



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

LUCIANE DA FONSECA OSCAR MANOEL

**Por conta e risco: O processo de trabalho em saúde no atendimento da mulher
no ciclo gravídico puerperal na Estratégia Saúde da Família... O caso
Esmeralda.**

Rio de Janeiro

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

LUCIANE DA FONSECA OSCAR MANOEL

**Por conta e risco: O atendimento da mulher no ciclo gravídico puerperal na
Estratégia Saúde da Família... O caso Esmeralda.**

**Dissertação apresentada na Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro para
obtenção de Título de Mestre em Enfermagem
Área de Concentração: Enfermagem e a Saúde
da População**

Orientadora: PROF^a.DR. Fátima Teresinha Scarparo Cunha

Rio de Janeiro

2009

Manoel, Luciane da Fonseca Oscar.
M285 Por conta e risco : o atendimento da mulher no ciclo gravídico puerperal na estratégia saúde da família...o caso Esmeralda / Luciane da Fonseca Oscar Manoel, 2009.
87f.

Orientador: Fátima Teresinha Scarparo Cunha.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Gravidez – Cuidado e tratamento. 3. Cuidado pré-natal. 4. Parto. 5. Puerpério. 6. Cuidados em enfermagem – Planejamento. 7. Família – Saúde e higiene. 8. Saúde. I. Cunha, Fátima Teresinha Scarparo. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.734

LUCIANE DA FONSECA OSCAR MANOEL

**Por conta e risco: O atendimento da mulher no ciclo gravídico puerperal na
Estratégia Saúde da Família... O caso Esmeralda.**

Dissertação para obtenção de Título de Mestre em Enfermagem pela Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro
Área de Concentração: Enfermagem e a Saúde da População

Rio de Janeiro, 18 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

PROF^a.DR.Fátima Terezinha Scarparo Cunha – Doutor em Saúde Coletiva – Prof^a.
Adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP - Universidade do Estado do Rio de Janeiro -
UNIRIO – PRESIDENTE.

PROF^a.DR. Luciana Maria Borges da Matta Souza/ Doutor em Saúde da Criança e
da Mulher - Subsecretária de Saúde de Teresópolis/ Profa. Titular do UNIFESO -
MEMBRO

PROF^a.DR. Leila Rangel da Silva – Doutor em Saúde da Mulher - Professora do
Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP-
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO – MEMBRO

PROF^a.DR. Liliana Angel Vargas – Doutor em Saúde Coletiva Professora Adjunta do
Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo
Pinto – EEAP - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO – SUPLENTE

Prof. Dr. Luiz Vieira Junior – Doutor em Saúde Coletiva – Enfermeiro da Secretaria
Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Professor Titular da Faculdade Bezerra de
Araújo - FABA - SUPLENTE

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que trazem em si as marcas da maternidade, marcas por terem parido, marcas por não terem parido e até as marcas por não terem sequer gestado. Marcas da dor da desassistência e marcas da afável acolhida no momento de dar a luz. Mulheres que com a sua história contribuíram de alguma forma na realização deste trabalho.

A todos os amigos e companheiros que pensam que a assistência ao sujeito é resultante de um processo contínuo de reflexão, e que comigo construíram uma nova forma de observar e analisar o cotidiano em saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as oportunidades de vida, que por sua imensa graça, me concedeu.

A Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, onde ingressei para realizar esta dissertação.

A minha orientadora e principalmente amiga, Fátima Scarparo, que acreditou e investiu para que eu ousasse estudar conceitos tão profundos para esta construção.

Aos gestores e profissionais do PSF Alagado, que disponibilizaram seu tempo e atenção, mudando sua rotina de trabalho para contribuir na coleta dos dados.

A Esmeralda que aceitou ser sujeito desse estudo, possibilitando esta construção.

Aos meus pais, Deusdedes e Adenair, jóias preciosas que construíram as bases de caráter e perseverança para que eu chegasse até aqui.

Ao Fabio, meu esposo, grande amor, meu companheiro, parceiro e incansável ouvinte das reclamações de cansaço ao longo desta produção.

A minha mais linda e melhor produção, meu amor maior, Milena.

EPÍGRAFE

“Pensar sobre nossa existência como sujeitos protagonistas do dia-a-dia nos interroga intensamente, porque somos e não somos sujeitos. Ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras. Isto é, somos muitos sujeitos e não sujeitos em diferentes situações. Instituídos e instituintes. Melhor dizendo, somos sujeitos que sujeitam sem que com isso deixemos de ser sujeitados também. Não há nunca uma identidade, individual ou coletiva, que fica sempre no tempo em nós. Esta está sempre em produção Partindo de um certo território, abrindo-se para outros possíveis. Produzindo mapas, desenhando cartografias. Passamos de sujeitos que sujeitam a sujeitados, o tempo todo. Para complicar, as teorias que procuram entender essas situações, são muitas e nada amigáveis. Muitas vezes são contraditórias entre si. Óbvio que não tenho a pretensão de dar conta delas, ou mesmo de expô-las. Mas, com este material polemizo algumas. Parto do princípio que somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos protagonizando processos novos como força de mudança” (MERHY, 2007, p. 13).

RESUMO

Esse estudo dirigiu-se a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, concentrando-se no processo de trabalho em saúde da equipe de saúde da família. Realizar tal análise implica em reconhecer a existência desse processo fundamental na análise do ato vivo em saúde. As questões que nortearam o estudo foram: Como é o processo de trabalho da equipe de saúde da família (ESF) nas ações de pré-natal, referência para o parto e contra-referência para o puerpério no PSF Alagado? Como se articulam o trabalho em saúde dos profissionais de saúde neste ciclo da vida da mulher? Há fluxos de referência para o parto e contra-referência para o puerpério no PSF Alagado? Como estes fluxos estão organizados? Esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de trabalho em saúde da equipe de saúde da família do PSF Alagado, nas ações de pré-natal, parto e puerpério. E, como objetivo geral, investigar o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) no ciclo gravídico puerperal, no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos são: Investigar o processo de trabalho da equipe de saúde da família no pré-natal; Compreender como atua a equipe de saúde da família na referência para o parto; Investigar o processo de trabalho da equipe de saúde da família na assistência a puérpera; Analisar a existência de “ruídos” no processo de trabalho da equipe de saúde da família na atenção à gestante/puerpéra na gestão do cuidado em saúde. Utilizamos com ferramenta de análise o fluxograma analisador, porque este proporciona olhar um serviço de saúde e identificar suas características. A metodologia do estudo é de natureza qualitativa, com estudo de caso de uma mulher acompanhada durante seu pré-natal, parto e puerpério por uma das equipes de Saúde da Família do PSF Alagado. Utilizamos para a coleta de dados, diário de campo, entrevista aberta com a gestante selecionada, entrevistas semi-estruturadas com os membros da equipe de saúde da família responsável pela gestante e análise de prontuário. Este conjunto de fontes permitiu a triangulação dos dados. Como resultados da análise dos dados emergiram duas categorias analíticas: As Tecnologias Leves na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e Tecnologias Leve-duras no ciclo gravídico-puerperal. O contexto real frente o ideário da ESF aponta um modelo em construção, que reflete através de seus atores muitos desvios diante da essência que a ESF apresenta um franco conformismo no dia-a-dia da unidade de saúde. Esse estudo possibilitou conhecer no âmbito da

micropolítica de uma unidade de saúde as famílias, as produções de cuidados e conflitos emergentes.

DESCRITORES: estratégia saúde da família; processo de trabalho; trabalho em saúde; pré-natal; puerpério.

ABSTRACT

This study it was directed assistance to the woman in the pregnant and after-childbirth cycle, concentrating itself in the process of work in health of the team of health of the family. To carry through such analysis implies in recognizing the existence of this basic process in the analysis of the alive act in health. The questions that had guided the study had been: How it is the process of work of the team of health of the family in the actions of prenatal, reference for the childbirth and against-reference for the after-childbirth in the Flooded PSF? How they articulate the work in health of the professionals of health in this cycle of the life of the woman? It has flows of reference for the childbirth and against-reference for the after-childbirth in the Flooded PSF? How these flows are organized? This research has as of study the process of work in health of the team of health of the family of the Flooded PSF, in the actions of prenatal, childbirth and after-childbirth. And, as objective generality, to investigate the process of work in health in the Strategy Health of Family (ESF) in the pregnant and after-childbirth cycle, in the city of Rio de Janeiro. The specific objectives are: To investigate the process of work of the team of health of the family in the prenatal one; To understand as the team of health of the family in the reference for the childbirth acts; To investigate the process of work of the team of health of the family in the after-childbirth assistance; To analyze the existence of “noises” in the process of work of the team of health of the family in the attention to pregnant and woman in after-childbirth in the management of the care in health. We use with analysis tool the analytical flowchart, because this provides to look at a health service and to identify its characteristics. This study it is of qualitative nature, with study of case of a woman attended upon during its prenatal one, childbirth and after-childbirth for one of the teams of Health of the Family of the Flooded PSF. We use for the collection of data, daily of field, interview opened in the selected pregnant, interviews half-structuralized with the members of the team of health of the responsible family for the pregnant and handbook analysis. This set of sources allowed the triangulation of the data. As result of the analysis of the data two analytical categories had emerged: The Light Technologies in the assistance the woman in the pregnant and after-childbirth cycle and Technologies Leavenings in the pregnant and after-childbirth cycle. The real context front the idealize of the points a model in construction, which reflects through its actors many shunting

lines of the essence that the strategy health of the family presents, a frank conformism in day-by-day of the unit of health. This study made possible to know in the scope of the micropolitics of a unit of health the families, the emergent productions of cares and conflicts.

DESCRIBERS: strategy health of the family; work process; work in health; prenatal; after-childbirth.

RESUMEN

Este estudio era ayuda dirigida a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal, concentrándose en curso de trabajo en la salud del equipo de salud de la familia. Para llevar con tal análisis implica en el reconocimiento de la existencia de este proceso básico en el análisis del acto vivo en salud. Las preguntas que habían dirigido el estudio habían sido: ¿Cómo él está el proceso del trabajo del equipo de salud de la familia en las acciones de prenatal, la referencia para el parto y la contra-referencia para el puerpério en el PSF inundado? ¿Cómo articulan el trabajo en la salud de los profesionales de la salud en este ciclo de la vida de la mujer? ¿Tiene flujos de referencia para el parto y de contra-referencia para el puerpério en el PSF inundado? ¿Cómo estos flujos se organizan? Esta investigación tiene en fecha estudio el proceso del trabajo en la salud del equipo de salud de la familia del PSF inundado, en las acciones de prenatal, del parto y del puerpério. E, como generalidad objetiva, investigar el proceso del trabajo en salud en la salud de la estrategia de Família (ESF) en el ciclo puerperal del gravídico, la ciudad de Rio de Janeiro. Los objetivos específicos son: Para investigar el proceso del trabajo del equipo de salud de la familia en la prenatal; Para entender como el equipo de salud de la familia en la referencia para los actos del parto; Para investigar el proceso del trabajo del equipo de salud de la familia en el puérpera de la ayuda; Para analizar la existencia de “ruidos” en curso de trabajo del equipo de salud de la familia en la atención a gestante/puerpéra en la gerencia del cuidado en salud. Utilizamos con la herramienta de análisis el organigrama analítico, porque éste proporciona para mirar un servicio médico y para identificar sus características. Este estudio está de naturaleza cualitativa, con el estudio del caso de una mujer folloied durante su, parto y puerpério prenatales para uno de los equipos de salud de la familia del PSF inundado. Utilizamos para la recogida de datos, diario del campo, entrevista abierta en el gestante seleccionado, mitad-structuralized de las entrevistas con los miembros del equipo de salud de la familia responsable para el

análisis del gestante y del manual. Este sistema de fuentes permitió la triangulación de los datos. Como resultado del análisis de los datos dos categorías analíticas habían emergido: Las tecnologías ligeras en la ayuda la mujer en el ciclo gravídico-puerperal y tecnologías Leavenings en el ciclo gravídico-puerperal. El frente verdadero del contexto el ideario del ESF señala un modelo en la construcción, ése a continuación refleja a través de sus agentes muchas líneas de desvío de la esencia que el ESF presenta, de un conformismo franco en day-by-day de la unidad de salud este estudio hecho posible conocer en el alcance del micropolitics de una unidad de salud a las familias, de las producciones inesperadas de cuidados y de conflictos.

DESCRIPTORES: la estrategia de salud de la familia; proceso del trabajo; trabajo en salud; prenatal; puerpério

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	19
2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	19
2.2 RUÍDOS DO FLUXOGRAMA ANALISADOR.....	22
2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICA ESTRUTURANTE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	24
2.4 A NOVA CONJUNTURA DO ATENDIMENTO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER NO SUS.....	25
CAPÍTULO 3. METODOLOGIA.....	25
3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DAS GESTANTES.....	27
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA GESTANTE.....	27
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DAS GESTANTES.....	28
3.4 COLETA DE DADOS	29
CAPÍTULO 4. MICROCONTEXTUALIZAÇÃO DA ESF – MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, MÓDULO ALAGADO.....	31
4.1 A ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	31
4.2 A MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	31
4.3 A TRAJETÓRIA NA ESF.....	35
4.4 CARACTERÍSTICAS DA ÁREA.....	36
4.5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA COMUNIDADE DE ALAGADO...38	
CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5.1 O CASO ESMERALDA	41
5.2 FLUXOGRAMAS DO PRÉ-NATAL E PARTO E ANÁLISE DOS RUÍDOS....	43
5.3 CATEGORIZANDO OS RUÍDOS DO CASO ESMERALDA	51
5.3.1 CATEGORIA I – AS TECNOLOGIAS LEVES NA ASSISTÊNCIA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	51
5.3.2 CATEGORIA II – AS TECNOLOGIAS LEVE-DURAS NA ASSISTÊNCIA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	59

CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....65

**6.1 PROPOSTAS PARA UMA ANÁLISE CONTÍNUA DO PROCESSO DE
TRABALHO EM SAÚDE NAS EQUIPES DA ESF.....70**

REFERÊNCIAS.....72

- APÊNDICE A - Roteiro das entrevistas.....76
- APÊNDICE B - Quadro descritivo do acompanhamento pré-natal de Esmeralda.....79
- APÊNDICE C - Quadro descritivo do diário de campo – técnica observação não participante.....80
- APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes da Pesquisa.....81

ANEXOS

- ANEXO A - Lista de notações utilizadas nos fluxogramas.....85
- ANEXO B - Controle pré-natal.....86
- ANEXO C - Cartão Pré-natal.....87

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

Os acontecimentos políticos, sociais e econômicos refletidos mundialmente desde o século XIX geraram, na sociedade, mudanças significativas na forma de viver a vida. A população tem maior expectativa de vida, o que traz novas demandas da sociedade. Analisando a saúde como uma esfera da vida de homens e mulheres, todas as transformações da sociedade também se configuram em transformações da saúde e dos problemas sanitários (BRASIL, 2006a, p.13).

Desta forma, ver a saúde como um dos fatores primordiais na vida da sociedade impulsionou a redemocratização do país, a partir da proposta de criação de um sistema de saúde que atendesse de forma equânime o cidadão.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constituiu um momento crucial no qual forças políticas comprometidas com o ideário de justiça e a sociedade buscaram, por meio do movimento da Reforma Sanitária, a implantação de políticas públicas que priorizassem o direito à saúde e a descentralização do sistema de saúde para a esfera de poder mais próxima dos cidadãos, a gestão municipal. As reflexões decorrentes desse período ampliaram o conceito de saúde no âmbito dos determinantes sociais do processo saúde-doença e, a partir de então, as políticas públicas de saúde começaram a focá-los na análise da morbidade e mortalidade populacional. A Política Nacional da Atenção Básica apresenta estes determinantes como sendo:

Violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada. Este enfoque requer formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 2006a, p. 14).

Isso exige a participação do indivíduo não apenas por meio do controle social, mas, em um trabalho em rede com a sociedade civil organizada, para que o planejamento das ações esteja diretamente vinculado às necessidades vivenciadas pela população nos diferentes territórios.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos na sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. (BRASIL 2006a, pág. 15).

Como a saúde é resultante dos modos de organização da sociedade, sendo influenciada pelo contexto histórico, a ênfase na excelência na alta complexidade tecnológica, expressa como equipamentos e insumos sofisticados de diagnóstico e de terapêutica, não conseguem modificar os condicionantes nem os determinantes mais amplos do processo saúde-doença.

Pensar em um novo agir na saúde demanda o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades que se configura em ações próprias da clínica, da saúde coletiva e da gestão, que são indissociáveis entre si, em sua forma de agir.

Ao mesmo tempo, há uma valoração das tecnologias não materiais como vínculo, acolhimento, autonomização do sujeito do cuidado como fundamentais na construção de um sistema de saúde equânime e cidadão.

Entretanto, a banalização da assistência pré-natal é uma constatação de qualquer profissional que atue nesta área. Observando os serviços de saúde no Rio de Janeiro, a falta de compromisso profissional, o descaso com as usuárias e os registros das condutas e procedimentos incompletos e/ou ausentes dos prontuários são atos comuns no dia-a-dia assistencial. Minha trajetória de trabalho na atenção à saúde da mulher oportunizou diversas vivências, desde a realização do pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e em unidade básica de saúde, o parto em unidade hospitalar e a experiência de gestão do programa da mulher em uma Área Programática (AP) do município do Rio de Janeiro.

Enquanto enfermeira de uma das equipes do PSF Alagado participei da implantação da unidade e uma das preocupações da equipe era impedir a repetição das falhas que vivenciamos em outras unidades de saúde da família por onde atuamos. Era o instituinte sobrepondo-se ao instituído. As experiências anteriores mostraram a falta de acolhimento na porta de entrada, a inversão da filosofia da ESF com predomínio das atividades curativas em detrimento das preventivas, a dinâmica de funcionamento ordenada por programas e o funcionamento independente, de cada equipe. Diante disso sabíamos que não poderíamos repetir os mesmo erros.

Começamos no primeiro semestre de 2004 as atividades no PSF Alagado, tomando por base as principais necessidades da comunidade. Realizamos um evento chamado “De mãos dadas com a saúde”, no qual desenvolvemos diversas atividades de promoção à saúde, buscando nos tornar conhecidos pela comunidade. Uma usuária que residia em uma casa em péssimas condições, recebeu da equipe

um mutirão de limpeza na casa, capina do terreno pelos agentes entre outras bem feitorias. Tais atividades geravam criação de vínculo com a população. Procurávamos trabalhar de forma integrada entre equipes, levando todos os temas para discussão. Isso não era fácil, principalmente, porque eram profissionais de saberes diferenciados, mas, considerávamos a integração como crucial para a construção da filosofia do PSF Alagado aos moldes do ideário da ESF.

Baseado nesta realidade se torna fundamental analisar o processo de trabalho em saúde, pois ao olhar a produção dos trabalhadores, dentro de seus territórios de domínio (consultórios e unidades de saúde), nos oportuniza a discussão da gestão do cuidado nas instituições de saúde.

