**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ**
**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR**
**VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO-VRPPG**
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS**
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

# Percepção da gestante sobre a Integralidade da Atenção Pré-Natal

MELINA DE PAIVA BEZERRA

FORTALEZA - CE

2008

# Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

MELINA DE PAIVA BEZERRA

# Percepção da gestante sobre a Integralidade da Atenção Pré-Natal

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza como requisito para obtenção do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas na Promoção da Saúde
**Núcleo Temático:** Saúde da Mulher

**Orientadora:** Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva

FORTALEZA - CE
2008

B574p Bezerra, Melina de Paiva.
Percepção da gestante sobre a integralidade da atenção pré-natal / Melina de Paiva Bezerra. - 2008.
101 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2008.
"Orientação : Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva."

1. Cuidado pré-natal. 2. Saúde da mulher. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 618.2-082

MELINA DE PAIVA BEZERRA

# Percepção da gestante sobre a Integralidade da Atenção Pré-Natal

**Data da Aprovação: ____/____/____**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva**

**Orientadora – UNIFOR**

---

**Profa. Dra Maria Alix Leite Araújo**

**1ª. EXAMINADORA - UNIFOR**

---

**Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues**

**2ª. EXAMINADORA - UECE**

---

**Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho**

**SUPLENTE - UNIFOR**

FORTALEZA - CE

2008

Esta dissertação integra a produção de conhecimentos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Mulher**,** e conta com o apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **FUNCAP** e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico – **CNPq**.

# Dedicatória

Aos meus pais, Terceiro e Cristiane

Aos meus irmãos, Talita, Rodrigo, Zilah e Lívia

Ao meu noivo, Iuri

Que sempre me incentivaram e me apoiaram na realização dos meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, meu alicerce, pelo amor, carinho e incentivo que sempre me foi oferecido.

Aos meus irmãos, pela alegria e companheirismo de sempre.

Ao meu querido noivo, por todo amor, carinho e compreensão, por entender minhas dificuldades e nas horas mais atribuladas, me deu força, paz e serenidade.

À minha professora orientadora, pelo carinho, dedicação e toda aprendizagem que me proporcionou, não só em ciência, mas com sua linda história de vida.

Á todos os meus professores e mestres, pelo incentivo e conhecimento transmitido a mim, sempre com compromisso e dedicação.

Aos funcionários do mestrado, Abreu, Cleide, Marciliano, Vitor, Widson e Tânia, pelo acolhimento, presteza e atenção.

Aos meus amigos do mestrado, novos amigos da vida, Carolina, Samira, Alexandre e Leon, pela amizade e imenso apoio durante todo este percurso.

Á minha grande amiga do coração Liskélvia, por todo seu carinho, apoio, confiança e força para que eu conseguisse desempenhar todas as atividades.

Ao grupo de pesquisa saúde da mulher, por toda amizade, aprendizagem e troca de experiências que muito me fizeram crescer.

À minha amiga Girliani, acadêmica de enfermagem, sempre muito meiga e disponível, pela ajuda na coleta de dados e no "escrever" deste trabalho.

Ao amigo Antônio, pela força e incentivo para que eu desse o primeiro passo para este estudo, participar da seleção do curso.

Aos profissionais da Atenção Básica da Secretaria Executiva Regional VI pela receptividade e acolhimento.

Aos colegas da VII turma do Mestrado em Saúde Coletiva, por todo o agradável e produtivo convívio durante o curso.

Aos meus colegas do Hospital Otoclínica, que me apoiaram para que eu pudesse me dedicar às atividades do mestrado.

Aos meus colegas da Fametro/UVA, em especial, ao Professor André, pela compreensão, amizade e incentivo.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

Em especial, as gestantes que participaram, pois sem sua colaboração e disposição não teríamos conseguido realizar este trabalho.

**Percepção da gestante sobre a Integralidade da Atenção Pré-Natal**


## RESUMO

Os principais problemas discutidos sobre a atenção pré-natal na literatura referem-se ao não cumprimento das atividades preconizadas pelo MS por parte dos profissionais durante as consultas pré-natais, ocasionando uma baixa qualidade da atenção pré-natal e a óbitos materno-infantis. A avaliação na percepção da gestante e do pesquisador constitui um método para identificar os conflitos existentes na organização do serviço de saúde e nas práticas profissionais, sendo relevante a decodificação da real situação da atenção pré-natal para que possam criar subsídios que melhorem a qualidade do cuidado a saúde da mulher gestante no pré-natal. O estudo teve como objetivo avaliar, na percepção da gestante, a atenção no pré-natal no contexto da organização do serviço de saúde e das práticas dos profissionais da equipe de saúde da família e analisar a integralidade das ações de saúde inseridas na atenção pré-natal. Trata-se de um estudo avaliativo com abordagem qualitativa no qual foram entrevistadas 21 gestantes que participavam do pré-natal em três Centros de Saúde da Família na Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza – Ceará, nos meses de julho a outubro de 2008. Os dados foram organizados em duas temáticas e analisados sob o referencial dos aspectos conceituais da Integralidade sugerido por Rubem Mattos, especificando a organização dos serviços e a competência profissional. As gestantes relataram satisfação quanto ao serviço de pré-natal que demonstrou ações inseridas na integralidade em relação à acessibilidade, realização de exames laboratoriais, encaminhamentos das gestantes para serviço odontológico e distribuição de medicações. Nas práticas profissionais, algumas gestantes relataram insatisfação devido à falta de acolhimento, diálogo e escuta do profissional. A atenção voltada somente para a saúde do bebê, durante as consultas do pré-natal, também foi observada. Identificou-se que todas as gestantes realizaram no mínimo de seis consultas, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, embora com o nível socioeconômico e de escolaridade desfavorável e sem a captação pelo agente comunitário de saúde. Todas as gestantes receberam, no mínimo, uma consulta médica e as demais realizadas por enfermeiras. Há necessidade que o profissional da saúde comunique-se de forma clara e objetiva com a gestante, observando seu nível de compreensão, e perguntando-lhe se entendeu, pois atuando de forma integral e assistindo essa mulher em sua totalidade, a gestante poderá atuar na sua saúde contribuindo para ter uma gravidez saudável, diminuindo os possíveis agravos durante o estado gravídico e puerperal.



**Palavras-chaves:** Integralidade; Cuidado Pré-Natal; Saúde da mulher; Atenção Primária, Avaliação.

**Pregnant Woman's Perception about the Compreheensive Health Care in Prenatal Care.**


## ABSTRACT

The main issues discussed on prenatal care in the literature refers to non-compliance of the activities recommended by MS by the professionals during the prenatal appointments, causing a low quality of prenatal care and maternal and infant deaths. The assessment in the perception of the pregnant woman and the researcher is a method to identify the conflicts existing in the organization of the health service and in professional practice and is relevant to decoding the real situation of prenatal care so they can create subsidies to improve the quality of health care in prenatal care. The study aimed to evaluate, in the perception of pregnancy, the prenatal care in the context of the organization of the health service and practice of professional team of family health and analyze the entire stock of health care included in pre - Christmas. It is an evaluative study with a qualitative approach in which they interviewed 21 women who participated in prenatal care in three Family Health Centers of the Executive Secretariat Regional VI of Fortaleza - Ceará, in the months of July to October 2008. Data were organized into two thematic and analyzed under the reference of the conceptual aspects of the Completeness as studied and organized by Mattos, specifying the organization of services and skill of professional practice. The women reported satisfaction with the service showed that prenatal shares included in full in relation to accessibility, performance of laboratory tests, referrals of pregnant women to dental service and distribution of drugs. In practice, some women reported dissatisfaction because of lack of reception, dialogue and listening to the professional. The attention focused only on the health of the baby during the consultations of prenatal care, was also observed. It was identified that all pregnant women underwent a minimum of six consultations, began prenatal care in the first quarter, but with the socioeconomic and educational disadvantage and without the reception by the community health agent. All pregnant women received at least one medical visit and the others performed by nurses. There is need for the health professional communicates itself clearly and objectively with the pregnant woman, observing their level of understanding, and asking him if he understood, because acting in full and watching this woman in its entirety, the pregnant woman may act in their health by contributing to have a healthy pregnancy, reducing the possible disorders during pregnancy and postpartum state.



**Keywords:** Comprehensive Health Care, Prenatal Care, Women´s health, Primary health care, Evaluation.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização mundial de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
SER VI - Secretaria Executiva Regional VI
PSF - Programa de Saúde da Família
ESF - Estratégia de Saúde da Família
PAISM - Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO ..... 12

2. REVISÃO DE LITERATURA ..... 16

2.1 Atenção Pré-natal ..... 16

2.2 Integralidade no contexto da atenção pré-natal ..... 19

2.3 Avaliação do serviço de saúde na percepção da usuária ..... 24

3. OBJETIVOS ..... 26

4. METODOLOGIA ..... 27

4.1 Abordagem metodológica ..... 27

4.2 Cenário do estudo ..... 27

4.3 Participantes do estudo ..... 28

4.4 Coleta de dados ..... 28

4.5 Análise dos dados ..... 30

4.6 Aspectos Éticos ..... 32

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO ..... 33

Considerações Finais ..... 63

Referências ..... 66

APÊNDICES ..... 72

APÊNDICE A ..... 73

APÊNDICE B ..... 74

APÊNDICE C ..... 76

APÊNDICE D ..... 77

ANEXO ..... 78

Anexo 1 ..... 79

ARTIGO ..... 80

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas de atenção eram restritos, baseados somente no contexto biológico e no papel materno e cuidadora (BRASIL, 2004).

Destarte, no final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ainda haviam muitas questões a serem enfrentadas acerca da assistência à saúde da mulher no país. O Ministério da Saúde (MS) havia definido a saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de linhas principais de ações, melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (BRASIL,2006).

Sabe-se que os principais problemas discutidos sobre a atenção pré-natal na literatura referem-se ao não cumprimento das atividades preconizadas pelo MS por parte dos acarretando uma baixa qualidade da atenção pré-natal e  óbitos materno-infantis.

Mesmo com a instituição do PAISM, o panorama da atenção pré-natal evidenciava muitos problemas a serem enfrentados. Reconhecendo a necessidade de reformular estratégias para atenção nesta área, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em junho de 2000 (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Porém, esta política não contemplava toda a complexidade da saúde da mulher e os princípios de integralidade e equidade. Portanto, em 2004, os MS, juntamente com diversos setores da sociedade, lançaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na qual a integralidade, a promoção da saúde, direitos reprodutivos e de cidadania estavam mais abrangentes. Uma das prioridades desta política é a de promover atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, com diretrizes como a ampliação da adesão ao PHPN, realização de exames de rotinas de pré-natal, abrangendo todos os níveis de complexidade na atenção obstétrica e neonatal (RIOS; VIEIRA, 2007).

A morte materna e neonatal continuam sendo problemas relevantes no Brasil, pois em 2003 a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 51,74 de óbitos por 100.00 nascidos vivos, sabendo-se que 92% dos casos de mortalidade associada ao período gravídico-puerperal e ao aborto são evitáveis. Do total de morte de crianças menores de um ano, 52% ocorrem no período neonatal, sendo que grande partes delas está associada à atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2006).

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. No entanto, esse indicador apresenta diferenças regionais importantes: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independente da escolaridade da mãe. Apesar da ampliação na cobertura, estudos mostram comprometimento da qualidade desta assistência (BRASIL, 2006).

A cobertura do pré-natal é considerada como um dos principais indicadores da qualidade da atenção básica em saúde. Os resultados do estudo de Carvalho e Araújo (2007) em Pernambuco mostram uma elevada cobertura do pré-natal corroborando com achados de Serrya et al., (2004) que avaliaram os dois primeiros anos de implementação, 2001 e 2002, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no país, revelando alta cobertura do programa. Porém, a despeito dessa cobertura, observou-se uma pequena proporção de mulheres com pré-natal adequado (17,8%). Esse resultado pode está refletindo dificuldades na implementação do programa nos serviços de saúde (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Um estudo brasileiro recente (PARADA, 2008) sobre a avaliação dos recursos existentes e ações em saúde desenvolvidas na assistência pré-natal no estado de São Paulo, concluiu-se que a realização das atividades recomendadas pelo MS constitui ainda um desafio em saúde, e que os baixos índices obtidos evidenciaram um quadro grave, que para ser revertido demandará diversas estratégias em saúde e só será possível se a atenção pré-natal for considerada como uma das prioridades dos municípios.

Portanto, para se ter uma melhor assistência na atenção primária (AP) faz-se necessário o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS, bem como desenvolvimento de um processo contínuo de avaliação do serviço de pré-natal. Particularmente do atendimento integral à usuária, tendo em vista sua implicação numa prática de qualidade, que desenvolva capacidade de análise crítica de contextos. A ação integral pressupõe mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde e, entre o profissional e a gestante (PINHO; SIQUEIRA; PINHO OLIVEIRA, 2006).

Haja vistas, os serviços de AP devem responder às necessidades de saúde da população e estar organizados em uma estrutura hierarquizada, de forma que, caso haja necessidade, possa ter garantida a atenção em um nível de maior complexidade. Neste contexto, nos indagamos se essa integralidade acontece e está presente na atenção pré-natal.

O princípio da integralidade, visto como um dos alicerces do SUS, incita que a abordagem do profissional da saúde não deve se limitar a uma atenção puramente curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde, e, por conseguinte, a execução de ações de promoção e prevenção individuais e/ou coletivas. Neste sentido, o olhar deve ser totalizante, com apreensão da gestante como sujeito biopsicossocial, como também esta deve se sentir acolhida e confiante nos serviços e programas de saúde que participa, e quando necessário acesso aos demais serviços de saúde.

O senso comum do uso institucional e profissional do termo integralidade objetiva que essa diretriz oriente, nos serviços de pré-natal, e nas ações de seus profissionais, uma assistência à saúde da gestante e do bebê de boa qualidade, que considere as diversas dimensões e seja resolutivo com problemas de saúde que possam aparecer ou agravar-se decorrente deste período. Espera-se com isso, que os profissionais, que também são co-responsáveis pelo o serviço, tenham uma abordagem integral, ampla da saúde da mulher e do seu bebê (TESSER ; LUZ, 2008).

Cerca de 90% dos óbitos em mulheres em idade fértil ainda são decorrentes de causas obstétricas diretas (MORAES; KUJUMJIAN; CHIARAVALLOTI; LOPES, 2004), apesar dos estudos mostrarem melhoria na cobertura do pré-natal (COIMBRA et al,2003; BRASIL, 2008), o que pode denunciar que a cobertura não está diretamente relacionada a qualidade da atenção pré-natal.

Assim os escritos de Ribeiro,Costa, Pinto e Silva (2004) inferem que a avaliação de programas de saúde na perspectiva dos usuários não é comumente observada na literatura brasileira. Em seu estudo sobre atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS, buscou analisar as opiniões das gestantes e observar as possíveis vantagens da atenção familiar em termos de adesão e acesso das usuárias. Então, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, acreditamos que seja relevante a avaliação pelo o olhar da usuária juntamente com a observação do pesquisador.

Deste modo, observando uma boa cobertura da atenção pré-natal e ainda alta mortalidade materna, o presente estudo questiona*: "As ações de saúde realizadas pelos profissionais desenvolveu-se de maneira fragmentada ou integral? Como a gestante percebe a atenção pré-natal? ; Existe integralidade no serviço de atenção pré-natal?"* .

Diante dos dados supracitados, elucida-se a necessidade de esforços dos diversos setores da sociedade, profissionais e instituições, na melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal nos serviços de saúde públicos do país. Este estudo pretende contribuir para o incremento da qualidade da atenção prestada a gestante e sua família, em todo o contexto da

promoção da saúde, aspectos preventivos e curativos, na certeza de que o conhecimento gerado possa ser útil para o serviço e os profissionais da atenção pré-natal na atenção básica do município de Fortaleza.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Atenção Pré-natal

No decorrer das etapas do período gravídico-puerperal é muito importante a realização de ações de promoção da saúde, mas é no pré-natal que a mulher deve ser orientada para que possa vivenciar toda a gestação e o parto de forma positiva e saudável, ter menos riscos de complicações no puerpério e uma boa amamentação.

Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para uma mulher e uma experiência particular feminina, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando desenvolver na mulher a autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, um momento de aprendizagem e oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo do cuidar (RIOS; VIEIRA, 2007). Encontra-se, então, uma oportunidade para ações de promoção e prevenção da saúde da mulher com uma abordagem holística, uma assistência não reducionista, e sim, integral.

Segundo Dossiê Mortalidade Materna da Rede Feminista de Saúde de 2001, os principais fatores que contribuem para a morte materna podem ser divididos em orgânicos, psíquicos, sociais e assistenciais. Dentre esses, podem ser mencionados idade materna, assistência pré-natal e a qualidade desta assistência, existência de um sistema de referência e contra-referência e a via de parto. Estudos apontam que a inadequação da assistência durante a gestação e parto propicia a morte materna (FORTALEZA, 2004).

A assistência pré-natal de qualidade é fundamental para a redução da mortalidade materna. Garantir a atenção de qualidade significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando promoção da saúde da gestante e seu bebê, além da orientação ,educação e informação (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

O PHPN tem como objetivos reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. Este programa indica os mínimos procedimentos a serem realizados por todas as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e apresenta como estratégias para a melhoria da qualidade da atenção a humanização do

cuidado prestado e o respeito aos direitos reprodutivos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Outra questão crítica da atenção pré-natal é a chamada “alta” do pré-natal, com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim do período gestacional, momento este que há maior probabilidade de intercorrências obstétricas. Os dados também evidenciam que a atenção puerperal ainda não está sólida nos serviços de saúde pública. A maioria das mulheres retorna ao serviço no primeiro mês após o parto, porém, os profissionais de saúde, só se preocupam com a saúde do recém-nascido (BRASIL, 2006).

Neste contexto, a assistência pré-natal de qualidade, é um direito constitucional e, é fundamental para a redução da mortalidade materna. No Brasil, em relação à qualidade da atenção pré-natal, observamos realidade com cobertura adequada, que, por si só, não garante bons resultados na redução dos coeficientes de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas e mortalidade perinatal precoce (AERTS, 1997).

A atenção pré-natal tem como objetivo prevenir, identificar e/ou corrigir as possíveis intercorrências materno-fetais. É o momento ímpar para discutir e esclarecer questões individuais da gestante, atendendo suas necessidades de saúde. Deverá ocorrer diálogo, sensibilidade e a capacidade de escuta do profissional que acompanha esta gestante (FORTALEZA, 2006). Os profissionais devem acompanhar-la, assegurar-lhe condições de saúde, desenvolvendo atividades visando à promoção da saúde e realizar ações de promoção e prevenção, como também o manuseio de problemas que venham a ocorrer, para que sejam tratados precocemente (COUTINHO; TEIXEIRA; DAIN; SAYD; COUTINHO J, 2003).

O Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do MS preconiza:

> Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas seguidas por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL,2006).

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O pré-natal deve ser completo e garantir que todas as avaliações propostas sejam realizadas e registradas no cartão da gestante e na ficha de pré-natal. O PHPN estabelece que o mínimo de seis consultas de pré-natal,

preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo, trimestre e três no último trimestre. A maior freqüência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e óbito fetal. O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério (BRASIL, 2006).

O coeficiente de mortalidade materna e infantil é influenciado pelas condições de atenção pré-natal e da assistência ao parto, bem como aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas que visam garantir o acesso aos serviços e a qualidade da assistência do pré-natal (COIMBRA et al,2003).

Neste contexto, informações e orientações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as gestantes e os profissionais de saúde. Essa oportunidade de intercâmbio de experiências e a troca de conhecimentos são consideradas as melhores formas de promover a compreensão do processo de gestação e todo o seu desenvolvimento. As informações devem incluir: importância do acompanhamento pré-natal e puerperal, higiene, atividade física, promoção da alimentação saudável, modificações corporais e emocionais, atividade sexual, preparação para o parto e amamentação, cuidados com o bebê, dentre outros.

Acreditamos que bom acolhimento da gestante no serviço de saúde, a qualidade da atenção, integralidade do serviço e a comunicação estabelecida entre profissional e a cliente refletem uma melhor atenção e, conseqüentemente, uma maior participação dela no gerenciamento e autocuidado.

## 2.2 Integralidade no contexto da atenção pré-natal

O termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do SUS, antes de ser consagrada como tal, a integralidade era uma "bandeira de luta" do chamado Movimento Sanitário. Por outro lado, em que se pesem os avanços do SUS desde sua criação, a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos serviços (MATTOS, 2004).

