

Instituto de Saúde
Aprimoramento em Saúde Coletiva - Biênio 2003/2004
Artigo de conclusão do curso

**GRÁVIDAS E PUÉRPERAS DE FRANCISCO MORATO: REFLEXOS DA
INTEGRALIDADE E DA REGIONALIZAÇÃO**

Cristiane de Araujo¹
Ana Lúcia da Silva²

¹ Fonoaudióloga, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, órgão vinculado a Secretaria Estadual de Saúde, crifonosp@yahoo.com.br
Av. Rui Barbosa, 1035 Centro Carapicuíba SP.

² Enfermeira doutora, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde, orientadora.

GRÁVIDAS E PUÉRPERAS DE FRANCISCO MORATO: REFLEXOS DA INTEGRALIDADE E DA REGIONALIZAÇÃO

1) Introdução

Com o surgimento do novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi consolidado por leis e proposto que em todo território brasileiro deveriam ser seguidos os mesmos princípios. Surgiram assim os princípios de regionalização, hierarquização, descentralização e participação (princípios organizacionais) que dariam suporte para a real implementação do SUS, universal, equânime e integral (princípios doutrinários).

Desses princípios, nesse artigo, enfocaremos os princípios de integralidade e de regionalização, não desprezando os demais mas apenas salientando os que nesse momento julgamos serem fundamentais e articuladores para a proposta de um SUS ideal.

O princípio da **integralidade**, que prevê a assistência integral ao indivíduo em todos os níveis de saúde, é o reconhecimento, na prática, dos serviços de duas abordagens complementares. A primeira abordagem diz respeito ao fato de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, na qual as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam um todo indivisível não podendo ser compartimentalizadas. Já a segunda abordagem diz respeito ao fato de que as unidades prestadoras de serviços, com os diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar a assistência integral a todas as pessoas (BRASIL, 1990 p. 9 -10).

A união dessas duas abordagens deve garantir o cumprimento desse princípio, conforme preconizado na constituição: “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (BRASIL, 1988. art. 198. inciso III).

Para que esse princípio doutrinário, assim como os demais, sejam de fato sustentados e garantidos, existem os princípios organizacionais: que são o de **regionalização** e o de **hierarquização**. Esses princípios garantem que os serviços devam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população atendida. O acesso da população à rede deve ser através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os

demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 1990 p.10).

Dessa forma, o SUS não se constituiu como um serviço ou uma instituição e sim como um **sistema** articulado em todas as suas atividades de **promoção, proteção e recuperação** da saúde.

Para garantir o cumprimento desses princípios, foi necessária a elaboração e a implementação de Normas Reguladoras, as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Das três NOBs formuladas na década de 1990, a NOB-SUS 01/96 foi a que buscou, em sua elaboração, uma proposta consensual, que atendesse às necessidades dos diferentes níveis de gestores do SUS, inovasse no financiamento, cumprisse a Lei Orgânica da Saúde e induzisse novos modelos de assistência: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

Para viabilizar tais objetivos foi preconizada uma série de medidas, dentre elas, a elaboração de uma proposta de **Planejamento e Programação Pactuada e Integrada entre gestores (PPI)**, na qualidade de um instrumento formal de pactuação de recursos para garantia da assistência integral nos municípios.

Desse contínuo resultado de pactuação entre os três níveis de governo (descentralização) e na busca em normatizar a assistência médica (regionalização), foi criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/02). A norma define as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do SUS, ressaltando a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para a melhoria e desempenho do sistema.

Nesta pesquisa, estudaremos a Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os gestores. Enquanto a NOB-SUS 01/96 cria essa pactuação, a NOAS-SUS 01/02 define os parâmetros para que a mesma seja implementada nos serviços.

As pactuações escolhidas nessa pesquisa foram às voltadas à assistência do ciclo gravídico puerperal. Além de ser um tema importante pela sua magnitude por todo o país, foi verificado que nas últimas décadas as autoridades sanitárias nacionais têm desempenhado um papel especial na tentativa de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil (LEAL, M. C. E VIACAVA, F., 2002 p. 9).

Na busca pela redução desses indicadores, uma assistência a esse ciclo representa um compromisso público, a ser assumido pelo gestor municipal, extremamente importante.

1.1. Assistência ao Ciclo gravídico – puerperal

A assistência ao ciclo gravídico-puerperal, como preconizada pelo Ministério da Saúde, envolve ações exercidas pelo gestor municipal na garantia de uma gestação sem envolvimento de riscos nem para mãe nem para o bebê. Trata-se de garantias a mulher de um pré-natal de qualidade, de um parto assistido e de um puerpério acompanhado, com especial ênfase no fato de que em todas essas “etapas” o atendimento seja integral e resolutivo.

Toda mulher tem direito a uma gravidez saudável e a um parto seguro, sendo obrigação do Estado um atendimento de boa qualidade. São direitos da gestante ser assistida por profissionais atenciosos, receber as informações necessárias sobre as ações de saúde para si e para o bebê, realizar os exames compatíveis em cada período da gravidez e ter respeitadas as suas decisões (SÃO PAULO, 2004).