Ao imaginarmos que, por mais que o profissional deseje atender e tenha se qualificado para atender a mulher, grávida, com condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, que podem colocar em risco, ela e o feto, se o instituído reproduz a assistência desqualificada, o conflito se estabelece e o maior prejudicado é este sujeito do cuidado.

Pensar nesses instituídos significa também resgatar um pouco de nossa formação, graduação em Enfermagem, que é embasada nas tecnologias leve-duras. O saber científico que, espera-se, ser suficiente para atender com qualidade o sujeito do cuidado, embora necessário, muitas vezes, não é suficiente para ouvir este sujeito. Mas, mesmo assim, o desejo é cuidar bem como se aprendeu e os desejos e interesses entre cuidadores e cuidados, mediados pela gestão, entram em cena e os conflitos se desenrolam.

Estas inquietações trouxeram como **questões norteadoras**: Como é o processo de trabalho da equipe de saúde da família nas ações de pré-natal, referência para o parto e contra-referência para o puerpério no PSF Alagado? Como se articula o trabalho em saúde dos profissionais de saúde neste ciclo da vida da mulher? Há fluxos de referência para o parto e contra-referência para o puerpério no PSF Alagado? Como estes fluxos estão organizados?

Esta pesquisa tem como **objeto** de estudo o processo de trabalho em saúde da equipe de saúde da família do PSF Alagado, nas ações de pré-natal, parto e puerpério. E, como **objetivo geral**, investigar o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) no ciclo gravídico puerperal, no município do Rio de Janeiro.

Os **objetivos específicos** são:

- (1) Investigar o processo de trabalho da equipe de saúde da família no pré-natal;
- (2) Compreender como atua a equipe de saúde da família na referência para o parto;
- (3) Investigar o processo de trabalho da equipe de saúde da família na assistência à puérpera;
- (4) Analisar os “ruídos” no processo de trabalho da equipe de saúde da família na atenção à gestante / puérpera na gestão do cuidado em saúde.

Este estudo justifica-se pela necessidade do entendimento da atenção à saúde da gestante / puérpera no SUS municipal como uma rede composta por nós ou pontos, de distintos níveis de complexidade sócio-sanitária e tecnológica, que são interligados por meio de fluxos de referência e contra referência no suporte às necessidades de saúde da mulher neste ciclo da vida.

Domingues e Ratto (2008), afirmam que tornar-se mãe para a mulher não se configura em um evento meramente biológico. Em todas as culturas a transição do status de “mulher” para “mãe” configura-se em um momento de grande representação.

Frente a esta afirmação buscamos com esse estudo investigar como se apresenta assistência à mulher na equipe de saúde da família e discutir seu processo de trabalho, por considerar esta análise como fundamental para conhecer como a ESF tem desenvolvido suas ações no município do Rio de Janeiro e desta forma, contribuir para a reflexão sobre esse tema.

A macro-contextualização deste estudo pretende abordar os conceitos que embasam o processo de trabalho em saúde, refletindo sobre as relações das tecnologias não materiais com a atenção à saúde que é oferecida a uma usuária, gestante, o qual originou um estudo de caso, foco principal de análise deste trabalho, o caso de uma gestante adolescente que teve todo seu pré-natal realizado no PSF Alagado.

Convido o leitor a dividir conosco as experiências vivenciadas neste fascinante e expressivo caso Esmeralda.

CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para entendermos mais sobre o processo de trabalho em saúde, alguns autores foram fundamentais, como Gonçalves (1979) que esclarece que o termo processo de trabalho não se resume especificamente ao dispêndio de forças de forma mecânica, mas, para ele, é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada tecnologia estão contidas, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro. Porque estas estão totalmente relacionadas entre si não podendo ser analisadas em separado.

Para este autor, processo de trabalho em saúde configura-se como tecnologia que abrange o conhecimento e seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado.

Analisar o processo de trabalho em saúde implica em reconhecer a existência desse processo fundamental na análise do ato vivo em saúde na produção do cuidado, a possibilidade de descobrir o “tipo de interseção” que se constitui e os diversos modos que operam no seu interior.

Falar em tecnologia significa segundo Merhy (2007, p.46a), ter como referência a temática do trabalho, que pode ter como produto coisas (bens/produtos) materiais duros assim como bem / produtos simbólicos, que também portam valores de uso, que satisfazem necessidades.

Neste estudo, nosso foco de análise dirigiu-se à assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, concentrando-se no processo de trabalho da equipe de saúde da família.

Como a investigação se dá sobre os objetos sociais, imbuídos de subjetividades, todos os atores sociais interagem no espaço social em que estão inseridos. Assim, estudamos todos aqueles profissionais que cuidaram e gerenciaram o cuidado de uma mulher na gravidez, parto e puerpério.

No processo de trabalho em saúde há estudo exaustivo da cadeia produtiva, que se desdobra desde a entrada da usuária no sistema (busca pelo atendimento) até a sua finalização, no caso deste estudo, o puerpério. Para isso, são analisados os espaços intercessores, que, segundo Merhy (1997, p.132), é o espaço de relação que se produz quando dois sujeitos se encontram, produzindo interseções, que afeta

mutuamente os dois sujeitos. Neste processo são expostos os instituintes (a proposta do novo). Esse processo que leva os sujeitos a terem um novo olhar, não considerando apenas o que está instituído (o antigo), mas o que pode surgir de novo neste processo de troca, os tornando sujeitos coletivos.

Segundo Merhy (2007b, p.116), o cotidiano institucional se expressa como uma dobra, de um lado, há o “cenário” do mundo das significações, de outro lado, opera um mundo distinto, o dos sentidos e sem sentidos, que se mostra através de “falhas” ocorridas no cenário anterior. Assim, o cotidiano não é exclusivo, aparente / falso e ou funcional, em que opera o mundo harmônico das identidades e papéis; nem do outro o lugar só do dissonante, mas sim uma dobra expressiva da simultaneidade destes mundos. É, portanto, onde se produzem os “estranhamentos”, os “ruídos” e as “falhas” do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados onde há a produção do **trabalho vivo e trabalho morto**.

O **Trabalho vivo** é o trabalho em si do sujeito-produtor, ou seja, o trabalho criador em ação para consecução de um determinado produto. **Trabalho morto** é considerado todo aquele produto-meio que está envolvido no processo de trabalho – como ferramentas, matérias-primas ou mesmo um saber estruturado – e que é resultado de um trabalho humano anterior (MERHY 2007b, p.83).

Os referidos autores afirmam que é necessária a construção de uma nova consciência sanitária, na qual os profissionais venham a aderir ao novo projeto e a partir de então, o gestor começaria a exercitar a escuta dos ruídos existentes no cotidiano das unidades de saúde, entendendo o significado dessas interferências para promover na equipe o incentivo necessário para que exerça seu papel com qualidade.

Compartilhando do mesmo pensamento quanto ao processo de trabalho, Cecílio (2001) explora os aspectos micropolíticos. Esse autor entende que, nesse processo, é fundamental reconhecer os atores sociais envolvidos que, a todo o momento, vivem em constante disputa nos vários espaços institucionais (micro), ou na formulação das políticas de saúde (macro). O passo seguinte é ter como foco principal análise da micropolítica do trabalho vivo em saúde, no qual o processo de atenção centrado no cuidado deriva da valorização de alguns conceitos, como autonomia e intersubjetividade.

Franco e Merhy (2007c) entendem que apenas modificando a estrutura não será possível modificar o modelo assistencial, por não interferir diretamente na

micropolítica do trabalho em saúde, ou seja, na atuação dos atores sociais (os trabalhadores da saúde).

Na busca de um sistema de saúde para todos, que seja universal, equânime, com qualidade e implicado na construção da cidadania, um dos temas mais discutidos e problemáticos é a organização, estruturação e gerência dos processos de trabalho nas diferentes unidades de saúde.

Merhy (2007b) se refere ao termo tecnologia em saúde em uma definição que ele considera mais ampla:

por incluir como tecnologia certos saberes que não são instituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. Desse modo falo em tecnologias duras, leve-duras e leves. Merhy (2007, p.45).

Segundo Jorge (2002, p.70):

O tema da tecnologia em saúde é entendido como o espaço da produção de relações e de bens/produtos e utiliza o termo tecnologias como uma ferramenta de análise, sistematizando e denominando-as, em saúde, como: leves – tecnologias não-estruturadas e produtoras de relações intercessoras, como no caso daquelas que ocorrem na interação entre o trabalhador de saúde e o usuário quando da produção de atos de saúde, produção de vínculo, autonomização, acolhimento, como também nos processos de gestão como forma de governar processos de trabalho, etc; leve-duras – tecnologias que expressam saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a Clínica Médica, a Psicanálise, a Epidemiologia, o Taylorismo, etc; duras – expressões de tecnologias bem estruturadas tais como os equipamentos, as máquinas ou ferramentas, como também as normas, estruturas organizacionais, etc.

Segundo Marques e Lima (2004), o trabalho em saúde é influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos, onde o eixo analítico principal dos modelos tecnoassistenciais são as tecnologias leves e a forma com que se articulam com as outras.

Temos as bases teóricas para avançar na análise dos “ruídos” no cotidiano dos serviços: a idéia de um cenário de produção, tanto de relações quanto de bens e produtos. Os ruídos, nos processos de trabalho, permitem interrogar e analisar o modelo do fluxograma em investigação.

O Fluxograma é a ferramenta de análise que busca representar o processo de trabalho com símbolos pré-determinados. Para Merhy (2007b, p.73).

O fluxograma é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de “desenhar” um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção.

Neste sentido, buscou-se evidenciar como os ruídos podem expor insuficiências ou lacunas ou alienações do trabalho em saúde e aumentar a capacidade de intervenção sobre a realidade.

Para tal análise, se faz necessário investigar nos serviços de saúde como se articulam os processos de trabalho nos distintos níveis de complexidade da atenção à saúde nas instituições.

2.2 RUÍDOS DO FLUXOGRAMA ANALISADOR

Após entender algumas características acerca do processo de produção em saúde, buscaremos nesta etapa apresentar como utilizar a informação das ações realizadas no serviço como ferramenta interrogadora dos sentidos e significados do agir em saúde. No desenvolvimento do atendimento surgem as falhas das ações de saúde no cotidiano da instituição, o qual chamamos ruídos, (MERHY, 2007b, p.118)

Estudar como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho permite conhecer o modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, identificando os ruídos, é possível refletir na assistência a partir da prática. Desta forma, necessitamos identificar no cotidiano dos trabalhadores de saúde e usuários dos serviços quais as subjetividades produzidas neste dia-a-dia que permitem qualificar a atenção à saúde.

O fluxograma analisador possibilita olhar um serviço de saúde e identificar características sobre o “fazer em saúde”, delimitando neste serviço suas propriedades: quem trabalha o que faz, como faz, para que, porque, para quem. Não deixando de ressaltar que cada trabalhador de saúde opera em um espaço de “autogoverno” que lhe possibilita até mesmo “privatizar” o uso desse espaço, conforme o modelo tecno-assistencial vigente e/ou predominante, sem ter que prestar conta de como está atuando.

A entrada no sistema desencadeia dois possíveis processos: a) a recusa do usuário sob diversas formas como, por exemplo, com as expressões: “não há vaga”,

“não há médico hoje”, “hoje não é dia desse tipo de atendimento” ou, b) outra lógica acolhedora, a escuta das demandas do usuário é aberta e qualificada, isto é, há um espaço intercessor entre trabalhador e usuário, há mútuo reconhecimento de direitos e deveres e decisões que permitam estabelecer intervenções eficazes e pertinentes às necessidades do usuário. Após conseguir entrar no sistema, descrever a trajetória permite identificar os principais nós no processo de assistência.

O usuário entra e após as intervenções sairá. A porta de saída permite analisar se o processo intercessor trabalhador/usuário é também acolhedor, porque o sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar autônomo. (MERHY, 2007c, p.21).

O trabalhador de saúde, como qualquer trabalhador na produção de seu trabalho, tem em mente um construto final daquilo que deseja executar, mas este trabalhador parte de seus interesses e se confronta com as relações que operam no mundo do trabalho. Esses interesses também são necessidades explícitas a serem buscadas. Não se pode deixar de pensar que este trabalhador é produto de pré-definição de sua atuação profissional, que visa atender ao mercado.

Desta forma, entendemos que tanto profissionais quanto usuários de saúde, são instituintes de necessidades e atuam como forças que podem provocar mudanças no espaço intercessor expondo, de formas distintas, suas intencionalidades, desejos e necessidades.

No processo intercessor produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, que os põem em confronto, conflituoso ou não, diante das necessidades de cada um. O interesse do produtor de ações de saúde poderá ser a remuneração, mas para o consumidor a sua saúde é um bem que lhe permite caminhar pela vida.

Para os instituídos, que não atendem nem à remuneração do trabalhador em saúde, nem do sujeito do cuidado, o instituinte é “a linha de fuga” do instituído. Desta forma todo profissional, neste momento exerce seu autogoverno na atuação e constrói sua dinâmica de trabalho de forma independente ao que o instituído preconiza.

2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICA ESTRUTURANTE DA ATENÇÃO BÁSICA

É característica marcante da ESF seu caráter substitutivo, alterando o processo de trabalho vigente, baseado na especialização, sem vínculo com o cliente e compartimentalizado nos vários “serviços de saúde” pelos quais os pacientes peregrinam.

A ESF trabalha com diretrizes e princípios coerentes com o SUS como integralidade, hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e trabalho em equipe multiprofissional. Tem como eixo central da atenção à saúde, o estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade entre profissionais de saúde e indivíduo/população. A atenção à saúde é para a família a partir do ambiente onde vive. Tal perspectiva permite a compreensão ampliada do processo saúde-doença, por poder transpassar os muros da unidade de saúde, chegando às pessoas e suas relações sociais, propiciando a intervenção nos problemas identificados.

Ao analisar as ações destinadas às gestantes no acompanhamento do pré-natal, pretende-se identificar as intercorrências neste processo no âmbito da micropolítica do processo de trabalho em saúde, que interferem na macropolítica de gestão da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe à equipe de saúde da família realizar cadastramento domiciliar, fazer diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade. Para desenvolver tais ações é necessário manter postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população.

Além disso, o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional, devem ser práticas comuns no processo de trabalho em saúde, tendo como foco a família e a comunidade. A integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias é outra atribuição da equipe de saúde da família.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (2007c, p.37), sempre que houver um “processo relacional” de um usuário com o trabalhador haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde. No encontro trabalhador-usuário se produz um espaço intercessor, no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde sustenta-se: a tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves. Desta forma, este estudo busca conhecer no território das tecnologias leves como se

apresenta o atendimento de Esmeralda, quais as relações envolvidas no processo de trabalho e como a própria Esmeralda identifica a assistência a que foi submetida.

2.4 A CONJUNTURA DO ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO SUS

Diversas variáveis podem ser utilizadas para analisarmos o processo de trabalho em saúde dos profissionais que estão relacionados com o Programa de Saúde da Mulher. O conceito de atenção humanizada é amplo, e seu objetivo final é promover nascimento saudável prevenindo a morbi-mortalidade materna e perinatal. No pré-natal, o profissional deve realizar procedimentos comprovadamente benéficos para a gestante. No parto, se deve evitar o uso de procedimentos intervencionistas desnecessários, promovendo ações que preservem sua privacidade e autonomia.

A mulher, durante o período da gravidez, transita, muitas vezes, pela pirâmide assistencial do SUS com seus três níveis assistenciais: atenção básica, média e alta complexidade. O pré-natal é iniciado na unidade básica, mas necessita realizar ultrassonografia ou teste rápido Anti-HIV. Ao deslocar-se de uma unidade para outra, os fluxos de encaminhamento não são institucionalizados, tornando-se desgastantes, ineficazes e onerosos. Com o parto não é diferente, se observarmos que a mulher realiza o pré-natal em uma unidade básica de saúde, mas não tem garantido sua vaga na maternidade. Estas situações, hoje, são denominadas como peregrinações pelos serviços de saúde na busca por resolver os problemas de saúde.

A adesão ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, sendo essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil (Brasil, 2006b).

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

A jornada metodológica adotada para este estudo é de natureza qualitativa, com estudo de caso de uma mulher acompanhada durante seu pré-natal, parto e puerpério por uma das equipes de Saúde da Família do PSF Alagado.

A abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, percepções experiências de vida e etc. Segundo Turato (1987), o pesquisador é curioso por saber como o objeto se comporta, quais seus estados e mudanças. A pesquisa qualitativa busca compreender a explicação dos fenômenos estudados, onde o critério de cientificidade passa a ser a intersubjetividade, pois o conhecimento é produzido pelo sujeito e pelo objeto em uma construção dialética (MARTINS; BÓGUS, 2004).

Os estudos de caso são avaliados pela qualidade de articulação teórica na qual se apóia a pesquisa e pela adequação entre os modos de análise utilizados e o modelo teórico escolhido. Com relação à validação externa, eles não têm a pretensão de alcançar uma generalização estatística, mas o interesse de generalizar um quadro teórico ou modelo relacionado à compreensão de um determinado problema em diferentes situações.

Para Yin (1993) apud Hartz (2005, p.111):

A escolha dessa estratégia de investigação justificou-se por se tratar de um estudo empírico que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos e no qual são utilizadas várias fontes de evidências.

No estudo de caso, o pesquisador organiza os dados de forma a preservar o caráter unitário do objeto social a ser estudado.

Optamos, pela configuração do objeto de estudo, em analisar as experiências e singularidades do conjunto de trabalhadores em suas atuações no cuidado à Esmeralda.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS-RJ), protocolo número 178/07 com data da apreciação: 26/11/07, renovada em 17/11/08 e foram cumpridas todas as determinações da Resolução CNS 196/96, em especial, a adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada sujeito da pesquisa (APÊNDICE D).

Para garantir o sigilo e o anonimato da gestante, esta recebeu o pseudônimo de Esmeralda. Os demais sujeitos da pesquisa estão identificados como

Entrevistado. Sempre que este termo aparecer estará sendo referenciado a um dos integrantes da equipe (médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde) ou ao supervisor do módulo. Este dispositivo tem como objetivo assegurar o sigilo e o anonimato desses sujeitos da pesquisa, por tratar-se de uma unidade na qual os profissionais poderiam ser facilmente identificados. Além destes procedimentos, o banco de dados foi analisado somente pelas duas pesquisadoras, a mestranda e a orientadora.

3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA GESTANTE

Para estabelecer os critérios de elegibilidade da gestante para o estudo de caso, foram realizadas duas visitas à unidade onde ocorreu a pesquisa. O objetivo foi definir os critérios de inclusão e exclusão das gestantes.

O primeiro passo para o processo foi identificar os dias de atendimento pré-natal nas três equipes do PSF Alagado. Posteriormente, foi feita busca nos prontuários sobre a idade gestacional das gestantes agendadas.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA GESTANTE

Um dos critérios foi gestante com o pré-natal iniciado no primeiro trimestre gestacional. Buscou-se reduzir as chances de qualquer ruído ocorrido no processo ser atribuído ao ingresso tardio no pré-natal.