Enquanto princípio, a integralidade está descrita na Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90) como:

> Um 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 (BRASIL, 2001).

Como organização e articulação entre os serviços, a integralidade configura-se um sistema que seja integrado em todos os seus níveis de complexidade. Integração é entendida como uma rede de serviços com condições de acesso e que seja resolutiva para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população (REIS; ANDRADE, 2008). Esta articulação inclui todos os serviços de saúde, inclusive a atenção pré-natal.

Mesmo que os princípios do SUS, universalidade, integralidade, descentralização e participação popular, não tenham ainda sido atingidos na sua plenitude, é impossível negar os avanços obtidos nessa última década no processo de consolidação do SUS. No entanto, precisa reconhecer que muito há a fazer para garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2005).

Segundo Reis e Andrade (2008) historicamente, os serviços não eram articulados, de forma que o cliente seja visto de forma especializada, em partes, com atendimentos de diversos setores, com a implantação do SUS, os princípios de organização são definidos de forma a alcançar a integralidade na atenção em saúde ofertada.

A garantia do princípio da integralidade na atenção pré-natal implica que o sistema tenha condições relacionadas às fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar e ao relacionamento do profissional de saúde com as gestantes. As mulheres devem dispor de um atendimento articulado em organização, humanização e resolutividade (PINHO; SIQUEIRA; PINHO OLIVEIRA, 2006).

Enquanto práticas de saúde, a atenção integral extrapola a estrutura organizacional da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva

assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al., 2007). Engloba também, a assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde através da integração das ações promocionais, preventivas e curativas, desenvolvidas de forma a alcançar o indivíduo/população.

Integralidade na atenção à saúde é definida como um dos princípios do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultura e social do ser cuidado (SILVA; SENA, 2008).

A atenção pré-natal é um programa/parte do serviço de saúde da AP. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1978) define como AP "... parte integral do sistema de saúde, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde." Vale ressaltar que é na atenção primária que se encontra a atenção pré-natal, funcionando para a gestante como porta de entrada no serviço de saúde que deverá atender todas as suas necessidades para que tenha uma gestação harmoniosa e tranqüila.

Um amplo debate no Brasil ocorre sobre qual seria o modelo de atenção ideal para a organização da AP, viabilizando na prática, as diretrizes do SUS. Dentre as propostas, está o Programa de Saúde da Família (PSF). As unidades de saúde onde estão inseridas as equipes do PSF constituem uma importante base da atenção organizada pelo SUS, sendo a porta de entrada dos indivíduos e comunidade no sistema (SILVA; GUIMARÃES; PEREIRA; MIRANDA; OLIVEIRA, 2005).

O modelo tradicional de atenção à saúde vem há tempos sendo questionado por suas características fragmentárias e por ter a doença do paciente como principal objeto de intervenção. Este configura não uma relação entre os sujeitos, mas uma relação sujeito-objeto, dificultando a escuta, a conversa e o diálogo. É neste contexto que surgem estratégias que visam reformar e recriar na saúde, espaços que permitam reverter este modelo, como o PSF (LUZ,1998).

O PSF nasceu em meados de 1993, como uma estratégia do MS para modificar a tradicional forma de prestação de atenção em saúde, visando à implantação de um novo

modelo de AP que atendesse maior parte dos agravos e necessidades de saúde da população (RONCOLLETA et al, 2003). Este modelo de assistência surge como uma estratégia de busca para ampliar o acesso aos serviços de saúde e possibilitar o exercício da universalidade, acessibilidade, equidade e integralidade no SUS. O PSF entendido como uma proposta estruturante do Sistema de Atenção à Saúde, com objetivo de:

> Colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, descentralização, integralidade e participação comunitária [...] prioriza as ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994, p.10-1).

Em sua operacionalização, pressupõe-se a adequação às diferentes realidades locais, provendo assistência humanizada baseada no vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a comunidade. Portanto, a Estratégia da Saúde da Família (ESF), inicialmente traçada como um programa, o PSF, passou a ser considerada uma estratégia capaz de (re) estruturar os sistemas municipais de saúde, visando à reorganização do modelo de atenção, contribuindo para uma nova dinâmica dos serviços e ações em saúde (MATTOS, 2004).

A ESF visa trabalhar na lógica da Promoção da Saúde, objetivando a integralidade da assistência ao indivíduo e coletivo, como sujeito inserido na família e numa sociedade, reforçando a atividade integral da atenção pré-natal.

Em termos gerais, a ESF representa um mecanismo de organização de acesso a serviços simples e complexos, e que atualiza os conceitos tradicionais de distrito sanitário e própria noção de hierarquização da atenção à saúde observada no texto constitucional de 1988 (RIBEIRO; COSTA; PINTO; SILVA, 2004).

A ESF trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade de Saúde da Família (USF) é vista como porta de entrada e primeiro nível de atenção, devendo, portanto, estar integrada a uma rede de serviços com diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos usuários (BRASIL, 2001). Vale ressaltar que, as USF são denominadas atualmente como CSF no município de Fortaleza.

Na AP a saúde deve ter a competência de: resolver entre 80 a 90% dos problemas de saúde da sociedade; ser competente em racionalizar o uso dos outros níveis de atenção (procedimentos e encaminhamentos); dar assistência às pessoas com integralidade, ou seja,

fornecer serviços curativos, preventivos e de promoção à saúde; acompanhar os cuidados ao longo da vida da pessoa sem restringir o acesso por idade, sexo ou patologia; coordenar e acompanhar os cuidados fornecidos pelos outros níveis de atenção; ser o contato preferencial da população quando se identifica um novo problema de saúde (STARFIELD, 1998). A atenção pré-natal é uma ação inserida na ESF, portanto, deve seguir todos os princípios e conceitos do SUS.

Neste contexto, o MS lançou PHPN, que deveria somar-se a outras importantes estratégias já em andamento para a melhoria da atenção pré-natal (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Este programa tinha objetivo de se rediscutir a atenção pré-natal na AP. A partir deste marco conceitual, a portaria GM n.° 569, que institui PHPNP, traz o seguinte texto:

> Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis de cidadania (BRASIL, 2000).

Continuando na portaria n.°569, o artigo 2°, explicita:

> Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;b – toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;c - toda gestante tem direito a assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura" (BRASIL, 2000).

O artigo citado pontua questões sobre acesso ao serviço de saúde, qualidade e cobertura, destacando objetivo de garantir a integralidade da assistência (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Neste contexto, Fontoura e Mayer (2006) escrevem que as políticas de saúde constituídas sobre a integralidade, permitem aos usuários o acesso às ações de saúde que necessitam. Percebe-se que o princípio da integralidade só é possível através de um olhar atento, que possibilite apreender as necessidades das ações considerando a contextualização. Na perspectiva deste princípio, não se reduz o sujeito à doença que lhe arremete sofrimento, mas sim uma busca de uma atenção voltada à sua totalidade enquanto um ser com subjetividades que precisam ser consideradas.

O alicerce da integralidade encontra-se na qualidade do atendimento prestado ao usuário, englobando cuidado, acolhimento, visão ampliada de saúde e outros. Os profissionais

devem refletir acerca da real necessidade de incorporação deste princípio no serviço e nas práticas para uma atenção efetiva do SUS (FONTOURA; MAYER, 2006).

Portanto, a atenção integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal e puerperal deve ser organizada para atender às necessidades das mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, mediante utilização dos conhecimentos técnicos e científicos e dos recursos disponíveis.

A organização da atenção gineco-obstétrica no SUS consiste na organização da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que se articulem em todos os níveis de assistência e garantam um serviço de boa qualidade à mulher.

Dentro deste contexto, o sistema de saúde deve assegurar a cobertura da população de mulheres no período da gestação e após o parto, garantindo a atenção obstétrica e neonatal de maneira integrada, mediante regulação do atendimento nos níveis ambulatorial básico e especializado e do controle de leitos obstétricos e neonatais (BRASIL, 2006).

## 2.3 Avaliação do serviço de saúde na percepção da usuária

Para a melhoria da atenção pré-natal, destaca-se a importância de avaliar o serviço, pois o produto do serviço de saúde é o resultado do contato entre profissionais e usuários e das ações de saúde que constituem esta relação (BOSI; MERCADO, 2006).

No campo da saúde, cada vez é mais reforçada a necessidade de uma permanente avaliação das intervenções realizadas. Em que se pesem os limites e dificuldades que enfrentam os projetos de avaliação em saúde, como nos alerta Barreto (1998), o crescimento exponencial da produção de novas tecnologias voltadas para o cuidado, que passam a ser usadas, e muitas vezes, gerando efeitos indesejáveis e altos custos, impõe o desenvolvimento e aprimoramento de metodologias de investigação dos serviços de saúde.

Os usuários, representantes da população, profissionais de saúde e gestores dos serviços têm objetivos e percepções distintas em relação aos serviços de saúde e, geralmente, dão prioridade a aspectos diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde (SERAPIONI, 1999).

A construção da integralidade deve ocorrer na práxis do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes relações e atuações desses profissionais com e no serviço (MATTOS, 2004), neste contexto o estudo objetiva avaliar a percepção da gestante diante o cuidado em saúde que recebe no pré-natal.

Para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, acreditamos que seja relevante a avaliação pelo o olhar da usuária juntamente com a observação do pesquisador, visto que, conforme Deslandes (1997), avaliar é também decodificar conflitos visando o entendimento da cultura e da prática dos agentes que o serviço envolve, ou seja, unir a percepção da gestante com a do pesquisador facilita uma decodificação da real situação do serviço de atenção pré-natal.

Atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para isto o MS no Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério (2006) recomenda a construção de um olhar inovador sobre o processo saúde/doença, que compreenda a gestante em sua totalidade e considere o ambiente social, econômico, cultura e físico no qual vive ; o estabelecimento de  novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e reprodutivos , com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção.

Acesso e acolhimento são elementos chaves do atendimento pré-natal, também ações de integralidade, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde da gestante e do bebê. A avaliação pelas usuárias, permitindo ouvir sua opinião sobre os serviços de pré-natal em função das suas necessidades e expectativas, é uma atividade que pode assegurar a qualidade do serviço de saúde. Portanto, é fundamental conhecer como as gestantes avaliam a atenção pré-natal, para repensar as práticas profissionais e a forma de organização do serviço, visando sua melhoria (ADAMI, 2000).

Neste contexto, a integralidade sugere uma ampliação e um desenvolvimento do cuidar na profissão de saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados da organização do serviço e das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde/doença (PINHO; SIQUEIRA; PINHO OLIVEIRA, 2006).

## 3. OBJETIVOS

- Analisar a integralidade das ações de saúde inserida na atenção pré-natal.

- Avaliar, na percepção da gestante, a atenção no pré-natal no contexto da organização do serviço de saúde e das práticas dos profissionais da equipe de saúde da família;

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Abordagem metodológica

Estudo avaliativo com abordagem qualitativa. Segundo Hartz e Silva (2005) a pesquisa qualitativa e avaliativa em saúde tem múltiplas e variadas dimensões, mas destina-se, principalmente, a fazer julgamentos sobre a política, programas e serviços de saúde. Aponta também características relacionais entre os agentes da ação e os profissionais (percepção dos usuários sobre práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos de cidadania). Esta abordagem constitui uma modalidade de investigação cada vez mais empregada e aceita na área da saúde e das ciências humanas (BOSI, 2004).

Segundo Turato (2004) a abordagem qualitativa ocupa-se com os processos, querem saber como os fenômenos ocorrem e como são as relações estabelecidas entre estes fenômenos, destarte, tivemos como objeto de estudo a percepção da gestante frente às ações em saúde de integralidade oferecidas pelo SUS, referindo-se a significados, reflexões, pontos de vista, percepções e vivências destas usuárias do serviço de pré-natal.

Portanto, a abordagem qualitativa tem como alvo a compreensão do comportamento e da experiência humana, o que nos leva a entender o processo pelo qual a gestante constrói os significados e as percepções sobre a atenção dispensada pelo serviço de pré-natal (MINAYO, 2004).

### 4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em três Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Regional VI (SER VI), visto que esta possui uma área geográfica de maior extensão territorial, com maior número de serviços de saúde, portanto, maior atendimento de pré-natal, e também conveniada à Universidade de Fortaleza (UNIFOR), na qual pertence o estudo. Um dos CSF é uma unidade-escola, a qual recebe discentes da UNIFOR para atividades de ensino, pesquisa e extensão, sob a supervisão de docentes.

As SER são territórios delimitados, criados por reforma administrativa realizada em 1996, pela Prefeitura de Fortaleza, com o objetivo, dentre outros, de proporcionar melhores condições de saúde e vida à população. Cada SER possui autonomia e áreas diferentes, estando subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Possuem como meta execução

de políticas públicas definidas pelo Poder Executivo Municipal e a prestação de serviços que proporcionam atendimento às necessidades e demandas das comunidades, consideradas em sua dinâmica de uso do espaço urbano e peculiaridade social, visando à melhoria da qualidade de vida da população (FORTALEZA, 2006).

A SER VI possui 20 CSF, nos quais são realizados os serviços do pré-natal (FORTALEZA, 2006). Destas 20 unidades de saúde, oito já haviam realizado atividades em grupo com gestantes. Assim, foram sorteados três CSF para a participação no estudo. As três unidades de saúde apresentavam equipe de saúde da família completa, formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários e já haviam realizado atividades de educação em saúde com grupos de gestante, o que foi considerado critério de inclusão no estudo.

### 4.3 Participantes do estudo

Participaram 21 gestantes que realizavam o pré-natal em três CSF da SER VI no terceiro trimestre da gravidez. Selecionamos as participantes de forma intencional, que já realizaram no mínimo seis consultas, que foram captadas nos CSF, durante os dias das consultas do pré-natal agendadas pelo próprio serviço. Esta seleção foi independente do número de gestações, partos e filhos.

O critério do trimestre escolhido deveu-se ao fato de que estas gestantes já deveriam ter vivenciado experiência de, no mínimo, seis consultas, com condições de compreender e relatar sobre as atividades e procedimentos do pré-natal. Vale ressaltar que, uma das consultas deverá ter sido realizada com o médico, como recomenda o MS.

### 4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2008, nos três CSF da SER VI usando-se a observação sistemática e entrevista semi-estruturada.

Realizamos uma observação direta sistemática do serviço de atenção pré-natal dos CSF inclusos na pesquisa com auxílio de um roteiro (Apêndice C). Neste, foram registrados os horários de funcionamento, a demanda, acolhimento das gestantes, a estrutura física e profissional, atitudes e reações das gestantes, dentre outros. A coleta de dados por meio da obseração ocorreu durante todo o período da coleta entretanto iniciou-se anteriormente às

entrevistas para que a pesquisadora se familiarizasse com o cenário do estudo e coletasse também dados relevantes sobre o serviço.

As gestantes atendidas no CSF, considerando os critérios de inclusão, foram convidadas para a entrevista. Procurou-se interagir com as mesmas no sentido de criar uma relação de confiança e respeito mútuo. Antes de realizar a entrevista confirmamos o número de consultas no cartão da gestante, o qual é entregue as gestantes na primeira consulta e nele faz-se o registro dos procedimentos realizados durante o pré-natal, como, consultas, exames, encaminhamentos, dentre outros. As gestantes foram informadas sobre o objetivo do estudo e da sua participação na pesquisa e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Após a realização das entrevistas, a pesquisadora também continuou a fazer a observação sistemática para uma posterior análise.

Todas as entrevistas aconteceram após as consultas do pré-natal, de forma espontânea, permitindo a gestante relatar suas percepções frente à integralidade da atenção pré-natal. Foi assegurada durante a entrevista, a privacidade, o respeito pelas expressões de emoções e sentimentos, a liberdade de resposta sem julgamento, o anonimato e o sigilo. Não usamos, portanto, nenhuma maneira de identificação das entrevistadas.

O término da coleta se deu pela repetição dos relatos e associação de idéias. A amostragem por saturação teórica, descrita por Denzin e Lincoln (1994), é utilizada em investigações qualitativas para estabelecer ou fechar o número de participantes do estudo. Operacionalmente, é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos, na avaliação do pesquisador, passam a apresentar repetição.

A entrevista continha uma ficha (Apêndice B) com dados de identificação (idade, idade gestacional, estado civil, escolaridade, renda familiar e o transporte utilizado para ir ao serviço de saúde), histórico de saúde (idade da menarca, número de gestações, número de partos, uso de contraceptivos e doenças associadas) e atenção pré-natal (início do pré-natal, procura pelo serviço de saúde, número de consultas realizadas, exames laboratoriais solicitados e tempo de entrega, realização de exame ginecológico, maternidade/hospital de referência).

Nas entrevistas gravadas usamos duas questões norteadoras: *Como você percebe a assistência pré-natal neste serviço? Como você percebe a assistência prestada pelos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família?* (Apêndice D). Com estas questões procuramos aprofundar o tema proposto, analisar a integralidade no pré-natal, numa tentativa de esclarecer com maior objetividade, coerência e adequação do diálogo entre a pesquisadora e a gestante.

Na primeira questão abordamos sobre o acolhimento de serviço, encaminhamentos para outras especialidades quando necessário, a maternidade de referência, solicitação e entrega de exames laboratoriais dentre outras, para avaliação sobre a organização do serviço de pré-natal.

A segunda temática questionou-se sobre as consultas pré-natais, qualidade e presteza nas consultas, orientações para o parto, amamentação e puerpério, consulta direcionada não somente para o bebê, mas também para a saúde da mulher, atenção holística da mulher pelos profissionais, visando avaliar a integralidade nas práticas dos profissionais pela percepção da gestante.

A escuta de quem recebe a atenção em saúde é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, bem como da forma que o sistema de saúde se organiza para viabilizar esta assistência (FRANCO; CAMPOS, 1998). Os depoimentos das gestantes nos possibilitaram avaliar qualitativamente a organização do serviço de pré-natal quanto à integração e execução dos princípios que regem o SUS.

Estudos sobre a percepção da clientela (CANESQUI, 1992) mostram que a subjetividade na avaliação de serviço de saúde traz um imaginário, um produto de práticas e representações sociais, recurso simbólico que é expressão cultural de um modo de perceber o processo saúde-doença.

Neste contexto, acreditamos que seja importante avaliar os aspectos subjetivos da gestante no que tange a sua percepção pela atenção recebida no serviço de pré-natal, aspectos estes invisíveis aos olhos da razão, que não podem ser negados, pois caso contrário exclui-se os elementos socioculturais e emocionais essenciais à compreensão da assistência das instituições de saúde (PINHEIRO e LUZ, 2003). Portanto, para a mensuração das necessidades de saúde das gestantes e reconhecimento da institucionalização da integralidade, como princípio doutrinário, é de grande valia unir a observação da pesquisadora com a percepção das gestantes a fim de avaliar as ações em saúde dispensadas pelo serviço e pelos profissionais do pré-natal.

### 4.5 Análise dos dados

Os resultados sobre identificação e histórico de saúde e dados da atenção pré-natal foram organizados e analisados para caracterização das gestantes. Nos depoimentos, depois de lidos e relidos encontramos as convergências das idéias de acordo com o objeto de estudo e

agrupamos em temáticas conforme Análise de Conteúdo de Bardin (AC) (2006) que é definida como:

> [...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimento, sistemáticos e objetivos de descrição conteúdo das mensagens, indicadores, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 2006).

Para o tratamento e interpretação dos resultados, optamos pelos aspectos conceituais da integralidade, diretriz do SUS, como sugerido e estudado por Mattos (2001), que recomenda organizar este princípio em três conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se às práticas profissionais de saúde; nele a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que uma gestante requer ao buscar o profissional. A integralidade, conceito polissêmico, não é vista apenas como um atributo de uma prática de qualidade de biomedicina, mas deveria permear a ação de todos os profissionais de saúde.

O segundo conjunto diz respeito à característica da organização dos serviços, na qual se critica a dissociação entre práticas de saúde pública e as assistenciais. Os serviços de saúde devem estar aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades em saúde das gestantes, e não exclusivamente a tratar doenças que apareçam ou agravam-se durante o ciclo gravídico-puerperal:

> [...] a integralidade emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2001, p.57).

O terceiro conjunto de sentidos da integralidade aplica-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos.

Neste estudo, os depoimentos foram organizados e analisados nos dois primeiros aspectos conceituais da integralidade sugeridos por Mattos (2001) : a organização do serviço de pré-natal e nas práticas profissionais no pré-natal.

A organização dos dados se dividiu em três etapas: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados e a interpretação.

