias, as necessidades que demandam da gravidez ou não e todas as suas relações, considerando a mulher grávida como parte e todo de uma rede social e cultural.

Estimular o acompanhamento da mulher durante sua fase reprodutiva e desenvolver ações de promoção da saúde ainda no período pré-concepcional, dando continuidade no gestacional. Estimular comportamentos saudáveis (nutrição adequada, exercícios; hábitos salutarres em relação à higiene corporal e bucal; cuidados na gestação; atividades de lazer e relaxamento; conscientização corporal e respiratória), evitar comportamentos de risco; rever as imunizações; estimular o uso de ácido fólico antes da gravidez; realizar exames para identificar e prevenir doenças carenciais, transmissíveis, crônico-degenerativas e problemas genéticos, bem como planejar a prole. Desenvolver atividades educativas sobre o processo de nascimento e sobre os direitos da mulher. Divulgar a importância da atenção pré-concepcional nas escolas, no diversos níveis de formação, na mídia e nas instituições de saúde.

Estabelecer parcerias com os movimentos sociais, sobretudo, os de mulheres, para lutar por melhores condições de vida, procurando minimizar as barreiras financeiras e geográficas, a violência e os obstáculos ligados ao trabalho, os quais dificultam o acesso e a adesão ao cuidado pré-natal, bem como lutar para garantir a atenção à saúde como preconiza o SUS.

Propor parcerias com as instituições de comunicação para veicular, através da mídia, ações que visem à promoção da saúde à mulher e à gestante.

Resgatar a gestação como um evento natural e feminino, revendo a história das mulheres e divulgando na comunidade, reduzindo as intervenções desnecessárias; compartilhando e divulgando informações e experiências positivas e, fortalecendo os potenciais da mulher para conduzir a gestação sem deixar de propiciar apoio e suporte por parte de familiares e profissionais da equipe de saúde.

Incentivar o trabalho interdisciplinar procurando resgatar os múltiplos olhares sobre uma situação, fenômeno ou sujeito, procurando compreendê-los na totalidade. Esta troca de saberes requer abertura e diálogo dos profissionais, desenvolvimento de sentimentos de cooperação e interdependência entre estes, visando ao alcance de objetivos comuns ou resolução de um problema concreto. Contribuem para isto, o estabelecimento de uma relação

de confiança entre os profissionais e atuação conjunta e integrada destes em uma mesma unidade de saúde ou serviço de saúde, bem como, a adoção de um pensamento complexo que religue os saberes e os indivíduos a seus contextos.

Estimular as visitas domiciliares, reservando recursos financeiros para o transporte e para a capacitação dos funcionários, sobretudo dos agentes de saúde.

9.3 AMBIENTES E PROFISSIONAIS HUMANIZADOS: VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE E TAMBÉM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Apostar na atenção primária, divulgando na mídia as experiências exitosas neste cenário. Valorizando o serviço indiretamente estaria valorizando o funcionário.

Valorizar financeiramente e pessoalmente os funcionários que lá atuam. Desenvolver um plano de carreira que atenda as necessidades dos profissionais e reconhecer suas ações, por meio de elogios, promoções e divulgação de experiências positivas por eles realizadas.

Informar à população que os clínicos gerais, os médicos de família e os enfermeiros estão habilitados a desenvolver o cuidado pré-natal.

Providenciar recursos financeiros para organização e estruturação dos serviços, reformas na arquitetura, manutenção e compra de equipamentos e medicamentos, e para o desenvolvimento das ações, procurando manter um ambiente privativo, humanizado e de qualidade, essenciais para facilitar a atenção à saúde.

Fornecer recursos humanos qualificados e com competência técnica e relacional para atuar na lógica do sistema, para atuar com famílias, grupos e comunidades, de forma interdisciplinar; capacitados para desenvolve atividades educativas, prestar atenção pré-concepcional e pré-natal, para atender numa perspectiva humanística, além de propiciar a capacitação permanente de toda a equipe de saúde.

Procurar propiciar um ambiente harmonioso e agradável, aberto à comunidade; um ambiente privativo, inclusive na recepção, que oportunize à gestante se expressar sem receios, sem medos e sem constrangimentos.

Oportunizar meios para que o profissional possa cuidar melhor de si e de sua saúde e melhorar as condições de trabalho (local de alimentação, de descanso e para socialização, entre outros).

Estabelecer alianças entre os diversos níveis de complexidade e entre os profissionais. Propiciar diálogos entre os profissionais dos diversos níveis de atenção para que se conheçam e se reconheçam mutuamente como profissionais competentes e responsáveis pelo cuidado,

independente do nível de atenção que representam. Abrir espaços, tanto na atenção primária como na secundária e terciária para o compartilhamento de informações, para que os profissionais conheçam os diversos serviços, seus fluxos, suas condutas, suas atividades e as rotinas, e assim, poderem melhor orientar as gestantes.

Estimular e oportunizar a participação dos profissionais que atuam nas unidades locais de saúde em conjunto com representantes dos outros níveis de atenção, no planejamento, operacionalização e na gestão dos serviços e políticas de saúde. Propiciar de fato a inserção do profissional da unidade local de saúde no sistema de saúde, dando a ele voz e vez, estabelecendo redes *on line* com os outros níveis de complexidade de atenção.

Procurar manter a proporcionalidade instituída pelo Ministério da Saúde entre o número de equipes de Saúde da Família e o número de famílias a serem cobertas, aumentando a disponibilidade de tempo dos profissionais para a escuta, a comunicação autêntica e os encontros genuínos com as gestantes e familiares.

Procurar formas de avaliar a atenção pré-natal que não fiquem restritas à produção. Usar além dos critérios objetivos e quantificáveis, os subjetivos, a satisfação da clientela, a sua adesão, a continuidade ao serviço e o acompanhamento de todo o processo até o pós-parto. Assim, estabelecer critérios que permitam estabelecer o tempo para cada atendimento, sem deixar de atender as necessidades de cada gestante.

Construir protocolos municipais que resgatem, garantam e propiciem ao enfermeiro a solicitação dos exames de rotina conforme determina o Ministério da Saúde.

Propiciar fóruns de debate sobre as políticas públicas de saúde e estabelecer estratégias que possibilitem a sua construção e reconstrução, observando as diversas realidades e contextos sociais. Inserir o usuário nestes debates.

9.4 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE

Estabelecer parcerias entre os setores da educação e os da saúde para quebrar esta lógica existente formando profissionais para atuar no sistema de saúde e desenvolver ações de promoção da saúde no período pré-concepcional e no período gestacional; para trabalhar com educação e saúde, para atuar de forma interdisciplinar e desenvolver ações dentro de uma perspectiva humanística. Formar profissionais capacitados para trabalhar com a mulher, com grupos e famílias, com os diversos gêneros e idades. Realizar oficinas periódicas para sensibilizar os profissionais para cuidado humanizado no pré-natal e construir um referencial teórico para guiar o cuidado de acordo com a realidade dos serviços.

Estabelecer ou fortalecer parcerias entre a Universidade e Secretaria Municipal de Saúde, estabelecendo macropolíticas, após diálogo aberto entre professores e profissionais lotados nas unidades locais de saúde, que garantam o uso das unidades locais de saúde como um dos campos do ensino prático e responsabilize também os profissionais que lá atuam pela formação dos discentes. Em contrapartida, co-responsabilizar também a Universidade pela formação dos profissionais que trabalham nas unidades locais de saúde. Neste sentido, é necessário acordar condições (recursos físicos, financeiros, humanos e materiais) para a concretização destas ações.

Maior integração entre os órgãos formadores e os serviços de saúde em todos os níveis: municipais, estaduais e federais.

Estabelecer novas propostas para supervisão das atividades teóricas práticas de alguns cursos da área de saúde (diminuição da relação professor-aluno nos consultórios, supervisão direta, se possível; alternância de atenção entre o professor e o aluno na atenção à gestante) nos campos de atuação, reduzindo o número de alunos nos consultórios e mantendo a privacidade da clientela.

Oportunizar aos profissionais conhecerem as novas tecnologias em saúde e os contextos onde ocorrem para ajudar a direcioná-las, facilitando a coalescência da tecnologia e da humanização.

Estimular, apoiar e valorizar estudos que procurem transformar a realidade e avalizem um novo modelo para o cuidado à saúde com vistas à integralidade e humanização das ações

9.5 AMPLIAÇÃO DO OLHAR SOBRE OS SUJEITOS E SUA VALORIZAÇÃO COMO SERES SINGULARES E MULTIDIMENSIONAIS

Valorizar a gestante e os familiares como seres humanos plurais, multidimensionais e singulares. Reconhecer o que pensam, sentem e dizem; reconhecer seus potenciais e capacidade de criação. Procurar compreender o significado que atribuem à gestação, à saúde e à doença. Valorizar suas experiências, suas necessidades, suas queixas, seus sentimentos, sensibilidades, afetividades, expectativas, conhecimentos prévios, sua realidade ou seu contexto, as questões relacionais, as crenças e os valores. Reconhecer o feto/recém nascido como um ser humano, como alguém que tem vida e mobilidade própria, que sente e que pode ser nomeado.

Reconhecer a importância dos contextos, dos cenários familiares, dos processos culturais, das intersubjetividades e das relações de poder no cotidiano do cuidado. Buscar

compreender as peculiaridades das necessidades, as perspectivas e interesses dos sujeitos envolvidos no cuidado. Compreender que as gestantes têm suas próprias subjetividades que demandam necessidades e expectativas individuais, necessitando um atendimento diferenciado e personalizado.

Respeitar também os conhecimentos, os valores e as crenças dos familiares, das pessoas de referência da gestante e do companheiro.

Considerar as dimensões do ser humano: seu potencial para refletir (racionalidade) para exercer sua autonomia (capacidade de pensar, decidir e agir), seus valores (eticidades), sua cultura e suas afetividades.

Reconhecer também, na condição de profissionais, que as leituras que fazemos dos problemas e necessidades dos usuários e também as soluções que propomos para resolver as situações vividas por estes (gestantes e familiares) são iluminadas e influenciadas por nossas perspectivas afetivas, socioculturais, experiências, valores e crenças e por fundamentos teóricos que sustentam o nosso saber-fazer. Assim, a partir desta complexidade, é importante que se tente estabelecer acordos englobando aquilo que for comum ao profissional e à gestante.

9.6 FORTALECIMENTO DAS RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS: DIÁLOGOS ENTRE DISTINTOS HORIZONTES CULTURAIS

Acolher as gestantes, a partir de uma escuta comprometida e ampará-las. Mostrar-se receptivo ao universo social, cultural e afetivo desta clientela, abrindo espaços à sua expressão, às suas vivências, às suas necessidades, aos seus problemas e procurar em co-participação com elas soluções e possibilidades para os seus problemas; procurar dar resolutividade com a maior agilidade possível.

Procurar estimular e estabelecer relações horizontais, compreendendo e, se possível, incorporando no cuidado as diversidades culturais, de modo que as hierarquias, os preconceitos e os controles sejam substituídos ou minimizados e que se considere a complexidade dos envolvidos, os seus processos interacionais e a vida tal como é por eles vivida e percebida.

Propiciar espaços de comunicação ampla, mediada pelas palavras, pelos sons, pelo tato, pelos gestos, pelo olhar, enfim, pelos sentidos. Utilizar uma linguagem coloquial que possibilite a gestante compreender os fatos, as situações e as orientações dos profissionais de saúde.

Perceber que no espaço intersubjetivo estabelecido entre as gestantes e profissionais da equipe de saúde entram em cena singularidades afetivas, culturais, sociais, éticas de ambos, podendo haver encontros e até desencontros que precisam ser superados através de um diálogo aberto e franco, da criação de espaços de compreensão e de “comum unidade”, na qual estas questões se interpenetrem sem se anularem. Não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, as contradições, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência entre as diversidades. Dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da equipe de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que possibilita o agir e o transformar.

Oportunizar que a gestante seja acompanhada pelo mesmo profissional ou por membros de uma mesma equipe de saúde; tenha alguém de referência no serviço de saúde e; que conheça o responsável pelos atendimentos, o que possibilita a formação de vínculos.

Estar aberto às diferenças, às especificidades do outro, aceitar a pluralidade humana, quebrar resistências, vê-lo como fonte de riqueza e crescimento mútuo e não como uma ameaça, reconhecendo-o como legítimo outro.

Procurar estabelecer uma relação dialógica, de entendimento, de compreensão, na qual haja abertura e respeito à integridade e a dignidade inalienável do outro, aceitação do seu valor como ser humano e reconhecimento mútuo.

9.7 FORTALECER OS POTENCIAIS E ESTIMULAR A AUTONOMIA DOS SUJEITOS

Devolver a mulher o protagonismo da gestação, parto e pós-parto, considerando-os como eventos normais, femininos e naturais da vida, não como doenças.

Estimular que a mulher assuma a responsabilidade pela sua saúde e a condução da gestação.

Oportunizar à gestante conhecer e reivindicar seus direitos individuais (entre eles, o direito à liberdade, o direito de não ser discriminado e o direito à vida) direitos coletivos e sociais (saúde, educação, segurança, entre outros), sexuais e reprodutivos, políticos, sobretudo os direitos relacionados à maternidade. Para tanto, os profissionais devem também ter conhecimento a respeito destes direitos, reconhecê-los, respeitá-los e compartilhá-los com as gestantes e estimular que as gestantes os exerçam.

Superar os interesses e as resistências que dificultam a participação das gestantes ou de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Estabelecer parcerias com as organizações não governamentais (ONGS), associações e movimentos de mulheres e instituições e serviços que defendem seus direitos (delegacias da mulher; pastorais da família e da saúde) com a finalidade de ampliar as lutas em favor dos direitos das mulheres.

Estimular a ampliação dos conhecimentos das mulheres, socializando e democratizando as informações, respondendo questionamentos, esclarecendo as dúvidas, orientando e explicando sobre os procedimentos, oportunizando espaços terapêuticos e educativos coletivos e individuais (grupo de gestantes ou de casais grávidos, sala de espera, visitas à maternidade). Sobretudo, compartilhar experiências e conhecimentos sobre: o processo do nascimento (gestação, parto, pós-parto e cuidados com RN), os riscos, os problemas e cuidados durante todo o processo, a importância do acompanhamento da saúde no período pré-concepcional e no pré-natal, o planejamento familiar, seus direitos; fluxos e rotinas das unidades locais de saúde e dos outros serviços de saúde. Também oportunizar a participação da gestante em espaços educativos individuais ou coletivos, propiciando a ela expressar sentimentos, medos, expectativas, significados atribuídos à gestação, à saúde e à humanização. Estimular a gestante a conhecer a maternidade para se familiarizar com o ambiente, com os profissionais e as rotinas, aumentando seu potencial para assumir o papel que lhe compete, o de ser sujeita do processo de nascimento.