No momento da coleta de dados, foi eleita uma gestante que pudesse, dentro do período da pesquisa, realizar o parto, para que fosse possível analisar a referência para o parto e contra-referência para o puerpério. Inicialmente, a proposta do estudo era incluir duas gestantes, para observar os diferenciais entre equipes. Optamos apenas por duas equipes, pois durante a observação para definição dos critérios, uma das equipes apresentou alta rotatividade do profissional enfermeiro. Isso dificultaria a análise do processo de trabalho. Tal proposta foi descartada na

defesa do projeto pela banca examinadora que apontou o risco de não haver tempo hábil para construção do fluxograma de dois estudos de caso.

Outro critério foi gestante acompanhada por profissionais que estivessem na equipe há um longo tempo, por considerarmos relevante o vínculo entre o sujeito do estudo com aqueles que prestam o cuidado.

Inicialmente, selecionamos a equipe na qual a médica estava há aproximadamente três anos e a enfermeira há nove meses na unidade. Foi selecionada uma gestante através da busca dos prontuários, realizamos uma visita domiciliar com o agente comunitário, mas, ao analisar o prontuário, identificamos que a idade gestacional contemplada no cartão pré-natal era incompatível com a da ultrassonografia, a gestante teria iniciado o pré-natal após o primeiro trimestre. Nenhuma outra gestante da equipe apresentava os critérios de inclusão no estudo.

Utilizando este critério, tempo de permanência na equipe, selecionou-se mais uma das duas equipes de saúde da família que preenchiam o referido critério.

Este processo de seleção e re-seleção durou aproximadamente dois meses, onde foram analisados seis prontuários e finalmente selecionado um para ser o estudo de caso.

Após a seleção foi feito um contato com a gestante, explicada detalhadamente a pesquisa, solicitada autorização mediante leitura do termo de consentimento livre e esclarecido à gestante assim como ao seu responsável legal, em virtude da gestante ser menor.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DAS GESTANTES

Foram excluídas do estudo gestantes que iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre gestacional; gestantes que não tiveram sua data provável do parto compatível com o período da pesquisa e gestantes residentes fora da área de abrangência do PSF Alagado, que, por algum motivo, tivessem sendo acompanhadas na Unidade.

3.4 COLETA DE DADOS

Utilizamos para a coleta de dados, diário de campo, análise de prontuário, e entrevista semi-estruturada com roteiro temático com a gestante selecionada, com os membros da equipe de saúde da família responsável pela gestante e com supervisor do Módulo Alagado da ESF. Este conjunto de fontes permitiu a triangulação dos dados. Turato (1987) emprega este termo para explicar quando o pesquisador utiliza diferentes métodos e técnicas para colher dados e confrontá-los na análise. O período de coleta de dados durou dois meses e dez dias, iniciou em 10 de março de 2008 e finalizou em 20 de maio de 2008.

Foram realizadas entrevistas com a enfermeira, o médico e o ACS da equipe de saúde da família que acompanhou a gestante.

No diário de campo, foi utilizada a técnica de observação não participante, registrando-se as seguintes observações: as relações entre usuários e profissionais de saúde, os fluxos pré-determinados de encaminhamentos e os conhecimentos técnico-científicos utilizados na abordagem pré-natal com base no Manual de Assistência pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

A observação, a “partir de dentro”, exige do observador habilidade para inserção dentro do ambiente da pesquisa (PATTON, 1990).

Segundo Martins e Bógus (2004, p. 49): “A entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por observação direta. Tais como sentimentos, pensamentos e intenções”.

As entrevistas foram gravadas em MP3 e, posteriormente, transcritas e submetidas à autorização pelos sujeitos da pesquisa para validação.

O prontuário da gestante selecionada para o estudo de caso foi detalhadamente investigado, configurando análise documental. Considerando que o objeto de estudo percorreu a gestação, o parto e o puerpério, portanto, mais de 9 meses e a mestranda não dispunha deste período para acompanhar o caso, o prontuário permitiu coletar os dados sobre a gestação. O diário de campo permitiu registrar os dados sobre o terceiro trimestre da gravidez, o parto e o puerpério.

Foram colhidos todos os registros do prontuário na equipe de saúde da família, acompanhada consulta médica e visita domiciliar com agente comunitário de saúde, realizada coleta de dados no prontuário hospitalar com registro do pré-parto,

parto e puerpério imediato, realizada visita no hospital e acompanhado o acolhimento mãe-bebê com a enfermeira da equipe de saúde da família.

O estudo teve como limitação o acompanhamento de somente duas consultas feitas por profissionais da equipe de saúde da família pelo pesquisador. Isso resultou em limites impostos à discussão sobre as tecnologias leves, que requerem a observação *in loco*.

Na etapa de análise, trabalhou-se com uma ferramenta chamada: “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” (MERHY 2007b, p. 73), ou comumente denominado fluxograma analítico.

O fluxograma analítico é um instrumento de análise do processo de trabalho que indaga a finalidade de um determinado ato de trabalho, como aconteceu e os porquês ocorreram daquele modo. Tem como objetivo desenhar certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção.

Considerando que o trabalho em saúde acontece de forma compartimentalizada, ou seja, cada profissional se organiza e presta parte da assistência, buscamos desenhar o conjunto dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à gestante em estudo por meio do fluxograma analítico.

O cenário é considerado uma arena onde operam diferentes agentes institucionais, com perspectivas de ação nem sempre comuns, muitas vezes, conflitantes.

Em síntese, o fluxograma é um potente analisador porque possibilita a auto-análise crítica do trabalho em saúde dos profissionais, da equipe, do gerente e do gestor da atenção à saúde.

O fluxograma é um diagrama muito utilizado em diferentes campos de conhecimentos e tem o objetivo de desenhar o modo de organização de certo processo de trabalho. Para isso, são utilizados símbolos na construção deste diagrama que é padronizado universalmente (MERHY, 2007).

Com o desenho de uma elipse apresenta-se o início ou fim de uma cadeia produtiva. O retângulo mostra trabalhos importantes realizados na cadeia produtiva. O losango representa momentos que a cadeia produtiva enfrenta processo de decisão. Os ruídos são representados pela letra R (ANEXO A).

CAPÍTULO 4. MICROCONTEXTUALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, MÓDULO ALAGADO

4.1 A ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A cidade do Rio de Janeiro, com uma população estimada de 6.093.472 habitantes¹, é um município peculiar. Reúne locais de imensas belezas naturais, compartilhados com favelas, marcadas pela violência instalada, que traz medo e insegurança para a sociedade. É nas favelas que a Estratégia Saúde da Família (ESF), vem sendo implantada e implementada.

A violência limita a proposta de re-organização do sistema de saúde a partir da atenção básica ou da Estratégia Saúde da Família, prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção básica (AB). Souza, Ruffino-Netto e Conde (2006), apontam que pacientes, moradores das comunidades com problemas com o tráfico de drogas têm graves problemas quanto ao seu direito de ir e vir, principalmente, em se tratando das unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

A proposta da ESF baseia-se na substituição do modelo até então predominante, orientado para a cura de doenças no indivíduo e centrado no hospital, para outro, centrado na atenção à saúde da família e do coletivo em um território determinado. A partir desta concepção, os profissionais de saúde poderiam compreender o processo saúde-doença, apropriando-se dos elementos próprios da vida naquele território e ofertariam intervenções ativas sobre as necessidades de saúde da população coberta, além das práticas curativas. Isso requer, entretanto, uma rede estruturada de forma a dar suporte às ações realizadas na ESF a fim de garantir o princípio da integralidade.

4.2 A MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

¹ População estimada atualizada em março 2008. Disponível em <http://WWW.ibge.gov.br/home/>

Trata-se de entender como se apresenta a “micropolítica do processo de trabalho em saúde, no sentido de pensar as possibilidades de intervenção nos cotidianos institucionais na busca de um modo de operar os modelos de atenção à saúde, como políticas, ou seja, o modo de produzir ações de saúde no âmbito micro” (MERHY, 2007b, p.127).

Analisando os aspectos micropolíticos do trabalho em saúde, entendemos que o próprio processo de trabalho é um cenário demarcado por disputas de diversas forças instituintes. Merhy (2007b, p.118), desdobra esses conceitos. O instituído como o que está dado, a política, o institucional, a estrutura. O instituinte é o novo, o que contrapõe o instituído, o qual aparece fortemente quando o profissional decide atuar de alguma forma diferente do que está estruturado.

Vários fatores demonstram desumanização nos serviços de saúde em relação à clientela como falta de compromisso dos profissionais com o sofrimento dos usuários, tanto o sofrimento físico quanto o emocional no desgaste na procura pela assistência à saúde, falta de uma escuta ativa e qualificada do profissional quando as queixas do usuário. Alia-se a isto, a baixa capacidade de resolutividade das ações de saúde e a intensa e crescente desigualdade no atendimento à população. Potencializando esses fatores descritos, temos o baixo impacto das ações de saúde frente à qualidade de vida das pessoas (MERHY 2007b, p. 125).

Existem modelos tecnoassistenciais que valorizam os princípios do SUS, pautados em iniciativas que rompem com o modelo biomédico, denominados Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida como afirmam Marques e Lima (2004).

A ESF apresentava em sua concepção central a vigilância em saúde como modo de “antecipar” riscos e vulnerabilidades a que parcelas da população estavam expostas e então, a equipe de saúde da família “se responsabilizaria” pela saúde da população coberta. É um modelo tecnoassistencial que pretende incorporar na sua formulação teórica os princípios do SUS. Mais tarde, na trajetória da ESF foram sendo incorporados princípios e concepções do Modelo em Defesa da Vida, que agregou vínculo, acolhimento, responsabilização e autonomia do sujeito, classificadas como tecnologias leves. (MARQUES; LIMA, 2004, p.18).

Para Merhy (1997:129):

O duplo movimento que os processo de estão envolvem ao nível dos serviços de saúde torna-se fundamental, pois os mesmos revelam que na ação dos conjuntos de agentes envolvidos, no cotidiano do “fazer”, em

saúde, de um lado encontram-se práticas gerenciais que tomam o território de formulação e de decisão política como o seu campo e de um outro práticas enfrentam o fabricar “bens” do trabalho em saúde; e a gestão nesta dobra torna-se lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção à saúde.

Os processos de trabalhos concretos, vivenciados nos serviços de saúde, são focos de atenção especial para os processos de gestão da mudança. Desta forma, o autor entende que existem “efeitos” do processo de trabalho que se expressam no dia-a-dia dos serviços e que devem ser encarados como lugares estratégicos que podem gerar novos processos de produção de saúde, de auto-análise e autogestão do processo de trabalho em saúde.

Barbosa e Fracoli (2005), acentuam esta discussão afirmando que para que as potencialidades vitais do “novo” sejam capturadas, faz-se necessária implementação da autogestão do trabalho, pois, desta forma, será possível observar as disputas que se estabelecem quotidianamente no interior dos processos de trabalho.

É observando e analisando o trabalho vivo em ato que entenderemos o seu papel na conformação dos processos institucionais. O trabalho vivo em ato é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima, porém, o exercício desse grau relaciona-se a presença de distintos saberes e lógicas institucionais, produzindo processos de trabalho bem diferenciados.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2001), define o tipo de atenção que deve ser prestada à gestante, além de exortar os estados, municípios e serviços de saúde a assumirem seu papel gestor e assistencial com qualidade, durante a gestação e o parto.

Com a implantação da ESF, a população, que por diversos motivos não chegava às unidades de saúde, é captada nas suas residências pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e referidas às equipes de saúde da família, das quais os ACS são integrantes. O mecanismo pró-ativo de busca da população adscrita possibilita criar vínculos entre a equipe de saúde da família e a população coberta.

O ponto de partida e de chegada desta pesquisa é a equipe de saúde da família e suas conexões no conjunto dos serviços de saúde que integram o Sistema de Saúde local. Entendemos que este processo ainda apresenta-se desestruturado

na dinâmica de funcionamento da ESF no Sistema Único de Saúde (SUS), no município do Rio de Janeiro.

Observamos que existem distintos modos de recepção da clientela nas unidades de saúde, valendo registrar que, em cada serviço, existem profissionais que acolhem de maneiras distintas. Deste modo, qualquer trabalhador da saúde pode ter uma relação mais “acolhedora” ou não, podendo decidir se o usuário está em situação de maior ou menor “necessidade”, exercendo influência clara no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho.

O profissional que atua na unidade domina certos saberes e práticas que integram o processo de trabalho, exercendo um “autogoverno” para intervir no modo de acolher os usuários. O trabalhador de saúde tem certa autonomia para decidir o destino do usuário, muitas vezes, privatizando o uso deste espaço. Entendemos que isso se dá tanto na dimensão ético-política do processo institucional, quanto no atendimento individual. (MERHY, 2007b, p. 77).

Consideramos que um dos clientes mais sensíveis às relações estabelecidas nas unidades de saúde é a gestante, por todas as alterações hormonais e emocionais decorrentes deste período. Neste contexto, há necessidade de um profissional que a assista com compromisso, qualidade e, principalmente, afeto, o que muitas delas não recebem no âmbito familiar, e nem na unidade de saúde.

É notória a presença expressiva da mulher nas unidades de saúde, sendo maioria entre os profissionais das equipes dos serviços, assim como, entre os usuários desses serviços. As mulheres procuram a unidade de saúde na busca de assistência para si e para filhos e parentes que necessitam de cuidados.

A formulação e implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), derivaram de uma longa história de participação social e intervenção nas políticas públicas do movimento de mulheres no Brasil, pois o atendimento a mulher pelo sistema de saúde limitava-se quase que exclusivamente ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1984).

Diante da necessidade de atendimento e da dificuldade de acesso, o documento Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006b), estabelecem os pilares da atenção que deve ser destinada à gestante pelo profissional de saúde, permitindo que esta mulher esteja preparada para o ato da parturição, aleitamento e cuidados com o seu bebê.

4.3 A TRAJETÓRIA NA ESF

O interesse pela temática está fortemente relacionado à minha formação desde a graduação. Busquei consolidar minha formação na saúde da mulher, ingressando na Maternidade Leila Diniz como acadêmico bolsista da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Neste espaço, muitas oportunidades surgiram e pude começar a construir minha caminhada na Atenção à Saúde da Mulher, onde pude presenciar, pela primeira vez, um parto conduzido pelo profissional enfermeiro.

Ao término da graduação, em 2003, ingressei no Curso de Especialização em Enfermagem nos Moldes de Residência – Enfermagem em Saúde Pública. O desafio foi atuar como residente de Enfermagem na Comunidade de Antares, no Bairro de Santa Cruz, Área de Planejamento 5.3, município do Rio de Janeiro. Como residente, integrei em uma das cinco equipes de saúde da família.

Antares é considerada uma das comunidades mais perigosas do Rio de Janeiro, carregada de inúmeros problemas sociais. Prostituição, tráfico de drogas, além dos constantes confrontos entre policiais e traficantes caracterizam esta área. A unidade de saúde era uma unidade convertida, isto é, que foi transformada em PSF. O PS Sávio Antunes se torna PSF Antares e foi, principalmente, nas consultas de pré-natal, nos grupos de planejamento familiar e nos grupos com gestantes que busquei aprimorar os conhecimentos específicos sobre saúde da mulher.

Enquanto cursava a Residência, obtive aprovação em concurso para o cargo de enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, assumindo esta função em uma das equipes de saúde da família em Antares. Permaneci nesta unidade por mais dez meses. Foi neste local que vivenciei os mais fortes conflitos internos entre o ideário da Estratégia Saúde da Família e sua implementação.

Os caminhos que a ESF seguia eram incompatíveis com a proposta na qual eu acreditava. Vivenciei algumas dificuldades comuns no dia-a-dia da unidade como porta de entrada do SUS municipal, descrédito da população frente a esta nova política de assistência. Vi a violência de perto através da invasão da unidade por policiais encapuzados e armados dentro dos consultórios, acompanhei companheiros de trabalho protegidos dentro de casas da comunidade, aguardando o fim do tiroteio, dentre tantas outras situações que ficaram nas lembranças.

Após esse curto, porém, intenso período de um ano e quatro meses, passei a integrar uma das três equipes que estavam sendo instaladas em Alagado, bairro de Sepetiba, AP 5.3, Rio de Janeiro. Alagado era um módulo novo, criado para dar cobertura a uma área com grande extensão territorial, visando ampliar o número de unidades de saúde.

4.4 CARACTERÍSTICAS DA ÁREA DE ALAGADO

Sepetiba é um bairro da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, situado há 70 km do centro da cidade. Está circundado pela Baía de Sepetiba e têm como principais fontes de renda local, a pesca e o trabalho informal. O desemprego é um problema comum na comunidade. A área apresenta grande extensão territorial, com condições que propiciaram a criação de dois conjuntos habitacionais que abrigam milhares de pessoas removidas de favelas localizadas em outras áreas do município do Rio de Janeiro. Esta é uma população sem assistência à saúde, bem como sem acesso a outros direitos de cidadania.

A comunidade de Alagado recebeu esse nome devido a uma questão sobre o saneamento básico da região. Há um constante alagamento do local em épocas de chuva. Isso ocorre porque as construções foram erguidas abaixo do nível do mar e como não há saneamento, o esgoto é lançado “in natura”, sem qualquer tipo de tratamento, através de encanamentos que ligam as casas ao canal. Quando há elevação das marés, aliado a incidência de chuvas, ocorre o retorno do esgoto para o interior das casas, através da própria canalização despreza os detritos no mar.

Sepetida é classificado como um grande vazio sanitário pela falta de unidades de saúde que atendam integralmente à população. O conjunto de unidades de saúde existente não constitui um distrito sanitário ou um subsistema com os três níveis que integram a pirâmide assistencial definida pelo SUS.

A única unidade hospitalar pública que atende essa população é o Hospital Pedro II, estadual, localizado no bairro de Santa Cruz e que funciona de forma precária. Trata-se da única opção de atendimento hospitalar para toda a AP 5.3. Sendo assim, é possível dimensionar o “tamanho” do problema que é a AP 5.3 para o alcance da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Segundo

Cecílio (2001), não há integralidade e eqüidade possíveis sem a universalidade do acesso garantida.

A oferta de serviços mais próxima para os moradores de Alagado é um posto de saúde e uma unidade particular, conveniada ao SUS, que presta serviços ambulatoriais e de emergência. Como área de risco, a comunidade foi escolhida para a implantação de duas equipes de Saúde da Família.

Alagado não se diferencia das diversas comunidades do Rio de Janeiro no que se refere às péssimas condições de moradia e saneamento que refletem no adoecimento e redução na qualidade de vida da população ali residente.

No processo de conhecimento do território, identificaram-se inúmeros prostíbulos na área. Em decorrência, com pouco tempo de inauguração da unidade era significativo o número de resultados positivos de anti-HIV, titulação positiva e elevada no VDRL, entre outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), detectadas tanto por exames laboratoriais como por abordagem sindrômica. Da mesma forma, as práticas sexuais sem prevenção, geravam, inevitavelmente, gravidezes indesejadas, precoces e não planejadas.