Inicialmente, a *pré-análise* caracterizou-se pela operacionalização das idéias iniciais, e depois de repetidas leituras, os dados foram se agrupando, permitindo indicadores que fundamentaram a organização das temáticas. Na *exploração do material* realizamos uma leitura, com objetivo de identificar significados e idéias convergentes e divergentes,

apresentando os resultados: 1- *organização do serviço de pré-natal* – na qual analisamos a satisfação com o serviço e resolutividade do mesmo; e 2- *prática profissional no pré-natal* – analisamos o contexto da prevenção e promoção da saúde, prática reducionista desarticulada com a integralidade e satisfação/confiança no profissional.

### 4.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da UNIFOR, o Comitê de Ética em Pesquisa (COÉTICA), sendo aprovado com o parecer número 137/2008 (Anexo 1).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O foco do estudo foi avaliar, na percepção da gestante, acerca da integralidade da atenção pré-natal considerando o contexto da organização do serviço e a prática profissional da equipe de saúde da família, analisando a integralidade nas ações de saúde no pré-natal.

Para tanto, os dados foram organizados e analisados em temáticas acerca da integralidade distribuídas sobre organização do serviço de pré-natal e as práticas profissionais sugeridas por Mattos (2001). Em relação ao serviço de saúde, foram observados relatos sobre a marcação de consultas, realização de exames, acolhimento e satisfação. Já sobre as práticas dos profissionais na atenção pré-natal, os relatos demonstraram ações de prevenção e promoção da saúde, prática reducionista desarticulada com a integralidade, satisfação e confiança no profissional de saúde.

Quando analisados os aspectos individuais sobre a percepção da gestante acerca do pré-natal, observaram-se avanços de ações em saúde pautadas na integralidade, mas quando analisados em conjunto, ainda há muito que (re) formular e (re) fazer para a existência de um serviço de pré-natal com assistência integral e de qualidade, o que corroborou com os atuais estudos sobre a assistência pré-natal, Parada (2008) e Carvalho e Araújo (2007).

A aprovação pelas entrevistadas aos principais aspectos da atenção pré-natal que receberam nos três CSF foi observada pela maioria das participantes. Mesmo considerando que as usuárias possam apresentar uma percepção mais favorável de qualidade uma vez que tenham conseguido obter a assistência, a aprovação não pode ser subestimada em termos de caracterização do potencial destes serviços, fato que corrobora com estudo de Ribeiro, Costa, Pinto e Silva (2004) sobre a avaliação da percepção da gestante sobre o SUS. Para reduzir estes efeitos, foi criado um ambiente favorável de diálogo e escuta para as entrevistas, para que estas pudessem se expressar livremente.

Um serviço de pré-natal regido por ações de integralidade incita ações em saúde que sejam resolutivas. A resolutividade de um serviço de saúde depende dos recursos disponíveis do serviço e organização, número de profissionais e quantidade de horas que se podem mobilizar para absorver a demanda quando ela ocorrer. O aspecto qualitativo da resolutividade foi considerado neste estudo a percepção da gestante, mesmo esta sendo particular, pois como se desconhecem os critérios que uma usuária do serviço de saúde utiliza para definir a sua qualidade, torna-se difícil identificar o que significa para ela um serviço capaz de atender a suas necessidades em saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Por conseguinte, quando o serviço de pré-natal ou o profissional assistiu às necessidades de saúde da gestante conforme as intervenções (terapêuticas, educativas ou organizacionais) preconizadas pelo MS com percepção de satisfação da mesma pela atenção recebida, foram consideradas ações resolutivas.

**Caracterização das participantes**

A análise das características socioeconômicas e demográficas da amostra estudada revelou que as 21 mulheres entrevistadas são provenientes da região metropolitana da cidade de Fortaleza, residindo na área geográfica da SER VI.

Com relação à faixa etária, a idade média foi de 25,5 anos, com desvio padrão de 6,34. Das 21 entrevistadas, 11 gestantes tinham idade menor que 25 anos e 10 tinham idade igual ou maior que 25 anos. A idade mínima observada foi de 15 anos e a máxima de 38 anos.

Quanto à escolaridade oito gestantes referiram ensino médio completo, dez ensino médio incompleto, e três gestantes, ensino fundamental incompleto. Sobre o estado civil das participantes foi observado que nove gestantes eram casadas, duas solteiras e dez em união consensual. As mulheres tiveram em média 10 anos de estudo, viviam com parceiro, fato que corroborou com achados de Carvalho e Araujo (2007) em Pernambuco.

A renda familiar de 12 gestantes foi uma renda de até um salário mínimo, seis de dois a quatro salários mínimos e três gestantes não possuíam renda. Tais dados demonstram que as participantes tinham condição educacional e econômica desfavorável, mesmo assim tinham realizado no mínimo seis consultas e buscado ao serviço de saúde por interesse próprio e precocemente.

Quando questionadas sobre com quem moram, dez gestantes responderam com o marido, quatro com o companheiro, duas com os pais, duas com o marido e sua mãe, uma com companheiro e sua mãe, uma com o marido e filhos e uma com companheiro e filho.

Observamos que a maioria reside com o marido, no entanto, cinco gestantes não consideraram seus companheiros e nem sua união consensual como um casamento, pois, perante a lei e religiosamente não foi formalizado como marido e esposa, tal fato é uma realidade cultural e social vivenciada pelas mulheres.

Sobre o número de filhos, oito gestantes referiram ter filhos, 13 eram primigestas. Este dado demonstra que a maioria das participantes eram primíparas e achados semelhantes foram encontrados em Carvalho e Araújo (2007) e Moraes, Hujumjian, Chiaravalloti e Lopes (2004). Isto nos mostra o perfil da mulher grávida que o serviço público de saúde assiste.

A elevada proporção de primíparas possivelmente é em razão da alta porcentagem de mulheres jovens e do aumento do número de adolescentes grávidas na população que é assistida pelo serviço público. O fato de ser a primeira gravidez reforça a necessidade de uma atenção especial, pautada na integralidade, e direcionada para educação em saúde especialmente, sobre amamentação, sinais de parto e puerpério e cuidados com o recém-nascido, deixando a mulher empoderada de saberes para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e bem-estar físico e emocional.

Com relação às semanas de gestação, observou-se que uma variação entre a 28ª e 39ª semana. Observamos que a maioria das gestantes que haviam completado 32 semanas de gravidez fazia consultas quinzenalmente e aquelas que haviam completado 36 semanas de gestação realizavam a consulta semanalmente. Neste trimestre deve ser intensificado o cuidado e as orientações em saúde para as gestantes, pois elas estão vivenciando uma gama de sentimentos tais como o medo do parto, a ansiedade da chegada da criança, a preparação para amamentar e ainda as condições de pós-parto e o cuidado com o bebê para que este não desenvolva problemas que afetem a saúde. Tais orientações e exames laboratoriais são fundamentais para que elas possam identificar os primeiros sinais de parto e assim vivenciar de forma humanizada e positiva o parto, a amamentação e os primeiros cuidados com o bebê, evitando assim possíveis complicações para a sua saúde e a de sua criança.

Mesmo a acessibilidade não sendo o objeto do estudo, foi questionado qual o meio de transporte utilizado pela gestante para ir até a unidade de saúde, pois assim foi possível conhecer um pouco mais sobre a usuária do serviço de pré-natal e identificar quais as suas expectativas sobre a organização do serviço de saúde. Foi observado que 16 mulheres iam caminhando para a consulta de pré-natal, o ônibus foi utilizado por duas gestantes, carro por duas e a motocicleta era utilizada por uma gestante.

Nos dados sobre histórico de saúde, foi observado que dez gestantes apresentaram a menarca aos 13 anos de idade, seis aos 14 anos, três aos 12 anos e duas aos 15 anos.

Sobre o uso de métodos contraceptivos antes de engravidar 15 gestantes responderam que usavam métodos contraceptivos, cinco que não usavam e uma não respondeu. Das gestantes que utilizavam métodos contraceptivos, sete usavam a pílula, três usavam a pílula e o preservativo e cinco usavam só o preservativo. Observamos maior conhecimento sobre o uso da pílula, seguido preservativo, e os demais métodos não foram citados e utilizados. Tais dados foram semelhantes no estudo de Moraes, Hujumjian, Chiaravalloti e Lopes (2004), demonstrando o planejamento familiar com recurso restrito, devido ao pouco uso do preservativo, deixando a mulher susceptível a contrair doenças

sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS, e a grande quantidade existente de métodos contraceptivos existentes que não foram abordados com as mulheres, pois as mesmas desconheciam outros métodos.

Quando questionadas sobre a ocorrência de alguma doença (anterior ou durante a gravidez) que ela considerasse importante/grave somente duas gestantes responderam que foram acometidas de dengue e doença sexualmente transmissível.

Sobre o início do acompanhamento pré-natal 11 gestantes iniciaram com 12 semanas de gestação, três com oito semanas, três com 16 semanas, duas com quatro semanas, uma com três semanas e uma com 20 semanas. Das 21 participantes, foi observado que 14 gestantes procuraram o serviço de saúde por interesse próprio e sete por indicação da família. Ressalta-se que as mulheres não indicaram o agente comunitário de saúde como facilitador ou captador da gestante para a procura do serviço de saúde. Mesmo assim não podemos afirmar que este profissional não tenha influenciado a opção da gestante de iniciar o pré-natal em tempo considerado hábil para o acompanhamento integral da gravidez.

Em relação ao número de consultas já realizadas dez gestantes haviam realizado seis consultas e 11 tinham feito mais de seis consultas, portanto, não evidenciando limitações a acessibilidade para as consultas neste serviço. Todas as gestantes haviam realizado consultas com médico e com a enfermeira, porém o maior número de consultas se deu com a enfermeira. Esses resultados são mais favoráveis do que os encontrados por Carvalho e Araújo,em Pernambuco, cuja média de consulta foi de 5,3 em 2007.

Em relação à solicitação e a realização, no próprio CSF, dos exames laboratoriais de rotina, foi observado que todas as gestantes os fizeram, e que dez gestantes os realizaram na 1ª consulta, duas na 1ª e na 8ª consulta, uma na 4ª, uma na 2ª e sete gestantes não sabiam informar em qual consulta haviam realizado os exames. A média de dias de entrega dos resultados destes exames se deu em 14,62 dias (consideramos 15 dias), com tempo mínimo de quatro dias e máximo de 35 dias. Isto significa que houve articulação entre os serviços quanto à realização dos exames laboratoriais solicitados no primeiro, segundo e terceiro trimestre, conforme observação e constatação no cartão da gestante.

Um serviço de pré-natal de boa qualidade pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo um processo de referência e contra-referência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade (SILVA; GUIMARÃES; PEREIRA; MIRANDA; OLIVEIRA, 2005).

Quando questionadas sobre o serviço ter indicado a maternidade de referência 11 não sabiam ou não tinham sido informadas, seis tinham sido informadas e quatro gestantes não

responderam por não saber desse encaminhamento ou informação. O estudo não teve o objetivo de confirmar a garantia da referência e da contra-referência.

No tocante as orientações recebidas dos profissionais sobre a amamentação e sinais de parto 12 gestantes responderam que não haviam recebido orientação, cinco responderam que tinha recebido alguma informação e quatro não responderam, pois entendiam que o pré-natal era somente relacionado à saúde do bebê. Quando questionadas sobre o puerpério, 15 mulheres responderam que não haviam recebido orientação, duas responderam que haviam recebidos e quatro desconheciam o significado desta fase.

**Organização do serviço de pré-natal**

A organização do serviço tem sido um elemento fundamental para execução da atenção pré-natal, pois a atenção humanizada necessita além de profissionais de saúde qualificados e sensíveis às necessidades de saúde das gestantes, de tecnologias comuns ao desenvolvimento da consulta, de atenção especializada e de dinâmica do cuidado holístico (NETO et al, 2008).

A resolutividade do serviço de saúde é uma maneira de se avaliar o serviço a partir dos resultados obtidos do atendimento à gestante, que envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Pelos relatos das gestantes, observou-se resolutividade do serviço de pré-natal na marcação e realização das consultas de pré-natal (acessibilidade), na obtenção das medicações na própria unidade de saúde e na execução dos exames laboratoriais de rotina durante a gestação com recebimento em tempo considerado hábil pelas usuárias. Portanto identificaram-se ações pautadas na integralidade pela maioria das gestantes quanto à organização do serviço de pré-natal e a existência de recursos disponíveis para fornecê-los às gestantes.

Porém, estes relatos das gestante confrontam com os dados da observação sistemática, os quais identificaram dificuldades em marcação da consulta e não acontecimento da mesma no horário e dia pré-determinado. Em repetidas vezes, observamos atrasos prolongados do acontecimento das consultas e não acolhimento das mulheres.

A captação precoce de gestantes facilita o diagnóstico e o tratamento precoce de certas condições, promovendo a saúde da gestante e de seu filho. O início tardio do pré-natal sugere

um serviço de saúde despreparado para captar a gestante, demonstrando a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde (CARVALHO e ARAÚJO, 2007).

O acesso das mulheres aos serviços de saúde deve ser garantido e eficaz, caso isso não aconteça, ocorre o comprometimento da função da atenção primária de promover a saúde através de orientações, exames laboratoriais, vacinação, deixando a gestante despreparada durante o processo gravídico.

Sobre a marcação das consultas, as gestantes após cada consulta eram encaminhadas ao SAME para agendar a próxima, não ocorrendo dificuldades em marcá-las demonstrando a acessibilidade no serviço:

> *"... terminou de fazer a consulta aí a doutora (termo que representa, na perspectiva da gestante, o profissional que realiza as consultas) manda a gente ir aqui ao SAME marcar já pro próximo mês, as consultas acontecem no dia marcado e na hora, graças a Deus quando eu venho sempre fiz minha consulta".*
>
> *"As consultas são marcadas assim, eu venho para a minha consulta e quando termina vou a recepção e deixo agendada a próxima consulta, aí quando eu vier novamente confirmo a consulta na recepção e fico esperando o médico chegar".*

No caso do profissional não comparecer ao serviço de saúde e a gestante não ter sido assistida foi observado que a unidade de saúde não disponibilizava recurso para informar a gestante a possível falta do profissional e a remarcação da sua consulta, demarcando dificuldade de articulação no serviço, foi relatada por duas gestantes:

> *"... já aconteceu de tá marcada e a doutora não vem. O pré-natal tem que melhorar e a doutora não pode faltar".*
>
> *"As consultas aqui marcam pra um mês, não acontece na hora marcada, eu já vim e não teve, o médico e o enfermeiro faltou".*

No contexto da integralidade, o serviço deveria articular com outros profissionais, que atendem no pré-natal, que estivessem na unidade de saúde e assim reorganizar a demanda de gestantes de forma que as usuárias não deixassem de ter acesso à consulta mensal. Vale ressaltar que com a falta deste atendimento, provavelmente, a gestante só irá à unidade de saúde no próximo mês, deixando de realizar exames ou avaliações importantes de rotina para cada consulta. Este fato só foi observado em uma unidade de saúde.

Segundo Mattos (2004), o SUS deve ser visto como um recurso institucional para dar conta do seu dever de garantir o acesso universal e igualitário a todas as gestantes às ações e rotinas em saúde preconizadas no pré-natal, isto também deve ocorrer com o número de consultas realizadas para a melhoria da qualidade de saúde materna e perinatal. O MS preconiza a realização de no mínimo seis consultas durante o pré-natal para que a gestante tenha uma gestação saudável e tranqüila (BRASIL, 2006).

Parada (2008) em seu estudo sobre a avaliação da assistência pré-natal desenvolvida no interior do estado de São Paulo observou que 75,9% (292) das gestantes, em 2005, haviam realizado seis ou mais consultas, valor superior ao índice brasileiro dos anos 2001 e 2002, que foi de aproximadamente de 20%. Porém, como o Sistema de Informação de Pré-Natal (SISPRENATAL), o qual foi implantado no ano 2000 para acompanhamento das gestantes inseridas no PHPN, esse baixo índice nacional 2001/2002 pode estar relacionado às falhas de sua implantação deste sistema informatizado. Isto demarca um aumento da cobertura de pré-natal, porém não é possível afirmar relação entre a cobertura e a qualidade desta assistência.

A elaboração e instalação do SISPRENATAL disponibilizou relatórios e indicadores que permitem um controle e monitoramento da assistência pré-natal oferecida. Mesmo reconhecendo limitações deste, sabe-se a possibilidade de ampliar a gama de informações sobre a atenção e isto deve possibilitar que cada serviço possa tomar as medidas, juntamente com a percepção da gestante, na direção de garantir uma assistência com dignidade, pautada por intervenções efetivas e resolutivas.

Foi observado por Serruya, Lago e Cecatti (2004), em seu estudo de abordagem populacional preliminar sobre a implantação do PHPN no país em 2001, os estados de São Paulo, Paraná, Sergipe, Distrito Federal Goiás e Ceará, apresentaram um índice de 20% das mulheres cadastradas tiveram seis ou mais consultas no pré-natal. Este estudo demonstrou que a cobertura deste programa cresceu 70% de mulheres cadastradas em 2002, porém quando se faz a avaliação do pré-natal com leitura dos indicadores (exames, referências, procedimentos, atividades educativas, dentre outros) nos dois anos em estudo, aponta que à medida que são agregados estes critérios assistenciais, os percentuais diminuem, demarcando que a realização do conjunto de atividades do pré-natal é o maior desafio nesta atenção em saúde.

No estudo de Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) sobre avaliação da cobertura e indicadores do PNHN na capital da Bahia, observou-se também que no ano de 2002, a assistência pré-natal apresentou baixa cobertura de consultas nas unidades de saúde e que este serviço não abrangeu a maior causa de morte materna em Salvador, o aborto. A cobertura do pré-natal no estado do Ceará do ano de 2007 descrita pelo Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB) é de 80,08%, demarcando uma boa cobertura do serviço de saúde para gestantes que iniciaram o acompanhamento pré-natal até o terceiro mês de gravidez (BRASIL, 2008).

Quanto ao espaçamento e ao número de consultas foi relatado em um estudo multicêntrico da OMS (2002) que houve a cobertura de quatro consultas e as mulheres se mostravam preocupadas com este fato e com o relacionamento dispensado pelos profissionais e a necessidade de obter mais informações sobre nutrição e autocuidado. Este mesmo fato foi declarado por uma gestante participante deste estudo:

> *"... eu acho que seria melhor, se fosse de 15 em 15 dias, que tivesse mais consultas pra mulher, porque demora muito de uma consulta pra outra, fico preocupada, porque eu tô grávida, ai fico vendo que aqui num tem acompanhamento...".*

Outros depoimentos demonstraram que o quantitativo de profissionais estava aquém da demanda do serviço de pré-natal, ocasionando insatisfação:

> *"Deveria colocar mais médico, pra atender, a gente marca horário de 7 horas ai como é só uma médica pra muita gestante, a gente espera 2 horas, não é confortável pra gestante esperar".*
>
> *"... pelo menos sempre fui atendida, graças a Deus, porque é muita gestante mesmo pra poucas doutoras."*

Observamos que o fato de ela ter tido a consulta já é suficiente, mesmo esperando muito tempo na fila, independendo da falta de acolhimento do serviço. A demora para receber atendimento foi relatado como um problema e a espera prolongada também foi identificada como motivo de insatisfação da clientela frente à organização do serviço.

O não cumprimento do horário da consulta marcada no SAME, devido aos profissionais se apresentarem fora do horário pré-determinado pelo serviço de saúde, demonstrou insatisfação, ocasionando demora e desconforto para as usuárias:

> *"... elas chegam muito atrasadas no posto ai já atrasa a consulta, ela demora quase 2 horas, esperamos muito, mesmo a gente tendo prioridade...".*
>
> *"... é ela atrasa a hora de começar a chamar as gestantes, mas se eu chegar bem cedim fico na frente e vou primeiro, ai nem sinto a demora...".*

> *"... a espera é cansativa, a gente ta marcada para 7 horas vamos ser atendidas 8 horas, 9 horas, ás vezes atrapalha, porque muitas vezes chego atrasada no trabalho por conta do horário".*
> *"... as consultas nunca são na hora marcada, é ruim, porque a gente se programa, tem outras coisas para fazer e acaba se atrasando, é desconfortante".*

O serviço deveria investigar motivo deste problema para solucioná-lo de maneira que não ocorresse atraso e nem falta de acolhimento para com as usuárias, visto que as gestantes devem ter atendimento prioritário e resolutivo na atenção básica. No Manual técnico sobre a assistência do pré-natal do MS, o acolher é um dos componentes destacados, e segundo Merhy (2003) o acolhimento é traduzido como uma relação humanizada, acolhedora, que os profissionais e o serviço têm que estabelecer com a usuária, alterando a relação impessoal que impera no cotidiano dos serviços de saúde.