Durante o pré-natal, a gestante deverá realizar pelo menos seis consultas durante toda a gravidez. Em cada uma delas, a equipe de saúde deverá medir sua pressão arterial, verificar seu peso, medir sua barriga e escutar o coração do bebê. Serão solicitados exames de urina, para localizar alguma infecção, e exames de sangue, para investigar diabetes, sífilis e anemia, além de caracterizar o seu tipo sanguíneo. O exame preventivo de câncer de colo do útero (Papanicolau) será solicitado caso a gestante não o tenha realizado nos últimos três anos (SÃO PAULO, 2004).

O exame pré-natal é a “garantia” de uma gravidez acompanhada, na qual o parto será referenciado aos serviços que melhor possam atender a mãe e o bebê diante das reais necessidades e peculiaridades de cada gravidez. A avaliação inicial e continuada dessa gravidez é crucial para identificar e/ou evitar o início de complicações, bem como para se tomar decisões sobre o fornecimento de uma assistência adequada.

Apesar da gestação ser um fenômeno fisiológico e a sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2000 p. 11).

A avaliação dos fatores de risco para identificar as “gestantes de alto risco” começa durante o pré-natal, e pode ser feita de um modo relativamente simples, determinando-se idade, altura e paridade da mãe, indagando-se sobre complicações na sua história obstétrica, como cesarianas ou mortes fetais anteriores, e investigando-se a presença de anormalidades na gravidez atual, como pré-eclâmpsia, gestação múltipla, hemorragia, posição anormal ou anemia severa (DE GROOT, 1996 p. 3).

A avaliação de risco não é uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado ao longo da gestação e do trabalho de parto. A qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mãe a um nível mais complexo de assistência.

Assistência ao Parto Normal, 1996 p. 3

Durante o pré-natal, deve-se fazer um planejamento, com base no diagnóstico do risco, identificando-se o local do parto e o tipo de profissional que deverá estar envolvido no acompanhamento dessa gravidez.

Dada a possibilidade de os partos sem complicações e os partos com risco receberem o mesmo tipo de atenção e intervenção nos serviços de saúde, é necessário que cada município estabeleça pactuações na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Cada município deve garantir que esses serviços sejam: organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, que cada caso requeira; dispostos numa área geográfica delimitada, municipal ou regional; e feitos com a definição da população atendida, que previamente já realizou o pré-natal.

O acesso da população ao sistema deverá ser inicialmente por meio de serviços de nível primário de atenção (Assistência ao Pré-Natal realizada nas Unidades de Saúde ou nas Unidades de Saúde da Família), que deveriam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que chegam aos serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, atendendo-se, dessa forma, os princípios do SUS de integralidade e de regionalização em todos os níveis de atenção.

Pela pactuação que existe no município de Francisco Morato, com relação ao ciclo gravídico-puerperal, foi estabelecido entre os gestores municipais e regionais que o pré-natal de Baixo Risco deve ser acompanhado pelo Programa de Saúde da Família ou nas Unidades Básicas de Saúde, e o pré-natal de Alto Risco deve após o diagnóstico, serem encaminhados para o atendimento na Casa da Mulher; já quanto aos partos, os partos sem

risco aparente devem ser encaminhados à Santa Casa Municipal, e os partos de Alto Risco encaminhados para o Hospital Estadual “Professor Carlos da Silva Lacaz”. Todos os serviços localizados no próprio município.

A presente pesquisa teve por objetivo avaliar se essas pactuações realizadas no Município de Francisco Morato cumprem, ou não, com o Princípio de Integralidade e com o Princípio de Regionalização. Assumimos como objetivos específicos: a identificação das pactuações do gestor municipal da saúde com relação a tal assistência; a avaliação de como tais pactuações são colocadas em prática pela equipe dos profissionais de saúde; e a avaliação de como as grávidas são de fato integradas a essas pactuações.

2) Método

A presente pesquisa teve como opção metodológica a pesquisa qualitativa, como modalidade à pesquisa de campo. O objeto de investigação neste projeto foi o município de Francisco Morato. Esse município foi escolhido graças à parceria entre o Instituto de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura Municipal de Francisco Morato/Secretaria Municipal de Saúde. Essa parceria está estabelecida há 04 anos e, nesse período, os aprimorandos do Instituto vêm avaliando o Programa de Saúde da Família. Para o biênio 2003/2004, o projeto matricial que permeou as pesquisas do Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva desse Instituto foi o de avaliar os Efeitos da Regionalização sobre o Sistema de Saúde.

Situado na Região Metropolitana do município de São Paulo, esse município, pertence à Diretoria Regional de Saúde/DIR IV e assim como os demais municípios dessa regional Francisco Morato é de Gestão Plena do Sistema Municipal.

Tem uma área territorial de 49,16 Km² sendo que, nessa área, 50% dos munícipes residem em regiões de ocupação irregular, segundo informações da administração pública municipal. O município apresenta uma infra-estrutura precária, tanto em saneamento básico quanto em habitação, possui poucas atividades econômicas e é considerado, como vários da região, em município dormitório.

Com uma população estimada de 149.096 mil habitantes, convém ressaltar que, dessa população, 50.451 mil são mulheres em idade fértil (10 – 49 anos), representando, assim, 67,5% de toda população feminina do município (BRASIL, 2004).