Oportunizar espaços de trocas entre as gestantes. Este compartilhamento no grupo pode auxiliar as gestantes a compreenderem suas vivências, além de possibilitar que identifiquem dificuldades e facilidades similares as suas nas diversas situações relatadas, fortalecendo-as para escolher caminhos, resolver ou superar alguns dos seus problemas e minimizar outros, facilitando a sua decisão e o agir.

Estabelecer uma relação horizontal, de ensino e de aprendizagem mútua que procure romper com o autoritarismo e a imposição de verdades. Propiciar espaços de compartilhamento e comunhão de conhecimentos e experiências, com vistas ao fortalecimento dos potenciais dos envolvidos, sua autonomia e crescimento mútuo.

Criar mecanismos para que as gestantes sejam estimuladas a participar das atividades grupais e atuem mais ativamente, para que questionem, procurem e exijam maiores informações.

Estimular e oportunizar a participação da família, consangüínea ou não, sobretudo, do companheiro, constituintes da rede de apoio e parceiros neste momento especial. Estes poderão dar suporte à gestante, estimular sua participação nas consultas e nos grupos educativos. O apoio destes é essencial para que a gestante vivencie a gravidez com maior

tranquilidade e maior segurança, aumente sua auto-estima e tenha maior confiança nas suas capacidades e potencialidades para cuidar do recém-nascido.

Usar e apropriar-se da tecnologia existente, medicamentos, exames e equipamentos, para melhorar o processo de viver da mulher como gestante e parturiente; para promover a sua saúde, manter e estimular sua autonomia.

Propiciar espaços para compartilhar informações sobre os direitos sociais, civis, sexuais e reprodutivos das mulheres.

Reconhecer os direitos adquiridos das mulheres e exigir que estes sejam cumpridos.

Dar oportunidade à gestante e aos familiares para propor mudanças, dar contribuições sobre a organização dos serviços e planejamento de ações, para humanizar e melhorar a qualidade da atenção à saúde em todos os níveis de complexidade da atenção. Assim, estarão cumprindo o seu papel na sociedade em defesa dos seus direitos e da comunidade e, ampliando as forças e poderes da população.

Estabelecer mecanismos de participação que possibilitem a reflexão e potencializem a compreensão dessa sociedade complexa e suas inter-relações e retroações, suas contradições e resistências e a superação destas questões através das forças de cooperação, comunicação, compreensão, solidariedade, inclusão, amizade, comunidade e amor, acompanhadas de perspicácia e de inteligência, da solidariedade, da inclusão e Amor.

9.8 ESTABELECIMENTO DE REDES INTERSETORIAIS SOLIDÁRIAS E COOPERATIVAS.

Estabelecer parcerias entre as unidades locais de saúde, as instituições de saúde públicas e privadas, as empresas, os movimentos e as associações sociais e filantrópicas, envolvidas com a saúde e com as instituições formadoras (enfim com a sociedade civil organizada), acordando ações que propiciem à gestante promover e proteger sua saúde e prevenir patologias e riscos.

Estabelecer uma rede de compromissos e co-responsabilidades entre os diversos profissionais da equipe de saúde, as diversas instituições de saúde e as entidades sociais, (ligadas à segurança, à justiça, à legislação e ao lazer), educacionais, ambientais, culturais e econômicas. Desenvolver redes solidárias em favor da saúde (promoção e proteção da saúde), da qualidade de vida e da criação de estratégias necessárias para a manutenção da vida. Implica trocar e construir coletivamente os saberes, articular linguagens e práticas entre os diversos setores para equacionar determinadas questões sanitárias e de saúde ligadas ou não à gestação.

Estabelecer parcerias com órgãos de proteção à mulher para encaminhar as gestantes (se desejarem) cerceadas de sua liberdade ou submetidas a qualquer forma de violência, e ao mesmo tempo mostrar seus direitos e as possibilidades para reivindicá-los e exercê-los.

9.9 ADOÇÃO DE UMA FILOSOFIA E DE POSTURAS ÉTICAS DOS PROFISSIONAIS

Procurar colocar-se no lugar da gestante, procurando compreender suas vivências e sentimentos de acordo com o seu ponto de vista. Adotar uma postura ética e amorosa em todas as interações, encontros intersubjetivos, transações e ações desenvolvidas no cotidiano do cuidado. Pequenos gestos de cordialidade, de abertura, de interesse, de disponibilidade, de atenção, de preocupação fazem a diferença nas práticas de saúde.

Procurar se autoconhecer, se deixar conhecer e conhecer o outro em sua complexidade. Refletir e fazer um exame autocrítico (auto-ética) sobre suas fragilidades, resistências, contradições e sobre as suas potencialidades. Ao mesmo tempo, procurar conhecer outro, suas fortalezas, suas vulnerabilidades, resistências, flexibilidades, habilidades, capacidades e os seus potenciais. Tais comportamentos podem contribuir para evitar pré-julgamentos, aumentar a tolerância e respeito para com as idéias antagônicas as suas, superar conflitos, possibilitar a abertura ao outro (ética da comunidade), a compreensão e aceitação mútua (ética da solidariedade e da compreensão) e, sobretudo, assumir a sua condição humana e reconhecer a sua complexidade (ética complexa).

Assumir uma atitude ética de respeito as gestantes e familiares no que concerne aos direitos, aos valores, às crenças, à privacidade e à dignidade humana. Reconhecer em todo o ser humano um semelhante e um dessemelhante com direitos iguais, responsável por si, pelos outros e pela vida.

Fortalecer a cooperação, a comunicação, a compreensão, a comunidade e o Amor e uni-las a inteligência e perspicácia, utilizando-as como forças de resistência a qualquer forma de violência e desumanização no cuidado. Procurar cultivar muito mais o altruísmo do que o egoísmo, abrindo-se para ao outro, incluindo-o nas ações e serviços, aderindo a uma ética de solidariedade, da compreensão e da complexidade.

Todas estas questões, fruto das percepções dos atores diretamente envolvidos no cuidado e reflexões teóricas sobre o tema se direcionam a determinados contextos e momentos históricos, não podendo ser generalizadas a todos os cenários. Não são padronizações, fórmulas ou receitas para cuidado humanizado no pré-natal, precisam ser

analisadas avaliadas, adaptadas a cada realidade e as percepções daqueles diretamente envolvidos. É uma proposta inacabada que pode servir de ponto de partida para novos estudos, para ampliar os saberes em relação ao tema. Contempla aspectos que vão além da visão paradigmática vigente que podem servir de subsídio para um cuidado humanizado direcionado à gestante e aos familiares. Trata-se de uma construção conjunta que procurou desvelar o que estava explícito e o implícito nas falas dos envolvidos; procurou interpretar o que estava além de seus discursos, sem deixar de situá-lo no contexto histórico e social vivido. Reflete uma transição entre dois paradigmas e faz emergir a aspiração dos profissionais de superar, de ir além das divergências e das dificuldades.

Tenho convicção que reverter este quadro não é uma tarefa fácil. Depende de muitos adeptos à causa, de um compromisso de grupo, de experiências inovadoras, de refletirmos constantemente sobre a nossa prática, de compartilharmos com nossos pares as novas idéias, de estarmos abertos às críticas (o que não é fácil) e às argumentações, de propormos sugestões e de produzirmos novos saberes e multiplicá-los. Depende, sobretudo, de acreditarmos nesta nova forma de ver a atenção à saúde e perseverarmos na concretização de nossos ideais, tendo como parceiro o usuário, principal ator de todo este processo.

CAPÍTULO 10

CONSIDERAÇÕES FINAIS

PERSEGUINDO SONHOS, FINALIZANDO UM PERCURSO E ABRINDO OUTRAS POSSIBILIDADES

*Eu pedi pro vento que soprasse o que
era o amor
ele garantiu é tempestade
bandos de estrelas me contaram, sem piscar
o amor é pura eternidade.
sem saber direito, perguntei pro coração,
que sem medo respondeu:
o amor é fogo, água, céu e terra.
sente o amor sou EU.
(Simone- Sou Eu)*

*Somos o que são nossos pensamentos, sonhos e aspirações...
Traduzidos em gestos concretos no chão da realidade*

(Roque Schneider, 1998).

No desenvolvimento deste estudo, na construção desta trajetória e na descoberta dos novos caminhos passei por momentos de desânimo, de depressão, de cansaço, de solidão, de obscuridade que fazem parte deste processo de construção do conhecimento, mas, sobretudo, de realização, de euforia, de deslumbramento e de muita inquietação que me impulsionaram a perseguir meus objetivos. Ao longo desta caminhada me deparava com montanhas que pareciam intransponíveis, com obstáculos, contradições, resistências e fragilidades, mas sempre via no horizonte um arco íris cheio de possibilidades, de oportunidades, de fortalezas e de cores. Não raramente era cercada de uma leve penumbra que se abria sistematicamente para a entrada de lindos raios de sol. Lentamente, mas com todo o empenho, diariamente frases se articulavam, parágrafos emergiam, diálogos eram estabelecidos e depois de algum tempo (semanas ou dias), orgulhosa, lia um novo capítulo.

Tais adversidades não fizeram esmorecer, ao contrário foram molas propulsoras que me estimularam a seguir em frente e me fizeram crescer. Este processo diário me estimulava a ler mais, procurar compreender a complexidade do dia a dia do cuidado, ficar atenta as coisas e as pessoas que me rodeavam e estabelecer relações entre o que escrevia e o meu cotidiano.

Nesta caminhada algumas limitações emergiram. O fato de trabalhar com duas realidades distintas e duas populações também diferentes. Isto ora se constituía uma facilidade porque permitia a ampliação do meu olhar sobre o tema, ora dificultava. A linha de pensamento utilizado para interpretar o “corpus”, a Hermenêutica e também o referencial teórico exigiam a contextualização da população e de seus campos de atuação, havendo necessidade de interpretar as falas de acordo com os contextos e só depois estabelecer um paralelo entre os dois campos de atuação e suas populações. Em razão destas questões, houve necessidade de aumentar o número de entrevistas, o volume de material a ser analisado (corpus) para que pudesse alcançar a saturação dos dados, dificultando a agilização dos trabalhos.

Contudo, as facilidades se sobressaíram e superaram as limitações. Contribuíram para o desenvolvimento deste estudo, a minha experiência na área; o fato de conhecer os campos de atuação, o que me permitiu contextualizar com maior facilidade os serviços de saúde e estabelecer o perfil das gestantes; o apoio e incentivo dos funcionários e gestores para desenvolver o estudo; o apoio de meus colegas de área; a abertura dos profissionais

entrevistados que se colocaram sempre a disposição para responder os questionários e procuraram dar o melhor de si; a confiança deles, oportunizando que eu participasse das suas consultas e atividades, deixando-se conhecer, expondo suas idéias, suas críticas, dando sugestões, disponibilizado o seu tempo e o seu conhecimento, construindo conjuntamente este saber. O apoio das gestantes também foi fundamental. As gestantes mostraram-se disponíveis, deslocando-se de sua residência para participar das entrevistas nos dias agendados; outras colocaram sua casa a disposição para que eu pudesse entrevistá-las mostrando muita cordialidade, cumplicidade e apoio.

Na interação com os entrevistados e suas realidades, novas indagações surgiram, novas formas de agir e de pensar se mostraram e uma única certeza: quando mais aprendia menos sabia e maior era a necessidade de ampliar meus conhecimentos, de ir além. Nestes diálogos percebi a importância do trabalho de enfermagem com as gestantes em todos os níveis de atenção e contextos; da sua participação ativa na equipe de saúde, do seu papel como mediador entre a unidade local de saúde e a comunidade e com os profissionais e, sobretudo, o seu empenho para a concretização de um cuidado humanizado no pré-natal.

Deste o início deste estudo trazia no meu âmago a intenção de construir algo que fosse útil para o desenvolvimento do cuidado, aumentando ainda mais o meu empenho e a minha responsabilidade social em construir algo que viesse contribuir para o cuidado pré-natal.

Trilhar esta trajetória superou esta expectativa, permitindo-me rever e refletir sobre minhas práticas e valores e ampliar os meus sonhos. Foi de grande valia para a minha vida e, creio que poderá auxiliar os profissionais da equipe de saúde no cuidado prestado. Favoreceu grandemente o meu crescimento pessoal e profissional.

Todo este crescimento profissional não se deu apenas em função do aprofundamento e da compreensão do tema, mas também e, especialmente, em razão das relações intersubjetivas estabelecidas com as gestantes e com os profissionais, da aproximação com suas realidades e seus valores, das novas experiências e vivências, e em função do compartilhamento, das trocas e das interações com as pessoas e com o todo.

Os questionamentos, as conversas nos corredores sobre a pesquisa, os momentos de observação participante levaram o profissional a refletir, repensar sobre a sua prática e propor soluções para melhorar atenção prestada durante a entrevista e a *posteriore*, mudando algumas condutas no cotidiano do cuidado. Alertou as gestantes sobre o tema e ratificou que a participação delas é essencial para que mudanças na condução das políticas e nas ações de saúde possam se processar. O momento da entrevista também se constituiu um momento de aprendizagem para a gestante, pois além de possibilitar a reflexão também oportunizou

espaços de trocas e compartilhamento de experiências, informações e conhecimentos ao longo da entrevista, não ficando esta restrita apenas as questões de pesquisa.

O fato de ter sido desenvolvido com todos os profissionais, independente dos níveis de escolaridade e curso, criou um sentimento de valorização dos envolvidos, sobretudo dos profissionais de nível médio que poucas vezes são ouvidos e considerados.

Este estudo permitiu a emergência das seguintes categorias e subcategorias: 1) caracterizando o cuidado pré-natal; 2) cuidado centrado no ser humano e nas suas relações; enfocando a promoção da saúde; 3) atenção integral à saúde da mulher (subcategorias: a) interdisciplinaridade e; b) formação dos profissionais na universidade e no cotidiano do cuidado); 4) acesso à atenção à saúde completa e inclusão da gestante no serviço de saúde; 5) relações intersubjetivas e dialógicas entre as gestantes e os profissionais (subcategorias: a) acolhimento e; b) relação horizontal, de interdependência e de confiança); 6) valorização da gestante como pessoa ao mesmo tempo na sua unicidade, multidimensionalidade e diversidade; 7) busca de autonomia dos sujeitos e o protagonismo na gestação e na saúde (subcategorias: a) ampliação de conhecimentos e participação em espaços educativos individuais e coletivos; b) conhecer, reconhecer os direitos das mulheres, estimular o exercício destes direitos e o cumprimento deles; c) inclusão da família e do acompanhante; d) participação ativa no processo de nascimento, na humanização do cuidado e nas questões relativas à saúde da população); 8) ambientes e profissionais humanizados e; 9) uma postura ética e amorosa do profissional de saúde.

Este estudo contribuiu para a produção de novos conhecimentos na área que podem servir de subsídios para mudanças nas práticas de saúde. Permitiu-me ainda conhecer e compreender a realidade, as barreiras, as percepções e concepções que as gestantes e os profissionais têm sobre o cuidado humanizado e delinear e apontar algumas possibilidades para a sua efetivação na prática.