Os profissionais, juntamente com o serviço, devem ser atores na formulação de um sistema de saúde organizado e efetivo para a concretização da integralidade no serviço de saúde. Neste sentido, para a construção da qualidade do pré-natal, está implícita a valorização e institucionalização desses aspectos, traduzidas em ações que permitam um acolhimento que promova a criação de um vínculo com a gestante e o serviço.

A ausência de profissional especialista no serviço, o ginecologista-obstetra, foi relatada nos depoimentos. Observamos que na percepção da gestante o médico especialista é um profissional importante para prestar-lhe assistência pré-natal, e que a falta de sua avaliação ocasionou insatisfação com o serviço. É pertinente ressaltar que o MS não obriga o serviço de pré-natal ter o médico especialista em ginecologia e obstetrícia e os profissionais que atendem no pré-natal são o médico e o enfermeiro, pois a prática da saúde coletiva no SUS os profissionais assumem a clínica geral, não diferenciando o trabalho de um especialista de um generalista:

> *"Não está tendo à obstetra agora só as enfermeiras, aí fica muito complicado pra gente saber das coisas*."
> *"No momento a gente tá sem ginecologista, quem ta atendendo é só a enfermeira, então a consulta tá sendo só com ela, ta faltando,né?".*

Em contrapartida, o estudo de Parada (2008), com enfoque na avaliação da atenção pré-natal, evidenciou que nos 20 municípios em São Paulo que aderiram ao PHPN, 90% deles

possuíam obstetras, 65% médicos não especialistas com atuação das enfermeiras em 55% dos municípios, isto evidenciou que atenção pré-natal estava centrada no trabalho médico. Porém a conclusão deste não relaciona uma melhor qualidade do serviço de pré-natal ao alto quantitativo de médicos especialistas, e sim, sugere ações de melhor acolhimento das usuárias para criação de vínculo com o serviço e o profissional, o desenvolvimento de trabalho multiprofissional, podendo-se ampliar o trabalho da enfermeira na atenção pré-natal, promoções de atividades educacionais em grupos, dentre outros.

Quando questionadas sobre a necessidade de alguma medicação durante o pré-natal foi relatado por 19 participantes que o próprio CSF disponibilizava medicação (ácido fólico, sulfato ferroso paracetamol e pomada ginecológica) e suficiente para todo o tratamento e logo após a consulta, elas se dirigiam até a farmácia não havendo dificuldade para este recebimento, observamos a disponibilidade de recursos para as necessidades em saúde das gestantes e articulação entre setores da mesma unidade de saúde:

> *"Foi passado pra mim ácido fólico e sulfato ferroso, eu pegue aqui mesmo na farmácia do posto, foi suficiente pra mim".*
>
> *"Eu precisei medicação e vitaminas e no mesmo dia que a doutora passou eu recebi aqui na farmácia, foi rápido, sem problema".*
>
> *"O sulfato ferroso e as vitaminas eu peguei aqui no próprio posto, na farmácia, deu pro mês todo, toda vez que elas passaram eu peguei logo".*

A falta de medicação na farmácia da unidade foi relatada somente por duas gestantes:

> *"... não tem remédio, quando a gente vem...".*
>
> *"... eu nunca peguei medicação aqui no posto, sempre está faltando remédio nos dias em que eu venho me consultar e acabo comprando, porque não tenho como vir outros dias para saber se chegou remédio porque trabalho".*

Como a consulta é realizada uma vez por mês, pode ter acontecido de no dia que estas gestantes foram não havia medicação disponível, não ocorrendo resposta às necessidades em saúde destas gestantes, o que corrobora com a análise relativa aos medicamentos no estudo de Parada (2008) que evidenciou, pelos relatos dos gestores, que a disponibilidade era insuficiente, ressaltando que por muitas vezes o próprio município adquiria, através do serviço social, as medicações prescritas para as gestantes. Entretanto, na observação

sistemática, não foi registrado a falta de medicação na unidade de saúde, pelo contrário, sempre se percebeu disponibilidade destes recursos (medicações e vitaminas) em quantidade suficientes para o mês todo para as usuárias.

Em relação aos exames de Ultra-sonografia, foi relatado pelas gestantes que o serviço as encaminhou para a unidade de saúde conveniada ao SUS para execução do exame, observamos então uma articulação entre os serviços de saúde, o que facilita a resolutividade dos problemas em saúde frente às necessidades das gestantes:

> *"Eu consegui a US aqui pelo posto, nem demorou, mas já ouvi dizer que tem muita gente".*
>
> *"Eu fiz a US pelo posto, foi rápido".*
>
> *"A US, duas eu paguei e a outra fiz pelo posto, mas o posto tinha aqui, eu fui encaminhada pelo posto, porque eu queria ver logo, como que é tava,sabe?, demorou um pouco mas eu consegui a us".*

Para as gestantes, a realização deste exame ocasionou satisfação, pois assim, elas sentiam-se seguras em saber as condições físicas do bebê. Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), a integração dos cuidados em saúde consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas as gestantes, visando assegurar continuidade e globalidade dos serviços de pré-natal, articuladas no SUS. Vale ressaltar que algumas gestantes relataram só encaminhamento não sendo possível afirmar que elas conseguiram realizar este procedimento, pois elas são cadastradas numa fila de espera do SUS pelo serviço.

Neste contexto, a descentralização e a regionalização, mediante a interação dos serviços de saúde em redes assistenciais, têm sido pressupostas ação para aumentar a efetividade e eficiência do serviço dispensado às gestantes.

Outras gestantes realizaram este exame em serviço de saúde privado, por vontade própria, por não conseguir o encaminhamento do CSF e pela espera na fila cadastral:

> *"Se for esperar pela US ai demora muito porque a minha eu tive que fazer particular, porque ia demorar".*
>
> *"A US fiz nenhuma aqui, fiz particular porque aqui não me passaram uma não".*
>
> *"... A US demora muito, eu fiz logo particular mesmo..."*

A não realização do exame de ultra-sonografia, não interfere na qualidade do serviço e da assistência do pré-natal, conforme o MS. O exame de ultra-sonografia de rotina na

gestação, embora corriqueiro, permanece controverso. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. No Brasil, a interrupção precoce da gravidez por malformações fetais incompatíveis com a vida, ainda não é legalmente permitida (BRASIL, 2006).

Um relato nos chamou a atenção pela postura inadequada do profissional, desvinculada dos princípios e diretrizes do SUS, o que não deveria ocorrer, visto que este profissional faz parte do sistema de saúde, sendo também co-responsável pelo serviço oferecido as usuárias e o impacto deste na vida da população, e também, este deveriam seguir as diretrizes e princípios que regem o sistema de saúde no qual está inserido, como profissional e usuário:

> *"Ai a ultra-som ela me disse logo, mãezinha faz particular porque senão você vai ter o bebê e não consegue fazer, tem uma clínica aqui perto popular".*

Os exames laboratoriais de rotina na gravidez, hemograma completo, testagem anti-HIV e sífilis, sorologia para hepatite B e toxoplasmose, glicemia de jejum, sumário de urina, entre outros, devem ser solicitados, como recomenda o MS, na primeira consulta e próximo à 30ª. Semana de gestação. Em casos específicos, poderão ser solicitados mais vezes (BRASIL, 2006).

Quando questionadas sobre a realização do conjunto de exames laboratoriais básicos preconizados, todas gestantes relataram que fizeram os exames no próprio CSF e que receberam em tempo que consideraram rápido e bom, corroborando com o estudo comparativo da atenção pré-natal na percepção das usuárias do SUS (Ribeiro et al,2004), que se observaram aspectos positivos do serviço de pré-natal em relação aos exames laboratoriais realizados na unidade de saúde, no qual 76% (155) das entrevistadas afirmaram que estes são feitos com rapidez e 75,5% (154) que os resultados são rapidamente reconhecidos, como foi descrito nos depoimentos:

> *"Eu gostei muito deste serviço aqui na parte dos exames, porque a gente faz exames aqui mesmo e já recebe aqui mesmo..."*.
>
> *"Fiz exames aqui também, de sangue e urina, eu recebi rápido, na outra consulta eu já tava com os exames".*
>
> *"Aqui tem tudo que eu preciso, recebi os exames rápido, antes do tempo normal, fiz aqui mesmo."*

> *"... Os exames eu recebo rápido, com uma semana já está aqui no posto para eu receber...".*

O serviço de pré-natal evidenciou uma articulação e entre outros serviços de saúde e organização, proporcionando uma realização dos exames, na própria unidade de saúde, e posterior, entrega dos resultados às gestantes de forma rápida e resolutiva. Os exames foram encaminhados para um laboratório privado conveniado ao SUS para análises clínicas e, posteriormente, retornam ao CSF. Isto demarca uma prática articulada em saúde de prevenção e promoção da saúde da gestante na organização do serviço, seguindo os princípios doutrinários do SUS para uma assistência em saúde de qualidade para as usuárias.

Ressalta-se que no Manual Técnico de Assistência Pré-Natal (2006), o MS não define qual seria o período ideal (quantidade de dias) pra entrega dos resultados dos exames laboratoriais. Porém destaca que na consulta seguinte a gestante já deverá levar estes exames para que o profissional faça interpretação e avaliação dos mesmos, e quando necessário, intervenções terapêuticas. A gestante sempre deve ser informada e orientada sobre todos os exames (procedimentos de coleta, finalidade e resultados).

Ao conceito de integralidade remete o ato de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reafirmando a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários a solução de todos os problemas do pré-natal (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O exame ginecológico para prevenção de câncer de colo uterino não foi realizado por 16 gestantes, porém cinco mulheres disseram ter realizado no CSF. Vale ressaltar que, das cinco gestantes que realizaram uma fez na 1ª consulta, uma na 2ª. Uma na 7ª e duas na 6ª consulta. O MS não preconiza em qual consulta esta prevenção pode ser feita, e sim, incita que deverá ser realizado sempre que houver necessidade a partir da avaliação de cada mulher.

Este procedimento que deveria ser realizado no pré-natal conforme o MS preconiza, no entanto, observamos neste estudo que a maioria das gestantes não o realizou, fato este também encontrado em um estudo de realizado no Rio Grande do Sul. Isso mostra a perda da oportunidade de rastrear alterações e agravos à saúde, principalmente, porque estas mulheres encontravam-se no período reprodutivo e um terço dos casos de carcinoma cervical ocorre neste período (GONÇALVES, 2008).

Segundo o MS, como muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde somente para o pré-natal, é imprescindível que nesta oportunidade, seja realizado o exame ginecológico

para prevenção de câncer do colo uterino que pode ser realizado em qualquer trimestre da gestação, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes (BRASIL, 2006). A não realização da prevenção ginecológica foi citada por duas gestantes:

> *"Nem no 1º, nem no 2º e nem neste bebê eu fiz prevenção...".*
>
> *"... exames ginecológicos eu também não consegui...".*

Estes relatos, juntamente com os dados da atenção pré-natal, confirmam que a muitas das gestantes deste estudo (76,2%), não realizou nenhuma prevenção ginecológica (colpocitologia oncótica) durante o pré-natal. Isto demonstra descumprimento das atividades recomendadas pelo MS e falta desta rotina no serviço de saúde, corroborando com achados no estudo de Parada (2008), no qual a cobertura obtida de 36,1% (138) foi considerada baixa, visto que foi calculada entre mulheres que tinham indicação de realizá-lo.

Em relação à estrutura física da unidade de saúde foi relatado que era boa e limpa, demarcando acolhimento frente às usuárias, mesmo o número de gestantes superior ao número comportado pelo serviço e o quantitativo de profissional sendo relatado como insatisfação. Observou-se contradição sobre a estrutura e a organização:

> *"A estrutura do serviço é boa, só que às vezes tem muita gente pra atender e é só uma doutora".*
>
> *"Eu acho esse posto limpo."*

Partindo dos diversos sentidos atribuídos a integralidade, partilhamos da idéia de Mattos (2001) de que este princípio carrega outros conceitos articulados, como acolhimento, qualidade da atenção e vínculo com o serviço de saúde. Em relação ao acolhimento do serviço de pré-natal, foram observadas diferentes experiências:

> *"Fico bem acomodada, eu chego me sento aqui e ela me chama".*
>
> *"Aqui temos prioridades em tudo, com certeza este posto é bom para o meu pré-natal".*

Nestes relatos as gestantes demonstraram insatisfação com o acolhimento do serviço, o que não foi observado em outros, que a má acomodação, o tempo de espera na fila demarcaram falta de organização do serviço de pré-natal:

> *"A espera é cansativa, ta marcada para as sete vamos ser atendidas oito, nove... muitas vezes chego atrasada no trabalho por conta disso".*

> *"As consultas nunca são na hora marcada, é ruim, é desconfortante".*
> *"A gente chega cedo e não é atendida primeira, fica em pé...".*
> *"... é ruim a fila, porque a gente espera ali em pé, tem que ficar esperta pra ninguém passar na sua frente...".*

O acolhimento é um dos dispositivos de reflexão e de mudanças sobre a forma de como se organizam os serviços de pré-natal, de como os saberes vêm sendo ou deixados de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Representa também a humanização das relações no serviço de saúde, bem como do espaço de trabalho em termos de lugar de usuárias como sujeitos e não objetos (MERHY, 2003; SILVA JÚNIOR, 2001).

Segundo o Manual Técnico de Assistência Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006) os municípios devem dispor de uma rede organizada de serviços para a atenção pré-natal e neonatal, com mecanismos de referência e contra-referência, conforme definição dos gestores locais. O encaminhamento para a maternidade de referência do serviço é uma rotina preconizada pelo MS e deverá proporcionar à gestante segurança e resolutividade em saúde, deve ser feito pelo serviço e registrado no cartão da gestante. Foram observados dois relatos sobre referência:

> *"Me encaminharam pro Hospital Gonzaguinha de Messejana, colocaram escrito no meu papel, no meu cartão da gestante, esse aqui...".*
> *"Eu tenho medo de chegar ao Hospital de Messejana e num ter vaga, porque já me disseram que é lotado lá".*

Neste contexto, na análise dos dados de atenção pré-natal juntamente com os depoimentos, foi observado que 11gestantes não tinham sido encaminhadas para a maternidade de referência, isso demonstra desarticulação do serviço e não cumprimento da rotina do MS. Observamos que a incerteza da referência para a realização do parto remete à gestante insegurança e medo, sentimentos estes, que devem ser evitados durante a gestação e contrários do que a atenção pré-natal deve proporcionar à usuária. Porém isso não quer dizer que o serviço não fez a referência, pois muitas gestantes ainda teriam outra consulta agendada, vale ressaltar que a referência de duas gestantes foi feita na última consulta anterior ao parto (Observação sistemática).

Quando questionadas sobre a sua percepção em relação à assistência prestada pelo serviço de pré-natal, foi observado que 14 gestantes relataram que o CSF que ela freqüentava

oferecia “tudo que ela precisava para o seu pré-natal”, demonstrando satisfação pelo serviço de saúde oferecido, mesmo considerando que as usuárias poderiam apresentar uma percepção favorável de qualidade, uma vez que tenha conseguido obter o atendimento:

> *“... com certeza este posto é bom para o meu pré-natal”.*
>
> *“Eu gosto deste posto aqui, eu me sinto bem no pré-natal aqui”.*
>
> *“Eu acho que com certeza este serviço oferece tudo pro meu pré-natal, já é de excelente ajuda pra mim. Num faltou nada pra mim, eu me sinto satisfeita, num tenho o que reclamar do posto não”.*
>
> *“A assistência é boa, eu gosto do atendimento, porque ele sempre me oferece o que eu preciso pra esta fazendo o pré-natal”.*

Por as gestantes não terem outras referências de qualidade e efetividade de serviços de saúde, acreditamos que só o fato delas estarem sendo acompanhadas durante a gestação, independente da qualidade e resolutividade da atenção, faz com que elas se sintam satisfeitas. Mesmo a demanda de gestantes sendo maior que o quantitativo de profissionais demonstrando falta de estrutura física e profissional, o que possivelmente acarreta a diminuição da qualidade da assistência, as gestantes se sentiam satisfeitas com o serviço:

> *“Eu gosto daqui, não espero muito não, mas é porque são muitas gestante”.*
>
> *“Eu tô satisfeita com este posto, é muita gestante, mas sempre a gente é atendida. Eu gosto daqui sim, tudo do pré-natal eu faço aqui”.*

Entretanto, neste mesmo contexto, as gestantes não deixaram de apontar os pontos críticos do serviço de pré-natal:

> *“Falta mais organização...”.*
>
> *“... devia melhorar a demora das doutoras a chegar no posto.”*
>
> *“... era pra eu ter feito avaliação odontológica foi difícil de eu conseguir, os exames ginecológicos eu não consegui...”.*
>
> *“Eu tive infecção, vim aqui tentei marcar a consulta, só que como ia demorar, eu fui direto ao Gonzaguinha resolvi lá...”.*
>
> *“O atendimento, eu me sinto satisfeita, às vezes não, porque a gente chega aqui e a doutora falta”.*
>
> *“Eu me sinto pouco satisfeita com este serviço que tem que melhorar, com certeza acho que devia ter mais médicos, né?”.*

Em relação ao encaminhamento para outros profissionais da saúde,quando necessário, foi relatado o encaminhamento e o acontecimento da consulta/exame, demonstrando uma articulação entre os serviços de saúde dentro da própria unidade:

> *"Precisei de um cardiologista, fui encaminhada e foi rápido, na quinta-feira fui encaminhada e na segunda-feira já tive a consulta".*
>
> *"Eu precisei do doutor dentista, aí foi solicitado e a minha médica logo conseguiu, e eu fui ao dentista daqui do posto mesmo".*
>
> *"Já precisei de outros profissionais, o dentista, no começo da gestação, o médico mesmo me encaminhou, fui atendida aqui e deu tudo certo, sem prejudicar o bebê".*

Foram considerados relatos que demonstravam não resolutividade e desarticulação do serviço de pré-natal devido a não realização de avaliações em saúde e não resolução de problema de saúde na atenção básica somente por duas gestantes:

> *"O posto tem lá suas dificuldades, era pra eu ter feito avaliação odontológica, foi difícil de eu conseguir, os exames ginecológicos eu também não consegui, e a US eu já fiz pela minha conta própria".*
>
> *"Eu tive infecção, muita dor aí, eu vim aqui tentei marcar a consulta, só que como ia demorar, eu fui direto ao Gonzaguinha, a doutora passou o remédio e aí eu melhorei, depois na outra consulta aqui eu já avisei a doutora".*

Isto demonstra a não organização do serviço para a resolução de problemas em saúde que as gestantes necessitavam indo contra os princípios da atenção básica. O acolhimento implica também, a recepção da mulher desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, garantindo atenção pré-natal resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (BRASIL, 2006).

A unidade de saúde deve atender às necessidades em saúde das gestantes e assisti-las com qualidade, a fim de resolver o problema, para promoção da sua saúde e do bebê. Esta é uma das prioridades AP, visando a prevenção de agravos/doenças, promoção da saúde e melhora da qualidade de vida das gestantes e de seu bebê. A maioria das mulheres não referiu intercorrências durante a gravidez, e as que tiveram algum problema foram tratadas no

próprio serviço de saúde, minimizando assim as possíveis seqüelas para a saúde da mãe e do bebê:

> *"Eu tive infecção urinária e agora deu inflamação na prevenção, foi eles, aqui mesmo passaram pra mim pomada, foi resolvido aqui mesmo".*
>
> *"... reclamei que eu tava sentindo dor no pé da barriga, eles me levaram para sala que tem a doutora e fizeram assim, olharam minhas partes íntimas, pra ver se tinha alguma inflamação que desse pra ver direitinho, fez exame e deu nada, aí resolvi aqui mesmo".*

Um fato que nos chamou atenção foi relatado por uma gestante sobre a falta que um grupo de educação em saúde para gestantes fazia para ela, pois a mesma ainda possuía muitas dúvidas sobre sua gestação e acreditava que o grupo de educação e a troca de experiências com outras gestantes seria de grande valia para ela:

> *"... demora muito de uma consulta pra outra, fico preocupada, porque eu tô grávida, ai fico vendo que aqui num tem acompanhamento, um grupo, sabe? Era pra gente ter uma sala própria, um dia pra gestante se reunir pra conversar e tirar dúvida, seria muito melhor pra mim... porque aí eu não saia com dúvidas... é melhor em grupo mesmo, é até legal, já participei de um".*

Observou-se que sua participação anterior a um grupo de gestante, lhe proporcionou bem-estar. A aplicação de atividades em grupos é pertinente na atenção básica, visto que, sua implementação possui um custo financeiro baixo e, através do grupo pode-se alcançar um maior número de mulheres, para esclarecimentos e discussões e orientações sobre as principais mudanças corporais ocorridas na mulher durante a gravidez, cuidados com a alimentação, postura, dentre outras questões que permeiam a mulher neste período. Este intercâmbio de experiências e conhecimentos, serviço e usuária, é uma excelente forma de compreensão do processo de gestação, além de informar, orientar e educar as gestantes para que estas possam adquirir autonomia para gerenciar seu estado de saúde, criando um alicerce para a promoção da saúde.