Ao observar o coeficiente de mortalidade infantil do ano de 2002, encontramos que o coeficiente de 17,68 por mil nascidos vivos, estando acima da média estadual, que é de 15,08 por mil nascidos vivos (SÃO PAULO, 2004). Da mesma forma, o coeficiente de mortalidade materna por ocorrência, reflexo da avaliação do pré-natal e da assistência ao parto, foi de 50,35 óbitos por 100.000 mulheres, enquanto que no estado de São Paulo foi de 34,66 óbitos por 100.000 mulheres (SÃO PAULO, 2004).

Quanto aos serviços de saúde disponíveis no município, verificamos que sua rede municipal conta com quinze unidades: três centros de saúde, uma unidade mista, uma clínica especializada, nove unidades de saúde da família e uma unidade de vigilância sanitária. O município conta ainda, atualmente, com dois Hospitais: um Filantrópico, a Santa Casa Municipal, com capacidade para 94 leitos sendo 32 obstétricos; e um Estadual, com capacidade instalada de 39 leitos, sendo 21 de obstetrícia, 11 de berçário e 7 de UTI neonatal, no entanto até o término da pesquisa apenas 14 leitos de obstetrícia podem ser efetivamente utilizados e ao se contar apenas os de vínculo com as Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal esse número diminuí para 7, uma vez que não tem no hospital berçário externo, as vagas são reduzidas pela metade.

Selecionamos duas dentre essas nove unidades de saúde. Foram escolhidas, a Unidade de Saúde da Família do Centro (pré-natal de Baixo Risco) e a Casa da Mulher (pré-natal de Alto Risco). Associadas a elas, os dois hospitais do município caracterizaram o nosso campo de estudo. Tal campo foi selecionado por indicação da gestão em comum acordo com as pesquisadoras.

A pesquisa foi realizada com os gestores municipais, com os profissionais de saúde responsáveis pela assistência à mulher e com as gestantes e puérperas atendidas no município.

Para a seleção dos sujeitos, foram escolhidas pessoas coordenadoras ou responsáveis com o tema em questão. Optamos por escolher o Coordenador Municipal da Assistência a Saúde da Mulher, o Coordenador Municipal da Promoção e Assistência a Saúde de Francisco Morato, o Diretor Clínico da Santa Casa, o Diretor Clínico do Hospital Estadual e a Coordenadora do Programa de Saúde da Família. Total de cinco gestores.

Para a definição dos profissionais optamos por definir a seleção de dois médicos e dois enfermeiros de cada rede como os sujeitos dessa amostra, pois, além de serem os

profissionais em maior quantidade, estão sempre presentes nas equipes assistenciais do ciclo gravídico-puerperal. Foram escolhidos quatro sujeitos da rede ambulatorial, responsáveis pelo pré-natal e puerpério, e o mesmo número de sujeitos na rede hospitalar (Santa Casa e o Hospital Regional), responsáveis pelo parto. Na rede ambulatorial com os profissionais que atendem o Alto Risco foi selecionada uma auxiliar de enfermagem, que compõe a única profissional de nível médio dessa seleção. Totalizando assim, oito profissionais.

A seleção das gestantes foi mediante três critérios:

(1) Idade Gestacional: foram selecionadas duas grávidas que estavam no sexto mês sendo de baixo risco gestacional; quatro que estavam no oitavo mês sendo três de alto risco gestacional e uma com baixo risco gestacional; e uma no nono mês de baixo risco gestacional.

Inicialmente havíamos proposto um número de gestante igual quanto à idade gestacional e risco, no entanto ao ir a campo a realidade impediu tal proposta, pois nas unidades pesquisadas não tinham gestantes dentro dos prazos inicialmente estabelecidos.

(2) Terem realizado o pré-natal, estando assim dentro do fluxo do sistema;

(3) Terem acima de 18 anos.

Totalizando sete grávidas.

O grupo das puérperas foi composto por quatro mulheres. Foram escolhidas aleatoriamente dentre algumas gestantes que já haviam dado à luz, que atendessem aos critérios, terem realizado o pré-natal e terem acima de 18 anos. Foi selecionada uma puérpera de baixo risco gestacional e três de alto risco gestacional. Total de quatro puérperas.

A junção dos quatro grupos de sujeitos selecionados totalizou 24 sujeitos de pesquisa e 24 entrevistas.

Dentre as diversas técnicas de abordagem do trabalho de campo para a coleta dos dados utilizamos além da entrevista a observação sistemática e a análise documental.

Dos vários tipos de entrevista, optamos pela entrevista estruturada (questões fechadas) com os gestores e profissionais e a entrevista não estruturada (questões abertas) com as gestantes.

A segunda técnica utilizada foi à observação sistemática, com um roteiro previamente definido. Tal técnica se mostrou importante porque, por meio dela, foi possível captar informações que não poderiam ser captadas sob forma de perguntas (CRUZ NETO, 1994, p. 59).

A terceira e última técnica adotada foi à análise documental. Para tanto, foi analisado o documento oficial que referenciou a pactuação firmada no município. O único documento fornecido foi o documento firmado entre a Diretoria Regional de Saúde, a DIR IV, a direção dos hospitais e o assessor municipal, que definiu a quantidade de vagas disponível no município para essa assistência; os demais documentos não estão divulgados nos sistemas de informação e não foram fornecidos pela Coordenadoria Municipal.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a setembro de 2004. Todos os entrevistados foram previamente esclarecidos com informações sobre a pesquisa e, após o consentimento, foram iniciadas as entrevistas gravadas; nenhum dos participantes se opôs a gravação.