Esta construção mostra que são muitas as convergências e as similaridades nos discursos dos profissionais e das gestantes e que as divergências são sutis e se referem, especialmente às barreiras que impedem ou dificultam o cuidado humanizado no pré-natal. Estas barreiras são interdependentes, complexas e abrangentes. São de ordem pessoal (das gestantes), pessoais e profissionais (dos profissionais), estruturais e organizacionais do sistema de saúde, das instituições e dos outros setores que com eles se relacionam (econômicos, políticos, educacionais, cooperativos).

O presente trabalho, para superação destes obstáculos, aponta uma mudança de paradigma na atenção à saúde que seja pautado na humanização da atenção, na promoção da

saúde, na autonomia da população, no reconhecimento da complexidade humana e na importância de uma postura amorosa e ética nas relações intersubjetivas.

Ratifica que o termo cuidado humanizado é polissêmico e complexo, apresentando diversos significados, sendo caracterizado como: valorização do ser humano e de sua alteridade; ampliação e melhora nas relações intersubjetivas; conquista e reconhecimento dos direitos humanos, da dignidade e da autonomia; postura ética do profissional; contraposição à tecnologia exarcebada que escraviza o ser humano; ampliação de conhecimentos e de espaços educativos; fortalecimento dos potenciais das gestantes e dos familiares com vistas à autonomia e protagonismo no processo de nascimento; participação da mulher no planejamento, desenvolvimento, avaliação e nas transformações de políticas de saúde; formação de redes solidárias entre profissionais e entre setores da saúde e da sociedade para concretizar o cuidado, entre outros. Engloba ainda, o ambiente e a equipe humanizados, envolve a participação familiar, o acesso à atenção à saúde completa, a realização e a felicidade.

Reforça alguns aspectos básicos para a conquista de um cuidado humanizado no pré-natal e o fortalecimento de um paradigma que vai além do modelo vigente e legitimado pelos que cuidam e são cuidados: inclusão da gestante no serviço de saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios (acesso, universalidade, resolutividade, continuidade das ações de saúde; longitudinalidade e integralidade do cuidado; interdisciplinaridade, etc.); valorização da atenção primária e do profissional; formação voltada para o sistema de saúde, para a interdisciplinaridade, a educação em saúde e a humanização no cuidado; valorização dos seres humanos (gestantes, familiares e profissionais); estabelecimento de relações intersubjetivas horizontais que favoreçam o crescimento, a transformação e possam ajudar o outro a “ser mais” e ser mais feliz; formação de redes solidárias para atender a mulher grávida na sua totalidade; resgate da gestação como evento natural e feminino e resgate da autonomia da mulher como condutora e protagonista de sua saúde e do processo de nascimento. Ademais, formação de redes de apoio constituídas por familiares, pelo companheiro e por profissionais; compartilhamento de conhecimentos e experiências entre gestantes, familiares e profissionais; participação da gestante e dos familiares no planejamento das ações de saúde direcionadas a população; valorização de pequenos gestos que humanizam o cuidado; e finalmente, adoção de uma postura ética dos profissionais no cotidiano de cuidar.

Este estudo reforça que a gestação é um processo natural e normal, uma experiência humana complexa que extrapola a dimensão biológica. Ratifica que a gravidez é uma

experiência única, transacional, individual e social que envolve transformações corporais, psicológicas, sociais, econômicas e alterações de papéis na família e na sociedade. A gestação, o parto, o nascimento, a infância, os autores envolvidos e os seus contextos estão relacionados com os espaços, os setores, as questões e os sistemas sociais, culturais, educacionais e econômicos, dentre outros. Influenciam e são influenciados mutuamente. Tudo está interligado com tudo. Nada está isolado. Constituem-se uma teia de relações em constante interação que comporta conflitos, incertezas, erros, acertos, possibilidades e resistências. Tudo co-existe e interexiste com todos os seres e o universo. Tudo está em constante interação, constituindo-se um complexo sistema de inter-retro-relações aberto às mudanças.

Seguindo a mesma linha de pensamento, esta pesquisa fez emergir a importância da atenção pré-natal e pré-concepcional, deste espaço interativo, terapêutico, educativo que promove e protege a saúde da gestante e do bebê, estimula comportamentos saudáveis e evita os de risco, previne patologias, identifica fatores de risco e intercorrências, amplia os saberes e fortalece os potenciais das gestantes e familiares para que possam conduzir o processo de nascimento de forma segura e tranqüila. Traz a tona à complexidade que envolve esta atenção. Desvela as contradições, os antagonismos, as resistências, as barreiras, os conflitos, as oportunidades, as similaridades, as possibilidades, as convergências, as transações, as interações, as complementaridades que envolvem as relações intersubjetivas, construídas entre as gestantes, os acompanhantes, os familiares e os profissionais e as redes estabelecidas entre os serviços de saúde, profissionais e outros setores da sociedade. Reforça que os seres humanos, gestantes, familiares e profissionais são seres complexos, que se situam no Universo e o contém, influenciam e o transformam e por ele são transformados e influenciados. Revela que o ser humano é complexo e traz em si, ao mesmo tempo, de modo bipolarizado caracteres antagonistas e, por vezes, complementares: “Sapiens” e “demens” (sábio e louco); “faber” e “ludens” (trabalhador e lúdico); “empiricus” e “imaginarius” (empírico e imaginário); “economicus” e “consumans” (econômico e consumista) “prosaicus” e “poeticus” (prosaico e poético), o feminino e o masculino. Muitas vezes, sobressai o pólo prosaico, o agressivo, o “demens” e o “faber” (MORIN, 2001a) que reforça as desigualdades sociais, educacionais, de gênero e raciais, e ignora as oportunidades, os potenciais e as diferenças. Assim, ficou evidenciada na pesquisa a existência de ações desumanizadas no cotidiano do cuidado, tais como o desinteresse, a desatenção, a negligência, a indiferença, a falta de disponibilidade e de privacidade, o preconceito. Também foi ressaltado que tais agressividades ou quaisquer outras formas de violência só são superáveis por meio de forças

de resistência como a cooperação, a compreensão, a comunidade, a “comum união”, a solidariedade, amor de braços dados com a inteligência e perspicácia. Toda esta complexidade que envolve o ser humano, a gestação e atenção à saúde neste período, ratificada pelos discursos dos autores envolvidos, requer uma nova forma de ver o mundo e uma nova postura ética. Requer políticas de saúde que considerem a complexidade do ser humano, de suas relações e a complexidade dos serviços.

Requer uma ética da complexidade, uma ética que nos religa aos outros e ao mundo, que enfrenta a contradição, as incertezas e as ambigüidades, que comporta a auto-ética, a ética da comunidade, da solidariedade, da compreensão e a antropológica, que resista à crueldade e às barbáries e tenha como finalidade a realização da vida humana.

Requer, como aponta este estudo, uma visão de mundo e um modelo para cuidar que ultrapasse esta visão hegemônica que compartimentaliza os saberes, fragmenta a gestante, mecaniza e medicaliza a gestação, despersonaliza a mulher e a desapropria, impedindo-a de participar ativamente no processo de nascimento, de ter autonomia para decidir sobre o seu corpo, a sua saúde e a sua vida; impede a gestante de participar também do planejamento, da gestão e da fiscalização dos serviços de saúde. Contrapõe-se a um modelo que se centra na patologia e não no ser humano e nas suas relações, desconsidera a cooperação, a comunicação autêntica, a compreensão, a comunidade e o Amor. Opõe-se a uma visão de mundo que fragmenta e separa as disciplinas, afasta o observador da observação, separa a ciência da filosofia do humano e da cultura, exclui as contradições e as incertezas, reduz, fragmenta, objetiviza e mecaniza o ser humano, ou seja, uma visão que caminha pela via cartesiana.

Aponta para uma nova visão de mundo, para um pensamento aberto e de junção que una o que está disjunto, estabeleça redes de solidariedade e incorpore a incerteza; um pensamento que fortaleça o respeito, a inclusão, a conjugação, a conciliação, a ligação entre o racional e o subjetivo, o sensível e o intuitivo, a qualidade e a quantidade, a existência e a essência, o texto e o contexto, o todo e as partes, as partes entre si.

Um olhar diferenciado que permita compreender processos transitórios da vida humana como o gestar e o nascer dentro de uma abordagem sistêmica e articulá-los e integrá-los aos diversos sistemas sociais, culturais, econômicos, educacionais, entre outros. Um modelo humanístico e complexo que veja os seres humanos (o profissional, a mulher e seus familiares) como seres inteiros, singulares e multidimensionais, autônomos e dependentes simultaneamente, partícipes de uma rede sócio-cultural, que os influencia e por eles é influenciado.

Uma nova forma de cuidar que valorize a gestante e os familiares, seus pensamentos, sentimentos, palavras, experiências, conhecimentos e os significados atribuídos às novas vivências, reconheça-os como sujeitos portadores de direitos e de deveres, merecedores de acolhimento, de interesse, de compreensão e de atenção. Uma proposta que valorize também os profissionais, suas crenças, seus valores, afetividades e conhecimentos, oportunize e garanta espaços de intersecção, faça emergir o que é comum a ambos e também mostrem as diferenças.

Uma atenção que propicie a interação, a relação dialógica, a comunicação autêntica e efetiva e o encontro genuíno; que oportunize, garanta e estimule a participação, a autonomia e o protagonismo dos usuários. Uma nova visão que promova a saúde, valorize a vida e fortaleça as redes solidárias, as parcerias, as alianças, as redes de compromissos e co-responsabilidades entre profissionais, serviços de saúde, setores da sociedade e movimentos sociais.

Neste novo modelo de cuidar, humanístico e complexo, uma postura ética e amorosa é essencial. É necessário o envolvimento, a confiança, a solidariedade, a compreensão, a sensibilidade, a responsabilidade mútua, o respeito à integridade e a dignidade inalienável do outro e a preocupação com o contexto em que vivem e estão inseridos os atores principais deste cuidado.

Na nossa conjectura seria possível conquistarmos este modelo?

Como seria possível reverter este quadro? Como ir além das divergências e das incertezas? Seria importante a parceria, como já dissemos? Disseminar nossas idéias e ideais? Seria uma utopia conquistar esta metamorfose na atenção à saúde?

Morin (2005), ao falar de política e ética comenta que é preciso distinguir duas utopias: uma perfeita e harmônica que é irrealizável e outra com possibilidades ainda que pareçam ser impossíveis. Para ele, a relação entre o possível e o impossível depende das condições históricas, das situações concretas e das forças políticas. O impossível pode tornar-se possível. O verdadeiro realismo baseia-se na incerteza do real. “O problema não está em adaptar-se ao imediato ou escapar dos limites da realidade, mas ser realista/utópico no sentido complexo: compreender a incerteza do real, saber que existe um possível ainda impossível no real” (MORIN, 2005, p.85).

Para tanto, é necessário reconhecer que entre o real e o ideal, existe o possível. Assim, a trajetória a ser trilhada consiste em implementar o trabalho possível no espaço existente entre o ideal e o real. A transformação e as mudanças necessitam de uma ação com base na reflexão das práticas, no diagnóstico da realidade e no conhecimento dos limites e das

possibilidades. As transformações dependem de uma nova visão, de um movimento “em direção à”, de uma vontade pessoal e política dos envolvidos. É necessário um modo diferente de ver o mundo e de transitar nele.

Ao mudar nosso olhar sobre o mundo veremos outras possibilidades que não víamos antes e alcançaremos um maior entendimento das coisas. A mudança maior, interior, do ser profissional de saúde originará mudanças na forma de cuidar, de educar e pesquisar. Nossa atitude frente à vida se transformará (URASAKI, 2003, p.9).

De acordo com Urasaki (2003), é preciso exercitar pensamento, fazer relações, juntar, separar, rejuntar, dialogar e, assim, ampliar a relação do eu com o mundo. Ter uma disponibilidade interior para a mudança, assim como despertar no ser a sua “disponibilidade para”, são fatores significativos e determinantes para o processo de transformação.

É fundamental buscar pontos permeáveis para atuar no cotidiano do cuidar e trabalhar com competência técnica, relacional e de forma interdisciplinar. Trabalhar, estimulando a participação da comunidade e das lideranças, o exercício de seus direitos, reforçando os recursos existentes, trabalhando com as incertezas e para além das contradições, convergências e divergências. É essencial estar atenta ao não dito numa escuta sensível e compreensiva, dando voz aos sentimentos e emoções das pessoas que co-participam do cuidado, a equipe de saúde e o usuário. Desta forma, a partir de uma reflexão conjunta e avaliação permanente, transformar o existente abrindo caminhos de forma gradativa, buscando o melhor dentro das possibilidades que se mostram.

Parafraseando Resende (2002), o importante é sonhar, pois o sonho sugere a visão de possibilidade; fazer planos e adotar *posturas ativas*, empreender ações para concretizar esta possibilidade, para torná-la realidade.

Nesta perspectiva, Boff (2004) apresenta a águia e a galinha como arquétipos dando sentido metafórico à condição humana. Citando Platão, aponta para o céu, invocando a águia que representa o ser humano/homem do mundo ideal, da utopia, dos grandes sonhos, da essência perfeita, a abertura infinita do ser humano. A águia representa a vida humana em sua criatividade, em sua transcendência; representa os sonhos, os ideais, as novas direções e os caminhos. Lembra também Aristóteles que em contrapartida aponta para baixo, para a realidade empírica, trazendo a tona o homem do realismo, dos projetos viáveis, do caminho bem definido, da prática concreta, do cotidiano, representado por Boff (2004) pela galinha. A galinha expressa a situação e condição humana no seu cotidiano, na sua história, no círculo da vida, nos afazeres domésticos, nos hábitos e nas tradições culturais, com as contradições, incertezas, limitações e possibilidades que marcam a vida. Ambas se complementam, coexistem se interpenetram.

Ambos os filósofos tem sua razão de ser. Somente integrando Platão e Aristóteles, céu e terra, a águia e a galinha, real e ideal, poderemos caminhar com dois pés: um firme no chão e o outro levantando vôo, mas para frente e na direção certa.

Sejamos iguais às águias e as galinhas, ou seja, realistas e utópicos enraizados no concreto e abertos ao possível ainda não ensaiado, andando no vale, mas tendo os olhos nas montanhas. [...] Se não buscarmos o impossível (águia) jamais conseguiremos o possível (galinha) (BOFF, 2004, p.100 e 103).

É necessário arriscar, lutar com e a favor dos outros para que os sonhos de alcançar um cuidado autêntico no processo de nascer e em todos os cenários do cuidado se concretizem. Para tanto, se faz necessário que cada um escute seus silêncios, capte a águia que se anuncia e a galinha que emerge no dia a dia em cada um de nós, atingindo um equilíbrio dinâmico humano, como diz Boff (2004).

O ideal e o real dependem de como vemos o mundo e o universo e das ações que desempenhamos. Se observarmos o casulo, a lagarta e a borboleta, ora estes são idéias, ora são realidades, são interdependentes e complementares e estão em constante transformação.