O MS descreve (2006), que entre as diferentes formas de trabalhos educativos, destacam-se as discussões em grupos. È necessário que o serviço de pré-natal esteja articulado

para mudanças e reflexões, cumprindo de maneira ampla e efetiva seu papel de educador e promotor da saúde na atenção pré-natal.

Isso nos remete a uma prática assistencial sem orientações e informações no pré-natal, pois a maioria das mulheres não teve educação em saúde, fato esse que não corroborou com os propostos do MS, diminuindo a qualidade do pré-natal, deixando as mulheres despreparadas para o momento do parto, da amamentação e do puerpério. Tais resultados irão refletir em uma gestante desinformada, com sentimentos de ansiedade, angústia, medo do desconhecido, aumentando o risco de sofrerem complicações que podem levar problema a saúde dela mesma e a do bebê por não saber identificar os sinais do parto, cuidados higiênicos pós-parto.

Rios e Vieira (2007) em seu estudo sobre ações educativas identificaram que os principais entraves para a não realização das orientações durante o pré-natal encontram-se na falta de estrutura do serviço de saúde, a demanda para poucos profissionais atenderem, diminuindo o tempo de consulta, conseqüentemente menos informação e orientação será dada a estas gestantes.

Por diversas vezes, dificuldades da organização do serviço de saúde propiciam a superlotação das unidades de saúde, dificultando atendimento da gestante, criando um círculo vicioso entre a oferta restrita e demanda crescente. A opção que resta é recorrer à urgência/emergência dos hospitais, na expectativa de solucionar os problemas mais rapidamente. Assim, ao invés de se estimular a busca por serviços de atenção primária, contribui-se para reforçar a preferência, já discutida por diversos estudos, pelo atendimento hospitalar (MATTOS, 2001). Este fato foi relatado por uma gestante:

> "*Eu tive infecção, muita dor aí, eu vim aqui tentei marcar a consulta, só que como ia demorar, eu fui direto no Hospital Gonzaguinha, a doutora passou o remédio e aí eu melhorei, depois na outra consulta aqui eu já avisei a doutora".*

Neste estudo, foi observado avanços da integralidade no serviço de pré-natal, porém os relatos das gestantes sobre a organização do serviço de pré-natal expressam que ainda há muito que melhorar para que este serviço de saúde responda efetivamente a todas as necessidades em saúde das gestantes, de forma que garanta acesso universal a todos os recursos e serviços de saúde, e acolhimento com criação de vínculo das usuárias com o serviço para que assim, possamos ter melhora no estado de saúde materna e conseqüentemente do bebê e da família.

No serviço, observou-se que este princípio doutrinário do SUS já está mais inserido e que em alguns momentos da assistência ocorreu articulação de serviço básica de saúde (farmácia, exames laboratoriais, marcação de consultas, acessibilidade) proporcionando uma atenção integral à gestante.

A organização da atenção em saúde no município estudado se dá a partir de secretarias regionais, nas quais as prioridades em saúde estão inseridas na operacionalização dos princípios do SUS e da Estratégia da Saúde da Família. As necessidades em saúde das gestantes devem ser atendidas de forma integral e de qualidade, não apenas serem visíveis com a expansão da ESF, devendo ser atendidas por construção de soluções em saúde resolutivas, baseadas na prevenção e promoção da saúde, que permitam a qualificação da atenção à saúde disponibilizada.

Como cita Mattos (2004), em seu artigo "A integralidade na prática", uma série de propostas de mudanças nas práticas e nos arranjos dos serviços de saúde caminham no sentido de concretização da integralidade. E uma série de experiências já concretiza essa aparente utopia. Todos nós, profissionais de saúde, sejamos atuando como profissional ou sujeito da organização dos serviços devemos refletir sobre, e se empoderar desta integralidade para que esta seja sempre inerente às ações e atividades em saúde com todas as suas dimensões polissêmicas.

As ações em saúde voltadas para a prevenção ou assistência não se deve fazer apenas em gestantes que possuem riscos ou agravos. As gestantes têm sempre um amplo conjunto de necessidades de serviços de saúde. A ausculta e escuta ampliada das necessidades de serviços de saúde da gestante é uma característica de serviços e práticas pautadas pela integralidade. Deste modo, a resposta do serviço a uma necessidade em saúde de uma gestante é resultante da integralidade das práticas concretas nos serviços de pré-natal (MATTOS, 2004).

**Prática profissional no pré-natal**

Os profissionais de saúde que assistiram as gestantes foram médicos e enfermeiros da estratégia da saúde família da SER VI. Os relatos das gestantes sobre a prática destes profissionais demonstraram que os mesmos as direcionam para a prevenção e promoção da saúde, satisfação e confiança no profissional, mas ainda persiste uma prática reducionista desarticulada com a integralidade.

A integralidade descrita por Mattos (2001) refere-se que esta é exercida através da compreensão pelo profissional do conjunto de expectativas e necessidades de ações que um

usuário do sistema de saúde requer ao buscá-lo. O mesmo cita outros conceitos que traduzem a integralidade na prática como o acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção. Acreditamos que, para uma melhor qualidade da assistência no pré-natal, é necessária a execução rotineira destes conceitos no serviço, e principalmente nas práticas dos profissionais.

Para Donabedian (1997), a qualidade da atenção médica se baseia na conduta do profissional na sua relação com a usuária. Esta conduta refere-se no processo saúde-doença, aos cuidados técnicos (adequação do diagnóstico e da terapêutica), socioambientais (atenção aos fatores de riscos sociais e ambientais, da família e do trabalho) e psicológicos. Esta qualidade se define como o tratamento que é capaz de alcançar melhor equilíbrio entre os benefícios de saúde os riscos.

Conceito de cuidado pressuposto por Leonardo Boff (2000, p.73):

> [...] é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

As orientações na atenção pré-natal foram descritas pelas mulheres como norteadoras para compreender as mudanças que ocorrerão com o corpo e a mente, realizar mudanças de hábitos de vida, bem como, sentir-se tranqüila com os eventos da gravidez, como observamos:

> *"Fala sobre a gestação, para eu ter cuidado com a saúde, procurar não engordar muito, controlar o que eu como".*
>
> *"Fui orientada com relação à amamentação, os sinais de parto e puerpério deixando a gente tranqüila, principalmente porque é final da gestação".*

Um dos componentes da atenção básica é a ação educativa, que deve ser desenvolvida por toda a equipe multiprofissional, proporcionando a gestante uma oportunidade de reflexão crítica, para que esta possa adotar práticas para a melhoria de sua saúde, realizando mudanças, adquirindo novos hábitos saudáveis, vivenciando assim a gestação de forma harmoniosa.

Os profissionais devem desenvolver ações educativas visando uma troca de informações, nas quais, as mulheres irão relatar suas vivencias, estabelecendo assim um intercambio de conhecimentos entre os profissionais de saúde e usuárias, promovendo a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2006).

A gravidez é um momento especial na vida das mulheres, em que elas vivenciam uma gama de sentimentos, e é através das ações educativas desenvolvidas no pré-natal que elas serão norteadas para que possam ter mais sucesso em todo o processo do ciclo gravídico-puerperal (RIOS; VIEIRA, 2007).

Tais ações educativas devem ser realizadas visando atingir a mulher como ser humano integral, orientando as mudanças que ocorrerão em seu corpo para que esta não sofra de estigma, preparando-a para a amamentação, aumentando assim a eficácia deste ato, ensinando-a sobre os sinais de parto, para que estas possam estar aptas no momento do parto, evento que engloba medos e fantasias das gestantes durante o período da gestação. Incluem também assuntos como a sexualidade, alimentação, higiene e atividade física, aconselhamentos, alerta para complicações, preparação para o parto, orientações sobre amamentação, importância do planejamento familiar e das consultas puerperais, dentre outros.

A satisfação e a confiança da consulta e dos profissionais foram relatadas pelas mulheres por eles lhe assistirem integralmente, sem julgamento de suas falas, pensamentos e ações, e por acreditarem na capacidade da equipe multiprofissional que lhe atende:

> *"Ela sempre tem muita atenção com a gente, muito legal, é muito bom o atendimento, eu me sinto satisfeita com os profissionais daqui, me respeitam, até agora tão me tratando muito bem, eu confio nele".*
>
> *"Eles tiram as minhas dúvidas, tudo que eu quero saber eu pergunto, e eles me respondem e eu fico satisfeita com a resposta.... toda vida que eu pergunto algo ou quero saber de alguma coisa, eles falam, explicam tudo bem direitinho...".*

O cuidado satisfatório é, portanto, representado como aquele desenvolvido utilizando técnicas de comunicação verbal e não-verbal, sendo, expressado através do diálogo, do respeito e da simpatia durante as consultas pelos profissionais (PARADA e TORNETE, 2008). A postura do profissional relacionada com o contexto em que a gestante se encontra, sobretudo, julgamento de valores, crenças, condições socioeconômicas entre outras são fatores que viabilizam uma rede de conversações, sendo essencial para a busca ativa desta gestante a este serviço (TSUNECHIRO; BONADIO;OLIVEIRA, 2002).

A postura de acolhimento e escuta que estimulam a participação, autonomia e decisão coletiva produzem sujeitos de novas práticas em saúde. Os profissionais que incorporam a escuta e a conversa com a gestante como instrumento de trabalho proporcionam atenção com base na integralidade, criando um espaço para promoção da saúde da gestante (MATTOS,

2004). As gestantes relataram estarem satisfeitas com as consultas e confiarem no profissional que a assiste devido ao diálogo e acolhimento dispensado por eles:

> "O *médico examina a gente direitinho, eu gosto das consultas daqui, são ótimas. Eu confio nelas. Me sinto satisfeita com o atendimento delas sim".*
>
> *"Sou bem atendida... me sinto satisfeita com os profissionais daqui deste posto,confio neles*".
>
> *"Eu me sinto satisfeita com a médica e as enfermeiras, elas são muito gentil, todas elas... Ela me respeita, conversa com a gente aí eu me sinto aliviada, antes de eu perguntar ela já ta me dizendo, Eu confio nelas".*
>
> *"Todas as minhas dúvidas já foram esclarecidas".*
>
> *"Me sinto satisfeita com o atendimento dos profissionais, tanto do médico como da enfermeira, sinto segurança, acolhimento e confiança por parte deles, eles transmitem que sabem o que estão falando".*

Outros depoimentos demonstram insatisfação com as consultas devido à falta de esclarecimentos e diálogo por parte dos profissionais:

> *"... esse lado aí de explicar essas coisas é que não ta sendo legal, que tem muitas mães aí que são mãe de primeira vez, aí elas num sabe de nada, né?".*
>
> *"... não atende bem a gente assim, não conversa né?".*

A produção do cuidado em saúde à gestante como um bem de serviço é um recurso que não atende somente a uma dada profissão, ela articula os processos de trabalho e formação de todos os trabalhadores de saúde (HENRIQUES; ACIOLI, 2004). Um depoimento que nos chamou atenção, no qual a participante demonstrou uma percepção sobre o confronto de competências profissionais no pré-natal entre médico e enfermeiro, quando questionada sobre a confiar no profissional que lhe assistia:

> *"Eu acho assim, como elas não são médicos são enfermeiras eu acho que elas faz o certo delas, perguntam o que a gente tá sentindo. Não confio no trabalho delas, falta o médico aqui, para tratar a gente era o médico profissional...*"

O profissional deveria sempre conversar e sempre esclarecer à usuária sobre os profissionais que atendem no pré-natal e passar-lhe segurança de que não há (ou que não deveria haver) diferença entre a qualidade da atenção.

Em muitos depoimentos, as gestantes se referiram ao profissional que lhe assistia no pré-natal como "a doutora" ou "ela", mas quando questionadas quem seria essa profissional (médica ou enfermeira), elas não souberam identificar. Isto também foi observado no cartão da gestante, no qual tinham as datas das consultas já realizadas e o nome do respectivo profissional, porém em todas as consultas anterior ao nome tinham a abreviação "Dra.", o que também dificultava a identificação do profissional pelas gestantes, visto que não é só um médico ou uma enfermeira que atende essa mulher durante toda gestação. Acreditamos também, que estes profissionais não se identificavam para as gestantes:

> *"... a doutora conversa bastante";*
> *"...ela só me disse como devo dormir".*
> *" Ela só examina barriga".*
> *"...ela é legal".*
> *"...a doutora falta".*

Em relação aos procedimentos que são realizados durante as consultas foi observada em depoimentos de três gestantes a satisfação frente à execução de uma prática de promoção da saúde da gestante e do bebê:

> *"Ela olha os exames, pergunta o que eu tô sentindo, pergunta se eu tô tomando o remédio direito... Ela me explica tudo...".*
> *"... a doutora conversa bastante com a gente, pergunta o que a gente tá sentindo, o que a gente tem, passa remédio quando eu preciso, passa os exames e se tiver precisando de alguma coisa elas informam o que é pra gente tomar".*

Ao assumirem esta percepção frente aos profissionais, as participantes remetem a uma abordagem nas práticas em saúde que valoriza a dimensão subjetiva e que implica na construção modelo de atenção que reconheça a prática centrada na usuária (SILVA; SENA, 2008).

Durante as consultas os profissionais devem fornecer orientações e informações sobre toda a evolução da gestação, sinais de parto, amamentação e puerpério, para alívio da

ansiedade da mulher a realização de educação em saúde que deve ser constante e efetiva durante o pré-natal, para que as mulheres adquiram autonomia para serem co-responsáveis pelo seu estado de saúde, evitando futuros problemas de saúde para ela e o bebê. Quando questionadas sobre as orientações em saúde que receberam durante o pré-natal sobre amamentação, sinais de parto ou puerpério, as gestantes relataram uma prática assistencial desarticulada com a integralidade e com a educação em saúde:

> *"Não recebi orientação pro parto não e nem dos cuidados com os peitos...".*
>
> *"Eu não recebi orientação para o meu parto não, ela só me disse como devo dormir. Não me disseram nada ainda do parto, o que eu vou sentir, também nada sobre amamentação, nada ainda disso me falaram, nem no primeiro pré-natal, nem neste 2º.*".
>
> *"Eu num recebi nenhuma orientação sobre dar de mamar e nem quando eu sei que ta na hora, mas deve ser nesta última consulta né?".*

Acreditamos que numa última consulta não seria possível transmitir todas as orientações sobre estas questões, e que, pelo contrário, nesta última consulta o profissional deveria realizar uma avaliação completa da gestante e transmiti-la segurança e tranqüilidade para que estas possam vivenciar um parto e pós-parto tranqüilo.

> *"Num recebi orientação não, eu sei por que sou mãe já de dois, né?. Porque ela num me disse nada disso não".*

O fato da gestante já ter vivenciado uma gravidez e relatar que já sabe como amamentar ou os cuidados no puerpério não justifica a não orientação por parte do profissional.

A insatisfação com o cuidado durante a consulta foi referida em muitos depoimentos, porém um fato nos chamou atenção, o qual a gestante relatou um problema e o profissional não fez escuta e nem diálogo sobre, direcionando a atenção somente à barriga, negligenciando na sua ação de promotor da saúde:

> *"Eu tava uma vez com muita dor de cabeça e ela não me disse nada, mas eu avisei para ela, mas ela não passou nenhum remédio. Ela só examina barriga, só a barriga mesmo!".*

A forma do profissional se dirigir a gestante foi observada como satisfação por ser considerada, por ela, uma maneira carinhosa e de acolhimento, mesmo sua assistência sendo direcionada somente para a avaliação da barriga gravídica e a presença de sintomatologia dolorosa em outras regiões corporais:

> "*Me chama de mãezinha, ela é legal ,mas só vê a barriga, eu disse até pra ela que tava com dor nos quartos e nas pernas, mas ela disse que é que eu tava gorda, ai, era o meu peso mesmo, porque eu engordei mesmo, eu disse doutora, eu to é inchada, ela me disse, não minha filha, é o peso, é normal".*
>
> *"No começo da gravidez tive esquentação e disse pra doutora aqui, mas ela disse nada, e me passou uma pomada, aí deixei pra lá, a minha mãe fazia asseios e eu lavava com aroeira, melhorei depois, eu num fiz prevenção não, nem antes de engravidar e nem agora, quando venho aqui, ela só escuta a barriga e mede, mas ela disse pra mim que está tudo bem".*

Para uma atenção inserida na integralidade deveria ter sido feito uma avaliação biomédica mais cuidadosa, com análise dos hábitos alimentares, sobre a realização de exercícios físicos, encaminhamento para outro profissional, mas não deixar a gestante sem atendimento especializado e justificar sua queixa limitando sua liberdade e autonomia. No sentido de redirecionar a atenção à gestante, torna-se fundamental a valorização da narrativa e do diálogo, como recurso que possibilita a exposição das reais necessidades em saúde das gestantes para maior adequação da intervenção (MATTOS, 2001).

Concordamos com Silva Júnior e Mascarenhas (2004) que o acolhimento como postura profissional pressupõe em uma atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente às gestantes e suas necessidades em saúde. A questão do pouco diálogo e escuta durante a consulta é relatado, demonstrando insatisfação sobre poucas orientações e esclarecimentos, e a consulta direcionada para a barriga, sem uma atenção integral e holística da gestante:

> *"Mas ela só fala se eu perguntar, acho que era pra ela me explicar melhor as coisas, né?, Não olhou meu peito não, só a barriga mesmo, mas eu ainda tenho dúvida né?"*
>
> "A*cho que tem que dar mais atenção a gente, porque a gente pergunta ai eles só justificam, mas não explica direito, eu fico com dúvida".*

A humanização na atenção pré-natal e na gestão da organização do serviço implica fortalecer a capacidade das usuárias para que analisem, avaliem e atuem junto aos profissionais na possibilidade de alcance da promoção da saúde. È preciso informar e apoiar, um papel que o serviço de saúde e seus profissionais somente desenvolvem se suas relações com as usuárias e entre si forem além do uso exclusivo da "técnica" para a prestação da assistência, pois esta não dá conta do estabelecimento de vínculos que respaldem e apóiem (MARTINS; BÓGUS, 2004).

É imprescindível que o profissional da saúde comunique-se de forma clara e objetiva com a gestante, observando seu nível de compreensão, e perguntando-lhe se ela entendeu, pois atuando de forma integral, a gestante poderá atuar na sua saúde contribuindo para ter uma gravidez saudável, diminuindo os possíveis agravos durante o estado gravídico. O profissional prescrever medicação e não explicar para a indicação, a posologia e quando ela deverá suspender o uso é uma ação em saúde reducionista, desvinculada com a integralidade e a promoção da saúde da gestante:

> *"... aí ela me passou uns comprimidos, mas eu não sei pra que é, disse que eu tomasse duas cartelas dessas aqui, mas eu acho que deve ser vitamina, né?".*

O exame físico geral da gestante deve ser realizado em todas as consultas de pré-atal para um acompanhamento efetivo e holístico de todas as mudanças corporais e condições físicas da mulher e do bebê. Deve ser realizado: determinação de peso e altura, aferição da pressão arterial, inspeção de pele e mucosas, palpação de toda região do pescoço, cervical e axilar, ausculta cardiopulmonar, exame do abdômen e dos membros inferiores e pesquisa de edemas, e quando necessários exames específicos e complementares (BRASIL, 2006). Quando questionadas sobre como são as consultas e quais os procedimentos realizados durante a mesma, as gestantes relataram a execução de uma prática assistencial reducionista voltada somente para a avaliação do útero gravídico, esquecendo a mulher na sua totalidade:

> *"Ela olha a barriga, olha o coração, olha a posição, só faz isso, num olha os meus pés e nem as minhas costas não, eu sinto dor ai, ás vezes dizem que é normal...".*
>
> *"... num olha outra parte do corpo não,,e é pra ela olhar?...".*
>
> *"... ela só examina a barriga mesmo".*

> *"Não foi examinada nenhuma outra parte do corpo, só a minha barriga mesmo".*

Segundo MS (2006) as principais causas da qualidade inferior do pré-natal, se dá pelo não cumprimento pelos profissionais das rotinas preconizadas pelo MS, ocasionando uma assistência insatisfatória, podendo relacionar-se com causa de mortalidade materna de causas evitáveis.