A demanda por pré-natal era tão iminente que mesmo antes do cadastramento e mapeamento concluídos, o diagnóstico mostrava a necessidade de oferta de ações de pré-natal. O Posto de Saúde que atendia a comunidade até então, PS Waldemar Berardinelli, não dava conta dos agendamentos de pré-natal. Essa alta demanda foi equacionada, ao longo do tempo, por meio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis e com trabalhos educativos nas escolas. Alguns resultados apareceram, pois foi possível identificar vários usuários que não costumavam procurar nenhuma unidade de saúde, muitos deles eram envolvidos em práticas sexuais de risco como prostituição, procurar o PSF Alagado.

Os ACS começaram a desenvolver atividades de promoção, falando sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST), uso do preservativo e orientando aos usuários a procurarem a unidade para realizar exames diagnósticos.

Esses usuários encaminhados à unidade eram consultados por médico ou enfermeiro das equipes, sendo solicitados exames e reforçada a orientação acerca da prevenção de DST. Vários usuários tiveram diagnóstico positivo para HIV e sífilis. Tal fato demonstrou demanda oculta na comunidade.

Porém, após três anos de implantação do PSF, alguns “nós” começaram a sinalizar a desconexão da rede assistencial na assistência pré-natal, pois apesar da existência de fluxos, estes não garantiam à gestante atenção integral durante o pré-natal assim como na referência ao parto, pois a gestante tinha que peregrinar pelas maternidades a procura de vaga para o nascimento do filho.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade materna encontra-se em 114 mortes por cada 100 mil nascimentos, sendo que este coeficiente é de 73,7 mortes por 100 mil nascimentos no município do Rio de Janeiro. Estes valores estão praticamente estáveis desde 1997 e representam os maiores da região sudeste. (BRASIL, 2006b)

A mortalidade materna ainda é um sério problema de saúde pública na cidade do Rio de Janeiro, principalmente pelo impacto social que ocasiona. Esse indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres no pré-natal, o parto e puerpério.

Segundo Oba e Tabares (2000), A extensão da cobertura e na melhoria do padrão de qualidade na assistência pré-natal reduz índices de mortalidade materna e perinatal, pois muitas patologias do ciclo gravídico puerperal podem ser tratadas e/ou controladas, evitando complicações no parto.

4.5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA COMUNIDADE DE ALAGADO

O PSF Alagado foi inaugurado junto com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Nova Sepetiba. A proposta inicial para Alagado era ser um PACS, pois a ESF requer uma rede estruturada de serviços, porém, a grande demanda da população foi fator preponderante na decisão tanto do gestor local como da gerência da ESF para implantá-lo como ESF.

Nesse momento, havia ocorrido o processo seletivo dos ACS, que, após a contratação, iniciaram o Treinamento Introdutório ao PSF. Durante o mapeamento do território, identificou-se que a comunidade de Areal, que representava uma extensão de Alagado, não seria contemplada. Isso seria um paradoxo, pois tal comunidade apresentava condições ainda mais precárias que Alagado. Foi criada, então, uma terceira equipe, destinada a cobrir as necessidades de saúde da população de Areal. Desta forma a Unidade de Saúde da Família de Alagado foi

inaugurada com três equipes, as duas equipes iniciais com mais uma responsável pelo Areal.

A criação do vínculo é um qualificador da gestão do cuidado, que gera confiança por parte da clientela na equipe de saúde. Nesse sentido, ser gestor para Merhy (2007b), seria desenvolver a capacidade de escutar os ruídos presentes no cotidiano dos serviços, entendê-los e, a partir deles, construir um estado de ânimo cooperativo nas equipes para a execução da missão institucional.

Segundo (CAMPOS,1994, p.53):

É neste sentido que imagino o reforço do vínculo profissional / equipe de saúde com o paciente como um dos instrumentos capazes de potencializar transformações nessa prática (prática clínica). A idéia do vínculo prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Ou seja, só há vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do paciente à condição de sujeito que fala e deseja e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional / paciente adequadas.

Uma das características da ESF é a articulação entre o pré-natal e o puerpério. Como preconizado no documento Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006), não existe “alta” no pré-natal. Quando a mulher volta da maternidade, permanece sendo acompanhada pelos profissionais no puerpério e após esse período, sempre que apresentar alguma demanda. Essa articulação fortalece o vínculo com a equipe e diminui as possibilidades de a mãe deixar de realizar o acompanhamento do desenvolvimento do bebê, que é acompanhado diretamente pela equipe até os dois anos de idade.

A implantação da ESF nos grandes centros urbanos exige movimentos complexos. Uma das características das grandes cidades é a concentração de serviços, principalmente de média e alta complexidade, em detrimento de serviços básicos de atenção à saúde. Mesmo com uma rede na qual predominam serviços de média e alta complexidade, há limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta dos serviços. Para (PEREIRA et al. 2006, p. 608):

A mera adesão ao PSF ou a estratégias similares da atenção básica não garante, por si só, a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede como um todo, à melhoria da condição de gestão e o aperfeiçoamento da gerência do Sistema Único de Saúde (SUS), na sua expressão local.

O PS Waldemar Berardinelli (PSWB), é a unidade-mãe do PSF Alagado. A unidade-mãe, na ESF, tem por finalidade atender a Unidade de Saúde da Família (USF), naquilo que não pode oferecer como especialidades médicas, insumos. Entretanto, isso não acontece necessariamente. Esse hiato entre as unidades, que deveriam se complementar no sentido de melhor atender a clientela, fere o princípio de integralidade e a diretriz de hierarquização dos serviços de saúde no SUS. A USF deve estar vinculada à rede de serviços a fim de garantir atenção integral aos indivíduos e famílias assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, Brasil (1998).

A Atenção Básica é representada, no SUS, como a porta de entrada no sistema. Segundo Marques e Lima (2004), aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adscrita deveriam ser abordadas de maneira resolutiva neste nível da atenção. Os profissionais que atendem nesses serviços devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para operar protocolos de ações programáticas específicas, como aqueles destinados à gestante.

Diferentemente do modelo convencional dos Centros Municipais de Saúde (CMS), Postos de Saúde, entre outros, a ESF formula ações específicas para comunidades inseridas em contextos determinados, utilizando como ferramenta o planejamento estratégico situacional.

Apesar de considerarmos o vínculo como fator primordial para a confiabilidade da clientela no serviço, a população continua buscando atendimento nas unidades próximas a USF Alagado, como o Hospital República da Croácia (conveniada ao SUS), e o Posto de Saúde Waldemar Berardinelli (PSWB). Frequentemente, utiliza-se dos diversos serviços de saúde de modo concomitante, na busca da resolução de suas necessidades de saúde.

Situações como estas nos levam a alguns questionamentos pertinentes para a avaliação do processo de trabalho dos profissionais que atendem à gestante. Há lacunas no pré-natal realizado pela ESF? A equipe de saúde da família trata a gestante como sujeito e estabelece vínculo? Há dificuldades na referência para o parto? A ESF consegue atender a gestante com integralidade, universalidade e equidade, como preconiza o SUS? Como é a experiência de retorno aos cuidados da equipe de saúde da família no puerpério?

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O CASO ESMERALDA

Esmeralda, 16 anos, nascida em 26/08/1991, 1,76 m de altura, 72 kg, tabagista antes da gravidez, grupo sanguíneo 0, fator Rh positivo. Não sabe informar se já teve alguma doença sexualmente transmissível (DST). Realizou colpocitopatológico pela primeira vez em 09/01/2007, queixando-se de secreção amarelada com odor forte. Antecedentes ginecológicos: menarca aos 14 anos, sexarca aos 14 anos, método contraceptivo usado: condon, tempo de uso: um ano. Antecedentes pessoais: alérgica a picada de insetos. Antecedentes familiares: mãe falecida por câncer de mama e útero, pai hipertenso, irmã hipertensa. Antecedentes obstétricos: gesta II para 0, aborto I (espontâneo). Gestação atual: DUM: 26/07/07, DPP: 04/05/08. Reforço da antitetânica: 28/09/05.

Iniciou o pré-natal dia 12/09/07, com oito semanas de gestação; teve a primeira consulta realizada por duas enfermeiras, uma em treinamento. As duas consultas subseqüentes foram realizadas pelo médico, posteriormente, intercaladas com outra consulta com a enfermeira. Apresentou ganho de 8,9kg durante a gestação, não teve acompanhamento através do gráfico de acompanhamento nutricional. Segundo relato no prontuário, gestante informa que o parceiro, pai do bebê, é usuário de drogas, com uso antes, durante e após a relação sexual que ocasionou a gestação. Relata que não quer manter o relacionamento e que o parceiro não se reconhece pai da criança, além de ter outra família. Teve a ultrassonografia (USF), solicitada na primeira consulta pré-natal (8 semanas de gestação), houve o agendamento, mas na hora do exame, com 12 semanas de gestação, seu nome não constava da relação dos agendados, não sendo realizado o exame mesmo com a guia de referência e a presença no local e hora marcados. O local de referência para o procedimento foi o CMS Lincoln de Freitas Filho, em Santa Cruz. Após este episódio, vários agendamentos foram encaminhados e a gestante realizou a USG com 20/21 semanas de gestação. A ACS entregou o agendamento da USG solicitada pela enfermeira em 27/02/08, um mês e meio após a solicitação, com data para realização para depois da data provável do parto, em maio de 2008.

Reside em casa própria, nos fundos da casa da tia, com o pai e irmão. Moradia em precárias condições.

Em 14/04/08, gestante tem dores lombares acentuadas e começa a ter contrações, procura unidade hospitalar acompanhada de seu pai por meios próprios e sem guia de referência institucional. Avaliada pelo obstetra de plantão, é informada que está em trabalho de parto, mas com 0 de dilatação e que se continuar com dor deverá procurar outro hospital, pois o mesmo não tem material.

Em 15/04/08, gestante amanhece com contrações mais fortes, pede ao pai que chame a madrinha, que chama o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que, em pouco tempo, chega a sua residência e a conduz até o mesmo hospital onde foi avaliada no dia anterior. A parturiente vai acompanhada do pai. Leva consigo os exames realizados no PSF: Toxoplasmose: (2/10/07) IgM: Negativo, IgG: positivo; EAS: (20/09/07) Piócitos incontáveis, hemácias: 0 a 1, com: alguns filamentos, Flora bacteriana moderada; EAS: (02/11/07) Hemoglobina +, nitrito negativo, piócitos 0 a 1, hemácias de 5 a 7; Grupo sanguíneo(12/09/07): 0, Fator Rh (12/09/07): Positivo; VDRL (12/09/07) Soro muito hemolizado; HGB (12/09/07): 11.6 g/dl, HCT (12/09/07): 32,2, Anti-HIV (02/10/02): Negativo (grifos do autor).

Ao ser avaliada pelo obstetra de plantão, mais uma vez, a gestante ouve que não há material. Outro profissional afirma ter material e a parturiente é levada ao centro obstétrico (8º andar), pela escada, porque o elevador não estava em funcionamento. Ao exame físico: colo centralizado, 6 cm dilatado, 80% apagado, contração de 3 em 3 minutos. Bolsa íntegra, com perda de tampão mucoso. Prescrita dieta zero, infusão de SF 0,9% + 5 UI de ocitocina. PA: 100x70mmHg. 8:45 – episódios de êmese, rompe bolsa de líquido amniótico. Realizada anestesia local, episiotomia médio lateral direita. Parto: 8:58 eutócito, parturiente dá a luz a feto único, vivo, sexo feminino, chorou ao nascer, Apgar 9/9, colhido sangue do cordão, placenta em Baldelocque Schultze, não apresentou rotura perineal, realizada episiorrafia e, após, realizados cuidados de enfermagem à puérpera. PA: 150/80, infundido SG 5% + 10 UI de ocitocina. Realizado teste rápido de Anti-HIV. Após orientar a puérpera sobre o procedimento do teste rápido anti-HIV, ainda em sala de parto, é informada que tem resultado negativo para HIV (resultado não reagente). Prescrito SG 5% + 5UI de ocitocina. É encaminhada por auxiliar de enfermagem ao alojamento conjunto. Recebida no alojamento conjunto, deambulando, útero

contraído, mamas pouco secretantes, lóquios normais, orientada quanto ao aleitamento materno.

Em 18/04/08, Esmeralda recebe alta às 8:33, mas, só poderá deixar a unidade depois que chegarem os exames laboratoriais. Em 19/04/08, quatro dias após a internação, Esmeralda deixa a unidade hospitalar acompanhada do pai.

Estudou-se minuciosamente o prontuário, construindo um quadro descritivo do acompanhamento pré-natal de Esmeralda (Apêndice B), analisamos os dados do controle pré-natal (Anexo B) e cartão de pré-natal da gestante (Anexo C). Elaboramos um quadro descritivo do diário de campo (Apêndice C). Para as entrevistas com os profissionais e Esmeralda, elaboramos um roteiro de entrevistas (Apêndice A). Com esses dados organizados e sistematizados realizou-se a triangulação que originou o fluxograma analisador do pré-natal e parto de Esmeralda.

5.2 FLUXOGRAMAS DO PRÉ-NATAL E PARTO E ANÁLISE DOS RUÍDOS

Em 12/09/07, gestante realiza primeira consulta pré-natal na USF com 8 semanas de gestação. Expõe como ocorreu a gravidez. A consulta pré-natal é realizada por duas enfermeiras, uma em treinamento.

Ruído 1 (R1) – Os exames preconizados pelo Ministério da Saúde foram solicitados? Por que não há data do TIG no resultado entregue à gestante? Há registro de SISPRENATAL no prontuário da gestante? Quais redes de proteção sociais eram necessárias? A enfermeira registra relato da gestante quanto ao uso de drogas ilícitas pelo parceiro e encaminhamento à Assistente Social. Quais as possibilidades de suporte e apoio emocional que a enfermeira poderia oferecer neste período de fragilidade para uma gestante, adolescente, órfã de mãe, sem companheiro e sem estrutura familiar? Qual a tecnologia que predomina no cuidado? Por que não há continuidade do registro de dados da anamnese que aborde aspectos não fisiológicos da gestação? Existe prontuário de família com cópia da ficha A, discriminando as condições sócio-econômicas? Houve um encaminhamento institucionalizado à Assistente Social? Qual a responsabilidade da equipe de saúde da família quando há registro de exame marcado e gestante

informa que não realizou exame por falta de agendamento? Existe troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde da família sobre a gestante atendida?

Em 02/10/07, gestante procura a unidade de saúde, sem agendamento, com queixa de cefaléia e coriza. É atendida por médico de outra equipe, que prescreve paracetamol de 6/6horas, em caso de necessidade e solicita EAS urgente. Não há registro da consulta médica no prontuário. Outro profissional registra, porém, não assina.

Ruído 2 (R2) – Por que o profissional realizou o atendimento, mas não registrou a avaliação clínico-obstétrica? Por que não há, no prontuário, dados relativos à escuta da gestante? A gestante foi orientada a retornar com o resultado do exame? Por que a conduta para queixa de cefaléia e coriza foi solicitação de EAS de urgência? Por que a gestante foi atendida por médico de outra equipe? Por que o médico que fez o atendimento não registrou no prontuário? Por que o outro profissional fez o registro no prontuário do atendimento médico não assinou? A avaliação na consulta de rotina evitaria a consulta de intercorrência?

Em 10/11/07, gestante com 11 semanas, consulta de pré-natal, exame de urina com piócitos incontáveis. Não há como identificar prescrição de medicação pelo prontuário. Não é possível saber se a gestante foi medicada.

Ruído 3 (R3) – Os registros do prontuário não se constituem em um instrumento de avaliação da qualidade do pré-natal? Por que não há registros completos no prontuário? Houve prescrição de antibiótico, a partir do resultado de piócitos incontáveis? Se houve a prescrição, por que não há registro?

Em 31/10/07, com 14 semanas de gestação, consulta pré-natal com médico. Médico registra no prontuário o resultado do EAS (elementos anormais e sedimentos), identifica edema e prescreve aumento ingesta hídrica.

Ruído 4 (R4) – Registro de edema na consulta de rotina. Conduta: aumento de ingesta hídrica?

Em 28/11/07, com 18 semanas de gestação, consulta com enfermeira. Enfermeira registra resultado de exame de toxoplasmose, de sorologia anti-HIV e queixas da gestante.

Ruído 5 (R5) – Por que não há registro sobre os resultados dos exames de VDRL, HGB, HCT, EPF e glicemia de jejum? A gestante é assídua, demonstrando com isso preocupação com sua saúde e de seu bebê. Qual a responsabilização dos

profissionais da equipe de saúde frente à falta de informação sobre exames de rotina? Quais as vulnerabilidades desta gestante? A gestante foi orientada sobre o risco de contaminação por toxoplasmose na gestação no caso de entrar em contato com a doença? Foi questionada sobre a presença de gatos em casa? Foi orientada sobre os riscos de contaminação que o gato oferece?

Em 19/12/07, com 21 semanas de gestação, consulta pré-natal com médico. Não há descrição da consulta, somente um registro sucinto na ficha de acompanhamento pré-natal.

Ruído 6 (R6) – É possível através do relato sucinto do profissional identificar possível risco gestacional? A organização do processo de trabalho da equipe permite que, no período de tempo da consulta, seja realizada anamnese, avaliação clínico-obstétrica e registro ou há excesso de demandas que interfere na qualidade da assistência?

Em 09/01/08, com 23/24 semanas de gestação, consulta com a enfermeira. Registra avaliação clínica, orienta sobre alimentação, encaminha para grupo de gestantes, registra ultra-sonografia, prescreve Sulfato ferroso + ácido fólico e sabonete de enxofre.

Em 13/02/08, com 28/29 semanas de gestação, pré-natal com médico. Não há descrição da consulta, somente registro sucinto na ficha de acompanhamento pré-natal. Não é identificado registro de resultado de exames da rotina pré-natal.

Em 27/02/08, com 31/32 semanas de gestação, pré-natal com enfermeira. Nesta idade gestacional, todos os exames deveriam solicitados novamente. Não há registro no prontuário desta solicitação, assim como os resultados. Gestante orientada sobre alimentação. Foi solicitada ultrassonografia e agendado o retorno para 12/03/08.

Ruído 7 (R7) – Por que não há solicitação dos exames do 3º trimestre gestacional? Por que, em três consultas seguidas, com médico e enfermeira, não fica marcada a presença de vínculo dos profissionais com a gestante? Esse vínculo existe, porém, não é explicitado?

Em 26/03/2008, com 35/36 semanas de gestação, pré-natal com médico. O registro da consulta é descrito no prontuário, não há registro na ficha de acompanhamento pré-natal. A gestante apresenta edema moderado.

Ruído 8 (R8) – Por que não há registro no controle pré-natal? Não há menção dos exames? Não há registro das queixas da gestante que geraram prescrição? E não há registro da USG solicitada na consulta anterior?

Em 09/04/08, com 36/37 semanas de idade gestacional, a gestante pode entrar em trabalho de parto a qualquer momento. Médico realiza consulta pré-natal. Gestante relata ter tido febre, dor lombar, dor ao urinar e tosse, médico informa que a dor é devido a proximidade do parto, porém não orienta a primípara para a sintomatologia do trabalho de parto. Prescreve cefalexina, nebulização com soro fisiológico + atrovent.