A transposição do ideal para o real depende de nossa escolha, da nossa liberdade e da nossa capacidade de nos superar, transformando nossos sonhos em realidade. Depende também da parceria que vamos estabelecer com quem iremos construir o cuidado; depende de coragem para enfrentar novos desafios, do compromisso, da responsabilidade e da competência técnica, ética e relacional.

Busquemos ver com os olhos de galinha e águia e analisar o cotidiano do cuidado, sonhar com um cuidado que fortalece o outro, que o valoriza em sua multiplicidade, singularidade e sua dignidade e buscar em parceria com nossos pares a concretização deste sonho na prática, transformando a realidade existente. Seguindo esta trajetória, o ser humano, único ser que sonha acordado poderá construir não o melhor dos mundos, mas um mundo melhor, contribuindo para “o estar e o ser melhor” dos seres humanos.

Sabemos que não existem regras fixas, fórmulas eficazes, bússola para indicar os caminhos. O caminho será trilhado por nós, caminhando entre incertezas, erros e contradições, na diversidade e na singularidade, na razão e na subjetividade, podendo ser um projeto ao mesmo tempo ético, solidário e coletivo, estético e político.

Assim, este estudo apesar de inacabado e aberto às novas possibilidades, críticas e aprofundamentos é uma pequena contribuição nesta direção, um espaço de reflexão sobre a condução de nossas práticas, um espaço para ampliar o estado da arte sobre o cuidado

humanizado no pré-natal. Destaca a importância da atenção pré-natal e lembra que esta atenção pode trazer reflexos positivos no nascimento, nas relações com os outros seres e com o cosmos e, sobretudo na construção da identidade e da dignidade do ser humano.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1992. 539 p.
- ALBERTI, V. A. existência na história: revelações e riscos da hermenêutica. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 1-21, 1996. Disponível em: <<http://www.cpdoc.fgv.br/revista/arg/184.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2004.
- ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history challenges and direction for future, Washington. **Journal Public Health Reports**, United States. Association of schools of public health. v. 116, n. 4, p. 306-316, July/Aug. 2001.
- ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos**: desafios ao cuidado no Programa da Saúde da Família. 2004. 192 p. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, dez. 2004.
- AMORETTI, R. A bioética na orientação humanizada da assistência à saúde: introdução ao campo da bioética. In: **JORNADA DE BIOÉTICA DO GHC**, na Fundação do Comitê de Bioética do GHC (Grupo Hospitalar Conceição), 1, 2003, Porto Alegre. Anais... set. 2003. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/GepNet/bioamoretti.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2004.
- ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. C. **Bases de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. 161 p.
- ANDRIOLI, A. I. **A crítica da hermenêutica e a hermenêutica da crítica**: resenha do livro. "Interpretação e Ideologias" de Paul Ricouer. Organização, tradução e apresentação de Hilton Japiassu 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1983. In: Revista espaço acadêmico, Maringá n. 24, ano III, maio. 2003. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br>>. Acesso em: 4 set. 2004.
- ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando**: introdução à Filosofia. São Paulo: Moderna, 1995. 395p.
- ARAÚJO, M. J. O. **Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero**: o caso do Município de São Paulo. In: SEMINAR WOMEN'S AND HEALTH MAINS-TREAMINGTHE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, I, 1998, Tunísia. Anais... [São Paulo], 1998.
- ARRUDA, Â. Um atendimento ao parto para fazer e nascer. In: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da mulher (CNDM). **Relatório do encontro nacional de saúde da mulher**: um direito a ser conquistado: Quando a paciente é mulher, 1989. p. 35-41.
- ASSMANN, H.; MOSUNG, J. M. **Competência e sensibilidade solidária**: educar para esperança. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 331p.
- AUMANN, G. M; BAIRD, M. M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetrícia**: um enfoque multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 13-36.
- ÁVILA, A. A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente**. São Paulo: Ateneu, 1998. 215p.
- ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**, São Paulo: HUCITEC/Population Council, 1999.
- AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Subject, intersubjectivity, and health practices. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 6, n. 1, p.63-72, 2001. ISSN 1413-8123.
- AYRES, J. R. de C. M. Hermeneutics and humanization of the health practices. Hermeneutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, July/Sept. 2005. ISSN 1413-8123.

- ARNEY, W. R. . Power and the Profession of Obstetrics. Chicago & London: The University of Chicago Press, 1982. 290p.
- BARBAUT, J. **O nascimento através dos tempos e dos povos**. Portugal: Terramar, 1990. 191p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994. 227p.
- BAREMBLITT, G. **Que se entende por humanidade e humanização?** Portal Humaniza. Humanização da Saúde. 2004. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/default.asp?popup=1>>. Acesso em: 8 jul. 2004.
- BARNARD, A.; SANDELOWSKI, M. Tecnologia e cuidado de enfermagem humanitário: (ir) reconciliar ou inventar a diferença? Technology and humane nursing care: (ir) reconcilable or invented difference? International Symposium on Technology and Society, **J. Advanced Nursing**, Oxford, v. 34, n. 3, p. 367-375, May. 2001.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. The humanization of healthcare: a new fad? A Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./aug. 2005a. ISSN 1414-3283.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.
- BENFAM - Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil. Programa de pesquisas de Demografia e Saúde (DHS). Macro Internacional Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde** - 1996 e março de 1997. Brasil: Tucano. Mar. 1997.
- BERRIOT-SALVADORE, É. **O discurso da medicina e da ciência**. In. PERROT, M.; DUBY, G. História das mulheres no Ocidente: renascimento à Idade Média. Porto: Afrontamento, 1990. v. 3.
- BERRY, E. et al. Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre the Ontario Prevention Clearinghouse **Preconception and Health: research and Strategies**, Toronto, 2001. Disponível em: <www.beststart.org <http://www.opc.on.ca>>. Acesso em: 4 set. 2004.
- BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. 2001. 204p. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Sociedade). Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC, Pós-Graduação de Enfermagem. Florianópolis. 2001.
- BETTS, J. **Considerações sobre o que é o Humano e o que é Humanizar**. Portal Humaniza. Humanização da Saúde. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/default.asp?popup=1>>. Acesso em: 6 jul. 2004.
- BOCK, G. **Pobreza feminina, maternidade e direito das mães na ascensão dos Estados: providência**. In: DUBY, G.; PERROT, M. A história das mulheres no Ocidente: o século XX. Tradução: Maria Helena da C. Coelho, Irene Maria Vaquinhas, Leontina Ventura e Guilhermina Mota. Porto: Afrontamento, São Paulo: EBRADI. 1990. p. 435-503.
- BOFF, L. **Identidade e complexidade**. In: MORIN, E. et al. Ensaio da Complexidade Editora Porto Alegre: EDUFRRN-Sulina Representações, 1997. p. 61-75.
- BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. 41 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 186 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Saúde Materno-fetal. Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher. **Pré-natal de Baixo risco**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras Providências. Presidente da República. **Diário Oficial da União (DOU) da República Federativa do Brasil** de 26.06.86, Poder Executivo, Brasília, DF, Jun. 1986. Seção I, p. 9.273-9.275. Disponível em <<http://www.coren-pb.com.br/legislacao/leis/lei7498.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8, 1987, Brasília. Relatório final **Anais...** Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE DIREITOS DA MULHER-1987, Brasília out. 1986. **Relatório Final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a. 56p.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira (1988) da República Federativa do Brasil**. Leis do SUS, 1988. Disponível em <<http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/rede8111.html>>. Acesso em: 14 out. 2003.

BRASIL. Ministério de Previdência e Assistência social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Coletânea da Legislação Básica (SUDS)**. Brasília, jan. 1989, 156 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 1805. Brasília, set. 1990a. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Plano de ação para a redução da Mortalidade Materna**, Brasília, 1995a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Materno-infantil. Oito passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1995b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistema de Informações Sistema Único de Saúde. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. **DO 220-E [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde. Brasília, DF, 17 nov. 1998. Anexo 1: Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica, 1998. 25 p. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pab_geral/> Acesso em: 20 maio, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999. Define critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família. Poder Executivo, Gabinete do Ministro, Ministério da saúde. Coletânea de Legislação Federal Brasília, nov. 1999. Disponível em <<http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20N%201348.pdf>> Acesso em mar.2006.

BRASIL. DINSANI/ MS/ SNPES. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da saúde da mulher. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos**, 3. ed. Brasília, 2000a, 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré – natal e Nascimento. Informação para gestores e técnicos. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 569, 570, 571 de 1º de junho de 2000. DO 110-E [da] República Federativa do Brasil, 8 jun.2000. Republicada no **DO 160-E [da] República Federativa do Brasil**, 18 ago. 2000. Poder Executivo, Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde. Brasília, 2000c. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Departamento Nacional de Auditoria. Obstetrícia. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/>>. Acesso em 12 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº. 572**, de 1º de junho de 2000. DO 219-E [da] República Federativa do Brasil, 14 nov.2000. Poder Executivo, Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde. Brasília, 2000d. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Departamento Nacional de Auditoria. Obstetrícia. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/>>. Acesso em 12 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)-descentralização**. Brasília: Secretaria Executiva, 2000e.

BRASIL Lei n.º 70/2000, de 04.05. Dispõe sobre a proteção de maternidade e paternidade. Poder Executivo, Brasília, DF. 20 abr. 2000 Anexo. Cap. 2 - Proteção da saúde. Artigo 5º (Direito à assistência médica), Cap. III - Proteção do trabalho. Artigo 14 (Dispensas para consultas e amamentação). Artigo 23 (Regimes das licenças, faltas e dispensas). Promulgado 14 abr. 2000. Referendado 20 de abr. 2000f. Disponível em <http://www.verbojuridico.net/legisl/2000/dl00_070.html> Acesso em 12 jul. 2006.

BRASIL. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área técnica da saúde da mulher. **Gestação de alto risco**: manual técnico, 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde - NOAS-SUS 01/2001**. Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001. Anexo PT GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma operacional da assistência à saúde/SUS NOAS-SUS de 01/2001. Ministro da saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF. Cap. 1 Art. 3., 2001a Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm>. Acesso em 15 fev.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, Brasília, 2001b. 20 p. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br/home>>. Acesso em: 12 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da saúde da mulher. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. **Diário Oficial da União [da], República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada. **O Recém nascido de baixo-peso**: método mãe Canguru. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. **Promovendo a saúde da mulher**. Entrevista com Tânia Lago In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Promoção da Saúde. Saúde da Mulher Brasileira, ano 3, n. 6, Brasília, p.53-54, out. 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde, 2002 d, 116p.

BRASIL. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002e. 299 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Projetos, Programas e relatórios. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002f.

BRASIL Ministério da Saúde **Informe Saúde**. Divisão de Jornalismo da Assessoria de Comunicação Social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, ano VI, n.171, jul. 2002g ISSN 1519-9959

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2000**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Programa da Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. The Family Health Program: broadening coverage to consolidate the change in the primary care model. **Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3 n. 1 p. 113-125, jan./mar., 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção**

Integral à Saúde da Mulher–2004 a 2007. Resumo das atividades realizadas em 2003, Brasília, DF: Editora: Ministério da Saúde, 2003b 12 p.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**, Projeto de desenvolvimento de sistemas e de serviços de saúde. Série Técnica, Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003c. 75p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério da Educação e Ministério da Ciência e Tecnologia. Portaria Interministerial n.º 562 de 12 de maio de 2003. **Coletânea de legislação Federal.** Poder Executivo, Ministro de Estado da Saúde, Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministro de Estado da Educação, Ministro de Estado da Ciência e Tecnologia. Brasília, 2003. 4p. Brasília, 2003d. Disponível em: <<http://72.14.203.104/search?q=cache:74DPtECa3AJ:200.199.79.99/planejamento/planejamento/Portaria%2520n562.doc+portaria+Interministerial+n.%C2%BA+562+de+12+de+maio+de+2003&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=6>> Acesso em: 12 mar. 2006.

BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 1, 15-19 dez. 2000, Brasília.. O Brasil falando como quer ser tratado; efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. **Relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003e.

BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB:** indicadores 2002. 5. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003f. 48 p.

BRASIL. Ministério da Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério: Editora MS, 2004a. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Ano da Mulher.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. I CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. I, 2004, Brasília **Anais...** - Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004c. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde. HUMANIZA–SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2004d. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em 12 jun. 2006. acesso em mar.2006

BRASIL. Ministério da Saúde/UNESCO. Projeto de Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). **Relatório final.** Coordenação do Professor Oswaldo Yoshimi Tanaka. São Paulo, abr. 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**, 2004f. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>> Acesso em 14 set.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004g.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria interministerial MEC/MS n.º 1.000, de 15 de abril de 2004, **Coletânea Legislativa Federal.** Ministro de Estado da Educação. Ministro de Estado da Saúde, Brasília, DF, 2004h. 3p. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º1006 MEC/MS, de 27 de maio de 2004. **Coletânea Legislativa Federal.** Ministro de Estado da Educação e Ministro de Estado da Saúde. Brasília, DF, 2004i, 8p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS>>. Acesso em: 21 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004j.

BRASIL. Contribuição da Secretaria especial de políticas para as mulheres para as Conferências Estaduais, **Documento Base.** Termo 1, 2 e 3. Brasília, abri. 2004l.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Componente I - Incentivo à assistência pré-natal. **Ficha consolidada de gestantes.** Incluindo gestantes com mais de 1 ano da D.U.M, com a primeira consulta realizada entre 01/01/2005 e 30/12/2005. Consolidado do município de Florianópolis, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005. Institui a Política nacional de Atenção Obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil n.º128,** 6 jul. 2005. Poder Executivo, Brasília, DF, 2005b. Seção 1. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm> >Acesso em 12 mar.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. 77 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde. HUMANIZASUS. Brasília: Ministério da Saúde. **Documento Base.** 3. ed., 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. ISBN 85-334-1198-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência 2.** ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c

BOCADIO, M. I. B. **Assistência pré-natal na adolescência: concepções dos adolescentes e profissionais de saúde,** 2004, 163 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Programa de interunidades e Doutorado em enfermagem, Ribeirão Preto, 2004.

BRAVEMAN, P. et al. **Barriers to timely prenatal care among women with insurance: The Importance of Pregnancy Factors** *Obstetrics & Gynecology*, Washington, v. 95, n. 6, part. 1, p. 874 - 880, June, 2000.

BUSCAGLIA, L. **Amor.** 22. ed. Rio de Janeiro: Nova era, 2002.

CABRAL, R. et. al. **Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia.** Rio de Janeiro: Resopal, 1989.

CAMELO, S. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto. v. 8, n. 4, ago. p. 30 -37, 2000.

CAMPOS, G. W. de S. The humanization of healthcare: a project for defending life? **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. Interface - Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu, v. 9, n. 17, p.389-406, mar./ago. 2005. ISSN 1414-3283.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPELLA, B. B.; VAZ, M. R. C. Relação de Humanidade: expressão ética do trabalho da enfermagem. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 1. A saúde como desafio ético, 1994, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, UFSC, p.192 – 194, 1995.

- CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: Uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.100 p.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1995, 448 p.
- CAPRARA A.; LINS, A.; SILVA, F. **Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. The patient-physician relationship towards humanization of medical practice. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.
- CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, p. 669-678, 2004.
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B. CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. C. **Bases de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, cap. 2. p. 27-57, 2001.
- CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação do programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná Brasil. Estudo em coorte de primigesta **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20. Sup. 2, 2004.
- CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanization in health care: knowledge disseminated in brazilian nursing literature. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado. na literatura brasileira de enfermagem Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111 jan./fev. 2005. ISSN 0104-1169.
- CECCATO, S. R.; SAND, I. C. P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v. 3, n.1, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 12 set. 2004.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Permanent Education in the Healthcare field: an ambitious and necessary challenge. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, Sept./Feb. 2005. ISSN 1414-3283.
- CEMBRANEL, D. et al. Diagnóstico de Saúde da área de abrangência do CSII-Agrônômica. **Relatório final da disciplina de Atenção Primária de Saúde**. Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, dez, 2000.
- CEMBRANELLI, F. **Um Projeto de Humanização: para que, para quem?** Portal Humaniza. Humanização da Saúde. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/default.asp?popup=1>> Acesso em: 12 jul. 2004.
- CHARDIN, P. T. **O fenômeno humano**. 16. ed. Tradução portuguesa de Leon Bourdon e José Terra: Le phénomène Humain. Porto: Livraria Tavares Martins, 1970. 355p.
- CHÂTELET, F. **Uma história da razão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 12. ed. São Paulo: Editora Ática, 2002.437 p.
- CHAZAN, L. K.. A história da obstetrícia e a patologização da gravidez. Recorte do projeto de tese. Programa de saúde coletiva da UERJ. Rio de Janeiro. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA. XI, 2004, Rio de Janeiro. **Anais...** Associação Nacional de História - Rio de Janeiro. 2005. Disponível em< <http://www.uff.br/ichf/anpuhrio/Anais/2004/Indice2004.htm>> Acesso em: nov. 2006
- COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. 2003. 230 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato de enfermeiros. Lisboa: Portugueses, 1989. 385p.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. (CNECV). Documento de trabalho 26/cnecv/99. Reflexão ética sobre a dignidade humana. **Relatório da Atividade do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida de 1999**. jan. 1999. 28 p

- CORDERO, G. A. de. Humanismo en enfermería. **Revista de enfermería del instituto mexicano del seguro social**. México. v. 8, n. 2 Mayo-Aug. 2000.
- COSTA, A. M. et al. O. **Saúde Materna**: componente essencial dos direitos reprodutivos. Rede Nacional dos Direitos Reprodutivos. São Paulo, 1997.
- COSTA, S. G. Proteção Social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Revista de estudos Feministas**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. v. 10, n. 2, p. 301-323, jul./dez., 2002. Disponível em <<http://www.libertadeslaicas.org.mx/paginas/infoEspecial/pdfArticulosDerechos/Prote%20E7%20E3o%20social.%20Maternidade%20transferida%20e%20lutas%20pela%20sa%20>> Acesso em: 11 abr. 2006.
- CUNNINGHAM, G. F. et al. Williams Obstetrics. **Prenatal Care**. 21. ed. International Edition New York: Mc GRAW-HILL, 2001, 1668 p.
- CUNNINGHAM, G. F. Williams **Obstetrícia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 1668 p.
- DAVIS-FLOYD, R. E., The Technocratic Body: American childbirth as cultura expression. **Social science and Medicine**, v. 38, n. 18, p.1.125-1.140, 1994.
- DAVIS-FLOYD, R. E. **O significado histórico e cultural da tecnologia em nascimentos**. Palestra proferida no Congresso Internacional de Humanização do Parto e Nascimento, Fortaleza, nov., 2000.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynecol Obstet**, London. International. Conference on Humanization of Childbirth International Conference on Humanization of Childbirth, Fortaleza, BRESIL (02/11/2000), nov. 2001, v. 75, n. 1, Supplement 1, p. 5-23.
- DE MASI, D. **O ócio criativo**, 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. 328 p.
- DEL PRIORI, M. **Ao sul do Corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades do Brasil Colônia Rio de Janeiro: Brasília-DF: J. Olimpio, 1993. 354p.
- DELVAUX, T. et. al. Barriers to prenatal care in Europe. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 21, n. 1, p. 52-59, 2001.
- DEMO, P. Metodologias científicas em ciências sociais. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- DENZIN, D. K.; LINCOLN, Y. S. Strategies of qualitative inquiry. Califórnia: **Sage Publications**, 1998. 346p.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.
- DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10. n. 3, p. 615-126, 2005a.
- DESLANDES, S. F. **The ethical and political humanization project: concepts, methods and identity**. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade **Interface Comunic. Saúde, Educ**. Botucatu. v. 9. n. 17. p. 401-403, Mar./Aug. 2005b. ISSN 1414-3283.
- DIAS, M. A. B. **Humanização da Assistência ao parto: conceitos, lógicas a práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. 269p. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da IFF/FIOCRUZ. Instituto Fernandes Figueira. FIOCRUZ, fev, Rio de Janeiro, 2006- Disponível em: <<http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/teses/mabdias.pdf>> Acesso em: 10 set. 2006.
- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Cadernos de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.669-705, 269 p. 2005.
- DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 250p. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em

<<http://www.mulheres.org.br/parto/Doutorado%20-%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf>>
Acesso em: 12 mar. 2003.

DIÓZ, M. **Entre mudanças e incertezas. Assistência pré-natal na perspectiva da integralidade.** Cuiabá, 1998. 120p. Dissertação. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Mestrado Interinstitucional. Universidade Federal de Mato Grosso/Universidade Federal de Santa Catarina. Faculdade de Enfermagem e Nutrição, Cuiabá, 1998. Disponível em: <<http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/C718779C-F747-43D0-A3D0-67F394F937EC/0/P026DignidadeHumana.pdf>> Acesso em: 15 set. 2004.

DUNCAN S. M. Ethical challenge in community health nursing. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 17, n. 9. p. 1035-41, 1992.

DYE, D.; TARPEY, K. **Maternity and infant care services in Chicago. Retrospectus: our legacy, our Challenge.** In: SMITH, G. F.; VIDYASAGAR, D. V. Historical Review and Recent Advances in Neonatal and Perinatal Medicine, Cha. 24, 1980.

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidado de enfermagem.** Pelotas: Ed. UFPel/UFSC, 1996.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Brujas, Comadronas y enfermeras: história de las sanadoras-dolencias y transtornos. Política sexual de la enfermedad.** Barcelona: Lasal, 1984.

FANTINI, M.. **Construindo cidadania e dignidade.** Florianópolis: Insular, 1997.

FAZENDA, I.C. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria.** São Paulo: Loyola, 1991.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. **Morte materna: uma tragédia evitável.** Campinas: Editora UNICAMP, 1991.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico de Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Fronteira, 1999.

FERREIRA, R. F. Verdade ou solidariedade? Ciência, conhecimento e a aceitação da alteridade **Eccos Revista científica**, Pelotas, n. 1,v. 1, dez, 1999.

FERREIRA, M. de O. Políticas de saúde no Brasil. Análise dos valores investidos de 1994-2002. 2002, 34p. Monografia (Especialização em Políticas Públicas). Centro de estudos Multidisciplinares da Universidade de Brasília, Brasília, abril, 2002.

FEUERWERKER L. Além do discurso de mudança na educação médica. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec: ABEM, 2003

FILHO, A. A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface Comunic. Saúde, Educ**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-80, mar./ago. 2004, p.377.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis. **Perfil de Saúde**, Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/perfil_saude/perfil_saude_ind_1.htm>. Acesso em: 15 nov. 2004.

FORMIGA FILHO, J. F. Nobre. **Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM.** In: DIAZ, J.; GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde **Saúde e Sociedade.** São Paulo. v. 13, n. 3, p.30-35, set./dez. 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 4. ed. Rio de Janeiro: Graal (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências), v. 7, 1984.

FOUCAULT, M., **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Editora Graal, 1982.

FRAGA, L. C. da R.; PONTES, R. de C. **Resgatando a história da Enfermagem obstétrica no Brasil.** BOLETIM ELETRÔNICO VIDA Ano III, n. 1. jan./jul. 2002. Disponível em: <<http://www.abenfo.cjb>>. Acesso em: 12 dez.2002.

FREDDI, W. E. da S. A enfermeira obstétrica no contexto brasileiro. **Rev. Enf. Novas Dimensões**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 283-288, set./out., 1977.

- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz Terra, 2002.
- FREITAS, F. F et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 3 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 5 ed., Porto Alegre: Artemed, 2006. 680 p.
- FRUGONI, C. **A mulher nas imagens, a mulher imaginada**. In: PERROT, M., DUBY, G. História das mulheres no ocidente - Idade Média. Porto: Afrontamento.v. 2. p.462-493, 1990.
- GAARDER, J. **O mundo de Sofia**: romance da história da Filosofia. Trad: João Azenha Junior. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- GADAMER, H. G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica, Tradução de Flávio Paulo Meurer. Warheit and methode. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1998, 726 p.
- GALLETTA; M. A. **Como surgiu o pré-natal?** Texto de obstetrícia da Internet, out, 2002 Disponível em: <<http://www.clubedobebe.com.br/Palavra%20dos%20Especialistas/obst-10-00.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2004.
- GALLIAN, D. M. C. **A (re)humanização da medicina**. Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde da Unifesp-EPM. Órgão Oficial do Centro de Estudos-Departamento de Psiquiatria, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>>. Acesso em: 12 set. 2003.
- GASKELL, G. **Entrevistas individuais**. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, Imagem e Som: um manual prático. 2. ed., Petrópolis: Editora Vozes, 2003. cap. 3, p. 64-89.
- GASTALDO, D. Humanization as a conflictive, collective and contextual process. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. **Interface Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 395-397. Mar/Aug. 2005. ISSN 1414-3283.
- GAZMARARIAN, J. A et al. Prenatal Care for Low-Income Women Enrolled in a Managed-Care **Obstetrics & Gynecology**, Washington v. 94. p. 177-184. 1999. Disponível em: <<http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/94/2/177>>. Acesso em: 15 set. 2004.
- GIBLIN, P.T.; POLAND, M.L.; AGER J. W. Effects of social supports on attitudes, health behaviors and obtaining prenatal care. **Journal Community Health**, New York, v. 15, n. 6, p. 357-68, 1990.
- GIORGIO, M. de. **O modelo católico**. In. PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no Ocidente**. O século XIX. Porto: Melhoramentos, v.3, p.199-203, 1990.
- GOERGEN, P. Subjetividade e tecnologia. **ETD – Educação temática digital**, Campinas, v. 5, n. 1, p. 99-105, dez. 2003 – ISSN: 1517-2539. Disponível em: <<http://www.bibli.fae.unicamp.br/etd/com04v5n1.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2004.
- GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais, 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. 106 p.
- GREGORY, K. D; DAVIDSON, E. Prenatal care: who needs it and why? **Clinical Obstetrics and Gynecology**. Baltimore,v. 42, n. 4, p. 725-736. Dec. 1999.
- GEERTZ, C.**The interpretation of cultures**. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1973
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989.
- GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1992. p. 185. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1992.
- GUIMARÃES, G. P.; COLLAÇO, V. S.; NASCIMENTO, M. da G. P. do N. **Gravidez na adolescência** In: ZAMPIERI, M. de F. M et al. Enfermagem na Atenção Primária de Saúde, 2005, cap.14, p. 311-329.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 224p.
- HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993 **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 3. p. 487-492. Rio de Janeiro, July/Sept.1998.

- HANDLER et. al. Prenatal care characteristics and African-American women's satisfaction with care in a managed care organization. **Women's Health Issues**. v. 13, n. 3, p. 93-103, May-Jun, 2003.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Parte Tradução de Márcia de Sá Carvalho, Editora vozes: Petrópolis, p. 243-300, 1989.
- HILDINGSSON, I.; WALDENSTRÖM, U.; RADESTAD, I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**. v. 81, n. 2, p.118-125. Feb. 2002.
- HODNETT, E. D.; et.al. Continuous support for women during childbirth (Review). **The Cochrane Database of Systematic Reviews** 2003, Issue 3. Art. New review, 2005, 73 p. Disponível em <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous_support.pdf> Acesso em: jan.2007.
- HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38. n. 1, p. 13-20, 2004.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Diretoria de Enfermagem. **Documentos básicos**. Florianópolis, nov., 1980.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Documento encaminhado à coordenação geral de acompanhamento das IFES e Hospitais Universitários**. Quadro demonstrativo da área física e da força de trabalho, Florianópolis, 2005.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. DPI. **Lista de funcionários da Diretoria de Enfermagem**. Dados fornecidos em março de 2006, Florianópolis, 2006.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Relatório anual das atividades do Hospital Universitário**. Florianópolis, 1996.
- HUMPHREY, M. D.; KEATING, S. M. Lack of antenatal care in far north Queensland. The Australian and New Zealand. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**. Australian and New Zealand. v. 44, n. 1, p.10. Feb. 2004.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2000. **População residente, por situação do domicílio e sexo do Brasil**, Brasília, 2000a.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2000. **População residente, por situação do domicílio e sexo de Santa Catarina**, Brasília, 2000b.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2000. **População residente, por situação por grupo e idade de Florianópolis**, Brasília, 2000c.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE. **O trabalho da mulher principal responsável no domicílio** (Pesquisa mensal de emprego), Brasília, 2006. 37p. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/trabalho_mulher_responsavel.pdf>. Acesso em: nov.2006
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
- JOHNSON, K. et al. Recommendations to improve preconception health and health care. United States. A report of the CDC/ATSDR. Preconception care work group and the select panel on preconception care, n. 55 (RR06). p. 1-2. abr. 2006, Disponível em <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>> Acesso em: 14 jul. 2006
- JONAS, H. **El principio de responsabilidad**: ensayo de una ética para la civilización tecnológica, Barcelona: Barcelona Herder, 1995.
- KINSMAN, S. B.; SLAP, G. B. Barriers to adolescent prenatal care. **Journal Adolescent Health**, São Francisco, v. 13, n. 2, p. 146-54, 1992.
- KITZINGER, S. **Gravidez e Parto**. Tradução por Copyright. São Paulo: ed. Abril, 1981. 340p. Tradução de: Pregnancy and Childbirth.