O estudo de Nery e Tocantins (2006) sobre a enfermeiros e a consulta de pré-natal, as descrições dos procedimentos realizados, relatado pelos mesmos na consulta constatou que a atuação desse profissional atendia ao previsto pelo MS, porém ao atentar para os elementos que devem compor uma consulta, alguns não são contemplados, como exame do abdome, exame especular, inspeção da genitália, ausculta cardiopulmonar, dentre outros. O mesmo foi percebido neste estudo, porém citado pelas gestantes, que durante as consultas do pré-natal é realizado a medição da altura uterina, verificação da pressão arterial e do peso e ausculta dos batimentos cardiofetais:

> *"Ela mede a barriga, olha a pressão, pesa, mede a altura, olha a neném direitinho, vê se ela já ta encaixada, escuta o coração...".*
>
> *"Ela só mede a barriga e bota o coraçãozinho pra gente escutar. Ela não examina outra parte não, só a barriga".*
>
> *"A doutora pergunta como é que eu tô, escuta o coração do bebê, ela só examina a barriga mesmo, não olha outra parte não".*
>
> *"... ela examina o coração do bebê, se ta tudo bem, olha a nossa pressão, passa medicamento pra gente. Não foi examinada nenhuma outra parte do corpo, só a minha barriga mesmo".*
>
> *"Ela só mede a barriga e bota o coraçãozinho pra gente escutar. Ela não examina outra parte não, só a barriga".*
>
> *" Aqui me peso e é verificada minha pressão, e na consulta, ele escuta o coração do bebê e mede a barriga".*

Um fato que nos chamou a atenção foi relatado por duas gestantes, foi o exame da mamas não está inserido na rotina das consultas pré-natais, ocorrendo sem periodicidade:

> *"Os procedimentos que é realizado são...a escuta do coração do bebê, olham meus exames para saber como é que ta, medem a barriga, é só*

> *a barriga que é examinado, os seios mas não é em toda consulta que é examinado".*
>
> *"Ela sempre escuta o coração do bebê, mede a barriga, olhou meu peito uma vez, mas só isso".*

A responsabilização do profissional com o estado de saúde da gestante se constitui em um dos elementos essenciais de efetiva assistência. As gestantes destacam o ato de examinar uma demonstração de bom desempenho profissional:

> *"Ela mede o tamanho da barriga, faz algumas perguntas, pergunta como você tá se alimentando, se tá fazendo algum exercício, se você ta tomando algumas vitaminas do suco. Ela sempre fazem o procedimento normal, de medir a barriga e escutar o coração do bebê".*
>
> *"Quando eu chego no posto, tira a pressão e pesa, ela ouve o coraçãozinho do neném e mede a barriga, tira algumas dúvidas,pergunta se eu tenho dúvida coisas, ela já pergunta...".*
>
> *"... eles medem a barriga, vê a pressão, batimento cardíaco da criança, pergunta se nós estamos ainda com enjôos, se melhorou, passa remédios se for o caso".*

A rotina do uso do aparelho sonar-doppler nas consultas de pré-natal foi um recurso muito relatado e valorizado pelas gestantes, pois observamos que ao ouvir o coração do bebê e constatar a sua condição física, a gestante sentia-se segura, feliz e satisfeita com o pré-natal:

> *"Eu fico super satisfeita, eles vê os batimentos cardíacos da criança e diz que ela tá bem...".*

Portanto, foi observado que ao ouvir os batimentos cardiofetais, as gestantes sentiam-se seguras, felizes e satisfeitas com a prática do profissional do pré-natal, fato já descrito em outro estudo sobre cuidado no pré-natal em relação a este procedimento. (TSUNECHIRO; BONADIO; OLIEIRA, 2002).

Constatou-se confronto entre profissionais que atuaram ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar e a promoção da saúde da gestante e o desenvolvimentos de ações preventivas, curativas e educativas no período gestacional. Conforme Mattos (2004), o exercício de uma prática compartilhada não é desenvolvido desde

a formação acadêmica e para que seja possível a realização de uma prática assistencial que atenda a integralidade, precisa-se exercitar efetivamente o trabalho em equipe, estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre os profissionais e o serviço de pré-natal, em que a definição de metas e objetivos da assistência sempre seja direcionada para a usuária e suas necessidades e expectativas em saúde.

A construção de práticas em saúde que respeitem o princípio da integralidade deve está inserida no cotidiano dos serviços de pré-natal e da assistência dos profissionais, em cada setor do SUS, objetivando uma atenção qualificada e digna, considerando as necessidades, valores e crenças de cada gestante.

Diante dos relatos das gestantes e das discussões críticas, fica claro que promover a saúde da gestante e humanizar a assistência oferecida são trabalhos processuais a longo prazo, dinâmicos e relacionados a melhor organização dos serviços de saúde e a mudanças de comportamento dos profissionais da saúde, que são co-responsáveis pelo serviço e possuidores do saber técnico dispensados durante as assistência.

## Considerações Finais

A gravidez é uma experiência especial no mundo feminino, em que a mulher vivencia intensas mudanças, fisiológicas, sociais, emocionais e corporais. Como a atenção básica é a porta de entrada para os serviços de saúde, é no pré-natal que esta mulher deve ser orientada e informada, e assim, receber todos os cuidados em saúde que necessite para que tenha um ciclo gravídico-puerperal tranqüilo e de qualidade.

No decorrer das etapas do período gravídico-puerperal é muito importante a realização de ações de promoção da saúde, mas é no pré-natal que a mulher deve ser orientada para que possa vivenciar toda a gestação e o parto de forma positiva e saudável, ter menos riscos de complicações no puerpério e uma boa amamentação.

A gravidez e o parto são indicadores em saúde importantes do estado de saúde da mulher. Identificou-se que todas as gestantes realizaram no mínimo de seis consultas, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, embora com o nível socioeconômico e de escolaridade desfavorável e sem a captação pelo agente comunitário de saúde. Todas as gestantes receberam, no mínimo, uma consulta médica e as demais realizadas por enfermeiros. Este critério da realização de no mínimo uma consulta médica foi um fator limitante da pesquisa para o número de participantes, pois foi identificado que cobertura do pré-natal (número de consultas realizadas pelas gestantes) nas três unidades de saúde está adequada, porém quando se considera que uma consulta deveria ter sido realizada com o médico foi encontrado esta dificuldade.

Todas as gestantes relataram que só procuraram a unidade de saúde, inicialmente, por causa da gravidez. Isto nos incita a refletir sobre a cultura que o modelo assistencial centrado somente na doença ainda influencia a clientela, não difundindo idéias e práticas de procura e de utilização do serviço de atenção primária à saúde centrado na prevenção e promoção da saúde.

Observou-se satisfação pelas gestantes em relação aos serviços de saúde, especificamente, à acessibilidade, realização de exames laboratoriais, recebimento de medicações na própria unidade de saúde e encaminhamento ao serviço de odontologia. Os avanços no serviço em relação à integralidade deram-se no momento que o serviço articulou ações entre diversos setores da atenção básica para atender efetivamente as necessidades em saúde das gestantes. Esta colaboração entre os serviços de saúde ajudou a assegurar uma assistência contínua a gestante devido ao acompanhamento das atividades e exames realizados.

Embora o SUS tenha avançado em muitos dos seus princípios, a questão da integralidade apresentou dificuldades de institucionalização no serviço de pré-natal, no que diz respeito à educação em saúde para as gestantes, assim como promover educação através de informação e orientação sobre sinais de parto, amamentação e puerpério. Esses ensinamentos preparam a mulher para ações de autocuidado e de promoção da saúde, como também para a melhoria da qualidade de vida.

O favorecimento da integralidade implicou nas várias dimensões do serviço de saúde, como a organização do serviço, a acessibilidade, a articulação entre os serviço básicos. Durante a observação, identificou-se uma limitação em relação à organização do serviço, pois devido à grande demanda no somente no início dos turnos de trabalho ocorria acúmulo das diversas atividades, prejudicando a qualidade do serviço oferecido as usuárias.

Nas práticas profissionais, observou-se que alguns profissionais não explicavam os procedimentos executados durante o pré-natal, diminuindo a eficácia do mesmo, pois as gestantes não sabiam explicar a relevância do pré-natal para a promoção da sua saúde. Isto demarca uma prática assistencial sem conservação e diálogo, nos remetendo a uma consulta puramente tecnicista. Os resultados revelaram que os profissionais de saúde não executam todos os procedimentos preconizados pelo MS, devendo, portanto, capacitá-los para que estes saibam a importância de executar os procedimentos, aumentando a também a cobertura do exame citopatológico para prevenção de câncer do colo uterino, melhorando a qualidade da atenção pré-natal.

Percebemos com este estudo que apesar da proposta do MS, que prevê um serviço de pré-natal por meio de ações de integralidade e de boa qualidade, a atenção dispensada por alguns profissionais do pré-natal ainda está pautado na atenção direcionada para a saúde do bebê (exame da barriga e ausculta dos batimentos cardiofetais), permanecendo uma atenção fragmentada. Os profissionais devem se conscientizar que sua assistência deve ser ética, responsável e holística, para que junto com o serviço de saúde, trabalhem na busca incessante de uma organização do serviço de pré-natal baseado na eqüidade, integralidade, acesso universal e no atendimento humanizado.

É imperiosa a democratização do processo de trabalho na organização do serviço de pré-natal com a incorporação de novas práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde. Destarte, estas propostas ensejam forte associação entre recursos humanos, materiais, educacionais e financeiros, considerando a gestante como centro e objetivo de suas atividades.

Uma assistência pré-natal integral, humanizada e de qualidade é reconhecida aqui, como um dos componentes que contribuem para a redução da mortalidade materna. Torna-se necessário que o serviço de atenção básica, juntamente com os profissionais, estabeleça estratégias que viabilizem o ingresso precoce das gestantes no serviço, que garantam a oferta e acesso aos serviços básicos de saúde para a melhoria na qualidade da assistência prestada à gestante.

Este estudo nos proporcionou a reflexão crítica sobre as nossas práticas, enquanto profissionais da saúde, nos levando a concluir que uma atenção de qualidade, humana e integral deve ser oferecida as gestantes, e esta atenção depende de uma real integração do serviço e de todos os atores que compõe este sistema de saúde, os profissionais, serviço e usuárias.

Deste modo, ressaltamos a necessidade da institucionalização dos processos avaliativos, em suas diversas vertentes, nos serviço de atenção pré-natal para a monitorização e discussão com os profissionais, gestores e usuárias a fim de otimizar os serviços, os recursos materiais e humanos disponíveis para a promoção da saúde da gestante e de seu bebê, visando também a melhoria da qualidade de vida de ambos. Não esperamos que os resultados desta avaliação qualitativa possam traduzir uma tomada de decisão no serviço, mas que as informações produzidas aqui contribuam para o inicial julgamento sobre a organização do serviço de pré-natal e as práticas dos profissionais com maior validade, influenciando positivamente nas futuras decisões em saúde para a melhoria desta assistência.

Identificou-se precisão da incorporação mais efetiva e execução da PNAISM, que incita articulações entre serviço, gestantes e profissionais compromissados com a defesa do princípio da integralidade e do acesso universal e igualitário às ações, recursos e serviços de pré-natal.

Com a execução e incorporação de práticas inseridas na integralidade em saúde (organização do serviço e práticas dos profissionais) se está buscando uma melhoria da qualidade da atenção nos serviços de saúde. Esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida sendo necessário ampliar cada vez mais a cobertura do pré-natal, capacitar os profissionais de saúde para a prática da saúde coletiva e trabalho intersetorial, garantirem a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal e o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atenção à saúde da mulher entre os diversos níveis.

**REFERÊNCIAS**


ADAMI, N.P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2000. v.13, (n. esp PT 1):190-6.

AERTS, D.R.G. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. **J Pediatria**, Rio de Janeiro, 73, p 364-6, 1997.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. Atheneu. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70. 2006.

BARRETO, M.L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n.2. 1998.

BOFF, L. Cuidado: o ethos do humano. In: FERREIRA,G.,FONSECA,P.(org) Conversando em casa. Rio de Janeiro: Sette Letras,p- 73-78, 2000.

BOSI, M.L. M; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis. Editora Vozes, 2004.

BRASIL,Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS,1994.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília:DF, MS, 2006.

_____, Ministério da Saúde **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Cobertura de consultas de pré-natal no Brasil.** Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/f06.def . Acesso em 20 mar.2008.

_____, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília (DF): MS, 2000.

CANESQUI, A.M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: CONH, A.et al. (org). **Pesquisa Social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.

CARVALHO,V.C.P.; ARAÚJO,T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde na cidade do Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.**v.7,n.3,p.309-317,2007.

COIMBRA,L.C;SILVA,AAM;MOCHEL,E.G.;ALVES,M.T.S.S.B.;RIBEIRO,V.S.;ARAGÃO,V.M.F.;BETTIOL,H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**. v. 37, n. 4,p.456-462; 2003.

COUTINHO, T; TEIXEIRA, M.T. B; DAIN, S.;SAYD,J.D.;COUTINHO, L.M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistma Único de Saúde em Juiz de Fora. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Minas Gerais.v.15.p 717-724, 2003.

DENZIN,N.K; LINCOLN,LY.S. (editors). **Handbook ok qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 1997.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciências & Saúde Coletiva**, v .11, n 3 p 553 – 563, 2006.

FONTOURA,R.T; MAYER,C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem,** jul – ago, v. 59,n.4,p. 532-7. 2006.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal para a redução da mortalidade materna e neonatal. SMS, Fortaleza, 2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Disponível em http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/sms_pesquisaUS. Acesso em 30 abril 2008.

FRANCO,S.C; CAMPOS,G.W.S. Avaliação da qualidade de um atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**.v.14, n 1p.61-70. 1998.

GONÇALVES, C.V. **Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal no município de Rio Grande do Sul, Brasil**. 2008. 66f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

HARTZ, Z.M. A; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.Salvador: Fiocruz,2005.

HARTZ,Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro,v.20 ,sup 2, p-331-336,2004.

HENRIQUES RLM; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.(org) .**Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

KOFFMAN,M.D.; BONADIO,I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil,** Recife, v. 5, dez, 2005.

LUZ, M.T. **Novos saberes de práticas em Saúde Coletiva**: estudos sobre práticas corporais e saúde. São Paulo: Hucitec, 2003.

MACHADO et al. Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS : uma revisão conceitual. **Ciências & Saúde Coletiva,** v 12, n.2 , 2007.

MARTINS,M.C.F.N; BÓGUS,C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, set-dez, p-44-57.2004.

MATTOS, RUBEN. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde** Pública. Rio de Janeiro. v. 20 ,n.5, p 1411 – 1416, set-out, 2004.

MATTOS,R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Publica**; v.20, n. 5, p. 1411-6. 2004

MATTOS,R.A; PINHEIRO,R (Org). p 47: **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS, UERJ, ABRASCO. 4ª. edição. Rio de Janeiro,2007.

MATTOS,R.A; PINHEIRO,R (Org).**Os sentido de integralidade na atenção e no cuidado à saúde.**Rio de janeiro:UERJ/IMS,2001.

MERHY,E.E. O ato de cuidar: a alma do serviço de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de textos do Projeto Piloto VER-SUS**. Brasil. Brasília: MS, 2003.

MINAYO,M.C.S.Ciência, técnica e arte:desafio da pesquisa social. In: MINAYO,M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª.Ed. Petrópolis,Rio de Janeiro: Ed Vozes,2004.

MORAES,M.S de,KUJUMJIAN,F.G.;CHIARAVALLOTI NETO,F.;LOPES,J,C.C. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.**v. 4, n. 4, p. 375-384, 2004.

NASCIMENTO, E.R; PAIVAM. S; RODRIGUES, Q.P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev.Bras. Saúde Materno-Infantil**.Recife7(2)101-197.abr/jun.2007.

NERY,T.A.; TOCANTINS, F. R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Revista Enfermagem da UERJ.** V.14.,n.1, p- 87-92, 2006.

ORLANDI,E.P. Análise de discurso. In :Bauer,MW, Gaskel,G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3ª.ed.Petrópolis(RJ): Vozes,2002.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil.**v.8,n.1. p-113-12. Jan/mar, 2008.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Executiva Regional. 2006. Disponível em < http://www.fortaleza.ce.gov.br> Acesso em 12 dez 2007.

REIS,C.B; ANDRADE,S.M.O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistÊncia à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13,n. 1, 2008.

RIBEIRO, J.M.; COSTA,N.R; PINTO,L.F.S; SILVA,P. L.B. Atenção pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20, n.2. mar/abr, 2004.

RIOS, C.T.F; VIEIRA,NFC. Ações educativas no pré-natal:reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro. v. 12, n. 2,p.477-486, 2007.

RONCOLLETA,A.F.T. et al. **Princípios da Medicina de Família.** São Paulo:Sombramfa, 2003.

SERAPIONI,M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 23, n 53, p.81-92, 1999.

SERRUYA,S.J;LAGO,T.D.G.;CECATTI,J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.4, n. 3, jul/set. 2004.

SILVA JÚNIOR,A.G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA,P.R. (coord) Curso de especialização autogestão em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz,p-81-107. 2001

SILVA,K.L; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro.**Revista da Escola de Enfermagem da USP**.v. 42 n 1, 48-56. 2008.

SILVA,L.M.S;T.A. GUIMARÃES;M.L.D. PEREIRA;K.C.L. MIRANDA; E.N.OLIVEIRA. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa de Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.14,n.2. p.97-104, 2005.

STARFIELD, Barbara. **Primary Care**: balancing health needs, services and technology. Nova Iorque: Oxford University Pres, 1998.

TAKEDA,S.M.P; DIERCKS,M.S. Avaliação como um processo que enfatiza aprendizado e mudanças. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n 13, jan/mar 2007.

TESSER,C.D.; LUZ,M.T. Racionalidades médicas e integralidade.**Ciência & Saúde Coletiva.** v.13 ,n.1, p 195- 206, 2008.

TSUNECHIRO,M.A.; BONADIO,I.C.; OLIVEIRA,V.M. Acolhimento: fator diferencial no cuidado pr´-natal. **An: 8º. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem.** Maio, 2002.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis Rio de Jeniro: Editoras Vozes. 2003.
TURRINI;LEBRÃO; CESAR. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito familiar: percepção do usuário. **Caderno de Saúde Pública**. v.24,n.3, p- 663-674, mar, 2008.

World Health Organization.WHO Programme to map Best reproductive health practice. WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: WHO;2002.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Melina Bezerra, fisioterapeuta, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **"**PERCEPÇÃO DA GESTANTE SOBRE A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL", que tem como objetivo avaliar a percepção da gestante diante a integralidade da atenção pré-natal. Portanto, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa e autorização para utilizar os dados coletados. Esclareço que:

- as informações coletadas nas entrevistas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, e que seu anonimato será preservado; e

- que a senhora tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, e que não terá prejuízo no seu tratamento e/ou financeiro.

Em caso de esclarecimento sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço:

Nome: Melina Bezerra

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz, Fortaleza/Ceará

Telefone: (85) 34773280

Dados da entrevistada:

Nome:_____

Endereço:_____

Telefone para contato:_____

Idade:_____

Fortaleza -CE, _____ de _____ de 2008.

_____

Assinatura

ou POLEGAR:

**APÊNDICE B**

**ENTREVISTA COM A GESTANTE**

**Identificação**

Idade: _____ Idade gestacional:_____

Estado civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) outro

Observação:_____

Com quem mora _____

Escolaridade:

( ) Analfabeta ( ) Ensino fundamental incompleto

( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto

( ) Ensino superior completo

Número de filhos: _____

Renda Familiar:( )sem renda ( ) até 1 salário ( ) 2 a 4 salários ( ) > 5 salários

Como você vem ao posto? (Tipo de transporte):_____

**Histórico de Saúde**

Idade da menarca: _____Quantas gestações? _____

Quantos partos? _____

Aborto? ( ) não ( ) sim, quantos?_____

Usava algum método contraceptivo antes de engravidar? ( ) não ( )sim,

qual:_____

Você já teve alguma doença considerada grave, fora da gravidez?