A análise dos dados qualitativos exigiu um trabalho exaustivo sobre o material. A organização de todo material que foi analisado iniciou com a pré-análise, momento no qual foi feita a leitura de todo material no sentido de se tomar conhecimento de sua estrutura, registrando-se as primeiras impressões. Após a divisão dos dados em partes, elas foram relacionadas, para a identificação de tendências e de padrões considerados como relevantes.

Num segundo momento, essas tendências e padrões foram reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado. A codificação resultou em criar e definir um conjunto inicial de categorias que foram reexaminadas e modificadas em momentos posteriores (LÜDKE & ANDRÉ, 2001 p. 4). A codificação correspondeu, assim, à transformação dos dados brutos do texto, transformação essa que permitiu atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão. O terceiro momento foi o de tratar os resultados obtidos e interpretá-los. (BARDIN, 1977 p. 103).

Os nomes das pessoas escolhidas, nos trechos das entrevistas, foram alterados visando à preservação da identidade dos sujeitos.

Os dados colhidos, previamente transcritos e organizados, foram analisados e interpretados por meio da Análise do Conteúdo na modalidade temática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde na conformidade com as normas preconizadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, observados e seguidos visando sempre à melhoria do Sistema Único de Saúde.

3) Análise e discussão dos resultados

Nesse artigo relataremos os resultados encontrados com base nas entrevistas. Os dados referentes aos diários de campo e a documentação organizaremos para apresentação em um próximo artigo.

Para efeito organizacional dividimos as entrevistas em quatro grandes grupos, o dos gestores, o dos profissionais, o das gestantes e o das puérperas, de cada grupo foram definidos temas que foram discutidos e analisados. Tais temas foram definidos tendo por base o referencial político, os objetos e os objetivos propostos na pesquisa. Após a análise das entrevistas definimos temas que emergiram do discurso dos sujeitos entrevistados.

3.1. Grupo dos Gestores

Com base nas entrevistas com os gestores foram levantados dois temas principais, que são:

- a) O fluxo do sistema não é entendido da mesma forma pelos gestores;

Ao analisar a fala de todos os gestores o fluxo da rede de Francisco Morato não é entendido da mesma forma, se confundem em relatarem qual deveria ser o encaminhamento correto para determinada gestante. Enquanto que alguns acreditam que a gestante de Alto Risco deva ser encaminhada diretamente para o parto no Hospital Estadual, outro relata que tal procedimento não pode ser efetuado e a conduta é ir primeiro para a Santa Casa em função da pactuação estabelecida:

“Quando não é ainda constatado de alto risco, quando faz o acompanhamento de alto risco, já passa na Casa da Mulher, aí tudo bem, aí já pode até ir direto, tem até a carteirinha alto risco pra procurar o hospital lá, já não tem problema nenhum, porque já passou pelo Francisco pelo Paulo, aí não tem esse problema. Agora não é alto risco, ou não sabe se é alto risco, ou passou pelos médicos do PSF (Programa de Saúde da Família), e que ainda não conseguiu passar no alto risco ou não tinha se visto ainda uma gravidade, passa por aqui (Santa Casa) e daqui é encaminhado para lá (Hospital Regional)”. (gestor 1)

“As pacientes são encaminhadas da Santa Casa de Francisco Morato ou das outras instituições de saúde da região, os casos de gestação de alto risco são

encaminhados para cá (Hospital Regional), via telefone, via fax, via plantão controlador regional”. (gestor 3)

Se os gestores que são responsáveis por conduzirem as pactuações no âmbito municipal assumem em suas falas muita dificuldade no entendimento do fluxo da rede local, ao assumirem suas posições publicamente as mesmas também serão confusas não expressando com clareza a conduta e o encaminhamento que deveria ser o esperado em função do cargo ocupado.

b) Vaga Virtual estabelecida versus Vaga Ausente

Inicialmente na pactuação foi definido que os partos de Alto Risco do município seriam encaminhados com preferência ao Hospital Estadual, assumindo assim o que os gestores chamam de vaga virtual, “vaga zero”.

Sempre teria a vaga para o município, no entanto na prática dos serviços isso nem sempre é possível, interrompe assim o fluxo do sistema e com isso a integralidade, uma vez que essa gestante não poderá ser atendida completamente:

“Teríamos uma vaga zero, vaga zero estaria sempre à disposição para Morato esse hospital, mas existe um número de respirador. O número de vaga no aspecto do berçário, se estiver completo a vaga zero cai água a baixo, porque não tem como colocar e como é que vai encaminhá? Aí a gente que se virar. Agora quando nasce aqui eles não podem aceitar, porque ainda a UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) ainda não está pronta. Não está em funcionamento a UTI neonatal, só tem UTI para os pacientes que nascem no Hospital Regional, pacientes externos ainda eles não estão aceitando esses casos”.(gestor 2)

O fato de ter um pacto regional e municipal não faz que na prática dos serviços a integralidade seja mantida. O atendimento completo a essa gestante é quebrado, atende parcialmente essa gestante como se a mesma não fosse um ser integral.