- KNIBIEHLER, I. **Corpos e Corações**. In: PERROT, M., DUBY, G. **História de mulheres no Ocidente - O século XIX**. Porto: Afrontamento, v. 4, p. 351-393. 1990.
- KNUPPEL, R. A; DRUKKER, J. E. **Alto Risco em Obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**, 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. ciências da Saúde de Manguinhos**. Rio de Janeiro. v. 8. n. 1, mar./jun. 2001.
- KONINCK, M. de et al. Comparing women's assessment of midwifery and medical care in Québec. **Journal of Midwifery & Women's Health**. Canada, v. 46, Issue 2, p. 60-67. Mar./Apr. 2001.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Cultrix, 2001a.
- KUHN, T. S. **The structure of scientific revolutions**. 2. ed. Chicago: Chicago University Press, 2001a.
- LEÃO, E. M. **Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde Promoção da Saúde. Saúde da Mulher Brasileira. Brasília, ano 3, n. 6. p. 31-40, out. 2002.
- LIA-HOAGBERG, B. et al. Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. **Society Science Medicine**; v. 30, n. 4. p. 487-95, 1990.
- LOWRY, L. W; SAEGER, J.; BARNETT, S. Client satisfaction with prenatal care and pregnancy. outcomes Lippincott-corvo. **Publicadores Outcomes Management for Nursing Practice: Lippincott Williams& Wilkins**. v. 1, n. 1, p. 29-35 Oct/Dec, 1999.
- LU, M. C. et al. **Where I all begins: the impact of preconceptional and prenatal on early childhood development**. In: HALFON, E.; SHULMAN, M; HOCHSTEIN.M.; SHANNON, E., M. Building Community systems for young children, UCLA Center for Heathier Children, Families and Communities, Califórnia. Los Angeles, Jan.. 2000. Disponível em: <www.healthychild.ucla.edu/Publications/Documents/Whereetall%20begins0101.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2004.
- LUNARDI, V. L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. 1997. 279p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1977.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 2000. 229p.
- MANDU, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil, século XX. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto v. 10. n. 3. p.358-71. maio/jun. 2002.
- MANDU, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Inter-subjectivity on the qualification of health care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 12, n. 4, p.665-675, July/Aug. 2004. ISSN 0104-1169.
- MARCOM, S. S. Flashes de como gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. **Rev. Latino Americana em enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n. 4. p. 43-54, out. 1997.
- MARTINS, A. P. V. **Visões do Feminino: medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.
- MATURANA, R. H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 1998b.
- MAYAN, M. J. **Introducion to qualitative methods: a training module for students and professionals**. Internacional Institute for Qualitative Methodology, Canadá, 2001. 70p. ISBN 1.55195-148-7. Disponível em: < www.ualberta.ca/~iiqm> Acesso em: 12 out. 2005.
- MCCONNELL, E. A. **The coalescence of technology and humanism in nursing practice: It doesn't come easily**. In: Holistic Nursing Practice. Caring in High-technology Environment, v. 12, n. 4, July, 1998.

- MCDONALD, T. P.; COBURN, A. F. Predictors of prenatal care utilization. **Social Science and Medicine**. v. 27, n. 2, p.167-72, 1988.
- MCDUFFIE, R. S. et al. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. A Randomized Control Trial. **JAMA**, Chicago, v. 275, p.847–851, 1996.
- MEIRELLES, B. H. S. **Viver Saudável em Tempos de Aids**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2003.
- MELNYK, K. A. Barriers: a critical review of recent literature. **Nursing Research**, United States, v. 37, n. 4, p. 196- 200, 1988.
- MENDES, E. V. (org.) **Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed: São Paulo: Editora Hucitec, 1994.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**, 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MERCEDES, T.; PAIN, L.. **Pesquisa Convergente Assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Editora Insular, 2004.
- MEYER, D. E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEN**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 55, n. 2. p. 189-195. mar./abr. 2002.
- MILLIGAN, R. et al. Perceptions about prenatal care: views of urban vulnerable groups, **BMC Public Health**, Cleveland v. 2, n. 25, 2002. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/25>>. Acesso em: 14 set. 2003.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec. 1999. 269p. ISBN 8527101815.
- MINAYO, M. C. de S. **Hermenêutica dialética como caminho de pensamento social**. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.) Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002a. part. 3 cap.3. 83-108 p.
- MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem**: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos, 1994. 261p.. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Pós Graduação de Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1994.
- MONTICELLI, M. **Palestra proferida durante o II Simpósio de Enfermagem do Hospital Governador Celso Ramos**. Texto didático da disciplina “Fundamentos teóricos da Enfermagem”, Florianópolis, 1996. digitado.
- MORAES, R. Uma tempestade de Luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.
- MORIN, E. **Para sair do século XX**. Tradução de Vera Azambuja. Pour Sortir Du XX e Siècle. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1981. 361p.
- MORIN, E. **A ética do sujeito responsável**. In: CARVALHO et al. Ética. Solidariedade e Complexidade. São Paulo: Athena, 1998. 77p.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2001a. 118p.
- MORIN, E. **Ciência com Consciência**. Tradução: Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Science avec Conscience. 5. ed. Rio de Janeiro: Beltrand Brasil, 2001b. 344p.
- MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução: Eloá Jacobina. La tête bien faite: repenser la réforme, réformer la pensée. 6. ed. Rio de Janeiro: Beltrand Brasil, 2001c. 128p.
- MORIN, E. **Meus Demônios**. 3. ed. Tradução: Leneide Duarte, Clarisse Meireles. Mês Ddémons Bertrand. Brasil: Rio de Janeiro, 2002a. 274p.

- MORIN, E. **O método 5: a humanidade da humanidade**. Trad: Juremir Machado da Silva. L'humanité del'humanité. Porto Alegre: Sulina, 2002b. 312p.
- MORIN, E. **O método 6. Ética**. Porto Alegre: Sulina, 2005. 222p.
- MORIN, E. **Terra Pátria**. Tradução de Paulo Azevedo Neves. Terre-Patrie. 4. ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2003. 181 p.
- MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente**. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- MOURA, C. F. S. de; LOPES, G. T. Acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiras obstetras: representações. **Revista de Enfermagem da UERJ** (Faculdade de Enfermagem do Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 65-170, maio/ago. 2003.
- MOURA, R. F.; RODRIGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. da. Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal: uma análise á luz de King. Universidade Federal do Ceará. Brazil. **Rev. Cubana de Enfermagem**, Havana-Cuba, v. 3, n. 19, 2003a.
- MUSETTI, R. A. **A hermenêutica jurídica de Hans-George Gadamer e o pensamento de Santo Tomás de Aquino**. Disponível em: <<http://www.trlex.com.br/resenha/musetti/hermen.doc>>. Acesso em: 12 set. 2004.
- MURARO, R. M.; PUPPIN, A. B. **Mulher, gênero e sociedade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 200.
- NASCIMENTO, E. R. P. do N. **Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva**. 2003. 144p. Tese (Doutorado em enfermagem) Pós-Graduação de Enfermagem. Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, jul. 2003.
- NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995.
- NOGARE, P. D. **Humanismos e anti-humanismos: introdução à antropologia filosófica**. 11. ed. Petrópolis: Rio de Janeiro, 1988.
- OBA, M. D. do V; TAVARES, M. S. G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 11- 17, abr. 2000.478p.
- OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 14, n.2. p. 277-84. mar./abr. 2006.
- OLIVEIRA, F. A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication, Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação **Interface, Comunic. Saúde, Educ**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.
- OLIVEIRA, M. E. **Mais uma nota para a melodia da humanização**. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M. Z.; SANTOS, O. M. B. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001a. 142p.
- OLIVEIRA, M. E.; BRUGGEMANN, O. M.; FENILLI, M. R. **A teoria humanística de Paterson e Zderad**. In: MAY, L. E.; SOUZA, L. A.; OLIVEIRA, M. E.; BRGGEMANN, O. M. Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática de Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. p. 11- 33.
- OPITZ, C. O cotidiano da mulher na idade média. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no Ocidente-Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v. 2
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde, p. 34. ago. 2005.
- ORVOS, H. et al. The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care: a retrospective study in Szeged, Hungary. Italy. **European Journal Obstetric Gynecology & Reproductive Biology**, Itália. v. 100, p. 171-173, 2002.

- OSAVA, R. H; TANAKA, A. C. D' A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo. v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.
- OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, v. 105, n. 1/2, jan./fev., p. 3-9, 1995.
- OSIS, M. J. M. D. **Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. 1994 184 p. Dissertação (de Mestrado). Departamento de Antropologia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas, São Paulo. dez. 1994.
- OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. The Program for Integrated Women's HealthCare (PAISM). A landmark in the approach to reproductive health in Brazil. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, Supl. 1, p. 25-32, 1998.
- OXFORD, L. et al. Deterrents to early prenatal care: a comparison of women who initiated prenatal care during the first and third trimesters of pregnancy. **Journal Tenn Medicine Assoc**, USA, v. 78, n. 11. P. 691-5, 1985.
- PAIVA, M. S. A **produção de conhecimento numa perspectiva feminista**. In: OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Ensaios. Construção do Conhecimento, subjetividades, Interdisciplinaridade. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2001. P. 67 -83.
- PALMER, R. F. **Hermenêutica**. Tradução Maria Luiza Ribeiro Ferreira Hermeneutics Interpretation Lisboa: edições 70, 1999. 284 p.
- PASSEADOR, D.; MCCULLY S. L.; VEST, V. Evidence-based prenatal care visits: when less is more. **Journal of Midwifery & Women's Health**. Chicago, v. 46, n. 3, p. 46-151, 2001.
- PATERSON, J. G.; ZDERARD, L. **Enfermeria humanística**. México Limusa, 1979.
- PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M.; CORREIA L. M. No Brasil, a introdução do Programa de assistência de Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 385-391, jul./set. 1999.
- PEIXOTO, S. **Pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Manole Ltda, 1981.
- PESSOA, E. **Humanização na Economia**: caminho para uma nova economia. Campinas/São Paulo: Aline editora, 2001.
- PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin**: a educação e a complexidade do ser e saber. Petrópolis R. J. Vozes, 2002. 115p.
- PINHEIRO, R; MATOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. 319 p.
- PLAYLE, J. F. Humanism and positivism in nursing: contradiction and conflicts. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22. p. 979-984, 1995.
- POLAND, M. L; AGER J.W.; OLSON J. M. Barriers to receiving adequate prenatal care. **American Journal of Obstetric Gynecology**, United States, v. 157, n. 2, 297-303, 1987.
- POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 12 maio, 2004.
- POLIT O. D. HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.
- PRETTO, S. P. N. **Educar humanístico**. São Paulo: Cortez G. Morais, 1978.
- PROCTOR, S. What Determines Quality in Maternity Care? Comparing the Perceptions of Childbearing Women and Midwives. **Birth**, United States. v. 25, issue 2, p. 85 – 93, jun. 1998.
- PROGIANTI, J. M. **Parteiras, Médicos e Enfermeiras**: A Disputada Arte de Partear (Rio de Janeiro 1934 - 1951). 2001. 161p. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, EEAN/UFRJ, 2001.

PUCCINI, P. de T.; CECÍLIO L.C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Humanization of healthcare services and the right to healthcare. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

PULEDDALA, S. **A Crise do humanismo histórico e o novo humanismo**, 2003. Disponível em: <<http://www.teotonio.org/crise.htm>> Acesso em: 12 jan. 2004.

RATTNER, D. **Porque Humanização?** In: BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE (BIS): Humanização da saúde-BIS, n. 30, São Paulo: Instituto de saúde, ago. 2003.

RAY, M.; RINZLER, A. **O novo paradigma nos negócios**. São Paulo: Cultrix, 1999.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância Libertadora. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, set./dez. 2004.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RESENDE, E. **O legítimo e necessário. Toma lá da cá**. A sociedade ajuda o Brasil a desenvolver-se. O Brasil desenvolve-se rico evoluído e justo, 2002 Disponível em <<http://www.tremuraconsulting.com/EnioResende.doc>>. Acesso em: out. 2004.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 002, p. 449-457, ano 2002, fev. 2002. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=38110212&iCveNum=1484>>. Acesso em: 31 out. 2005.

RIOS, I.C. **Humanização na área da saúde**. In: BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE (BIS): Humanização da saúde BIS, n. 30, São Paulo: Instituto de saúde, ago. 2003.

RIZZOTO, M. L. F. As Políticas de Saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002.

ROBERTS, R. et al. Barriers to prenatal Care: factors associated with late initiation of care in a middle-class Midwestern Community. **Journal Family Practice**. Minnesota, v. 47, n. 1, p. 53-61 p. 449-457. July, 1998.

ROCHA, F. A. F. **Trajetória de Gestantes e Parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. 2004. 136 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública. Subárea Políticas Públicas e Saúde) Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Rio de Janeiro, 2004.

RONZANI, T.; Mota; RIBEIRO M. S. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 190-197. set./dez. 2004.

RYAN, G. M. Jr.; SWEENEY, P. J.; SOLOLA A. S. Prenatal care and pregnancy outcome. **American Journal Obstetric Gynecology**, United States, v.15, v. 137, n. 8, p. 876-81, ago. 1980.

SAID, F. A. **No “ser com”, o cuidar pelo re-significar do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação**. Florianópolis, UFSC, 1995. 149 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

SALLES, R et al. **Sensibilizando a formação do cuidador**, 200?. Disponível em: <<http://www.alass.org/es/Actas/28-BR.doc>>. Acesso em: 15 set. 2003.

SANDOVAL, J. M. H. **La Capacitación de Profesionales en el Area de la Comunicación en Salud**. Disponible en: <http://www.usp.br> consultado em 16/06/03. Acesso em: set. 2006.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 9. ed. Porto: Afrontamento, 1987.

SANTOS, O. M. B. **A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanista no cuidado a mulher e família durante o processo do nascimento**. Florianópolis, UFSC, 1998. 172p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

- SÃO THIAGO, P. E. de. **Promovendo saúde e ensino**: Hospital Universitário, Florianópolis: editora da UFSC, 1983.
- SARTRE, J. P.; FERREIRA, V. **O Existencialismo é humanismo**. Tradução: notas de Vergílio Ferreira. Le Existentialisme est un Humanisme. 4. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1978.
- SCHWARCZ, R. et al. Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano. Organização Pan-Americana de Saúde - Organização Mundial de Saúde. **Atenção pré-natal e do parto de baixo peso**. Montevideu- Uruguai: Clap-OPS/OMS, 1996.
- SCOTT, J. W. **El género**: una categoría útil para el análisis histórico. In: AMELANG, J. S.; NASH, M. (eds.) *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia: Edicions Alfons el Magnanim, Institució d'Estudis i investigació. 1990. p. 23-56.
- 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. **Rev. Bras. Saúde Materna Infantil**. Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004.
- SERRUYA, S. J. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. UNICAMP, 2003. 148 p. Tese (Doutorado em Tocoginecologia). Programa de Pós Graduação Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2003.
- SETZER, V. W. **The mission of technology**, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ime.usp.br/~vwsetzer>>. Acesso em: 10 nov. 2004.
- SÈVE, L. **Para uma Crítica da Razão Bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- SEVERINO, A. J. **Pessoa e existência. Iniciação do personalismo de Emanuel Mounier**. São Paulo: Editora Autores Associados/Cortez editora, 1983.
- SHEINER, M. et al. Lack of prenatal care in two different societies living in the same region and sharing the same medical facilities. **J. Obstet. Gynaecol**, London. v. 21, n.5. p. 453-458. 2001.
- SIKORSKI J. et al. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *British Medical Journal*- **BMJ**. British. v. 312, p. 546-553, 1996.
- SILVA, A. L. da. **O cuidado no encontro de quem cuida e é cuidado** In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artemed, p. 196-241, 1998.
- SILVA, J. A. G. da. **Avaliação da atenção Básica de saúde sob a ótica da integralidade**: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. *O Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Organizadores. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. p. 241-256.
- SILVEIRA, D. S. da S.; SANTOS, I. S. dos; COSTA, J. S. D. da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.17. n. 1. p.131-139, jan./fev.2001. ISSN 0102-311X.
- SOIHET, R. Núcleo de Estudos Contemporâneos (NEC) Departamento de História da Universidade Federal Fluminense (UFF). **História das Mulheres e Relações de Gênero**: algumas reflexões. Niterói - Rio de Janeiro. 2002. Disponível em <<http://www.historia.uff.br/nec/textos/text33.PDF>> Acesso em: abr.2006.
- SOUZA, H. M. de. **Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa saúde da família**: um estudo de caso em um estudo selecionado. 2002. 57 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Pós-graduação em Saúde Coletiva em Gestão de Sistemas de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2002.
- SOUZA, M.F. **Programa de Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde**. In: BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Atenção básica. SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA. I, Brasília, 1999.
- SOUZA, S. B., "Ciência". IN: CARRILHO, M.M. (ed.), **Dicionário do Pensamento**

Contemporâneo, D. Quixote, p. 23-43, 1991.

STAMM, A. M. N. de F. **Relatório Anual de metas-Dezembro de 2004 a outubro de 2005**. Relatório apresentado ao representante da Comissão de acompanhamento do Convênio do Hospital de Ensino da Secretaria do Estado de Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, dez. 2005.

STRIDER, I. **Os fundamentos do Homem**. Recife: Fundação Antonio dos Santos Abranches Recife: FASA, 1990, 168 p.

STRIEDER, R. **Educação e humanização**: por uma vivência criativa. Florianópolis: Editora Habitus, agos. 2002, 312 p.

TANAKA A. C. A. Mortalidade Materna: Reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. In: **Jornal da rede de saúde**. Belo Horizonte. Informativo da Rede Nacional Feminista de saúde e direitos Humanos, n.20, maio, p.5-8, 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciências. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-597, Rio de Janeiro, July/Sept. 2005 SSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 2 de mar. 2006.

THOMAS, P.; GOLDING, J.; PETERS, T. J. Delayed antenatal care: does it affect pregnancy outcome? **Society Science Medicine**, v. 32, n. 6, p. 715-23. 1991.

THOMASSET, C. **Da natureza feminina**. In: PERROT, M.; DUBY, G. História das mulheres no Ocidente-Idade Média. Porto: Afrontamento, p. 65-97, 1990. v. 2.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 429 p. Tese (Doutorado em Antropologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, ago. 2004.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Pitfalls of the New Age: nature and motherhood in humanizing delivery and birth in Brazil. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis v. 10, n. 2, p. 483-49, 2 jul./dez. 2002. ISSN 0104-026X.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **Tendências da assistência perinatal**, cap. 8, p.180. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. C & Q Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal, São Paulo: Ícone, 1998. Cap. 8, p.180.

TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I. C.; OLIVEIRA, V. M. de. **Acolhimento**: fator diferencial no cuidado pré-natal. Texto extraído da Dissertação de Mestrado “Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes” apresentadas à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001. p. 1-7.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. de. **Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: papel do Estado, da mulher e da enfermagem**. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.) et al. C&Q: indicadores de qualidade/uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998.

TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I.C. A família na rede de apoio da gestante. The family in the support of the pregnant woman. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.103-106, jan. /dez. 1999.

UCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. Humanization of healthcare services and the right to healthcare. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p.1342-1353, Sept./Oct. 2004. ISSN 0102-311X.

UMENAI, T.; WAGNER, M.; PAGE, L. A; FAUNDES, A. RATTNER, D.; DIAS, M. A.; TYRRELL, M. A.; HOTIMSKY, S.; HANEDA, K.; ONUKI, D et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care International. **Journal of Gynecology & Obstetrics**. United States, v. 75, s. 1.p. s3-s4. nov. 2001.

UNITED STATES. United States Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. **Caring for Our Future**: the Content of Prenatal Care. US Department of Health and Human

Services, Washington, DC; 1989. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/462491>>. Acesso em: ago. 2004.

URASAKI, M. B. M. A transformação: do cuidar mecânico ao cuidar sensível. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 72-81, 2003. Disponível em: <www.abensp.org.br/repen>. Acesso em: set. 2004.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 10, n. 3, 2005.

WALDOW, V. R. **O cuidado na Saúde**. As relações entre eu, o outro e o Cosmos. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. 237p.

WALDOW, V. R.. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1999. 202p.

WALKER D. S. et al. Reduced frequency prenatal visits in midwifery practice: attitudes and use. **Journal of Midwifery & Women's Health**, U.S.A., v. 47, n. 4, p. 269-277. July/Aug. 2002.

WALKER, D. S.; MCCULLY, V.; VEST, L. Evidence-based prenatal care visits: when less is more. **Journal of Midwifery & Women's Health**, U.S.A., v. 46, n. 3, p.146-15, May/June, 2001.

WALLACE, M., HURWITZ, B. Preconception care: who needs it, who wants it, and how should it be provided? **British Journal of General Practice**, British, v. 48, p. 963-966, 1998.

WERTHEIN, J. **Violências contra a Mulher: Sentidos Múltiplos**. Artigos publicados do representante da UNESCO no Brasil, 2002. Disponível em: <http://www.unesco.org.br/noticias/artigos/artigo_multiplos.htm>. Acesso em: 25 nov. 2002.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION Department of Reproductive Health and Research (RHR), VILLAR, J. et al. **Maternal and newborn health**. Ginebra, Suíça, 2003. Disponível em: <<http://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/en/&prev=/search%3Fq%3Dwho%26hl%3Dpt-BR%26lr%3D%26sa%3DG>>. Acesso em: nov. 2004.

YUNES, J.; MORA, G. **Mortalidade Materna: uma tragédia ignorada**. In: Gómez Gómez, E. Género, mujer y salud en las Américas. Washington, D. C: OPS, p. 68-85, 1993.

ZAMPIERI, M. de F. M. ; SANTOS, O. M. B.; CUSTÓDIO, Z. A. de O. **Projeto de extensão: grupo de gestantes ou casais grávidos**, Florianópolis, 1996, 2000. mimeog.

ZAMPIERI, M. de F. M. **Vivenciando o processo educativo com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Florianópolis, UFSC, 1998. 179p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

ZAMPIERI, M. de F. M. **Prevenção da mortalidade materna: um desafio para todos**. **Revista Ciências de Saúde**, Florianópolis, v.18, n.1/2. p. 11-17. UFSC, Florianópolis, 1999.

ZAMPIERI, M. de F. M. **Humanizar é preciso**. Escute o som da melodia. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. de F. M.; SANTOS, O. M. B. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001a. ISSN 85.87757-12. 142p.

ZAMPIERI, M. de F. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, O. M. B. **O referencial teórico dando o tom na melodia da humanização**. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. de F. M.; SANTOS, O. M. B. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001c. ISSN 85.87757-12.142 p.

ZAMPIERI, M. de F. M. A humanização do cuidado prestado durante o processo de nascimento: da teoria a prática no cotidiano. **Revista Ciências da Saúde**. Florianópolis, v. 21, n. 1 p. 35-44. 2002. ISSN 0101-9546.

ZAMPIERI, M. de F. M. **Relatório das atividades do grupo de gestantes ou casais grávidos do Hospital Universitário**. Florianópolis: UFSC, 2003. mimeog.

ZAMPIERI, M. de F. M. **Levantamento de gestantes realizado na unidade local de saúde da Agrônômica** no período de 6/11 a 6/12/2005, Florianópolis, 2005a.

ZAMPIERI, M. de F. M. Z. **Gestantes atendidas no HU de Florianópolis de abril a maio de 2005.** Pesquisa em prontuário, não publicada, para servir de subsídio para construção da tese, Florianópolis, 2005b.

ZAMPIERI, M de F. M. **Atenção pré-natal.** In: ZAMPIERI, M. de F. M et al. Enfermagem na Atenção Primária de Saúde, v. 2, 2005d, p. 357-428.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado, o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27. Universidade de São Paulo, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Atenção Básica:** um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa da Saúde da Família. 2003. 251 p. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) Departamento de Prática em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

APENDÍCES

APENDICE A: ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM AS GESTANTES

CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE

1. Nome:
2. Endereço:.....
4. Bairro onde mora:.....
5. Naturalidade:.....(cidade e estado)
6. Procedência:.....(cidade)
7. Tempo de residência em Florianópolis:.....anos.....meses
8. Idade:.....anos
9. Escolaridade: (....) Ensino fundamental (....) Ensino Médio (....) Ensino (....) Pós-graduação (....)
completo (....) incompleto
10. Religião:.....
11. Situação conjugal:
(....) Solteira (....) casada (....) com companheiro (....) viúva (....) separada (....) união consensual.
10. Qual a ocupação:..... (tipo)
11. Renda pessoal: R\$..... (número de salários mínimos)
12. Renda familiar: R\$..... (número de salários mínimos)
13. Condições do contexto em que vive:
14. Fale um pouco de sua experiência como gestante

II - DADOS OBSTÉTRICOS

- 1) Número de gestações:..... Número de partos:.....
- 2) Tipos de parto:.....
- 3) Número de filhos:.....
- 4) Quem cuida?.....
- 5) Fez pré-natal nas gravidezes anteriores: (....) sim (....) não.
- 6) Quando iniciou?
(....) primeiro trimestre (....) segundo trimestre (....) terceiro trimestre
- 7) Local de realização do pré-natal
(....) pública Local:
(....) privada Local:
- 8) Convênios:
- 9) Profissional que realiza o pré-natal:
(....) enfermeiro (....) médico (....) clinico geral (....) médico família (....) outros

III - DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

1. DUM: DPP: IG:

2. Gravidez planejada? (...) sim (...) não
3. Aceitação da gravidez? (...) sim (...) não
4. Quando iniciou o pré-natal?
5. (...) primeiro trimestre (...) segundo trimestre (...) terceiro trimestre
6. Por quê?
7. Local onde realizou o pré-natal
8. (...) público Local:
9. (...) privado Local:
10. Convênios:
11. Profissional que realizou o pré-natal:
12. (...) enfermeiro (...) médico (...) clínico geral (...) médico de família (...) outros.
13. Participação em todas as consultas
14. (...) sim (...) não. Por quê?
15. Porque procurou a unidade de saúde ou ambulatório para fazer o pré-natal?

IV - QUESTÕES BÁSICAS SOBRE O PRÉ-NATAL HUMANIZADO

- 1) O que entende por cuidado humanizado/ atenção humanizada no pré-natal?
- 2) Como se caracteriza o cuidado humanizado/ atenção humanizada no pré-natal?
- 3) Como você gostaria de ser tratada durante o acompanhamento pré-natal?
- 4) Como você foi atendida e tratada quando procurou atenção pré-natal?
- 5) O atendimento se deu da forma como esperava?
- 6) Quais as ações que você considera como humanizantes na atenção pré-natal?
- 7) Quais
- 8) As ações que você considera como desumanizantes na atenção pré-natal?
- 9) Quais as ações que você acha que fazem parte de uma atenção pré-natal?
- 10) Quais as qualidades que um profissional deve ter para atender as gestantes?
- 11) Quais as barreiras (pessoais, profissionais, financeiras, de acesso) que dificultam ou impedem você de aderir e continuar a realizar a atenção pré-natal nesta perspectiva humanística (a colocada)?
- 12) Quais as barreiras do profissional para prestar esta atenção humanizada?
- 13) O que poderia facilitar a participação das gestantes nas consultas pré-natais?
- 14) Que fatores são indispensáveis para que a gestante seja atendida de forma humanizada?

V - TÓPICOS A SEREM OBSERVADOS E IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS E NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.

1. Foi acolhida:
 - (...) com um sorriso?
 - (...) responderam os questionamentos?
 - (...) ouviram?
 - (...) resolveram os problemas?

(....) encaminharam para outro serviço?

(....) com indiferença?

(....) com agressividade?

2. O profissional que atendeu

(....) chamou a gestante pelo nome?

(....) falou com clareza, numa linguagem que a gestante compreende?

(....) ouviu as queixas e responde as dúvidas?

(....) se apresentou?

(....) ao examinar, protegeu o corpo da gestante?

(....) explicou os procedimentos realizados?

(....) explicou o que vai fazer?

(....) explicou após cada procedimento, o que detectou?

(....) protegeu a mulher no exame?

(....) examinou a barriga, verificou a altura uterina e os batimentos cardio-fetais apenas?

(....) examinou inteiramente a gestante, iniciando pela cabeça, indo até os membros inferiores, avaliando também o abdome e verificando a altura uterina e batimentos cardio-fetais?

(....) convidou o marido ou acompanhante alguém da família para participar da consulta?

(....) tratou com respeito?

(....) valorizou o que a gestante fala e conhece?

(....) perguntou sobre as condições de vida e moradia, sobre as crenças e questões emocionais?

(....) registrou no prontuário e no cartão da gestante o que foi falado?

(....) demonstrou disponibilidade para atender?

(....) foi atencioso e paciente?

(....) propiciou a expressão de medos e dúvidas?

(....) deixou a vontade a gestante?

(....) tem conhecimento e compartilhou com a gestante?

(....) atendeu centrado na pessoa, personalizou o atendimento?

3. A gestante

(....) participa do cuidado?

(....) responde os questionamentos?

(....) expressa seus medos e dúvidas?

(....) compreende as orientações?

(....) compartilha seus conhecimentos?

(....) trouxe um acompanhante?

(....) está preocupada com a gestação?

(....) interessada?

4. Houve dificuldade para o agendamento da consulta?

5. Dificuldades para participar da consulta, nos horários estipulados, devido:

(....) transporte (....) questão financeira (....) trabalho (.....) filhos (....) outros Quais?.....

6. Como foi tratada pelos funcionários da recepção?

7. Quanto tempo esperou para consultar?

8. Quanto tempo demorou a consulta?

(....) menos de 10 minutos.

(....) 15 minutos

(....) 20 minutos

(....) 30 minutos

(....) 40 minutos

(....) uma hora ou mais.

9. A gestante tem tempo para participar da consulta?

10. Foram realizados todos os exames, nos três trimestres?

11. Houve dificuldades para realizar os exames? Quais?

12. O profissional prestou orientação em relação à:

Evita o uso de drogas ou medicamentos (fumo, álcool, drogas ilícitas etc.)? (....) sim (....) não

alimentação? (....) sim (....) não

amamentação e cuidados com a mama? (....) sim (....) não

vacinação? (....) sim (....) não

sexualidade? (....) sim (....) não

cuidados em relação aos desconfortos e modificações da gravidez? (....) sim (....) não

sinais e sintomas de trabalho de parto? (....) sim (....) não

sobre hábitos saudáveis na gravidez (caminhada, alimentação, supressão de drogas, sono, ritmo)? (....) sim (....) não

sobre os riscos? (....) sim (....) não

cuidados com RN e consulta de pós-parto e de pediatria? (....)

13. Gestante foi encaminhada ou participou do:

(....) grupo de gestantes ou casais grávidos?

(....) grupo de planejamento familiar?

(....) dentista?

(....) para outra unidade de referência?

(....) outros profissionais?

(....) preventivo.

14. Foi realizada a visita domiciliar?

(....) sim (....) não

Quantas?

APENDICE B: ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE

I – CARACTERIZAÇÃO DA PARTICPANTE

1. Nome:
2. Nome adotado no trabalho:
3. Endereço:.....
4. Bairro onde mora:.....
5. Naturalidade:.....(cidade e estado)
6. Procedência:.....(cidade)
7. Tempo de residência em Florianópolis:.....anos.....meses
8. Idade:.....anos
9. Escolaridade: (....) Ensino fundamental (....) Ensino Médio (....) Ensino superior
(....) pós-graduação (....) completo (....) incompleto
(....) especialização na área (....) mestrado (....) doutorado
10. Religião:.....
11. Situação conjugal:
(....) Solteiro (....) casado (....) união consensual (....) viúvo (....) separado
11. Profissão
(....) enfermeiro obstétrico (....) enfermeiro (.....) técnico de enfermagem (....) clinico geral (....)
obstetra ou ginecologista (....) psicólogo (....) outros
12. Local de trabalho
(....) público (....) privado
13. Atua em mais de uma instituição?.....
14. Atende no consultório?.....
15. Tempo de atuação:.....
16. Há quanto tempo faz pré-natal?.....
17. Considera importante a realização do pré-natal?.....
18. Fale-me um pouco de sua experiência trabalhando com gestantes

III - QUESTÕES SOBRE O PRÉ-NATAL HUMANIZADO

- 1) Como você acha que deva ser a atenção pré-natal? Que fatores e ações precisam ser considerados?
- 2) Quais as ações que você desenvolve junto a gestante, quando presta atenção pré-natal?
- 3) O que entende por cuidado humanizado/atenção humanizada no pré-natal?
- 4) Como se caracteriza o cuidado humanizado/atenção humanizada no pré-natal?
- 5) Quais as ações que você considera como humanizantes na atenção pré-natal?
- 6) Quais as ações que você considera como desumanizante na atenção pré-natal?
- 7) Como a gestante é atendida (nas consultas, nos grupos, no acolhimento, sala de espera e visitas)?
- 8) Você consegue desenvolver na prática o cuidado que você idealizou à gestante? Se não, por quê?

- 9) O que você julga importante no atendimento prestado na atenção pré-natal em relação à atitude (a forma de agir)?
- 10) Quais as barreiras que impedem as gestantes de realizarem e aderirem ao acompanhamento pré-natal, numa perspectiva humanística?
- 11) Quais as barreiras dos profissionais para prestar um cuidado humanizado/uma atenção humanizada e efetiva a gestante?
- 12) O que poderia facilitar a participação das gestantes nas consultas pré-natais?
- 13) Quais as qualidades que um profissional deve ter para prestar um cuidado humanizado a gestante?
- 14) Quais as ações que poderiam ser tomadas para que se pudesse prestar um cuidado humanizado a todas as gestantes? Que fatores são primordiais para que se possa prestar um cuidado humanizado a gestante?
- 15) O que poderia ser diferente na atenção pré-natal?

V - TÓPICOS A SEREM OBSERVADOS E IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS E NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.

1. O profissional acolheu a gestante

- (....) com um sorriso.
- (....) respondendo os questionamentos.
- (....) ouvindo.
- (....) encaminhando.
- (....) com indiferença.
- (....) com agressividade.

2. O profissional que atendeu a gestante

- (....) chama pelo nome?
- (....) fala com clareza, numa linguagem que a gestante compreende?
- (....) ouve as queixas e responde as dúvidas?
- (....) se apresenta?
- (....) ao examinar protege o corpo da gestante?
- (....) explica os procedimentos realizados?
- (....) explica o que vai fazer?
- (....) explica após cada procedimento, o que detectou?
- (....) protege a mulher no exame?
- (....) examina a barriga e verifica a altura uterina e os batimentos cardio-fetais apenas?
- (....) examina desde a cabeça até os pés, avaliando o abdome e verificando a altura uterina e batimentos cardio-fetais?
- (....) convida o marido ou acompanhante alguém da família para participar da consulta?
- (....) trata com respeito?
- (....) valoriza o que a gestante fala e conhece?
- (....) pergunta sobre as condições de vida e moradia, sobre as crenças e questões emocionais?
- (....) faz anotações no prontuário e no cartão da gestante?
- (....) demonstra disponibilidade para atender?

(....) é atencioso e paciente?

(....) propicia a expressão de medos e dúvidas?

(....) deixa a vontade a gestante?

(....) tem conhecimento e compartilha com a gestante?

(....) atende centrado na pessoa, personaliza o atendimento?

3. As gestantes têm acesso às informações e todos os membros da equipe estão aptos a informar sobre o andamento das consultas, exames e encaminhamentos?

4- Os profissionais recebem educação permanente no serviço e se sentem preparados para atender a gestante?

5. Conteúdos que a gestante e profissional consideram importantes serem abordados no pré-natal?

6. Quantos atendimentos estão previstos em média para cada profissional?

7. Quanto tempo demora a consulta?

(....) menos de 10 minutos

(....) 15 minutos

(....) 20 minutos

(....) 30 minutos

(....) 40 minutos

(....) uma hora ou mais

8. Exames solicitados a cada trimestre.

9. Os exames retornam em tempo hábil?

10. Profissional prestou orientação em relação:

a. evitar uso de drogas ou medicamentos (fumo, álcool, drogas ilícitas etc.)? (....) sim (....) não

b. alimentação? (....) sim (....) não

c. amamentação e cuidados com a mama? (....) sim (....) não

d. vacinação? (....) sim (....) não

e. sexualidade? (....) sim (....) não

f. cuidados em relação aos desconfortos e modificações da gravidez? (....) sim (....) não

g. sinais e sintomas de trabalho de parto? (....) sim (....) não

h. sobre hábitos saudáveis na gravidez? (....) sim (....) não

i. cuidados com RN e consulta de pós-parto e de pediatria? (....)

j. sobre os riscos? (....) sim (....) não

11. Encaminhou a gestante para:

(....) grupo de gestantes ou casais grávidos;

(....) grupo de planejamento familiar;

(....) dentista;

(....) para outra unidade de referência;

(....) outros profissionais;

(....) preventivo.

12. Realizou visita domiciliar?

(....) sim (....) não Quantas?

APENDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE**



CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nr@nr.usfc.br

DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS

Eu, Maria de Fátima Zampieri, aluna do Doutorado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“PRÉ-NATAL HUMANIZADO: UM OLHAR PARA ALÉM DAS DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS”**.

Os objetivos deste estudo são:

- a. compreender o que significa cuidado humanizado no pré-natal na ótica das gestantes e profissionais que compõem a equipe de saúde;
- b. conhecer e identificar as divergências e convergências entre os significados de cuidado humanizado no pré-natal atribuídos pelos profissionais da equipe de saúde e pelas gestantes;
- c. identificar as barreiras que dificultam que o cuidado humanizado no pré-natal seja implementado na prática;
- d. propor algumas possibilidades para guiar o cuidado humanizado no pré-natal.

Você está sendo convidada (o) para participar desta pesquisa, desenvolvida no primeiro e segundo semestre de 2005, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC. Embora não haja benefícios diretos para a sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade de refletir sobre o cuidado humanizado no pré-natal. Além disso, rever a sua prática e, quiçá, propor mudanças na atenção à saúde direcionada à gestante, buscando um cuidado que atenda as expectativas e necessidades desta e dos familiares, respeite o seu contexto e as crenças e fortaleça suas capacidades para que possa decidir sobre sua vida e conduzir o processo de nascimento de forma ativa. Dada a carência de estudo nesta área, a sua participação é fundamental, para que possamos compreender as convergências e as divergências em relação ao cuidado pré-natal idealizado pelas gestantes e pelos profissionais e o prestado no cotidiano na unidade

local de saúde. Tal pesquisa apontará diretrizes para atenção a saúde da gestante, o que pode no futuro contribuir para mudanças no cuidado a esta clientela, ou seja, uma atuação efetiva e aderente as reais necessidades e expectativas, enquanto usuária dos Serviços Sociais e de Saúde.

Sua colaboração nesta pesquisa implicará na participação em duas etapas da pesquisa. A primeira etapa se dará através de uma entrevista que durará mais ou menos uma hora e será gravada após seu consentimento. Esta entrevista será agendada, previamente, com a indicação do local de encontro. Durante a entrevista serão feitos questionamentos relativos ao cuidado humanizado no pré-natal (conhecimento, significado, caracterização), ao cuidado prestado durante as consultas, sala de espera, grupo de gestantes e visitas domiciliares; as barreiras que a impedem de prestar o acompanhamento pré-natal (consultas pré-natais, grupos de gestantes e sala de espera, visitas domiciliares). Os dados serão validados no dia da entrevista, com a leitura em conjunto das mesmas e será entregue um resumo do encontro para você verificar se as informações estão completas e corretas.

Durante este período, desde que haja seu consentimento, buscarei também participar das consultas, dos grupos de gestante e da sala de espera, na condição de observadora para compreender como são conduzidas as atividades.

Todas as informações obtidas na sua entrevista, nas observações e nos encontros permanecerão confidenciais. Serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações. Todas as informações serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, em uma sala do Departamento de Enfermagem da UFSC. Somente a pesquisadora terá acesso às informações.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar a qualquer momento não terá qualquer implicação negativa para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espero que tragam benefícios em função das discussões e buscas de soluções para os problemas encontrados. A sua participação não implicará em nenhum ônus para você ou para a instituição em que atua.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone baixo ou fazê-lo pessoalmente.

Maria de Fátima Mota Zampieri. Telefone da Pós-Graduação da UFSC: (48) 331-9480

Assinatura: _____

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: **“PRÉ-NATAL HUMANIZADO: UM OLHAR PARA ALÉM DAS DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS”**. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Compreendo que serei entrevistado (a), em um local e um horário a ser combinado e dentro de minhas possibilidades, tendo liberdade de responder ou não aos questionamentos e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir sobre o cuidado humanizado no pré-natal e sobre a minha prática profissional.

Florianópolis, _____ de _____ de 2005.

Assinatura: _____ RG: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda das pesquisadoras e a outra via é da posse da própria participante da pesquisa.

Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. As informações fornecidas pelos (as) participantes permanecerão confidenciais e o anonimato dos (as) mesmos (as) será mantido através do uso de nomes (códigos). O processo da pesquisa iniciará após ter sido dada aos (às) participantes uma ampla explicação sobre a meta, o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3). Durante a explicação serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.

APENDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE**



CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nr@nr.usfc.br

DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS GESTANTES

Eu, Maria de Fátima Zampieri, aluna do Doutorado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“PRÉ-NATAL HUMANIZADO: UM OLHAR PARA ALÉM DAS DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS”**.

Os objetivos deste estudo são:

- a. compreender o que significa cuidado humanizado no pré-natal na ótica das gestantes e profissionais que compõem a equipe de saúde;
- b. conhecer e identificar as divergências e convergências entre os significados de cuidado humanizado no pré-natal atribuídos pelos profissionais da equipe de saúde e pelas gestantes;
- c. identificar as barreiras que dificultam que o cuidado humanizado no pré-natal seja implementado na prática;
- e. propor algumas possibilidades para guiar o cuidado humanizado no pré-natal.

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, desenvolvida no primeiro e segundo semestre de 2005, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFSC. Embora não haja benefícios diretos para a sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade de refletir sobre o cuidado humanizado no pré-natal e conhecer os direitos que você tem em relação à atenção a saúde no período gestacional. Você poderá também sanar algumas dúvidas em relação a sua gestação. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Dada à carência de estudo nesta área, a sua participação é fundamental, para que compreendamos as convergências e as divergências relativas ao cuidado no pré-natal, idealizado pelas gestantes e pelos profissionais e o prestado no cotidiano da unidade local de saúde. Tal pesquisa apontará diretrizes para atenção a saúde das gestantes, o que pode no futuro contribuir para mudanças

no cuidado, ou seja, uma atuação efetiva e aderente as reais necessidades e expectativas das usuárias dos Serviços Sociais e de Saúde.

Sua colaboração nesta pesquisa implicará na participação em duas etapas da pesquisa. A primeira etapa se dará através de uma entrevista que durará mais ou menos uma hora e será gravada com o seu consentimento. Esta entrevista será agendada, previamente, com a indicação do local de encontro. Durante a entrevista serão feitos questionamentos relacionados ao cuidado humanizado no pré-natal (conhecimento, significado, caracterização), ao cuidado recebido durante as consultas pré-natais, sala de espera, grupo de gestantes e visitas domiciliares, às barreiras que impedem você e as outras gestantes/acompanhantes de participarem dos atendimentos (consultas, grupos de gestantes e sala de espera). As informações serão validadas durante o encontro. Você poderá alterar ou confirmar o que está escrito

Além disso, desde que haja seu consentimento, buscarei também participar das consultas de pré-natal, grupo de gestantes e sala de espera para observar como estas atividades são desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde.

Todas as informações obtidas na sua entrevista e nos encontros permanecerão confidenciais. Serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa.

Todas as informações serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, em uma sala do Departamento de Enfermagem da UFSC. Somente a pesquisadora terá acesso às informações.

Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você e nem para seus familiares.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios em função das discussões e buscas de soluções para os problemas encontrados.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone baixo ou fazê-lo pessoalmente.

Maria de Fátima Mota Zampieri Telefone da Pós-Graduação da UFSC: (48) 331-9480

Assinatura: _____

Eu, _____, fui esclarecida sobre a pesquisa: **“PRÉ-NATAL HUMANIZADO: UM OLHAR PARA ALÉM DAS DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS”**. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Compreendo que serei entrevistado (a), em um local e um horário a ser combinado e dentro de minhas possibilidades, tendo liberdade de responder ou não aos questionamentos e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir sobre o cuidado humanizado no pré-natal e conhecer alguns dos meus direitos em relação à atenção a saúde no período gestacional.

Florianópolis, _____ de _____ de 2005.

Assinatura: _____ RG: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda das pesquisadoras e a outra via é da posse da própria participante da pesquisa.

Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. As informações fornecidas pelos (as) participantes permanecerão confidenciais e o anonimato dos (as) mesmos (as) será mantido através do uso de nomes (códigos). O processo da pesquisa iniciará após ter sido dada aos (às) participantes uma ampla explicação sobre a meta, o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4). Durante a explicação serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.