Qual:_____

HAS / Diabetes / DST / Doenças congênitas Outras:_____

**Atenção Pré-natal**

Com quantas semanas/meses você iniciou o pré-natal? _____

Você procurou o serviço de saúde por:

( ) encaminhamento do agente de saúde ( ) indicação da família

( ) indicação de profissional ( ) interesse próprio ( ) outro:_____

Quantas consultas você já realizou? _____

Médico:_____ Enfermeiro:_____

Foram solicitados exames laboratoriais pelo médico/enfermeiro?

( ) Não ( ) Sim, em qual consulta e quais?

_____

Teve acesso aos resultados destes exames em tempo hábil?

_____

Foi realizado exame ginecológico?

( ) Não ( ) Sim, em qual consulta?_____

Já sabe qual maternidade/hospital vai fazer o parto?

_____

Foi orientada sobre amamentação? ( ) não ( ) sim

_____

Foi orientada sobre puerpério? ( ) não ( ) sim

_____

**APÊNDICE C**

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

CFS:_____DATA:_____TURNO:_____

Estrutura:_____

_____

_____

Serviço:_____

_____

_____

- medicação disponível

-horários de funcionamento

-consultas: agendadas? ; por ordem de chegada?; iniciam na hora marcada?; atendem todas as gestantes?

-acomodação e recepção das gestantes:

-exames são realizados em tempo hábil?

Profissionais: chegam na hora marcada?; atendem com respeito ?; encaminham a gestante, se necessário, para outro serviço?; escutam gestantes?

Anotações importantes:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**APÊNDICE D**

ROTEIRO DA ENTREVISTA

**<u>Temática I:</u> Integralidade do serviço de atenção pré-natal**

Questão norteadora: Como você percebe a assistência prestada ao pré-natal neste serviço?

- O serviço oferece o que você precisa para o acompanhamento do pré-natal? Material, profissionais, estrutura física...
- Sente-se satisfeita com o atendimento do serviço de saúde? Com as acomodações do posto?
-Você precisou de outros profissionais (nutricionista, dentista, psicólogo, fisioterapeuta...) durante a gestação? Quem encaminhou?Foi atendida?
- Você sabe qual o hospital onde vai fazer o parto?
- As consultas são marcadas com antecedência? Acontecem na hora marcada?Espera muito na fila?
- Recebeu exames em tempo hábil? Recebeu medicação suficiente?

**<u>Temática II</u>: Integralidade nas práticas profissionais.**

Questão norteadora: Como você percebe a assistência prestada pelos profissionais da ESF?

- Como são as consultas? Todas as suas dúvidas são esclarecidas? Atendem-lhe com respeito?
- Quais são os procedimentos realizados nas consultas?
- Foi examinada outra parte do seu corpo ou somente a barriga?
- Sente-se satisfeita com o atendimento dos profissionais?
- Sente-se acolhida, segura com o profissional de saúde que está lhe atendendo?
- Recebeu orientações sobre sinais de parto, amamentação, parto e puerpério?

**ANEXO**

# Anexo 1

**ARTIGO**

# PERCEPÇÃO DA GESTANTE SOBRE A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Melina de Paiva Bezerra [1]
Raimunda Magalhães da Silva [2]
Girliani Silva de Sousa [3]

[1] Fisioterapeuta. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva UNIFOR/Bolsista FUNCAP
[2] Enfermeira. Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva UNIFOR.
[3] Acadêmica do 6º. semestre de Enfermagem da UNIFOR/Bolsista CNPQ.
Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza. Av. Washington Soares, 1321. Fortaleza. CE- Brasil.
melbezerra@hotmail.com /rmsilva@unifor.br / girlianisilva@hotmail.com

Esta pesquisa integra a produção de conhecimentos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Mulher**,** e conta com o apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **FUNCAP** e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **CNPq**.

Envio para Publicação:

Normas da Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.

*Resumo*

*Objetivos:* analisar integralidade das ações de saúde inseridas na atenção pré-natal e avaliar, na percepção da gestante, atenção no pré-natal no contexto da organização do serviço e das práticas dos profissionais da equipe saúde da família.
Métodos: estudo avaliativo com abordagem qualitativa com 21 gestantes entrevistadas que participavam do pré-natal em três Centros de Saúde da Família na Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza – Ceará, de julho a outubro de 2008. Os dados foram analisados sob o referencial dos aspectos conceituais da Integralidade sugerido por Rubem Mattos, especificando organização dos serviços e competência profissional.
*Resultados:* as gestantes relataram satisfação quanto ao serviço de pré-natal que demonstrou ações inseridas na integralidade em relação à acessibilidade, realização de exames, encaminhamentos das gestantes para serviço odontológico e distribuição de medicações. Nas práticas profissionais, algumas gestantes relataram insatisfação devido à falta de acolhimento, diálogo do profissional. Atenção voltada somente o bebê, durante consultas do pré-natal, também foi observada. Identificou-se que todas as gestantes realizaram no mínimo de seis consultas, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, embora com nível socioeconômico e de escolaridade desfavorável e sem captação pelo agente comunitário de saúde. Todas receberam, no mínimo, uma consulta médica e as demais realizadas por enfermeiras.
*Considerações Finais:* há necessidade que o profissional comunique-se de forma clara e objetiva com a gestante, observando seu nível de compreensão, e perguntando-lhe se entendeu, pois atuando de forma integral e assistindo essa mulher em sua totalidade, a gestante poderá atuar na sua saúde para ter uma gravidez saudável, diminuindo possíveis agravos durante o estado gravídico-puerperal.

*Palavras-chave:* Integralidade; Cuidado Pré-Natal; Saúde da mulher; Atenção Primária, Avaliação.
*Keywords:* Comprehensive Health Care, Prenatal Care, Women´s health, Primary health care, Evaluation.

Introdução

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas de atenção eram restritos, baseados somente no contexto biológico e no papel materno e cuidadora (BRASIL, 2004). Destarte, no final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ainda haviam muitas questões a serem enfrentadas acerca da assistência à saúde da mulher no país.

Sabe-se que os principais problemas discutidos sobre a atenção pré-natal na literatura referem-se ao não cumprimento das atividades preconizadas pelo MS por parte dos acarretando uma baixa qualidade da atenção pré-natal e óbitos materno-infantis.

Mesmo com a instituição do PAISM, o panorama da atenção pré-natal evidenciava muitos problemas a serem enfrentados. Reconhecendo a necessidade de reformular estratégias para atenção nesta área, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em junho de 2000 (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Porém, esta política não contemplava toda a complexidade da saúde da mulher e os princípios de integralidade e equidade. Portanto, em 2004, os MS, juntamente com diversos setores da sociedade, lançaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na qual a integralidade, a promoção da saúde, direitos reprodutivos e de cidadania estavam mais abrangentes (RIOS; VIEIRA, 2007).

A morte materna e neonatal continuam sendo problemas relevantes no Brasil, pois em 2003 a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 51,74 de óbitos por 100.00 nascidos vivos, sabendo-se que 92% dos casos de mortalidade associada ao período gravídico-puerperal e ao aborto são evitáveis. Do total de morte de crianças menores de um ano, 52%

ocorrem no período neonatal, sendo que grande partes delas está associada à atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2006).

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. No entanto, esse indicador apresenta diferenças regionais importantes: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independente da escolaridade da mãe. Apesar da ampliação na cobertura, estudos mostram comprometimento da qualidade desta assistência (BRASIL, 2006).

A cobertura do pré-natal é considerada como um dos principais indicadores da qualidade da atenção básica em saúde. Os resultados do estudo de Carvalho e Araújo (2007) em Pernambuco mostram uma elevada cobertura do pré-natal corroborando com achados de Serrya et al., (2004) que avaliaram os dois primeiros anos de implementação, 2001 e 2002, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no país, revelando alta cobertura do programa. Porém, a despeito dessa cobertura, observou-se uma pequena proporção de mulheres com pré-natal adequado (17,8%). Esse resultado pode está refletindo dificuldades na implementação do programa nos serviços de saúde (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Um estudo brasileiro recente (PARADA, 2008) sobre a avaliação dos recursos existentes e ações em saúde desenvolvidas na assistência pré-natal no estado de São Paulo, concluiu-se que a realização das atividades recomendadas pelo MS constitui ainda um desafio em saúde, e que os baixos índices obtidos evidenciaram um quadro grave, que para ser revertido demandará diversas estratégias em saúde e só será possível se a atenção pré-natal for considerada como uma das prioridades dos municípios.

Portanto, para se ter uma melhor assistência na atenção primária (AP) faz-se necessário o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS, bem como desenvolvimento de um processo contínuo de avaliação do serviço de pré-natal. A ação integral pressupõe mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde e, entre o profissional e a gestante (PINHO; SIQUEIRA; PINHO OLIVEIRA, 2006).

O princípio da integralidade, visto como um dos alicerces do SUS, incita que a abordagem do profissional da saúde não deve se limitar a uma atenção puramente curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde, e, por conseguinte, a execução de ações de promoção e prevenção individuais e/ou coletivas. Neste sentido, o olhar deve ser totalizante, com apreensão da gestante como sujeito biopsicossocial, como também esta deve se sentir acolhida e confiante nos serviços e programas de saúde que participa, e quando necessário acesso aos demais serviços de saúde.

Cerca de 90% dos óbitos em mulheres em idade fértil ainda são decorrentes de causas obstétricas diretas (MORAES; KUJUMJIAN; CHIARAVALLOTI; LOPES, 2004), apesar dos estudos mostrarem melhoria na cobertura do pré-natal (COIMBRA et al,2003; BRASIL, 2008), o que pode denunciar que a cobertura não está diretamente relacionada a qualidade da atenção pré-natal.

Assim os escritos de Ribeiro,Costa, Pinto e Silva (2004) inferem que a avaliação de programas de saúde na perspectiva dos usuários não é comumente observada na literatura brasileira. Em seu estudo sobre atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS, buscou analisar as opiniões das gestantes e observar as possíveis vantagens da atenção familiar em termos de adesão e acesso das usuárias. Então, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, acreditamos que seja relevante a avaliação pelo o olhar da usuária juntamente com a observação do pesquisador.

Deste modo, observando uma boa cobertura da atenção pré-natal e ainda alta mortalidade materna, o presente estudo questiona*: "As ações de saúde realizadas pelos profissionais desenvolveu-se de maneira fragmentada ou integral? Como a gestante percebe a atenção pré-natal? ; Existe integralidade no serviço de atenção pré-natal?"* .

Objetivos

Analisar a integralidade das ações de saúde inserida na atenção pré-natal e avaliar, na percepção da gestante, a atenção no pré-natal no contexto da organização do serviço de saúde e das práticas dos profissionais da equipe de saúde da família.

Métodos

Estudo avaliativo com abordagem qualitativa, realizado em três Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Regional VI (SER VI) em Fortaleza/CE.As unidades de saúde apresentavam equipe de saúde da família completa, formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários e já haviam realizado atividades de educação em saúde com grupos de gestante, o que foi considerado critério de inclusão no estudo.

Participaram 21 gestantes que estavam no terceiro trimestre da gravidez. Selecionamos as participantes de forma intencional, que já realizaram no mínimo seis consultas, que foram captadas nos CSF, durante os dias das consultas do pré-natal agendadas pelo próprio serviço. Esta seleção foi independente do número de gestações, partos e filhos.

O critério do trimestre escolhido deveu-se ao fato de que estas gestantes já deveriam ter vivenciado experiência de, no mínimo, seis consultas, com condições de compreender e relatar sobre as atividades e procedimentos do pré-natal. Vale ressaltar que, uma das consultas deverá ter sido realizada com o médico, como recomenda o MS.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2008, nos CSF da SER VI usando-se a observação sistemática e entrevista semi-estruturada.

Realizamos uma observação direta sistemática do serviço de atenção pré-natal dos CSF inclusos na pesquisa com auxílio de um roteiro, no qual foram registrados os horários de funcionamento, a demanda, acolhimento das gestantes, a estrutura física e profissional, atitudes e reações das gestantes, dentre outros. A coleta de dados por meio da observação ocorreu durante todo o período da coleta, entretanto iniciou-se anteriormente às entrevistas para que a pesquisadora se familiarizasse com o cenário do estudo e coletasse também dados relevantes sobre o serviço. Foi consultado número de consultas no cartão da gestante. As gestantes foram informadas sobre o objetivo do estudo e da sua participação na pesquisa e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas aconteceram após as consultas do pré-natal, de forma espontânea, permitindo a gestante relatar suas percepções frente à integralidade da atenção pré-natal. Foi assegurada durante a entrevista, a privacidade, o respeito pelas expressões de emoções e sentimentos, a liberdade de resposta sem julgamento, o anonimato e o sigilo. Não usamos, portanto, nenhuma maneira de identificação das entrevistadas.

O término da coleta se deu pela repetição dos relatos e associação de idéias. A amostragem por saturação teórica, descrita por Denzin e Lincoln (1994), é utilizada em investigações qualitativas para estabelecer ou fechar o número de participantes do estudo. Operacionalmente, é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos, na avaliação do pesquisador, passam a apresentar repetição.

A entrevista continha uma ficha com dados de identificação (idade, idade gestacional, estado civil, escolaridade, renda familiar e o transporte utilizado para ir ao serviço de saúde), histórico de saúde (idade da menarca, número de gestações, número de partos, uso de contraceptivos e doenças associadas) e atenção pré-natal (início do pré-natal, procura pelo

serviço de saúde, número de consultas realizadas, exames laboratoriais solicitados e tempo de entrega, realização de exame ginecológico, maternidade/hospital de referência).

Nas entrevistas gravadas usamos duas questões norteadoras: *Como você percebe a assistência pré-natal neste serviço? Como você percebe a assistência dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família?* (Apêndice D). Com estas questões procuramos aprofundar o tema proposto, analisar a integralidade no pré-natal, numa tentativa de esclarecer com maior objetividade, coerência e adequação do diálogo entre a pesquisadora e a gestante.

A escuta de quem recebe a atenção em saúde é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, bem como da forma que o sistema de saúde se organiza para viabilizar esta assistência (FRANCO; CAMPOS, 1998). Os depoimentos das gestantes nos possibilitaram avaliar qualitativamente a organização do serviço de pré-natal quanto à integração e execução dos princípios que regem o SUS.

Estudos sobre a percepção da clientela (CANESQUI, 1992) mostram que a subjetividade na avaliação de serviço de saúde traz um imaginário, um produto de práticas e representações sociais, recurso simbólico que é expressão cultural de um modo de perceber o processo saúde-doença.

Neste contexto, acreditamos que seja importante avaliar os aspectos subjetivos da gestante no que tange a sua percepção pela atenção recebida no serviço de pré-natal, aspectos estes invisíveis aos olhos da razão, que não podem ser negados, pois caso contrário exclui-se os elementos socioculturais e emocionais essenciais à compreensão da assistência das instituições de saúde (PINHEIRO e LUZ, 2003).

Portanto, para a mensuração das necessidades de saúde das gestantes e reconhecimento da institucionalização da integralidade, como princípio doutrinário, é de grande valia unir a observação da pesquisadora com a percepção das gestantes a fim de avaliar as ações em saúde dispensadas pelo serviço e pelos profissionais do pré-natal.

Resultados sobre identificação e histórico de saúde e dados da atenção pré-natal foram organizados e analisados para caracterização das gestantes. Nos depoimentos, depois de lidos e relidos encontramos as convergências das idéias de acordo com o objeto de estudo e agrupamos em temáticas conforme Análise de Conteúdo de Bardin (2006).

Para o tratamento e interpretação dos resultados, optamos pelos aspectos conceituais da integralidade, diretriz do SUS, como sugerido e estudado por Mattos (2001), que recomenda organizar este princípio em três conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se às práticas profissionais de saúde; nele a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que uma gestante requer ao buscar o profissional. O segundo conjunto diz respeito à característica da organização dos serviços, na qual se critica a dissociação entre práticas de saúde pública e as assistenciais. O terceiro conjunto de sentidos da integralidade aplica-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos.

Neste estudo, os depoimentos foram organizados e analisados nos dois primeiros aspectos conceituais da integralidade sugeridos por Mattos (2001) : a organização do serviço de pré-natal e nas práticas profissionais no pré-natal.

Esta pesquisa seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da UNIFOR, o Comitê de Ética em Pesquisa (COÉTICA), sendo aprovado com o parecer número 137/2008.

## Resultados e Discussão

A idade média das participantes foi de 25,5 anos. Quanto à escolaridade oito gestantes referiram ensino médio completo, dez ensino médio incompleto, e três gestantes, ensino fundamental incompleto. Sobre o estado civil das participantes foi observado que nove gestantes eram casadas, duas solteiras e dez em união consensual. As mulheres tiveram em

média 10 anos de estudo, viviam com parceiro, fato que corroborou com achados de Carvalho e Araujo (2007) em Pernambuco.

A renda familiar de 12 gestantes foi uma renda de até um salário mínimo, seis de dois a quatro salários mínimos e três gestantes não possuíam renda. Tais dados demonstram que as participantes tinham condição educacional e econômica desfavorável, mesmo assim tinham realizado no mínimo seis consultas e buscado ao serviço de saúde por interesse próprio e precocemente.

Sobre o número de filhos, oito gestantes referiram ter filhos, 13 eram primigestas. Este dado demonstra que a maioria das participantes eram primíparas e achados semelhantes foram encontrados em Carvalho e Araújo (2007) e Moraes, Hujumjian, Chiaravalloti e Lopes (2004). Isto nos mostra o perfil da mulher grávida que o serviço público de saúde assiste.

A elevada proporção de primíparas possivelmente é em razão da alta porcentagem de mulheres jovens e do aumento do número de adolescentes grávidas na população que é assistida pelo serviço público. O fato de ser a primeira gravidez reforça a necessidade de uma atenção especial, pautada na integralidade, e direcionada para educação em saúde especialmente, sobre amamentação, sinais de parto e puerpério e cuidados com o recém-nascido, deixando a mulher empoderada de saberes para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e bem-estar físico e emocional.

Com relação às semanas de gestação, observou-se que uma variação entre a 28ª e 39ª semana. Observamos que a maioria das gestantes que haviam completado 32 semanas de gravidez fazia consultas quinzenalmente e aquelas que haviam completado 36 semanas de gestação realizavam a consulta semanalmente. Neste trimestre deve ser intensificado o cuidado e as orientações em saúde para as gestantes, pois elas estão vivenciando uma gama de sentimentos tais como o medo do parto, a ansiedade da chegada da criança, a preparação para amamentar e ainda as condições de pós-parto e o cuidado com o bebê para que este não

desenvolva problemas que afetem a saúde. Tais orientações e exames laboratoriais são fundamentais para que elas possam identificar os primeiros sinais de parto e assim vivenciar de forma humanizada e positiva o parto, a amamentação e os primeiros cuidados com o bebê, evitando assim possíveis complicações para a sua saúde e a de sua criança.

Mesmo a acessibilidade não sendo o objeto do estudo, foi questionado qual o meio de transporte utilizado pela gestante para ir até a unidade de saúde, pois assim foi possível conhecer um pouco mais sobre a usuária do serviço de pré-natal e identificar quais as suas expectativas sobre a organização do serviço de saúde. Foi observado que 16 mulheres iam caminhando para a consulta de pré-natal, o ônibus foi utilizado por duas gestantes, carro por duas e a motocicleta era utilizada por uma gestante.

Nos dados sobre histórico de saúde, foi observado que dez gestantes apresentaram a menarca aos 13 anos de idade, seis aos 14 anos, três aos 12 anos e duas aos 15 anos.Sobre o uso de métodos contraceptivos antes de engravidar 15 gestantes responderam que usavam métodos contraceptivos, seis que não usavam e o método mais usados foi a pílula por sete mulheres. Tais dados foram semelhantes no estudo de Moraes, Hujumjian, Chiaravalloti e Lopes (2004), demonstrando o planejamento familiar com recurso restrito, devido ao pouco uso do preservativo, deixando a mulher susceptível a contrair doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS, e a grande quantidade existente de métodos contraceptivos existentes que não foram abordados com as mulheres, pois as mesmas desconheciam outros métodos.