3.2. Grupo dos Profissionais

Nas entrevistas com os profissionais os temas foram agrupados independentes da origem, ambulatorial ou hospitalar, levantamos assim dois temas:

a) Conhecimento do sistema de referência e contra-referência;

Todos os profissionais conhecem com clareza o fluxo da rede de Francisco Morato, relatam que as gestantes de baixo risco são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde ou nas Unidades de Saúde da Família; quando diagnosticado algum risco ou comprometimento durante a gestação as mesmas são encaminhadas para o atendimento do pré-natal na Casa

da Mulher. No parto a conduta deve ser sempre a passagem na Santa Casa primeiro para posterior transferência se for necessário.

Em nenhum momento eles demonstraram desconhecer o fluxo da rede ou não compreendê-lo. O que não ocorre com os gestores que cada um assume um discurso diferente.

b) Uma busca pela humanização na prática dos serviços.

Verificamos que ao longo do discurso desses profissionais existe uma busca por um atendimento mais humano, baseado nos princípios do conceito de humanização da assistência à gestante e ao bebê. De acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, é de direito da gestante ter o acesso a um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2000 p.6). Essa fala pode ser observada na fala desses profissionais:

“[...] a gente busca auxiliar nos moldes da humanização que algumas normas de condutas da secretaria a gente procura tá trabalhando sempre dentro disso com algumas limitações né, isso envolve a individualização, então você individualizar cada caso tratar sempre com respeito, sempre orientando cada procedimento que você vai fazer sempre antes de você tomar a conduta, [...] em geral as nossas ações são guiadas pelos princípios da humanização mesmo se tratando-se de uma maternidade de alto risco é perfeitamente possível a gente estar associando a humanização ao alto risco”.(profissional médico alto risco)

Essa fala pode ser um indício de avanço nas práticas de saúde, uma vez que atualmente existe uma busca muito grande por práticas humanizadoras e ao perceber uma conduta presente na fala dos profissionais representa um novo caminho que está sendo trilhado visando a qualidade do atendimento as gestantes e puérperas.

3.3. Grupo das Gestantes

A análise das entrevistas com as gestantes permitiu levantar temas com relação à assistência ao pré-natal recebida; foram definidos cinco temas:

a) Atenção ao pré-natal em sintonia com as necessidades das gestantes

Todas as gestantes relataram que foram bem atendidas durante a realização do pré-natal, seja ele de baixo ou alto risco a equipe do Programa de Saúde da Família conduziu um bom atendimento. Embora possamos verificar que existem diferenças quanto a prática

do Programa de Saúde da Família no município, entre as unidades, o funcionamento do atendimento segue os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Tais diferenças de Programa de Saúde da Família podem ser identificadas no discurso das gestantes entrevistadas. Mesmo que o município siga as regulamentações ministeriais na prática cada unidade desenvolve e define os parâmetros de funcionamento de acordo com sua realidade. Um exemplo desse funcionamento é o atendimento a essas gestantes, no PSF do Centro, as consultas do pré-natal são divididas entre a enfermeira e o médico, já na UBS do Centro o pré-natal é realizado somente com o médico não tendo consultas com a enfermagem, tal consulta somente é realizada na triagem para detectar a gravidez. A dinâmica do dia-a-dia moldando o funcionamento dos serviços.

b) O Programa de Saúde da Família (PSF) não está conseguindo captar as gestantes precocemente;

Uma das diretrizes do PSF é a de captar as gestantes o mais rápido possível para que as mesmas possam realizar o pré-natal o quanto antes, no entanto todas as gestantes entrevistadas alegam que descobriram por demanda própria, desconfiadas de possível gestação, e ao irem ao posto ou Casa da Mulher ainda foram questionadas se realmente estavam grávidas, algumas vezes até dispensadas por falta de vagas.

“No começo aqui em Morato foi péssimo porque eu menstruei, parei de menstruar, minha última menstruação foi dia 11 de novembro aí eu procurei o posto no começo do mês (Janeiro) porque terceira gestação a gente já sabe que tá grávida ou não né? Aí foi a menina ‘ah, não tem ginecologista’, não mas eu tô grávida, ‘você já fez o exame?’ Não porque eu não consegui passar ainda, né, mas eu sei que eu to grávida para fazer o pré-natal, ela falou assim para mim: ‘mesmo para pré-natal só vai abrir vaga em Março’ e eu tava em Janeiro ainda e passando mal”.(gestante alto risco múltipara)

c) Restrições em relação à atenção na realização dos exames;

As gestantes entrevistadas relatam que foram mal atendidas no exame de ultra-som, segundo elas: *“o médico da ultra-som é muito, muito, muito grosso e ignorante”,* inicialmente pensávamos ser uma reclamação isolada no entanto a cada nova entrevista o discurso se mantinha: *“o meu único problema foi com o médico que faz o ultra-som, que ele é muito ignorante não só comigo como com todas de lá todo mundo reclama dele, muito ignorante mesmo”.* Essa reclamação das gestantes permeou diversos discursos:

“Ah tem o médico do ultra-som, não sei nem o nome dele, que é um cavalo também, estúpido, uma que você já fica quer ver o que está acontecendo quer olhar para telinha, isso aqui é tal coisa, não é permitido, você não vê nada. E uma porque o médico também é super estúpido dá a impressão que ele tá cansado de ver grávida e ver nenê na frente dele ele é muito estúpido, muito cavalo um mau humor [...]”.(gestante alto risco primípara)

- d) A espiritualidade como parceira da integralidade no sucesso de uma gravidez sem complicações;

Constantemente as gestantes relatam que os profissionais fazem referência a Deus ao falarem dos seus bebês, uma espiritualidade associada ao fato do bebê estar bem e com saúde, livre de qualquer patologia.

O fato de tudo dar certo não se restringe apenas as ações profissionais e sim também a uma espiritualidade, parte do processo bem sucedido. O divino é entendido como bom e se tem algum problema o profissional se sentiria desamparado impossibilitado de qualquer ação humana.

“[...] que eu levei uma ultra-sonografia e ele verificou a ultra-sonografia disse que tá tudo bem com o bebê que a formação dele está sendo boa Graças a Deus escutou novamente o coraçãozinho dele, mediu, [...]”. (gestante de baixo risco primípara)

“[...] ele pediu uns exames para mim né porque eu tava com anemia bem forte, né aí ele falou assim para mim ‘vamos tomar esse remédio Deus vai ajudar você vai melhorar que não sei o quê, com o seu nenê está tudo bem Graças a Deus’ [...]”(gestante de baixo risco primípara)

Sandrin (2000) relata que a Igreja, enquanto instituição que centrava-se no enfermo e nos pobres está mudando sua atenção à saúde, tornando-se mais “crítica” e global em todas as suas dimensões constitutivas e se expressando não apenas em uma cura mais atenta mais na capacidade de prevenir e promover intervindo nas causas que ameaçam a saúde. Esse discurso pode ser detectado na fala das gestantes como reflexo de uma prática atual que os médicos estão adotando e seguindo, a espiritualidade permeando as ações de saúde.

- e) Ausência de informação quanto ao local do parto.

Supõe-se que os profissionais não estão informando com antecedência o local onde as gestantes ganharão seus bebês, deixando com que as mesmas fantasiem onde ganharão e se recusem a serem atendidas na Santa Casa. A fala das gestantes evidencia:

“Eu acredito que seja encaminhada a Santa Casa porque todas as mulheres que começam a fazer o pré-natal aqui no atendimento no posto da Casa da Mulher são encaminhadas para a Santa Casa [...]” (gestante baixo risco primípara)

“Nesse novo (Hospital Regional) agora que abriu, que eu nem sei direito se ele atende mesmo para parto né, então o único que tem é ali, porque se for em outro eu não vou, que a mãe dele também não quer, a mãe dele (marido) também não confia, só se for ali, se não for ele falou que vai ter que pagar um convênio só para fazer o parto” (gestante baixo risco primípara)

3.4. Grupo das Puérperas

Foram entrevistadas quatro puérperas; dessas duas foram atendidas na Santa Casa e duas no Hospital Regional; com base nas suas entrevistas em relação ao parto foram definidos dois temas:

a) Vivências “desagradáveis” no contra-fluxo da regionalização;

Puérperas que tiveram ou souberam de experiências anteriores com dificuldades alegam não querer ir à Santa Casa; o fato de terem um parto anterior mal assistido faz com que criem barreiras e se recusem a ir nesse hospital, por exemplo:

“Porque na Santa Casa [...] eu sofri muito lá para ter minha filha mais nova quase perdi ela lá né por causa de atendimento aí eu fiquei com medo de ir para lá e aí quando saiu o Hospital Novo eu queria ir para lá [...]”. (puérpera)

“[...] é a primeira vez que eu fui lá, o primeiro nenê que eu ganhei lá foi esse, eu tinha medo, o povo falava muito de lá, aí, Graças a Deus fui bem atendida. Lá era uma matança aí eu fiquei com medo né, tive dois lá em Franco da Rocha”. (puérpera)

Para essas puérperas relatos de experiências anteriores contaram muito na decisão de escolha do local onde ganhariam seus bebês.

b) A dor dos procedimentos cirúrgicos

As puérperas entrevistadas alegam ter tido dificuldades com a anestesia recebida nos hospitais, em um dos partos a cirurgia foi feita sem que a anestesia tivesse de fato feito efeito, no outro o anestesista exigiu da gestante uma postura que a mesma não conseguia ficar.

Enfim a anestesia que esteve presente nos quatro partos das mulheres entrevistadas em dois desses a então gestante teve problemas e dificuldades. Um exemplo de práticas desumanas exercidas por profissionais que perderam a noção da integralidade e da humanização das suas ações.

“Pouca só a dor dos pontos que eu tinha sentindo com a agulha, eu não tava entendendo porque eu tava sentindo a agulha se ele tinha me dado anestesia eu senti tudo que ele fez, o corte tudo, tudo doeu”. (puérpera atendida na Santa Casa)

“Ele foi um pouco grosso assim sabe eu não sei se é porque ele tava dormindo e achou ruim que formam acordar ele [...] meia hora esperando o anestesista aparecer e quando ele chega, ele queria que eu ficasse numa posição que não dava com uma barriga de gêmeos. [...] eu ficasse bem curvada para ele dar a anestesia, mas eu não conseguia por causa da barriga [...]” (puérpera atendida no Hospital Estadual)

Em ambos os hospitais as gestantes tiveram problemas não sendo específico de um deles, os dois embora dotados de muita tecnologia não adotaram o papel da paciente e suas necessidades singulares não exercendo o atendimento integral tão pretendido pelo SUS. (CECÍLIO, L.C.O. e MERHY, E. E., 2003 p.197)

Diante de todos os temas levantados nas entrevistas com gestores, com profissionais, com gestantes e com puérperas levantamos alguns pontos que julgamos serem favoráveis aos princípios do SUS de Regionalização e de Integralidade, nesse município:

1) Sistema misto em um mesmo ambiente físico, Programa de Saúde da Família e a Casa da Mulher facilita a integralidade;

Ao se constatar que o município de Francisco Morato situa-se em uma região onde o acesso é dificultado pela área geográfica desfavorável, região essa, composta de diversos terrenos acentuados e montanhosos, com o transporte coletivo escasso e caro ao se constatar a situação financeira da população local, um local que abrigue tanto a atenção básica exercida pelo Programa de Saúde da Família do Centro, quanto à atenção secundária da Casa da Mulher, permite um ganho de tempo em relação aos encaminhamentos e na resolução das ações, como representado na fala do profissional médico do programa:

“[...] como falamos no início a gente tem uma facilidade, por estarmos exatamente no mesmo local do alto risco se, tivermos alguma dúvida é fácil recorrer ao colega do mesmo local e até mesmo vicioso por ter essa facilidade para gente”.(profissional médico baixo risco)

2) O profissional que trabalha nos dois sistemas (Municipal e Estadual) tem acesso facilitado com o encaminhamento;

Diante das reais necessidades do município com relação ao atendimento dos partos de Alto Risco e da quantidade de vagas escassas ofertadas e destinadas pela pactuação ao

município (7 leitos), o fato de um mesmo profissional trabalhar tanto no atendimento ambulatorial como no hospitalar gera uma facilidade ao serem encaminhadas mulheres, do pré-natal de alto risco direto para a rede hospitalar, através da solicitação de vagas: “[...] *no caso específico de trabalho de parto se, por exemplo, for interativo, tudo bem você liga solicita a vaga e a P. é internada desde que tenha vaga no berçário [...]*”. (profissional médico alto risco).

3) Construindo a deshospitalização

Há cerca de dez anos o município se organizou e criou um serviço específico para o atendimento das gestantes de Alto Risco: a Casa da Mulher. Antes desse serviço, o atendimento era prestado no hospital de Franco da Rocha/SP, que pela distância as gestantes não iam e não realizavam o pré-natal. Depois dessa implantação e atualmente com o serviço de referência para o Hospital Estadual os riscos a essas gestantes têm diminuído.

Acreditam assim que ao terem um atendimento secundário em um ambiente fora do hospital a assistência seria facilitada. Essa iniciativa da atenção ambulatorial secundária ser realizada dentro de outro ambiente que não o hospitalar vai ao encontro dos preceitos e ideais da humanização da assistência no qual a gestante pode ser acompanhada individualmente e com mais qualidade e atenção.

4) Propostas de grupos de gestantes diferentes dos já existentes e em função da idade gestacional;

Os profissionais do Programa de Saúde da Família percebem que os grupos de gestantes facilitam o trabalho de pré-natal e a vida dessa gestante durante sua gravidez; surge dessa forma a necessidade de formação de grupos bem organizados participativos e separados em função da idade gestacional das mesmas.

“[...] dependendo da idade gestacional da grávida ela não vai vir toda semana ela vai vir a cada 30 dias, às vezes tem gestante que é nova tem gestante que já está para nascer, então é isso que dificulta a questão do grupo. Aí as meninas vão falando do aleitamento materno, do trabalho de parto, dos cuidados do RN (recém-nascido), mas não dá para dá uma seqüência por esse fator, elas vão tirando as dúvidas”.(profissional enfermeira de baixo risco)

“[...] eu to pedindo para as meninas fazer um levantamento e tentar formar esse grupo [...] porque o ideal é pegar e separar realmente, porque o ideal é pegar no início, por que se eu pego uma grávida de oito meses a demanda dela vai ser

totalmente diferente de uma de três/quatro meses, até com a questão das primigestas elas tem muitas dúvidas que as multigestas, múltiparas”.(profissional enfermeira de baixo risco)

5) Puerpério acompanhado em visita domiciliar;

Desde que o PSF foi inserido no município de Francisco Morato, em 2000, todo o puerpério do município é acompanhado através da visita domiciliar à puérpera, o que humaniza esse atendimento e permite um acompanhamento dessa puérpera nos primeiros dias, um passo real em relação a deshospitalização.

“Geralmente os Agentes avisam a gente acaba fazendo uma visita para ver como está o nenê acompanha o aleitamento materno e os agentes são orientados a remarcar uma consulta para essa puérpera após 40 dias aí ela passa com o médico. O meu que eu faço é geralmente nos primeiros 15 dias eu estou indo ver essa puérpera na residência”.(profissional enfermeira de baixo risco)

“[...] Queria acrescentar também que para a gestante na última consulta também fica a segurança que ela será acompanhada no puerpério também, então logo que ganhar o nenê tanto a enfermeira quanto a Agente Comunitária de Saúde faz a visita em casa para ver como foi o parto, como ela está se recuperando, os primeiros cuidados do bebê, o aleitamento, ela tem essa segurança”. (profissional médico de baixo risco)

Ao ser orientada que terá o acompanhamento do puerpério em visita domiciliar essa gestante tem a garantia que será assistida pelo município no fechamento dessa etapa de sua vida, pré-natal, parto e puerpério, um direito alcançado e pactuado.

No entanto mesmo com todos esses temas favoráveis levantados nas entrevistas dos gestores, dos profissionais, das gestantes e das puérperas levantamos também alguns pontos que julgamos serem desfavoráveis aos princípios do SUS de Regionalização e de Integralidade.

1) Opiniões contraditórias dos gestores

Levantamos que os gestores com opiniões contraditórias possam estar contribuindo para dificultar o princípio de integralidade de ser exercido na prática dos serviços. Uma vez que: *“O fortalecimento da função de gestão e o amadurecimento das relações entre os gestores, num contexto em que a gestão foi constituída como eixo central da reorganização do sistema de saúde, são essenciais para espriar qualidade de vida e de atenção a saúde, construindo saúde de verdade para todos.” (FERLA, 2003, p. 66)*

Nesse contexto é possível verificar a necessidade de uma melhor articulação entre as partes envolvidas, para promover assim, a melhoria do atendimento prestado a essa gestante nesse município. Esses gestores enquanto organizadores do sistema devem estar articulados e com um discurso único objetivando um atendimento integral regionalizado. Esse é mais um dos desafios do SUS e a sua mudança representa a melhoria do sistema como um todo.

2) O Programa de Saúde da Família (PSF) não está conseguindo captar as gestantes precocemente;

Quando essas gestantes não são captadas precocemente para realizarem o pré-natal, quando elas informam restrições em relação à atenção na realização dos exames, ou ausência de informação quanto ao local do parto e a dor frente a procedimentos cirúrgicos, esse modelo de atenção que por diversos atores sociais é almejado passa a ser fragmentado e a gestante e puérpera acabam assim não tendo o seu atendimento de fato e de direito integral.

3) Restrições em relação à atenção na realização dos exames;

Ao tratar as gestantes dessa forma esse profissional que por lidar com pessoas fragilizadas deveria ter uma conduta mais humanizada. Acaba esquecendo de sua prática enquanto médico e vira uma máquina. Segundo Jr. Camargo, K.R. (2003),

“as abordagens ditas integrais ou integradoras correm também o risco de sancionar intervenções normalizadoras indesejáveis. O maior desafio talvez seja encontrar o virtuoso caminho do meio, entre a medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que os desumanizam” (p.42)

6) Considerações Finais

Ao considerar a integralidade como modelo de atenção podemos verificar nessa pesquisa que em alguns parâmetros, esse modelo foi mantido e alcançado, porém quando consideramos todas as dimensões foi possível identificar que nem todos os aspectos foram integrais.

Essa pesquisa se propôs a analisar como que tais princípios se materializam na prática dos serviços; verificamos que ao estudar os atores sociais envolvidos e suas práticas cotidianas é possível sim, observar as diversas manifestações políticas envolvidas nesse contexto da Saúde Pública, tentando compreender esse conjunto de conceitos e essa

ideologia por um SUS integral. Concordamos assim com Pinheiro, R. e Luz, M. T. (2003) que:

“O estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, [...], ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva. Privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, parte-se do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção/reprodução da vida coletiva”. (p.19)

Acreditamos que somente é possível pensar em um SUS integral e resolutivo quando o cotidiano dos seus serviços é observado e analisado para daí sim propor novas formas de atendimento onde de fato todos os parâmetros desses princípios sejam mantidos.

Considerando como Cecílio (2001) que:

“a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e pelo acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem sucedida no espaço dos serviços”(p.117)

Para que a integralidade seja alcançada ela deve sempre ser fruto de articulações todos os atores sociais trabalhando juntos tendo objetivos muito bem definidos, postos com seu atendimento primário, a clínica especializada, com seu atendimento secundário, os hospitais com a atenção terciária, os gestores, os profissionais e as usuárias todos juntos trabalhando por e para esses princípios do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *ABC do SUS – Doutrinas e Princípios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990. p. 9 -11.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. *Gestação de Alto Risco*. Brasília, DF: MS, 2000. p. 11.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Informações para Gestores e Técnicos. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília, DF: MS, 2000. p. 6.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. *Caderno de Saúde do Município de Francisco Morato* [online] Disponível em: <<http://www.datasus.org.br>> Acesso em: 17/02/2004.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emersom Elias. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2003. p. 197 – 210.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo, Maria Cécília S.; et al. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996. p. 51 – 65.

DE GROOT Anja, et al J. Assessment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural Tanzania. apud Organização Mundial da Saúde (OMS). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra, 1996. p. 2 - 3.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Burg; PELEGRINI, Maria Letícia M. Atendimento Integral: a Escuta da Gestão Estadual do SUS. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2003. p. 61 - 88.

JR. CAMARGO, Kenneth Rochel de. Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2003. p.35 - 43.

LEAL, Maria do Carmo; VIACAVA, Francisco. Especial Dados: Maternidades do Brasil. *RADIS Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n° 2, setembro. 2002. p. 8 –26.

LÜDKE & ANDRÉ, IN: NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira F. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 4.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas Eficazes x Modelos Ideais. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2003. p.

SANDRIN, Luciano. Os agentes de pastoral da saúde – uma reflexão teológico-pastoral. *O Mundo da Saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, ano 24, v. 24 n° 6, novembro/dezembro, 2000. p. 534-542.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agenda da gestante*. São Paulo, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) [online]. *Indicadores para avaliação do sistema - 2002*. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/html/fr-indica.htm>> Acesso em: 10/03/2004.