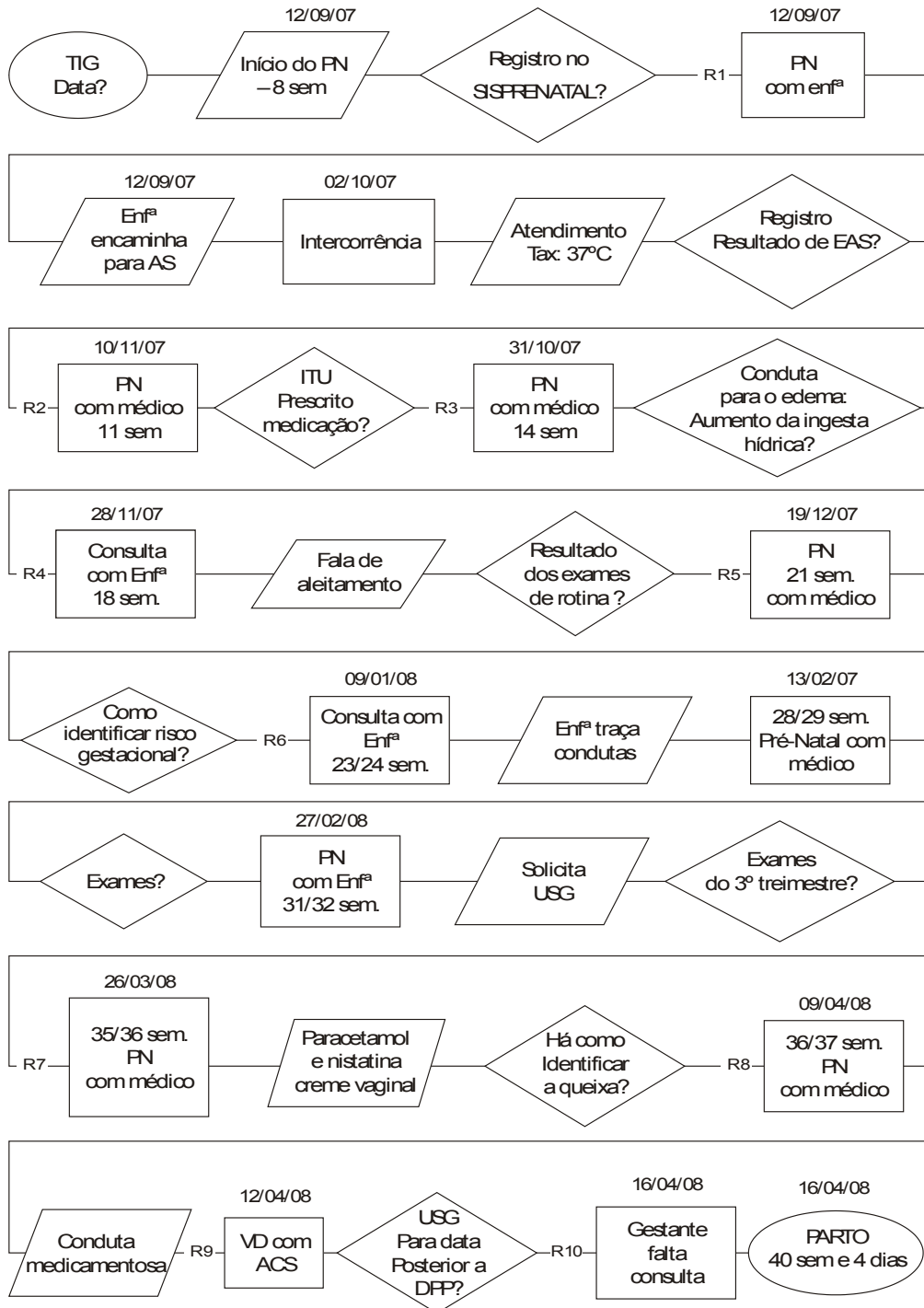
Ruído 9 (R9) Por que não há orientação sobre o trabalho de parto? Por que não é solicitado um EAS de urgência já que Esmeralda apresenta a sintomatologia de febre, dor lombar e disúria?

12/04/08, realizada visita domiciliar (VD) com ACS. O registro é feito no caderno. Não há registro em ficha de acompanhamento à gestante (ficha B). É notificada à gestante a data da ultrassonografia, em data posterior a data provável do parto. ACS não questiona entregar um exame com data posterior à data provável do parto. Gestante informa estar fazendo uso da medicação prescrita na última consulta pré-natal, mas mantém dor lombar. Mesmo diante das queixas de Esmeralda, o caso não é levado para a equipe, médico ou enfermeira.

Ruído 10 (R10) – Por que o ACS não registra os dados da visita na ficha de acompanhamento a gestante? Por que a gestante não é orientada a procurar a unidade para ser reavaliada, já que mantém dor lombar? Qual a resolutividade da visita do ACS, se levarmos em consideração que a gestante não é orientada por ele sobre o que fazer diante de sua queixa, além de receber um agendamento de USG posterior ao nascimento de seu bebê?

Em 15/04/08, gestante falta à consulta na USF porque foi hospitalizada para realização do parto. Parto ocorre com 37/38 semanas (idade gestacional registrada no prontuário do PSF Alagado). Segundo registro da maternidade, a idade gestacional seria de 40 semanas e 1 dia.

Apresentamos, a seguir, a trajetória da gestante até o parto através do fluxograma analisador (Figura 1):



TIG = teste imunológico de gravidez; EAS = elementos anormais e sedimentos da urina; VD = visita domiciliar; Enfª = Enfermeira; ACS = Agente comunitário de saúde; PN = pré-natal; DPP = data provável do parto; ITU = infecção do trato urinário; NBZ = nebulização; USG = ultrassonografia.

Figura 1 – Fluxograma do pré-natal.

Em 14/04/08, Esmeralda procura a unidade hospitalar e é informada que está em trabalho de parto, porém, não apresenta dilatação. A não admissão da gestante não configura em desassistência ou erro na conduta clínica. A admissão de uma gestante em pródromos (início) de trabalho de parto com bolsa íntegra gera ocupação desnecessária de leito hospitalar e ansiedade para a gestante e sua família, dificultando a evolução do trabalho de parto. O que se questiona é orientar a mulher a procurar outra unidade hospitalar, mais distante, pressupondo falta de material, pois uma causa de mortalidade materno-fetal se dá pela peregrinação da gestante pelos serviços.

Ruído 1 (R1)- Gestante reside em Sepetiba, tendo como referência de atendimento hospital em Santa Cruz, AP 5.3. Qual a maternidade ou hospital de referência para o parto? A justificativa de falta de material é correta? Qual o material necessário a um parto? Quais motivações levaram o profissional que realizou o atendimento a informar que não havia material para atender a parturiente? Por que não informar que o retorno deve ser ao hospital procurado pela primeira vez? Quem informa sobre a impossibilidade “técnica” em realizar um parto? Quais as tecnologias envolvidas no parto?

Em 15/04/08, gestante amanhece com contrações mais fortes e é encaminhada pelo SAMU até o mesmo hospital onde foi avaliada no dia anterior, mais uma vez, ouve que não há material. Outro profissional afirma ter material e a parturiente é levada ao centro obstétrico.

Ruído 2 (R2) Quais motivações levaram o profissional que realizou o atendimento a informar que não havia material para atender a parturiente? O que motivou o outro profissional a contrapor-se à negação do atendimento e realizar (ou autorizar?) a internação? Que tipo de material é necessário a um parto normal? Quais as tecnologias envolvidas no parto?

Em 15/04/08, parto às 8:58h, eutócito, parturiente dá a luz a feto único, vivo, sexo feminino, chorou ao nascer, Apgar 9/9, colhido sangue do cordão, placenta em Baldelocque schultze, não apresentou rotura perineal, episiorrafia e após, realizados cuidados de enfermagem a puérpera. PA: 150/80, infundido SG 5% + 10 UI de ocitocina. Realizado teste rápido de Anti-HIV. Após orientar a puérpera sobre o procedimento do teste rápido anti-HIV, ainda em sala de parto, a puérpera é informada que tem resultado negativo para HIV (resultado não reagente). É encaminhada por auxiliar de enfermagem ao alojamento conjunto. Registro no

prontuário informa que a mãe foi orientada quanto ao aleitamento materno. Prescrito SG 5% + 5UI de ocitocina

Ruído 3 (R3) - Puérpera relata não ter sido informada sobre aleitamento materno e, no dia da alta (18/04/08), ainda aguardava o resultado do teste anti-HIV. A gestante foi orientada, mas não compreendeu a informação? Esmeralda não foi orientada, porém, como rotina, esta informação consta no prontuário? Esmeralda utilizou este discurso para mascarar a falta da família? Por que dar alta para Esmeralda e informar que só poderia sair depois dos exames (dado do prontuário)? E se houvesse alteração dos exames, a alta seria revogada? Por que não esperar os resultados dos exames e então, dar alta?

Realizada avaliação médica, segundo prontuário. Encaminhada ao ambulatório de dermatologia para tratamento de pitíriase vesicolor. Evolução médica com letra ilegível.

Ruído 4 (R4) - A letra ilegível impede o entendimento do registro?

Registro no prontuário de entrevista e orientação pelo Serviço Social, que telefona para familiar e solicita acompanhante, pois, como adolescente, tem direito a ser acompanhada durante toda sua estadia no hospital. Orienta sobre planejamento familiar, reconhecimento da paternidade e pensão alimentícia.

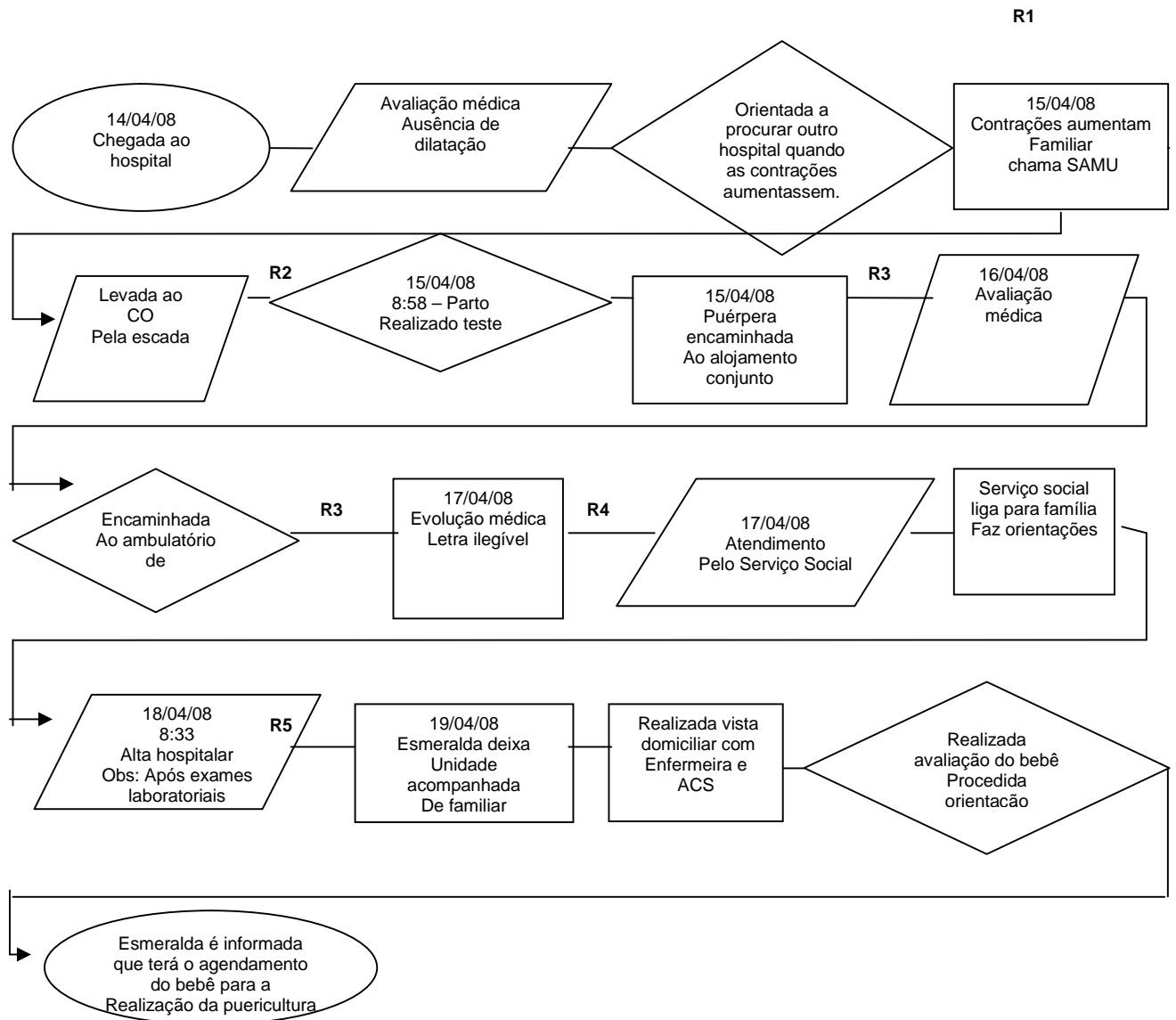
É dada alta hospitalar, porém com uma observação: após exames laboratoriais. Se existiam exames a serem liberados pelo laboratório

Ruído 5 (R5) – Qual o parâmetro utilizado para dar alta a uma puérpera? Se existiam exames que seriam liberados pelo laboratório, por que não aguardar os resultados para dar alta? A alta foi dada independente dos resultados dos exames? Quem avaliou os resultados? Quando os exames chegaram Esmeralda recebeu visita médica?

19/04/08- Esmeralda deixa a unidade hospitalar acompanhada do pai quatro dias após o parto.

Alguns dias após sua chegada do hospital, Esmeralda recebe visita domiciliar da enfermeira e da ACS, as condições da residência não permitem a enfermeira realizar o exame físico puerperal de Esmeralda, pois a recepção aconteceu na varanda da casa. O bebê foi examinado pela enfermeira que fez diversas orientações sobre cuidados. Foi identificada uma moeda no umbigo do recém nato, a enfermeira retirou a moeda e orientou a mãe. Informou que agendaria a primeira consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê.

Apresentamos, a seguir o fluxograma analisador do parto e puerpério de Esmeralda (Figura 2):



LEGENDA
 CO – CENTRO OBSTÉTRICO
 SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA
 ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Figura 2 – Fluxograma do parto e puerpério

5.3 CATEGORIZANDO OS RUÍDOS DO CASO ESMERALDA

Segundo Bardin (2006, p.41) “O objetivo da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressões do conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem”.

Neste capítulo, analisaram-se os resultados sobre o processo de trabalho em saúde dos profissionais na assistência pré-natal de Esmeralda, com base nos dados de prontuário, na observação do campo e nas entrevistas. Emergiram duas grandes categorias analíticas, as quais se desdobraram em subcategorias: As Tecnologias Leves na assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal e Tecnologias Leve-duras na assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal.

5.3.1 CATEGORIA I – AS TECNOLOGIAS LEVES NA ASSISTÊNCIA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Este estudo propõe a investigação da micropolítica do trabalho em saúde de uma equipe de saúde da família. Consideramos como eixo analítico principal dos modelos tecnoassistenciais as tecnologias leves e sua articulação com as tecnologias leve-duras e duras.

Segundo Marques e Lima (2004, apud Merhy, 2002), uma das características essenciais do trabalho em saúde, é que este se dá pelas relações entre os sujeitos.

A gestão orientadora dos processos são as tecnologias leves, tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo e a autonomização.

- Acolhimento e vínculo

A noção de acolhimento em um serviço de saúde, segundo Matumoto (1998), segue quatro pressupostos: garantia de acesso universal, que trata do atendimento prestado por todos os trabalhadores de um serviço e não apenas a recepção; como relação de aproximação, com valorização da escuta, da fala do usuário, na perspectiva de desenvolver autonomia; como forma de responsabilização e como forma de reorganização dos processos de trabalho.

O vínculo implica na construção da confiança da gestante em relação ao profissional. Cria um espaço de troca entre dois sujeitos, o sujeito cuidador e o sujeito do cuidado. Mas, para que isso ocorra é necessário o acolhimento desde a chegada na unidade de saúde, onde o profissional ouça suas queixas, suas preocupações, angústias e garanta atenção resolutiva.

“... eu gosto de conversar com elas, que ela é adolescente, mas agora uma adolescente diferenciada porque agora ela tem uma responsabilidade que é um filho. Esse é um espaço que eu deixo aberto para os maridos também porque eu gosto que venha acompanhado por alguém da família ou a mãe, ou o pai da criança”.

Entrevistado 1

As falas apresentadas a seguir permitem a análise de dois aspectos distintos. O primeiro, é a dificuldade em estabelecer com a usuária relação de confiança, no qual possa se sentir segura diante das ações do profissional.

“Porque chegou o hemolizado (resultado do exame de VDRL) e aí eu tinha feito um outro pedido sim, mas tem muita barreira, que você pede e a paciente vai, ah tá eu vou fazer, ah eu vou fazer porque elas têm muito medo do exame, porque acha que o exame é só no primeiro momento, depois disso não tem que fazer mais. Se você pede, eu já tive maridos que veio perguntar, será que aconteceu algum problema com a minha esposa? Porque ela vem com uma batelada de exames e tem que repetir, então eu acho que é uma dificuldade para a paciente, mas também para o profissional”.

Entrevistado 1

O segundo é a relação dos profissionais com a usuária, que não seja uma relação objetual, entendida assim quando os cuidadores não ouvem o sujeito do cuidado, suas necessidades, desejos, receios e o colocam na condição de receptor de informações e das ações em saúde. Tal conduta limita a autonomização do sujeito.

Observamos nas falas de um mesmo profissional uma importante contraposição de idéias. Ao mesmo tempo em que o profissional considera importante o diálogo para que esta usuária venha a aderir ao pré-natal, ele apresenta a dificuldade de

esclarecer à gestante e sua família a importância dos exames. Como se apresenta esse vínculo entre usuária / profissional, se o profissional coloca como tão difícil expor a ela uma etapa tão conhecida pela usuária, que são os exames de controle no pré-natal?

As falas a seguir mostram esta concepção:

“...porque quando o cliente entra aqui, ele entra como um receptor...”

“se ela me perguntar alguma coisa, eu respondo”.

Entrevistado 2

A própria concepção do usuário como um receptor demonstra a dificuldade na criação do vínculo, pois para que este ocorra, se faz necessário um ambiente de troca, onde considera-se a usuária como um sujeito imbuído de vivências que precisam ser exploradas e valorizadas no contexto de sua assistência.

- Autonomização do sujeito

Autonomia para continuar a viver é fundamental para o sujeito do cuidado quando acessa o SUS em busca de ajuda. Cabe ao sistema resolver com eficácia as demandas do sujeito e garantir fluxos para que este caminhe de maneira autônoma, buscando satisfazer suas necessidades de saúde.

A autonomização tem o objetivo de centrar a atenção no usuário, intervindo em seus problemas de saúde de maneira a contribuir para um caminhar mais autônomo, no seu modo de andar a vida Merhy (2007, p.21). Esse princípio determina inclusive a decisão do usuário de desejar não aceitar algum procedimento ou até não cuidar de sua saúde, em um dado momento.

Identificamos essa situação quando a enfermeira é questionada sobre a realização do Planejamento Familiar por Esmeralda.

“Eu encaminhei para o Waldemar (Posto de Saúde)”.

“Ela é...Esmeralda, Esmeralda eu acho que não realizou não”.

Entrevistado 1

Entende-se, com esta fala, que, apesar do encaminhamento, a gestante não realizou planejamento familiar. Podemos afirmar que há autonomia se esta foi uma decisão da gestante baseada em sua escolha consciente frente todas as repercussões que a não realização do planejamento familiar poderia ocasionar. Se a não realização se deu pela incapacidade de resposta institucional da ESF, incluindo encaminhamentos e monitoramento da situação, isso reflete falta de responsabilização sanitária.

Há risco de confusão na interpretação desses dois conceitos: co-responsabilização e responsabilização sanitária. Explico isso porque profissional poderá afirmar que é também de responsabilidade do usuário a sua saúde, o que, de fato, é, se lhe forem garantidos os caminhos institucionalizados para a continuidade da assistência.

- Singularização do sujeito

Os temas singularidade e individualidade são antagônicos. Grande parte dos profissionais de saúde repete o discurso: “deve-se dar uma atenção individualizada a cada cliente”. Mas tanto o profissional quanto o usuário são sujeitos, que inevitavelmente sofrem afetamentos nesta relação, então entender o que vem a ser o sujeito é fundamental no processo de singularização.

Como afirma Campos (2007, p.67): “O sujeito é um ser biológico, altamente complexo que tem seus desejos, interesses e necessidades sofrendo constantemente diversas variações pelas relações sociais a qual está imerso”.

A individualidade é concepção de produção “capitalística”², gerada através da cultura de massa na produção de indivíduos serializados. Esse sistema não se mostra de forma explícita, mas sim dissimulado, produzindo um pensamento coletivo fantasioso e devaneado, garantindo a função hegemônica capitalística.

Em oposição a essa idéia de codificação preestabelecida, manipulação ou telecomando, Guattari e Rolnick (1997), nomeiam “processos de singularização”.

... recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. Uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade e construir um mundo no qual nos encontramos, com a instauração de

² Guattari acrescenta o sufixo “ístico” a “capitalista” por lhe parecer necessário criar um termo que possa designar, não apenas as sociedades qualificadas como capitalistas, mas, também setores do “Terceiro Mundo” ou capitalismo “periférico” (Guattari e Rolnick 1996:15).

dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos. (GUATARRI; ROLNICK, 1997, p.17).

Isso significa estabelecer entre os sujeitos uma relação dialógica, na qual a troca de experiência, escuta ativa e qualificada e co-responsabilização se façam presentes nessa relação.

Ao procurar a unidade de saúde a gestante, foco de nosso estudo, busca, como qualquer outro usuário, resolução para seus problemas de saúde, neste caso, acompanhamento de seu período gestacional, com o objetivo de que nasça uma criança saudável. Isso significa dizer que ao buscar o serviço há, por parte da gestante, necessidade de construção de uma relação de compromisso com o profissional, com responsabilização e confiança nas suas intervenções, que serão diversas no longo período em que estará sob seu cuidado. O que ocorre é que muitas vezes não é discutido, na análise desta relação, que o profissional de saúde também tem seus interesse e desejos, que não tem, necessariamente, intercessão com o sujeito do cuidado, a gestante neste caso.

Diante desta realidade, às vezes, dicotômica, observam-se as características individuais do profissional que vão determinar como ele vai exercer seu autogoverno. Merhy (1997), afirma que o “autogoverno” permite a privatizar o espaço de atuação, denominado como dimensão ético-política do espaço institucional. Nesta dimensão, do espaço institucional, relações de poder se estabelecem. O usuário é muitas vezes colocado numa condição inferior, sem direito a escolha ou questionamento. Não cabe ao profissional o juízo de valor. A escolha é sempre do usuário.

“se ela tivesse seguido a minha orientação ela não estava nessa situação, tudo bem que ela ama a filha, mas é muito jovem, poderia ter uma base familiar”

Entrevistado 3

- Responsabilização sanitária

O conceito de responsabilização determina uma postura do profissional frente ao usuário, de modo a garantir que os recursos disponíveis para a resolução dos seus problemas serão utilizados.

Nessa mesma perspectiva, o serviço buscará através de seus profissionais a reorganização do processo de trabalho, valorizando os ruídos do cotidiano como estratégia de melhoria do cuidado, garantindo acesso, equidade e integralidade das ações que são os princípios do SUS.

No caso Esmeralda, identificamos que, em alguns momentos da assistência, o conceito de responsabilidade sanitária foi ferido.

Entrevistador: Foram solicitados exames na 28ª semana gestacional? Eu solicitei dela?? Eu não lembro... Porque eu não sei se ela tinha passado por mim. Eu não lembro. Não deve nem ter sido pedido o 2º exame dela daqui, do anti-HIV.

Entrevistado 1

Entrevistador: Mas por quê? “Olha eu vou falar por mim, geralmente pede na primeira consulta, o 1º exame. Não tem sido uma rotina aqui pedir o 2º exame anti-HIV não”. “Eu acho que é por esquecimento mesmo”

Entrevistado 1

Constata-se que procedimentos que constam de protocolos do Ministério da Saúde acordados como padrões de qualidade da assistência no SUS, não garantem à usuária o acesso aos serviços necessários. Sabe-se da importância da realização da segunda testagem anti-HIV, mas a não solicitação demonstra que, apesar da ESF se contrapor ao modelo assistencial predominante, o processo de trabalho em saúde não mudou.

Se há acolhimento e responsabilização que permita a abertura de um espaço de discussões, de escuta dos problemas, estabelece-se um processo de mútuo reconhecimento de direitos e deveres que permite intervenções pertinentes e eficazes frente às necessidades dos sujeitos. O esquecimento sobre a solicitação ou não do exame aponta que esta lógica é ferida no sentido da responsabilidade do sistema, representada pelo profissional, na resolutividade da atenção à gestante, trazendo repercussões desta ação para ela, para a sociedade e para o SUS.

O resultado prático desta ação é a permanência no hospital por mais tempo do que o preconizado, o que implica em riscos para a mãe e a criança, como infecção hospitalar, e a ocupação por tempo excedente de um leito que já poderia ser disponibilizado, o que, na zona oeste, com a grande demanda de partos e falta de maternidade significa a redução maior ainda do acesso universal ao SUS.

Foram criados pólos de testagem rápida para impedir a chegada ao hospital sem o exame, ainda assim, Esmeralda não teve acesso a este recurso. Em reuniões na Secretaria Municipal de Saúde, ouvi, pessoalmente, da gerência do programa da mulher do município do Rio de Janeiro que esses pólos são, surpreendentemente,

subutilizados. Em contrapartida, mesmo que a gestante tenha os dois exames anti-HIV no pré-natal, nas maternidades estaduais todas as mulheres tem o teste rápido para HIV realizado.

Mas no caso da equipe de saúde da família, foco de nosso estudo, o argumento utilizado para a não realização do procedimento é o esquecimento, demonstrando a necessidade de acompanhamento, avaliação e discussão do processo de trabalho em equipe para identificação destes ruídos.

Algumas das falas dos profissionais que atenderam Esmeralda exemplificam que o conceito de responsabilização sanitária, ainda está distante da prática diária.

“Não deve nem ter sido pedido o segundo exame dela daqui, do anti-HIV.”

“Todas fizeram aquele 1º, porque o 2º caía no esquecimento”

Entrevistado 1

Nesta análise, observamos relação estreita entre as tecnologias leves e leve-duras. Suponhamos que, em uma unidade de saúde, vínculo, acolhimento, responsabilidade sanitária ainda são conceitos em construção, mas, o que leva o profissional relegar os protocolos e rotinas, pactuados e que deveriam ser integrar sua atividade profissional diária?

Parece-nos que a equipe de saúde da família, situada numa determinada USF, não se apropriou do ideário da Estratégia Saúde da Família. Essa constatação implica em responsabilidade da gestão do SUS municipal do Rio de Janeiro. Isso ocorre por estabelecer vários níveis hierárquicos de acompanhamento, controle e avaliação do trabalho que não são resolutivos tais como esta equipe na atenção à Esmeralda. Tampouco, os conhecimentos que caracterizam e criam a valorização das profissionais da saúde se fazem presentes no estudo de caso. Será que a ESF é medicina de pobre para pobres? Um prontuário incompleto de informações representa falta de registro, ou seja, ausência do cumprimento de protocolos estabelecidos (tecnologias leve-duras). Ao mesmo tempo em que a falta de diálogo, escuta ativa e qualificada (tecnologias leves), representam falhas na comunicação usuário/profissional.

O profissional de saúde não confia na memória, confia no registro. Existe pela criação do vínculo, a possibilidade da lembrança de alguns poucos detalhes do

atendimento, mas, fatalmente o número de atendimentos levará ao esquecimento. Desta forma, o registro resguarda o profissional quanto a sua atuação, qualifica a assistência e evita falas como a que se apresenta a seguir:

“Sabe que eu não sei se ela realizou o preventivo”

Entrevistado 1

“Eu acho que ela não fez, mas ela foi medicada, porque realmente tava com um problema ginecológico e eu acho que ela foi orientada e ela passou por fora, passou pomada, não sei”.

Entrevistado 3

Observamos que o discurso dos profissionais demonstra um descaso assistencial frente à usuária, questionamo-nos como uma equipe que acompanha uma gestante adolescente, com tantas peculiaridades e demandas assistenciais por meses seguidos, que tem o ACS freqüentando a residência, apresenta tão pouca responsabilidade frente suas necessidades.

- Estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário. Profissional e usuário falam a “mesma língua”?

Segundo Cecílio (2001), quando alguém procura um serviço de saúde, traz consigo uma “cesta de necessidades de saúde”, e cabe a equipe ter preparo para decodificar e saber atender o usuário da melhor forma possível. Porém, ficou evidenciado, neste estudo de caso, que, em sua maioria, as consultas, não configuraram um momento de troca de vivências, experiências, escuta ativa e qualificada.

Ao ser entrevistada, Esmeralda não relatou medo na realização do preventivo. Informou ter realizado o exame um ano antes da gravidez. Mas o profissional chegou a esta conclusão.

“Com certeza se ela não tem o registro ela não deve ter feito, ou preferiu fazer depois do parto, porque tem medo de machucar o bebê”.

Entrevistado 1

- Não há trabalho em equipe.

Os profissionais afirmam que sua atuação é muito focada no Agente Comunitário de Saúde, mas, realizar diagnóstico situacional da família e planejamento de ações sem discussão em equipe não é o processo de trabalho em saúde definido pela Estratégia Saúde da Família.

Eu discuto muito com o agente e às vezes com a técnica de enfermagem. Assim porque não dá para agente sentar e ter esse tempo, porque às vezes o profissional não acha importante e é tido assim como uma besteira.

Quando ele (medico) participa, assim, não é uma participação ativa. Ele participa nos casos mais gritantes, mais agravantes que precisa de uma orientação medicamentosa, de uma orientação de exame, aquela estrutura da gente sentar e aí vamos ver como está a Esmeralda...

Entrevistado 1

O diagnóstico situacional acontece mais meu com os agentes. Há uma desvalorização disso, agente está num momento que tira o F, deixa só o PS.

Entrevistado 1

A construção do processo de trabalho é mais individual, a minha assistência, aquilo que eu acho que eu tenho que fazer com os ACS.

Entrevistado 1

As falas aqui apresentadas demonstram uma mudança na estruturação do processo de trabalho da equipe de saúde da família, a avaliação dos casos em equipe e construção mútua das ações que primordialmente era considerado fundamental no processo de diagnóstico situacional da comunidade, no conhecimento do território e na construção de metas para assistir a comunidade é deixado de lado, mudando a vertente da assistência para o campo individual, o que foge completamente aos princípios fundamentais da ESF.

5.3.2 CATEGORIA II – AS TECNOLOGIAS LEVE-DURAS NA ASSISTÊNCIA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

- Falta de capacitação técnico-científica para realização do pré-natal

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como leve-duras. Refere-se aos saberes bem estruturado que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanálise, a epidemiologia, o taylorismo, a epidemiologia e o fayolismo (MERHY, 2007c, p.49).

Trago a para a discussão as tecnologias leve-duras porque elas representam o saber e sua aplicação na assistência. Aqui não me cabe julgar se os equipamentos institucionais são bons ou ruins, mas interrogar o formato de realização da tecnologia das relações, como um mecanismo analisador estratégico da modelagem da atenção à saúde que tem o poder de expor intensamente "as falhas" do mundo do trabalho em saúde. de modo a publicizar o espaço de gestão do cuidado.

A baixa resolutividade na rede básica é resultado do exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, numa ação que substitui a prática que valoriza a clínica como exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário. Exercer a clínica, através de atos de fala e escuta, em que o diagnóstico ganha dimensão de cuidado, foi sendo, ao longo do tempo, substituído e abandonado.

As falas seguintes mostram que não há tecnologias leves, mas também leve-duras na assistência a gestante no ciclo gravídico-puerperal.

“Eu acho que tem que ter mais uma supervisão, porque quando se fala em supervisão, se pensa em horário, se não tá de acordo, se não tá dando furo e aí tá tudo bem. Eu acho que falta sentar com o profissional. Precisa atualizar, ter aquele momento de dizer o que é o pré-natal, e dizer assim pré-natal é uma coisa importante, o que agente está deixando de fazer? E aí mudando de estrutura, porque as estruturas não são para sempre, tem sempre que estar reanimando. Vamos discutir o que a gente deixou de fazer? Não é o que você fez de errado, porque às vezes você faz certo, aquilo que você deixa de fazer que seria muito importante. É uma coisa de atualização mesmo, de regar a plantinha. Vamos pegar os nossos prontuários e estudar em equipe”

Entrevistado 1

“Eu acho necessário a pessoa ser humilde. Eu que eu me desenvolvo bem na área cardiovascular, porque é uma coisa que eu faço todos os dias e é uma coisa que eu tenho experiência e prática e raramente eu vou precisar pedir ajuda, pelo contrário, tem pessoas que eu até ajudo aqui, que vem tirar dúvidas comigo aqui, então nessa área eu não tenho uma necessidade... Mas já nessa área (obstetrícia) é uma área que eu acharia, e eu já solicitei, mais capacitações para agente ficar mais completo naquilo que estamos realizando”.

Entrevistado 2

Esses depoimentos nos levam a questionar quais lacunas estão na formação profissional. Observa-se que o profissional não se considera plenamente capacitado para o atendimento. Podemos então justapor tais falas aos achados do prontuário, como: ausência de solicitação de exames, ausência de registro de avaliação de risco gestacional, ausência de anamnese detalhada do histórico da gestante, não identificação de exame clínico-obstétrico no registro das consultas. Na observação do campo, essas considerações se repetiram.

- Sobrecarga de trabalho interferindo na qualidade da assistência

Várias falas mostraram que os profissionais sentem-se sobrecarregados nas suas atividades e isso interfere na atuação. Mas, não foi identificada na equipe uma visão crítica do processo de trabalho, o que é fundamental para que a equipe consiga organizar a assistência definindo prioridades.

Não, isso é assim, quando ta tudo tranqüilo, tudo assim que dá para você sentar e dá pra fazer o pré-natal, aí vai ser feito, aí dá pra fazer. Você pede pra pegar os prontuários que você vai ver dois, três registros, mas em época que não dá para fazer algumas coisas são deixadas infelizmente.

Entrevistado 1

Eu pergunto da comida, mas eu também te digo que seu nem sempre preencho o gráfico, mas normalmente se não for em épocas conturbadas que não dá pra você para e fazer.

Entrevistado 1

Quando dá, você vai ver essa curva toda preenchidinha, essa coisa toda, mas em épocas conturbada, não dá pra você parar e fazer o pré-natal como deveria ser.

Entrevistado 1

Eu acho que eu preciso de mais tempo, eu preciso de mais estímulos, porque para você fazer um grupo de gestante com seis mulheres em uma sala e eu falar, falar, falar. Eu preciso de recursos, porque não adianta eu como enfermeira achar que com um lápis e um papel eu vou conseguir prender a atenção.

Entrevistado 1

Eu acabo me cobrando muito! Se você não faz o que está sendo pedido, você não está trabalhando. As cobranças não são de um PSF. É só estatística, estatística, mas ninguém chega pra mim: Enfª como você está fazendo o pré-natal? Se você não está fazendo, é por quê? Não tem isso.

Entrevistado 1

A gente não fica atento porque você ta fazendo uma coisa aí a enfermeira entra te pedindo outra coisa, e aí a gente não ta fazendo as coisas como deveria estar sendo feito.

Entrevistado 2

- Rotinas na ESF favorecem ou engessam a assistência?

Partindo do ideário da ESF e na mudança dos modelos tecno-assistenciais, o verdadeiro modelo de atenção à saúde não faz referência a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão dos processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar, tanto do individual, como do coletivo e do social. (MERHY, 2007c, 16).

“...agente às vezes fica muito preso dentro das rotinas. As rotinas são aquelas “bate estacas” Geralmente as minhas gestantes eu marco o preventivo, eu já até colhi preventivo num outro dia, mas foi assim, uma outra equipe colhendo, aí pego o espelho colho e uso o balde daquela equipe, aquele cronograma, equipe I, equipe II e equipe III, porque tem aquilo cada dia da semana, equipe I, equipe II e equipe III.

Entrevistado 1

A fala deste profissional nos leva a questionar se estamos estudando realmente uma equipe de saúde da família, porque desde sua idealização este modelo assistencial baseou-se em outros princípios. As ações verticalizadas, rígidas, que pouco atendia às necessidades da população não fazer parte dessa nova estratégia que se baseiam na transversalidade das ações. O que tem levado as equipes de saúde da família a se moldarem como unidades tradicionais de assistência, como postos de saúde? Onde se perdeu a real filosofia da ESF? Questionamentos como estes perpassam nossa mente e validam este estudo, por demonstrar a necessidade de mergulhar no interior do cotidiano das equipes a fim de avaliar o que e como está o processo de trabalho.

- Disputas profissionais no processo de trabalho *versus* trabalho em equipe na ESF.

Em diversos momentos deste estudo trouxemos a discussão acerca da identificação da arena institucional como um campo de disputas e neste momento lançaremos mão desses conceitos para analisar a situação desta equipe de saúde da família frente ao mundo das significações que se apresentam na fala de nossos entrevistados.

O cotidiano institucional apresenta-se repleto de significações, porém não se configura como prática gerencial, o olhar para os interstícios da instituição buscando analisar as falhas e os ruídos e trazê-los para um processo interno de discussão para a melhora do serviço.

Para pensar sobre isso Merhy (2007b, p.116) usa como analogia o sonho, que é uma vivência do plano individual. Os sonhos em sua maioria apresentam-se para nós sem sentido, repleto de falhas e ruídos quando comparado ao mundo real, onde desenvolvemos nossos papéis, temos uma identidade e reconhecemos como território de nosso domínio. Mas no sonho, um outro em nós se revela, que apesar de aparentemente ser sem sentido, revelam outros sentidos que deixa o mundo real sem sentido. Essa analogia nos traz também para a instituição, onde as relações acontecem. Desta forma, são os ruídos que apontam como estão sendo desenvolvidas as ações de saúde nos serviços. É nesse espaço que se formam as linhas de fuga, que podem ser formas que o profissional utiliza para desenvolver o seu trabalho como deseja, melhorando a assistência e com isso se tornando mais recompensado profissionalmente, ou de forma contrária, utilizando a situação de caos para acomodar-se numa atitude improdutiva, culpando o serviço, pela sua má qualidade na assistência.

Entrevistador: Por que alguns exames não estão registrados no prontuário?

Profissional: Por quê? Porque às vezes ela passa por mim e às vezes ela passa pelo..... (outro profissional). Eu, não é dizer que é melhor não, eu dificilmente deixo de anotar algum exame, tanto que as vezes eu falo, pode ir embora que eu vou ficar com seu exame, depois eu peço para o ACS te entregar, e olhar na minha pasta tem exames, tem ultra, que não deu tempo de passar, que eu passo tudo. Então é comigo e com ele. Então ele às vezes não coloca.

A dificuldade de interação entre médicos, enfermeiras e ACS bloqueiam o fluxo de informações e evidenciam secções no processo de trabalho, demonstrando que o conjunto dos diferentes profissionais de saúde atua cotidianamente dentro de

suas lógicas particulares de seu auto governo, sem serem interrogados do “por que” de seu modo de atuar.

Neste processo, a falta de registros limita a análise da situação de saúde da gestante, refletindo-se sobre a qualidade da gestão do cuidado pela equipe de saúde da família e o trabalho fragmentado e descoordenado gera lacunas que expõem a gestante a riscos preveníveis.

Merhy (1997:116) mostra como se apresenta o cotidiano institucional.

O ‘cotidiano institucional’ se expressa como uma dobra (uma prega) na qual, de um lado, há um ‘cenário’ do mundo das significações, aliás de vários mundos das significações atravessados e não necessariamente compartilhados pelo conjunto dos agentes em situação institucional e, do outro lado, e talvez pelo cenário pouco estruturado dos atravessamentos dos distintos mundos das significações, opera um mundo distinto, o dos sentidos e sem sentidos, que se mostra através de ‘falhas’ ocorridas no anterior.

Entendemos que o cotidiano não é um lugar harmônico de atuação das identidades e papéis nem um lugar dissonante, mas a simultaneidade destes mundos, que se relacionam todo o tempo entre si produzindo essas “falhas”, “estranhamentos”, ou como chamamos aqui: “ruídos”. Quando nos dispomos a estudar este “cotidiano institucional”, marcado por esses ruídos, é possível dizer que o serviço de saúde se mostra como uma arena de disputas, onde são produzidos inúmeros dados e informações, que se constituem como ferramentas de análise para agir nos interstícios dos processos constituídos, publicizando e tornando partilháveis aos próprios operadores a discussão em torno de um compromisso público com a vida do usuário individual e/ou coletivo.

CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o processo de trabalho em saúde é dinâmico e complexo porque não produz bens materiais. Porém o que é produzido apresenta alto valor de uso, em particular para os sujeitos sob cuidado, muitas vezes, fragilizados pelo sofrimento enfrentando a falta de respostas do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, equânime e integral. Mas este processo é pouco percebido,

sistematizado, analisado e avaliado por seus atores, aqui incluindo os sujeitos cuidadores e os sujeitos cuidados, o que implica em controle social sobre a produção da saúde.

Neste estudo de caso, o trabalho é pensado e executado de forma individualizada, distanciando-se dos princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Destaca-se, por parte dos profissionais que trabalham na USF estudada, que não se configura como uma equipe de saúde da família, a limitada ou ausente análise qualitativa do trabalho em saúde como um ato do trabalho vivo, essencialmente humano.

Neste contexto, percebemos ainda, que a universidade forma médicos e enfermeiros, em particular, que não se apropriam das tecnologias leves. Vínculo, acolhimento, autonomização e responsabilização apresentam-se “No caso Esmeralda” muito distante do que preconiza a ESF.

As tecnologias leve-duras são enfatizadas, porém, não foram percebidas, neste estudo, a capacidade e a compreensão por parte dos profissionais que a exigência atual é aprender a aprender, ou seja, o nosso contexto atual caracteriza-se pela informação produzida velozmente e cabe-nos analisá-la criticamente e aprender continuamente. Isso ganha relevo em situações como as vivenciadas pelos profissionais da ESF no município do Rio de Janeiro, implantada em favelas, nas quais a negação dos direitos de cidadania é cotidiana.

As tecnologias duras, neste caso, como as diretrizes e princípios da ESF, coerentes com os princípios do SUS, parecem subsumidas no processo de trabalho em saúde.

Não se pode deixar de evidenciar que Esmeralda considera diferenciada a atenção dispensada na ESF frente ao atendimento no posto de saúde e no atendimento hospitalar. Estas falas de Esmeralda reforçam nosso propósito de, com este estudo, não penalizar profissionais, equipe ou a própria ESF, mas discutir o quanto esse processo de construção de valorização de subjetividades é longo e difícil.

Quando questionada sobre o atendimento nas unidades por onde passou, Esmeralda afirmou:

“lá (posto de saúde) é meio esquisito, eles tratam meio esquisito a gente, lá tem várias opções, mas aqui é melhor, aqui eles dão atenção pra gente, lá não, eles abaixam a cabeça e ficam anotando”.

Esmeralda

Na maternidade:

“Aqui é bem melhor também, lá os médicos são tudo grosso”.

Esmeralda

Teve diferença então?

Entrevistador

“Muita.”

Lá eles conversaram com você sobre o trabalho de parto, cuidados com o bebê?

Entrevistador

“Não, nada, nem do umbigo eles me ensinaram nada”.

Esmeralda

Esse estudo possibilitou conhecer no âmbito da micropolítica de uma unidade de saúde as famílias, as produções de cuidados e conflitos emergentes.

Obtivemos a constatação científica que a análise do processo de trabalho se configura em um dos caminhos para a reavaliação da assistência dentro das instituições de saúde, tomando como foco de nossa atenção a micropolítica do trabalho vivo, um campo das tecnologias leves.

Percebemos claramente que tanto os produtores quanto os consumidores são instituintes de necessidades e exercem forças nesse espaço produtivo, repleto de intencionalidades, desejos, e necessidades. Analisamos mutuamente políticas, programas, serviços e ações e percebemos que as necessidades dos usuários e trabalhadores de saúde, embora pareçam distintas, são as necessidades de todos os sujeitos. A necessidade de saúde, de condições de vida, de ser alguém singular

com direito à diferença, de ter acesso as tecnologias que prolonguem sua vida, necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida.

A análise do pré-natal em uma unidade da estratégia de saúde da família permitiu-nos identificar os “ruídos” ou “falhas” do processo como possibilidade de intervenção para melhoria na assistência. O estudo evidenciou de forma latente que o relacionamento interno da equipe não demonstrou responsabilização sanitária coletiva como a usuária, levando à descontinuidade da atenção nas ações específicas de cada profissional e desarticulação entre ações curativas, educativas e de gestão do cuidado.

A dificuldade de interação entre a equipe resulta em bloqueio no fluxo de informações e evidencia secções no processo de trabalho. Desta forma, consideramos que traçar cartografias de espaços institucionais configura-se em ferramenta que permite analisar externa e internamente o processo de trabalho, possibilitando novos caminhos de ação na gestão do cuidado. Destacam-se como forças instituídas no processo de trabalho em saúde estudado, a falta de registros que impossibilitam a análise da situação de saúde da gestante, refletindo-se sobre a qualidade da gestão do cuidado pela equipe de saúde da família e o trabalho fragmentado e descoordenado, gerando lacunas que expõem a gestante a riscos preveníveis.

As ações relativas à atenção pré-natal de Esmeralda apresentaram-se fragmentadas, tanto dentro da unidade de saúde da família, assim como na rede assistencial.

A visita domiciliar apresentada como grande trunfo da ESF, no caso Esmeralda não apresentou grande significância devido a baixa resolutividade frente as situações que exigiam intervenção por parte da equipe.

O planejamento estratégico situacional, ferramenta preconizada para definir as ações à partir das necessidades da família foram perdendo espaço para as medidas assistenciais curativas, voltando às características do modelo médico hegemônico, centrado em procedimentos, ficando notório o quanto os processos instituídos, como as ideologias hegemônicas, apresentam-se também como forças instituintes nos espaços micropolíticos, disputando com outras forças instituidoras, de naturezas semelhantes e distintas.

As modificações do modelo da ESF na micropolítica desta equipe voltaram à concepção individualista do usuário, desconsiderando suas singularidades, o que

dificulta uma construção mútua com troca de experiências que possibilitem um cuidado humanizado, na construção de um caminhar mais autônomo na busca da satisfação de suas necessidades. Desta forma, o vínculo, fruto da tecnologia das relações, território das tecnologias leves, que ocorre em todo o lugar onde há um trabalhador de saúde e um usuário, é pouco consolidado, e o processo de escutas e responsabilizações, chamados processos intercessores que são os que se articulam com a constituição de vínculo, tendem a deixar de ocorrer.

O contexto real frente ao ideário da ESF aponta um modelo em construção, que reflete através de seus atores muitos desvios diante da essência que a ESF apresenta, observado por um franco conformismo no dia-a-dia vigente na unidade de saúde. Ficou muito evidente a dificuldade da mudança da lógica de funcionamento do posto de saúde para a ESF, talvez porque a sua própria lógica de trabalho seja a de um posto de saúde. Os profissionais em suas falas deixaram muito explícito que eles mesmos não consideravam o PSF Alagado atuando como uma unidade da ESF. A ausência da realização de visitas domiciliares foi subvertida pela falta de tempo, onde o pano de fundo apresentava a alta demanda como impedimento de chegar a comunidade, invertendo mais uma vez a lógica da estratégia, evidencia-se que se a unidade não chega a comunidade, a comunidade chega a unidade.

Não ousamos ter a pretensão de com esse estudo trazer as respostas para as contradições existentes no processo de trabalho no contexto da ESF, mas trazer à reflexão a importância do olhar o interior do processo de trabalho da unidade.

Como o processo de conhecimento é infinito, diremos apenas que finalizamos a análise deste estudo, por considerarmos ter atingido os objetivos propostos. Dedicando esse momento a uma reflexão que Merhy (2007c, p. 114-116) traz acerca do mito da esfinge: “Decifra-me ou te devoro”.

A ESF tem toda sua concepção teórica herdada da Vigilância em Saúde, mas reconhece que a mudança do modelo assistencial se dá a partir do processo de trabalho. Propõe uma nova forma de operar o trabalho em saúde e critica o modelo que tem as ações centralizadas no saber médico exclusivamente, por estruturar-se no trabalho assistencial através de equipes multidisciplinares.

Desta forma, podemos concordar que com a ESF acontece algo semelhante ao que conta a mitologia grega no enigma da esfinge. A esfinge seria uma divindade enviada para vingar, entre os tebanos um crime impune do rei Laio. Desta forma a

esfinge se estabeleceu em Tebas, criando enigmas para que os tebanos revelassem. Aqueles que não decifravam seus enigmas eram devorados. Édipo resolveu o enigma, levando a esfinge a matar-se, libertando a população da punição.

Da mesma forma acontece com a ESF, a estratégia percebe que o problema do modelo assistencial está no processo de trabalho. Porém não o decifra e acaba sendo devorado pela implacável dinâmica do trabalho médico-centrado. Como não há uma organização de um saber crítico sobre esta questão, acaba direcionando suas ações na produção de procedimentos e não de cuidado.

6.1 PROPOSTAS PARA UMA ANÁLISE CONTÍNUA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NAS EQUIPES DA ESF

A cartografia do atendimento de uma gestante através do fluxograma analisador evoca a importância de uma gestão dos processos de trabalho dentro das equipes de saúde da família, pois este mapeamento permite a apresentação das falhas de modo que a equipe possa se auto avaliar e traçar metas para novas formas de agir em saúde.

Nesse sentido, entendemos que o papel gestor se faz fundamental no processo, por ser este um momento de enfrentamento das iniquidades que o modelo da ESF tem apresentado, por apresentar-se como emergencial a mudança no perfil das equipes de saúde da família no Município do Rio de Janeiro. Não ousamos com esse estudo falar de equipes não estudadas nas minúcias do seu dia-a-dia, mas por ser de conhecimento geral a dificuldade de implantação da ESF neste município e saber que os problemas se assemelham e repetem-se nas diversas equipes da estratégia.

Os diversos ruídos emergentes deste estudo, sugerem ações que visem modificar a dinâmica atual da ESF no Município do Rio de Janeiro, são estas:

- Divulgação dos fluxos assistenciais dentro das equipes

Os fluxos de atendimentos pré-estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde objetivam a resolutividade das ações nas unidades. O desconhecimento desses fluxos gera para o usuário, a tão falada peregrinação pelas unidades de saúde. Desta forma, as equipes necessitam executar tais fluxos, garantindo ao usuário a integralidade das ações de saúde.

- Pactuação entre unidades

As unidades de saúde da família sempre tem como referência uma unidade de saúde, chamada unidade mãe. A pactuação de ofertas de serviços entre estas unidades é fundamental para aumentar a resolutividade das ações da atenção básica, evitando deslocar o usuário para outra localidade.

- Processo de construção em equipe e entre equipes.

A auto gestão nas unidades de saúde da família parte do princípio de gestão pactuada do serviço, onde todos são co-responsáveis ou co-gestores da unidade, dessa forma a gestão do processo de trabalho deve partir de uma discussão interna, inclusive de caráter avaliativo e com metas a serem alcançadas.

A auto análise das ações, identificação de falhas e mudança no processo de trabalho são fundamentais para a qualificação da assistência. A criação de espaços que visem a articulação coletiva das equipes, incentivando não apenas a discussão de casos, mas a produção científica, com criação de grupos de estudo, a fim de qualificar a partir de uma fundamentação teórico científica.

- Valorização das Tecnologias Leves

O resgate do vínculo, acolhimento, co-responsabilização, autonomização como conceitos apenas teóricos, mas inerentes a prática diária do trabalhador de saúde da família é essencial no processo de retorno aos fundamentos essenciais de atuação da ESF. Para isso sugerimos a criação de grupos de discussão, com leitura de textos, artigos e livros de autores que tragam à reflexão tais temas.

- Valorização do registro

O resgate do prontuário de família, enfatizando entre os profissionais a importância de um registro tanto para a qualidade na assistência prestada ao usuário, assim como proteção para o profissional por garantir a comprovação do tipo de atendimento por ele prestado. A instalação de comissão de revisão de prontuários, que permite discutir em equipe tanto casos, como falhas de atendimento e registro a serem corrigidas.

- Educação permanente

A educação permanente em serviço é uma oportunidade de explorar as potencialidades do profissional capacitado e favorecer a capacitação de outro. É um processo de valorização do profissional que tem desenvolvido suas ações com qualidade, pelo reconhecimento do mesmo como um “staff” dentro da unidade. Gera uma competitividade produtiva, por permitir que outros profissionais busquem melhor assistir suas famílias para também receber o reconhecimento.

REFERÊNCIAS

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação**. NBR:14724:2005.

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação – Referências – Elaboração**. NBR:6023:2002

ADORNO, RCF; CASTRO, AL. **O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade**. Saúde e Sociedade, 3 (2): 172-185, 1994.

BARBOSA, TAV; FRACOLI, LA. **A utilização do “fluxograma analisador” para organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (4): 1036-1044, jul - ago, 2005.

BARDIN, LAURENCE. **Análise de Conteúdo**, Edições 70, Lisboa – Portugal, 2006.

BERNARDES, A; CECÍLIO, LCO; NAKAO, JRS; ÉVORA, YDM. **Os ruídos encontrados na construção de um modelo demográfico e participativo de gestão hospitalar**. Ciência e Saúde Coletiva, 12 (4): 861-870, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programáticas**, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde – 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Saúde da Família: Uma Estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da **Saúde, Manual Técnico, Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada**, Brasília – DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Consultado em 20/072007.

BOARETTO, C. e BURSZTYN, I. **O direito de nascer direito**. O GLOBO, 15 de dez. de 1995, p.01.

CARDOSO, LM. **Exercícios e Notas para Formular e Desenhar uma Pesquisa**, Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, GWS. **Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas**. O Caso da Saúde. In Cecílio, LCO (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

CAMPOS, GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 3ed. 2007.

CECÍLIO, LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção à Saúde. In PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

DOMINGUES, RMSM e RATTO, KMN. **Favorecendo o parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas**. “Epidemiologia e avaliação de programas sobre a saúde materno-infantil” do Departamento de Epidemiologia e Métodos quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, 2008.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate**. Caderno de Saúde Coletiva, 11(3):553-576 jul - set, 2006.

GUATTARI, F, ROLNIK, S. **Micropolítica – Cartografias do Desejo**. Petrópolis, Vozes, 4ª edição,1996.

GIL, AC. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, RBM. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo: Universidade de São Paulo. Dissertação. (Mestrado em Medicina Preventiva

e Social) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, USP, 1979.

HARTZ, ZMA. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro/ Salvador. FIOCRUZ, 2005.

JORGE, AO. **A Gestão Hospitalar sob perspectiva da Micropolítica do Trabalho Vivo**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2002.

MARQUES, GQ, LIMA MADS. **As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde**. Rev. Gaúcha Enferm; Porto Alegre (RS) 2004. abr; 25 (1): 17-25.

MARTINS, MCFN; BÓGUS, CM. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde**. Saúde e Sociedade, v.13, n.3, p. 44-57; set-dez, 2004.

MATUMOTO S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde** (dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998. 226 f.

MERHY, EE. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). In FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MERHY, EE. Saúde. **A cartografia do trabalho vivo em Ato**. São Paulo, Hucitec, 3ª edição, 2007a.

MERHY, EE. ONOCKO, R. (Orgs.)TESTA, M. CAMPOS, GWS. CHAKKOUR, M.BUENO,WS. ROLLO,A. OLIVEIRA,RC. LÁBBATE, S. MERHY, EE. ONOCKO, R. (autores) **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; 3ª Ed. 2007b.

MERHY, EE. JUNIOR,HCOMM. RIMOLI, J. FRANCO, TB. BUENO, WS. **O Trabalho em Saúde. Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007c.

MERHY, EE, CECÍLIO LCO, NOGUEIRA FILHO, RC. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro 1991 dez; (33):83-9

OBA, M. das D.d V.; TAVARES, M.S.G. **Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP.** *Revista latino americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p.11-17, abril 2000.

PATTON, MQ. **Qualitative evaluation and research methods.** Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

PEREIRA, ATS, CAMPELO, ACFS, CUNHA, FS, NORONHA, J CORDEIRO, H, DAIN, S, PEREIRA, TR. **A Sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins.** *Caderno de Saúde Coletiva*, 11(3):607-620 jul - set, 2006.

QUEIRÓS, MIP. **Variações Sobre a Técnica de Gravador no registro de Informação Viva.** São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos (CERU), USP, 1983.

SANTOS-FILHO, SB **Perspectivas da avaliação na Política Nacional da Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** *Ciência e Saúde Coletiva* 12(4): 999-1000, 2007.

SOUZA, F. B. A.; NETTO, R. A, CONDE, M.B. **Implantação das Estratégias DOTS e DOTS-A no controle de Contatos de Tuberculose no Rio de Janeiro, Brasil.** Tese (Doutorado) – UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Ciências Pneumológicas), 2006.

TURATO, ER. **Tratado de metodologia da pesquisa clinico-qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TAVARES, MSG. OBA, MDV. **Aspectos Positivos e Negativos da Assistência Pré-Natal no Município de Ribeirão Preto – SP.** *Rev. Latino-am Enfermagem* 2007, março-abril; 8 (2):11-17APÊNDICES.

YIN, R. **Case study research, design methods.** 2.ed. Ann Arbor, Michigan. Health Administration Press, 1993.

APÊNDICE A– Roteiro das entrevistas

Gestante/ Puérpera

1. Qual é a sua idade?
2. Qual é a sua escolaridade?
3. Você trabalha? Qual é (era) sua ocupação antes da gravidez?
4. Você engravidou pela primeira vez com quantos anos?
5. Como você descobriu a gravidez atual?
6. Com quanto tempo de atraso você fez o teste para identificar a gravidez (TIG)?
7. Como ocorreu o agendamento do pré-natal? (Quantas vezes você consultou na gestação?)
8. Quantas semanas depois do TIG você fez a 1ª consulta de pré-natal?
9. A solicitação dos exames aconteceu em qual consulta, 1ª, 2ª, 3ª...?
10. Os exames foram solicitados novamente do meio para o fim da gravidez?
11. Você fez preventivo durante a gestão
12. Quando você fez o último preventivo antes da gravidez?
13. Houve pedido de USG na 1ª consulta PN?
14. Você realizou USG com quanto tempo de gravidez?
15. Como aconteceu o agendamento da USG?
16. Você foi atendida no dia e hora marcados?
17. Você tem cartão da gestante?
18. Sempre o leva à consulta?
19. Procurou a unidade devido alguma queixa, fora dos dias do pré-natal?
20. Foi atendida por qual profissional?
21. Você teve alguma infecção durante a gravidez? Qual?
22. Foi orientada a usar medicação?
23. Você tomou a medicação como foi orientada?
24. Foi orientada dos riscos da infecção para a gravidez?
25. Você recebeu visitas domiciliares durante sua gravidez? De quem?
26. Quais as orientações dadas pelo ACS?
27. Quais as orientações dadas pela Enfermeira?
28. Quais as orientações dadas pelo Médico?
29. Quais as orientações dadas pelo Técnico ou Auxiliar de Enfermagem?
30. Quais as orientações dadas pelo dentista?
31. Você seguiu as orientações? Se não, por quê?
32. Você foi encaminhada a algum grupo educativo?
33. Você participou? Se sim, como foi? Se não, por quê?
34. Você foi orientada sobre o que fazer quando entrasse em trabalho de parto?
35. O que você fez quando entrou em trabalho de parto?
36. Como foi o atendimento no hospital ou na maternidade?
37. Qual o profissional que realizou seu parto? Médico, Enfermeiro, outro?
38. Você ficou internada quantos dias? Por quê?
39. Olharam seu cartão de pré-natal na maternidade?
40. Houve algum encaminhamento, ainda no hospital, para acolhimento mãe-bebê? Para qual unidade?
41. Onde você foi realizar as vacinas e o teste do pezinho?
42. Porque não foi para o PSF?
43. Qual a sua opinião sobre a assistência que lhe foi dada no pré-natal, parto e puerpério?

44. Qual a diferença do atendimento do PSF para o atendimento no Posto de Saúde?
45. Qual a diferença do atendimento do PSF para o atendimento na maternidade?

Profissional (Médico/Enfermeiro)

1. Como aconteceu o agendamento do pré-natal?
2. Observei que o cartão de pré-natal utilizado é antigo, por que não é utilizado o atual?
3. Foram solicitados exames na 1ª consulta? Quais?
4. A gestante realizou todos os exames solicitados?
5. Há resultados para todos os exames solicitados? Se não, o que ocorreu?
6. Porque não foram registrados no prontuário?
7. Foram solicitados os exames relativos à 28ª semana gestacional? Por não há registro?
8. Porque não foi solicitado teste rápido Anti-HIV na consulta do dia 21/03, quando a gestante estava com 34/35 semanas e não tinha o 2º resultado de Anti-HIV?
9. O único pedido de VDRL da gestante estava com resultado: Hemolizado. Por que não foi solicitado novamente?
10. Houve orientação nutricional da gestante? Por que não houve registro contínuo no gráfico de avaliação nutricional?
11. Houve encaminhamento para o Planejamento Familiar? Se não, Por que?
12. Houve realização do preventivo durante a gravidez? Se não, por que?
13. Por que não foi colhido em uma das consultas de pré-natal, haja vista que a gestante era assídua nas consultas?
14. Quais as orientações que você, como profissional, considera importantes para a gestante?
15. Você considera que a assistência dada à gestante na Estratégia Saúde da Família é diferente da assistência dada a gestante do modelo das UBS tradicionais? Se sim, qual (is) a (s) diferença (s)?
16. Como você planeja o seu processo de trabalho na assistência a gestante enquanto integrante da equipe de saúde da família?
17. Você discute em equipe a assistência à gestante?
18. O que você considera necessário ao profissional que atende a gestante para a qualificação do atendimento?
19. O que você considera importante para o ACS abordar na VD à gestante?
20. Qual o instrumento que o ACS é orientado a utilizar na orientação e registro de sua VD à gestante? Utilizam a ficha B? Se não, por que?
21. Qual o instrumento de avaliação que você utiliza para qualificar o acompanhamento do ACS à gestante?
22. Você acredita na ESF? Se não, Por que está inserido na estratégia?
23. Você acredita que a ESF funciona como ela é proposta? Quais fatores impedem? E quais favorecem?

Agente Comunitário

1. Você acompanha a gestante **Esmeralda** há quanto tempo?

2. Você havia orientado a gestante quanto aos métodos contraceptivos? E Planejamento Familiar?
3. Como soube que ela estava grávida?
4. Quantas VDs realizou desde então?
5. O que você considera importante abordar na VD à gestante?
6. Você utiliza algum instrumento que conduza sua VD, quanto ao que perguntar ou orientar?
7. Você utiliza a ficha B de gestante?
8. Alguma vez usou a ficha B de gestante, desde que começou a trabalhar como ACS? Se não é utilizada, por quê?
9. Foi treinado para o seu uso? Foi estimulado a usá-la?
10. Vocês recebem este impresso? Se recebesse saberia preenchê-lo?
11. Você acredita na ESF? Se não, Por que está inserido na estratégia?
12. Você acredita que a ESF funciona como ela é proposta? Quais fatores impedem? E quais favorecem?

Supervisor do PSF Alagado

1. Qual o papel do supervisor na Unidade de Saúde da Família?
2. Há quanto tempo o senhor/a exerce esta função?
3. Qual foi a motivação para implantar um PSF em Alagado, em frente a uma unidade de atenção terciária, e próximo a um posto de saúde?
4. A proposta inicial era de PACS ou PSF?
5. Por que foi decidida a implantação de um PSF?
6. Como é a relação entre a unidade mãe (Posto de Saúde) e o PSF?
7. É discutido entre as equipes o processo de trabalho na ESF?
8. E a assistência Pré-natal, é discutida?
9. Os ACSs utilizam a ficha B?
10. É estimulado o uso da ficha B gestante no acompanhamento do ACS à gestante?
11. Existe a ficha na unidade? Se não, qual o outro instrumento utilizado para orientação e registro do ACS na VD?
12. Os ACS que são admitidos são treinados para o uso da ficha B?
13. Quais aspectos são considerados importantes na avaliação para a contratação dos profissionais da ESF?
14. Existe algum processo de educação permanente na assistência pré-natal?
15. Os profissionais são orientados sobre os fluxos de referência e contra-referência na rede? Encaminhamentos para exames, profissionais especializados, unidades de saúde especializadas, etc?
16. Você considera que na rede assistencial, os fluxos estabelecidos permitem a gestante ter uma atenção integral como é preconizado?
17. O que é necessário para a melhoria da assistência pré-natal na ESF?
18. A senhora acredita na ESF? Se não, Por que está inserido na estratégia?
19. Quais os fatores que o desenvolvimento da ESF no município do Rio de Janeiro? Especialmente na Zona Oeste?
20. Você acredita que a ESF funciona como ela é proposta? Quais fatores impedem? E quais favorecem?

APÊNDICE B - Quadro descritivo do acompanhamento pré-natal de Esmeralda

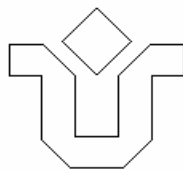
Data	Profissional	Achados Clínicos	Conduta	Fonte	Idade Gestacional
12/09/07	Enfermeira	TIG +	Solicitados exames e cartão de vacina Orientações. Prescrito: Sulfato Ferroso	Prontuário	8 semanas
02/10/07	Médico	Cefaléia + coriza	Solicitado EAS urgente	Prontuário	10 semanas
10/10/07	Médico	Piúria	Orientações gerais	Prontuário	11 semanas
31/10/07	Médico	EAS: HGB + Algumas células epiteliais Bact. discreta	Aumento da ingesta hídrica	Prontuário	14 semanas
28/11/07	Enfermeira	Toxoplasmose IgG Neg/IgM Neg Anti-HIV- Neg.	Orientações Sulfato Ferroso Ácido Fólico	Prontuário	18 semanas
19/12/07	Médico *	-	-	-	-
09/01/08	Enfermeira	Resultado de USG Presença de edema Lesões cutâneas com prurido	Sulfato Ferroso Ácido Fólico Sabonete de enxofre	Prontuário	23/24 semanas
13/02/08	Médico*	-	-	-	-
27/02/08	Enfermeira	Ausência de edema	Solicitada USG obstétrica	Prontuário	31/32 semanas
26/03/08	Médico	Edema ++/++++	Sulfato ferroso Nistatina Paracetamol	Prontuário	34/35 semanas

* Não foi identificada evolução no prontuário, apenas registro no controle pré-natal.

APÊNDICE C - Quadro descritivo do diário de campo – técnica observação não participante

Data	Profissional	Atividade	Idade gestacional	Questionamento do profissional	Queixa	Conduta
09/04/08	Médico	Consulta pré-natal	36/37 sem	Tem sentido alguma coisa? Tem sentido dor ao urinar? Tem bebido bastante água?	Dor nas costas, febre, tosse e dor ao urinar	Cefalexina Nebulização com soro fisiológico e atrovent
11/04/08	ACS	Visita domiciliar	37 sem	Houve perda de líquido? O médico viu o cartão de vacina? Está tomando sulfato ferroso? Está se alimentando de forma saudável?	Dor nas costas	Entrega agendamento de USG para MAI/2008 Orienta que a gestante leve os exames e o cartão pré-natal na hora do parto
18/04/09	Hospital Pedro II	Internação para parto	Puerpério	Não foi observada atuação profissional durante a visita	Demora no resultado dos exames	Não foi observada atuação profissional durante a visita
25/04/08	Enfermeira e ACS	Acolhimento Mãe/bebê Visita domicilia	Puerpério	Qual o nome do bebê? Já tem registro? Qual foi o tipo de parto? Qual foi o dia do parto? Qual foi o dia da alta? Por que demorou a receber alta?	Sem queixas	Retirou a moeda do umbigo do recém nascido Orientou a mãe sobre cuidados com bebê e com a episiorrafia Observa amamentação e faz orientações Avalia cartão da criança

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes da Pesquisa



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestante)
(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Item IV)**

**ESTUDO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DOS
PROFISSIONAIS NAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL, REFERÊNCIA AO PARTO E
CONTRA REFERÊNCIA AO PUERPÉRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Prezada Sra.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sobre o trabalho das/os profissionais que realizam o pré-natal e como é o atendimento no parto e puerpério, e tem como objetivos: (1) Identificar como se desenvolve o trabalho da equipe de saúde da família no Pré-Natal; (2) Compreender como ocorre o encaminhamento para o Parto e o retorno para a consulta no PSF depois do parto; (3) Estudar como é o atendimento da equipe de saúde da família no pré-natal, após o parto e analisar quais as interferências existentes no trabalho da equipe de saúde da família na atenção integral à gestante/puerpéra e (4) Identificar e analisar a existência de “interferências” no trabalho da equipe de saúde da família, em particular no trabalho dos/as enfermeiros/as, no acompanhamento à gestante/puérpera quanto à gerência da assistência à saúde.

Venho através deste documento solicitar a sua participação neste estudo.

Informações sobre a participação no estudo:

1. Sua participação é totalmente voluntária, onde não há nenhum tipo de custo ou compensação financeira.
2. Você pode sair do estudo a qualquer momento que desejar, sem prejuízo da atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

3. Depois de lidas as explicações, você poderá fazer qualquer pergunta necessária para a o entendimento da natureza do estudo.

Procedimento a ser seguido

A coleta de dados será realizada através de entrevista gravada (em aparelho próprio – gravador ou MP3). Depois esta entrevista será transcrita.

Confidencialidade

A Sra. não será identificada pelo nome ou qualquer outra característica. O sigilo da sua identidade e das informações que a senhora fornecer será garantido pelo investigador do estudo e sua utilização obedecerá aos princípios científicos.

No caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos relativos ao estudo, é possível contato através do telefone da Pesquisadora principal Mestranda Luciane da Fonseca Oscar Manoel (93789962 ou kandoo@ibest.com.br).

Deste modo, informamos e solicitamos, por meio deste, sua autorização para a realização da referida pesquisa, desejando sua valiosa colaboração.

Pelo exposto, eu _____,
em ___/___/___, ciente das informações recebidas, concordo voluntariamente, em participar do referido estudo.

Assinatura da participante da pesquisa

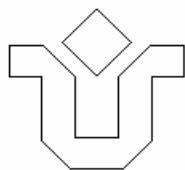
Mestranda Luciane da Fonseca Oscar Manoel

Comitê de Ética em Pesquisa – SMS-RJ

Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701, Cidade Nova

Telefone: 2503-2024 e 2503-2026

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais).**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Item IV)****ESTUDO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DOS
PROFISSIONAIS NAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL, REFERÊNCIA AO PARTO E
CONTRA REFERÊNCIA AO PUERPÉRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Prezada (o) Profissional de Saúde:

Estamos desenvolvendo uma pesquisa pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família, nas ações de pré-natal, parto e puerpério, que tem por objetivos:

(1) Investigar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família do PSF Alagado nas ações de pré-natal;

(2) Compreender os fluxos de referência para o parto no processo de trabalho em saúde da equipe de saúde da família;

(3) Investigar o processo de trabalho da equipe de saúde da família na assistência a puérpera, enfatizando o trabalho em saúde da/o Enfermeira/o

(4) Identificar e analisar a existência de “ruídos” no processo de trabalho da equipe de saúde da família, em particular no trabalho em saúde das/os Enfermeiras/os, na atenção à gestante/puerpéra na perspectiva da gestão do cuidado em saúde.

Venho através deste documento solicitar sua participação neste estudo.

Informações sobre a participação no estudo:

1. Sua participação é totalmente voluntária, onde não há nenhum tipo de custo ou compensação financeira.
2. Você pode sair do estudo a qualquer momento que desejar.

3. Depois de lidas as explicações, você poderá fazer qualquer pergunta necessária para a o entendimento da natureza do estudo.

Procedimento a ser seguido

A coleta de dados será realizada através do acompanhamento da consulta pré-natal, onde serão feitas observação e registro em diário de campo. Os aspectos a serem considerados na observação serão: relação enfermeiro-cliente, relação profissional-cliente, utilização dos fluxos pré-determinados de encaminhamentos e conhecimento técnico-científico na abordagem pré-natal do enfermeiro, utilizando como base o manual de assistência pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde.

Confidencialidade

O sigilo da identidade bem como das informações será garantida pelo investigador do estudo, com utilização de numeração em substituição aos nomes dos profissionais observados e sua utilização obedecerá aos objetivos científicos.

No caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos relativos ao estudo é possível contato através do telefone da Pesquisadora principal Mestranda Luciane da Fonseca Oscar Manoel (93789962 ou kandoo@ibest.com.br).

Deste modo, informamos e solicitamos, por meio deste, sua autorização para a realização da referida pesquisa, desejando sua valiosa colaboração.

Pelo exposto, eu _____,
em ___/___/___, ciente das informações recebidas, concordo voluntariamente, em participar do referido estudo.

Assinatura da participante da pesquisa

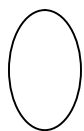
Mestranda Luciane da Fonseca Oscar Manoel

Comitê de Ética em Pesquisa – SMS-RJ

Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701, Cidade Nova

Telefone: 2503-2024 e 2503-2026/ E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

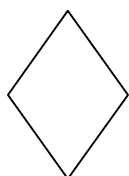
ANEXO A - Lista de notações utilizadas nos fluxogramas



Tem como representação tanto entrada quanto saída de uma unidade produtiva.



Apresenta as etapas de trabalho mais importantes da cadeia produtiva, nas quais são consumidos recursos e procedimentos e/ou produzidos determinados insumos.



Tem como representação os momentos em que a cadeia produtiva se depara com processos de decisão.



Acrescenta dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

R

Ruído.

ANEXO B - Controle pré-natal

Fonte 1 - Dados do prontuário relativos ao pré-natal (PSF Alagado).

(Anexado ao prontuário, é um espelho do cartão da gestante)

Altura:1,76	Gestações-II	Paridade 0	Fuma- não	Idade – 16 a
Vacinação anti-tetânica Reforço- 28/09/05	Grupo Sanguíneo – 0 Fator RH- positivo	Avaliação gestacional DUM- 26/07/07 DPP- 04/05/08	Peso anterior 72Kg	

Consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data	12/09	10/10	31/10	28/11	19/12	9/01	13/02	27/02	09/04	
Motivo – rotina – patologia	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot
Semanas de amenorréia	8	11	14 Sem	18 sem	21	23/24	28/29	31/32	36/37	
Peso (Peso anterior – 72)	69,100	67,8	68,1	69,1	71	72,700	73	76,600	78	
Pressão Arterial	110/60	100/60	100/60		90/60	120/70	110/60	120/70	115/70	
Edema	-	+	+	+	+	+	+	-	+	
Proteinúria		-	-	-	-	-	-	-		
Altura Uterina		9cm	12cm	22	20	24	27	28	35	
Frequência Cardíaca Fetal		+	+	-	+	142	144	140	155	
Outros exames										
Atendida por (Profissão)	Enf ^a	Med	Med	Enf ^a	Med	Enf ^a	Med	Enf ^a	Med	
Data do retorno						Grupo Gest.		12/3 11:00		

Fonte:Prontuário da gestante na unidade da ESF

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](#)