Sobre o início do acompanhamento pré-natal 11 gestantes iniciaram com 12 semanas de gestação, três com oito semanas, três com 16 semanas, duas com quatro semanas, uma com três semanas e uma com 20 semanas. Das 21 participantes, foi observado que 14 gestantes procuraram o serviço de saúde por interesse próprio e sete por indicação da família. Ressalta-se que as mulheres não indicaram o agente comunitário de saúde como facilitador ou captador

da gestante para a procura do serviço de saúde. Mesmo assim não podemos afirmar que este profissional não tenha influenciado a opção da gestante de iniciar o pré-natal em tempo considerado hábil para o acompanhamento integral da gravidez.

Em relação ao número de consultas já realizadas dez gestantes haviam realizado seis consultas e 11 tinham feito mais de seis consultas, portanto, não evidenciando limitações a acessibilidade para as consultas neste serviço. Todas as gestantes haviam realizado consultas com médico e com a enfermeira, porém o maior número de consultas se deu com a enfermeira. Esses resultados são mais favoráveis do que os encontrados por Carvalho e Araújo,em Pernambuco, cuja média de consulta foi de 5,3 em 2007.

Em relação à solicitação e a realização, no próprio CSF, dos exames laboratoriais de rotina, foi observado que todas as gestantes os fizeram, e que dez gestantes os realizaram na 1ª consulta, duas na 1ª e na 8ª consulta, uma na 4ª, uma na 2ª e sete gestantes não sabiam informar em qual consulta haviam realizado os exames. A média de dias de entrega dos resultados destes exames se deu em 14,62 dias (consideramos 15 dias), com tempo mínimo de quatro dias e máximo de 35 dias. Isto significa que houve articulação entre os serviços quanto à realização dos exames laboratoriais solicitados no primeiro, segundo e terceiro trimestre, conforme observação e constatação no cartão da gestante.

Um serviço de pré-natal de boa qualidade pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo um processo de referência e contra-referência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade (SILVA; GUIMARÃES; PEREIRA; MIRANDA; OLIVEIRA, 2005).

No tocante as orientações recebidas dos profissionais sobre a amamentação e sinais de parto 12 gestantes responderam que não haviam recebido orientação, cinco responderam que tinha recebido alguma informação e quatro não responderam, pois entendiam que o pré-natal era somente relacionado à saúde do bebê. Quando questionadas sobre o puerpério, 15

mulheres responderam que não haviam recebido orientação, duas responderam que haviam recebidos e quatro desconheciam o significado desta fase.

O foco do estudo foi avaliar, na percepção da gestante, acerca da integralidade da atenção pré-natal considerando o contexto da organização do serviço e a prática profissional da equipe de saúde da família, analisando a integralidade nas ações de saúde no pré-natal.

Em relação ao serviço de saúde, foram observados relatos sobre a marcação de consultas, realização de exames, acolhimento e satisfação. Já sobre as práticas dos profissionais na atenção pré-natal, os relatos demonstraram ações de prevenção e promoção da saúde, prática reducionista desarticulada com a integralidade, satisfação e confiança no profissional de saúde.

Quando analisados os aspectos individuais sobre a percepção da gestante acerca do pré-natal, observaram-se avanços de ações em saúde pautadas na integralidade, mas quando analisados em conjunto, ainda há muito que (re) formular e (re) fazer para a existência de um serviço de pré-natal com assistência integral e de qualidade, o que corroborou com os atuais estudos sobre a assistência pré-natal, Parada (2008) e Carvalho e Araújo (2007).

A aprovação pelas entrevistadas aos principais aspectos da atenção pré-natal que receberam nos três CSF foi observada pela maioria das participantes. Mesmo considerando que as usuárias possam apresentar uma percepção mais favorável de qualidade uma vez que tenham conseguido obter a assistência, a aprovação não pode ser subestimada em termos de caracterização do potencial destes serviços, fato que corrobora com estudo de Ribeiro, Costa, Pinto e Silva (2004) sobre a avaliação da percepção da gestante sobre o SUS.

Por conseguinte, quando o serviço de pré-natal ou o profissional assistiu às necessidades de saúde da gestante conforme as intervenções (terapêuticas, educativas ou organizacionais) preconizadas pelo MS com percepção de satisfação da mesma pela atenção recebida, foram consideradas ações resolutivas.

A organização do serviço tem sido um elemento fundamental para execução da atenção pré-natal, pois a atenção humanizada necessita além de profissionais de saúde qualificados e sensíveis às necessidades de saúde das gestantes, de tecnologias comuns ao desenvolvimento da consulta, de atenção especializada e de dinâmica do cuidado holístico (NETO et al, 2008).

Pelos relatos das gestantes, observou-se resolutividade do serviço de pré-natal na marcação e realização das consultas de pré-natal (acessibilidade), na obtenção das medicações na própria unidade de saúde e na execução dos exames laboratoriais de rotina durante a gestação com recebimento em tempo considerado hábil pelas usuárias. Portanto identificaram-se ações pautadas na integralidade pela maioria das gestantes quanto à organização do serviço de pré-natal e a existência de recursos disponíveis para fornecê-los às gestantes:

*"... terminou de fazer a consulta aí a doutora (termo que representa, na perspectiva da gestante, o profissional que realiza as consultas) manda a gente ir aqui ao SAME marcar já pro próximo mês, as consultas acontecem no dia marcado e na hora, graças a Deus quando eu venho sempre fiz minha consulta".*

A unidade de saúde deve atender às necessidades em saúde das gestantes e assisti-las com qualidade, a fim de resolver o problema, para promoção da sua saúde e do bebê. Esta é uma das prioridades AP, visando a prevenção de agravos/doenças, promoção da saúde e melhora da qualidade de vida das gestantes e de seu bebê. A maioria das mulheres não referiu intercorrências durante a gravidez, e as que tiveram algum problema foram tratadas no próprio serviço de saúde, minimizando assim as possíveis seqüelas para a saúde da mãe e do bebê:

*"Eu tive infecção urinária e agora deu inflamação na prevenção, foi eles, aqui mesmo passaram pra mim pomada, foi resolvido aqui mesmo".*

*"... reclamei que eu tava sentindo dor no pé da barriga, eles me levaram para sala que tem a doutora e fizeram assim, olharam minhas partes íntimas, pra ver se tinha alguma inflamação que desse pra ver direitinho, fez exame e deu nada, aí resolvi aqui mesmo".*

Outros depoimentos demonstraram que o quantitativo de profissionais estava aquém da demanda do serviço de pré-natal, ocasionando insatisfação:

*"Deveria colocar mais médico, pra atender, a gente marca horário de 7 horas ai como é só uma médica pra muita gestante, a gente espera 2 horas, não é confortável pra gestante esperar".*

A demora para receber atendimento foi relatada como um problema e a espera prolongada também foi identificada como motivo de insatisfação da clientela frente à organização do serviço.

Um fato que nos chamou atenção foi relatado por uma gestante sobre a falta que um grupo de educação em saúde para gestantes fazia para ela, pois a mesma ainda possuía muitas dúvidas sobre sua gestação e acreditava que o grupo de educação e a troca de experiências com outras gestantes seriam de grande valia para ela:

*"... demora muito de uma consulta pra outra, fico preocupada, porque eu tô grávida, ai fico vendo que aqui num tem acompanhamento, um grupo, sabe? Era pra gente ter uma sala própria, um dia pra gestante se reunir pra conversar e tirar dúvida, seria muito melhor pra mim... porque aí eu não saia com dúvidas...".*

Segundo o MS, como muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde somente para o pré-natal, é imprescindível que nesta oportunidade, seja realizado o exame ginecológico para prevenção de câncer do colo uterino que pode ser realizado em qualquer trimestre da gestação, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes (BRASIL, 2006). A não realização da prevenção ginecológica foi citada por duas gestantes:

*"Nem no 1º, nem no 2º e nem neste bebê eu fiz prevenção...".*

*"... exames ginecológicos eu também não consegui..."*.

Estes relatos, juntamente com os dados da atenção pré-natal, confirmam que a muitas das gestantes deste estudo (76,2%), não realizou nenhuma prevenção ginecológica (colpocitologia oncótica) durante o pré-natal. Isto demonstra descumprimento das atividades recomendadas pelo MS e falta desta rotina no serviço de saúde, corroborando com achados no estudo de Parada (2008), no qual a cobertura obtida de 36,1% (138) foi considerada baixa, visto que foi calculada entre mulheres que tinham indicação de realizá-lo.

Durante as consultas os profissionais devem fornecer orientações e informações sobre toda a evolução da gestação, sinais de parto, amamentação e puerpério, para alívio da ansiedade da mulher a realização de educação em saúde que deve ser constante e efetiva durante o pré-natal, para que as mulheres adquiram autonomia para serem co-responsáveis pelo seu estado de saúde, evitando futuros problemas de saúde para ela e o bebê. Quando questionadas sobre as orientações em saúde que receberam durante o pré-natal sobre amamentação, sinais de parto ou puerpério, as gestantes relataram uma prática assistencial desarticulada com a integralidade e com a educação em saúde:

*"Não recebi orientação pro parto não e nem dos cuidados com os peitos..."*.

*"Eu não recebi orientação para o meu parto não, ela só me disse como devo dormir. Não me disseram nada ainda do parto, o que eu vou sentir, também nada sobre amamentação, nada ainda disso me falaram, nem no primeiro pré-natal, nem neste 2º*.".

*"Num recebi orientação não, eu sei por que sou mãe já de dois, né?. Porque ela num me disse nada disso não"*.

O fato da gestante já ter vivenciado uma gravidez e relatar que já sabe como amamentar ou os cuidados no puerpério não justifica a não orientação por parte do profissional.

O estudo de Nery e Tocantins (2006) sobre a enfermeiros e a consulta de pré-natal, as descrições dos procedimentos realizados, relatado pelos mesmos na consulta constatou que a atuação desse profissional atendia ao previsto pelo MS, porém ao atentar para os elementos que devem compor uma consulta, alguns não são contemplados, como exame do abdome, exame especular, inspeção da genitália, ausculta cardiopulmonar, dentre outros. O mesmo foi percebido neste estudo, porém citado pelas gestantes, que durante as consultas do pré-natal é realizado a medição da altura uterina, verificação da pressão arterial e do peso e ausculta dos batimentos cardiofetais:

*"Ela mede a barriga, olha a pressão, pesa, mede a altura, olha a neném direitinho, vê se ela já ta encaixada, escuta o coração...".*

*"Ela só mede a barriga e bota o coraçãozinho pra gente escutar. Ela não examina outra parte não, só a barriga".*

*"A doutora pergunta como é que eu tô, escuta o coração do bebê, ela só examina a barriga mesmo, não olha outra parte não".*

Um fato que nos chamou a atenção foi relatado por duas gestantes, foi o exame da mamas não está inserido na rotina das consultas pré-natais, ocorrendo sem periodicidade:

*"Os procedimentos que é realizado são...a escuta do coração do bebê, olham meus exames para saber como é que ta, medem a barriga, é só a barriga que é examinado, os seios mas não é em toda consulta que é examinado".*

*"Ela sempre escuta o coração do bebê, mede a barriga, olhou meu peito uma vez, mas só isso".*

A responsabilização do profissional com o estado de saúde da gestante se constitui em um dos elementos essenciais de efetiva assistência. As gestantes destacam o ato de examinar uma demonstração de bom desempenho profissional:

*“Ela mede o tamanho da barriga, faz algumas perguntas, pergunta como você tá se alimentando, se tá fazendo algum exercício, se você ta tomando algumas vitaminas do suco. Elas sempre fazem o procedimento normal, de medir a barriga e escutar o coração do bebê".*

Constatou-se confronto entre profissionais que atuaram ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar e a promoção da saúde da gestante e o desenvolvimentos de ações preventivas, curativas e educativas no período gestacional. Conforme Mattos (2004), o exercício de uma prática compartilhada não é desenvolvido desde a formação acadêmica e para que seja possível a realização de uma prática assistencial que atenda a integralidade, precisa-se exercitar efetivamente o trabalho em equipe, estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre os profissionais e o serviço de pré-natal, em que a definição de metas e objetivos da assistência sempre seja direcionada para a usuária e suas necessidades e expectativas em saúde.

A construção de práticas em saúde que respeitem o princípio da integralidade deve está inserida no cotidiano dos serviços de pré-natal e da assistência dos profissionais, em cada setor do SUS, objetivando uma atenção qualificada e digna, considerando as necessidades, valores e crenças de cada gestante.

Diante dos relatos das gestantes e das discussões críticas, fica claro que promover a saúde da gestante e humanizar a assistência oferecida são trabalhos processuais a longo prazo, dinâmicos e relacionados a melhor organização dos serviços de saúde e a mudanças de comportamento dos profissionais da saúde, que são co-responsáveis pelo serviço e possuidores do saber técnico dispensados durante as assistência.

## Considerações Finais

A gravidez e o parto são indicadores em saúde importantes do estado de saúde da mulher. Identificou-se que todas as gestantes realizaram no mínimo de seis consultas, a

maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, embora com o nível socioeconômico e de escolaridade desfavorável e sem a captação pelo agente comunitário de saúde. Todas as gestantes receberam, no mínimo, uma consulta médica e as demais realizadas por enfermeiros. Este critério da realização de no mínimo uma consulta médica foi um fator limitante da pesquisa para o número de participantes, pois foi identificado que cobertura do pré-natal (número de consultas realizadas pelas gestantes) nas três unidades de saúde está adequada, porém quando se considera que uma consulta deveria ter sido realizada com o médico foi encontrado esta dificuldade.

Todas as gestantes relataram que só procuraram a unidade de saúde, inicialmente, por causa da gravidez. Isto nos incita a refletir sobre a cultura que o modelo assistencial centrado somente na doença ainda influencia a clientela, não difundindo idéias e práticas de procura e de utilização do serviço de atenção primária à saúde centrado na prevenção e promoção da saúde.

Observou-se satisfação pelas gestantes em relação aos serviços de saúde, especificamente, à acessibilidade, realização de exames laboratoriais, recebimento de medicações na própria unidade de saúde e encaminhamento ao serviço de odontologia. Os avanços no serviço em relação à integralidade deram-se no momento que o serviço articulou ações entre diversos setores da atenção básica para atender efetivamente as necessidades em saúde das gestantes. Esta colaboração entre os serviços de saúde ajudou a assegurar uma assistência contínua a gestante devido ao acompanhamento das atividades e exames realizados.

Embora o SUS tenha avançado em muitos dos seus princípios, a questão da integralidade apresentou dificuldades de institucionalização no serviço de pré-natal, no que diz respeito à educação em saúde para as gestantes, assim como promover educação através de informação e orientação sobre sinais de parto, amamentação e puerpério. Esses

ensinamentos preparam a mulher para ações de autocuidado e de promoção da saúde, como também para a melhoria da qualidade de vida.

O favorecimento da integralidade implicou nas várias dimensões do serviço de saúde, como a organização do serviço, a acessibilidade, a articulação entre os serviço básicos. Durante a observação, identificou-se uma limitação em relação à organização do serviço, pois devido à grande demanda no somente no início dos turnos de trabalho ocorria acúmulo das diversas atividades, prejudicando a qualidade do serviço oferecido as usuárias.

Nas práticas profissionais, observou-se que alguns profissionais não explicavam os procedimentos executados durante o pré-natal, diminuindo a eficácia do mesmo, pois as gestantes não sabiam explicar a relevância do pré-natal para a promoção da sua saúde. Isto demarca uma prática assistencial sem conservação e diálogo, nos remetendo a uma consulta puramente tecnicista. Os resultados revelaram que os profissionais de saúde não executam todos os procedimentos preconizados pelo MS, devendo, portanto, capacitá-los para que estes saibam a importância de executar os procedimentos, aumentando a também a cobertura do exame citopatológico para prevenção de câncer do colo uterino, melhorando a qualidade da atenção pré-natal.

Percebemos com este estudo que apesar da proposta do MS, que prevê um serviço de pré-natal por meio de ações de integralidade e de boa qualidade, a atenção dispensada por alguns profissionais do pré-natal ainda está pautado na atenção direcionada para a saúde do bebê (exame da barriga e ausculta dos batimentos cardiofetais), permanecendo uma atenção fragmentada. Os profissionais devem se conscientizar que sua assistência deve ser ética, responsável e holística, para que junto com o serviço de saúde, trabalhem na busca incessante de uma organização do serviço de pré-natal baseado na eqüidade, integralidade, acesso universal e no atendimento humanizado.

É imperiosa a democratização do processo de trabalho na organização do serviço de pré-natal com a incorporação de novas práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde. Destarte, estas propostas ensejam forte associação entre recursos humanos, materiais, educacionais e financeiros, considerando a gestante como centro e objetivo de suas atividades.

Uma assistência pré-natal integral, humanizada e de qualidade é reconhecida aqui, como um dos componentes que contribuem para a redução da mortalidade materna. Torna-se necessário que o serviço de atenção básica, juntamente com os profissionais, estabeleça estratégias que viabilizem o ingresso precoce das gestantes no serviço, que garantam a oferta e acesso aos serviços básicos de saúde para a melhoria na qualidade da assistência prestada à gestante.

Este estudo nos proporcionou a reflexão crítica sobre as nossas práticas, enquanto profissionais da saúde, nos levando a concluir que uma atenção de qualidade, humana e integral deve ser oferecida as gestantes, e esta atenção depende de uma real integração do serviço e de todos os atores que compõe este sistema de saúde, os profissionais, serviço e usuárias.

Deste modo, ressaltamos a necessidade da institucionalização dos processos avaliativos, em suas diversas vertentes, nos serviço de atenção pré-natal para a monitorização e discussão com os profissionais, gestores e usuárias a fim de otimizar os serviços, os recursos materiais e humanos disponíveis para a promoção da saúde da gestante e de seu bebê, visando também a melhoria da qualidade de vida de ambos. Não esperamos que os resultados desta avaliação qualitativa possam traduzir uma tomada de decisão no serviço, mas que as informações produzidas aqui contribuam para o inicial julgamento sobre a organização do

serviço de pré-natal e as práticas dos profissionais com maior validade, influenciando positivamente nas futuras decisões em saúde para a melhoria desta assistência.

Identificou-se precisão da incorporação mais efetiva e execução da PNAISM, que incita articulações entre serviço, gestantes e profissionais compromissados com a defesa do princípio da integralidade e do acesso universal e igualitário às ações, recursos e serviços de pré-natal.

Com a execução e incorporação de práticas inseridas na integralidade em saúde (organização do serviço e práticas dos profissionais) se está buscando uma melhoria da qualidade da atenção nos serviços de saúde. Esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida sendo necessário ampliar cada vez mais a cobertura do pré-natal, capacitar os profissionais de saúde para a prática da saúde coletiva e trabalho intersetorial, garantirem a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal e o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atenção à saúde da mulher entre os diversos níveis.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004.

SERRUYA,S.J;LAGO,T.D.G.;CECATTI,J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.4, n. 3, jul/set. 2004.

RIOS, C.T.F; VIEIRA,NFC. Ações educativas no pré-natal:reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro. v. 12, n. 2,p.477-486, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília:DF, MS, 2006.

CARVALHO,V.C.P.; ARAÚJO,T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde na cidade do Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.**v.7,n.3,p.309-317,2007.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil.**v.8,n.1. p-113-12. Jan/mar, 2008.

MORAES,M.S de,KUJUMJIAN,F.G.;CHIARAVALLOTI NETO,F.;LOPES,J,C.C. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.**v. 4, n. 4, p. 375-384, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cobertura de consultas de pré-natal no Brasil.** Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/f06.def . Acesso em 20 mar.2008.

RIBEIRO, J.M.; COSTA,N.R; PINTO,L.F.S; SILVA,P. L.B. Atenção pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20, n.2. mar/abr, 2004.

DENZIN,N.K; LINCOLN,LY.S. (editors). **Handbook ok qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

FRANCO,S.C; CAMPOS,G.W.S. Avaliação da qualidade de um atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**.v.14, n 1p.61-70. 1998.

CANESQUI, A.M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: CONH, A.et al. (org). **Pesquisa Social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.
BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70. 2006.

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

MATTOS,R.A; PINHEIRO,R (Org).**Os sentido de integralidade na atenção e no cuidado à saúde.**Rio de janeiro:UERJ/IMS,2001.

SILVA,L.M.S;T.A. GUIMARÃES;M.L.D. PEREIRA;K.C.L. MIRANDA; E.N.OLIVEIRA. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa de Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.14,n.2. p.97-104, 2005.

NERY,T.A.; TOCANTINS, F. R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Revista Enfermagem da UERJ.** V.14.,n.1, p- 87-92, 2006.

# Livros Grátis

( http://www.livrosgratis.com.br )

Milhares de Livros para Download:


Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo