



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Dias da Costa, Glauce; Minardi Mitre Cotta, Rosângela; Reis, José Roberto; Siqueira-Batista, Rodrigo;
Gomes, Andréia Patrícia; Carmo Castro Franceschini, Sylvia do

Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 5, setiembre-octubre, 2009, pp. 1347-1357

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012430004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família

Evaluation of the care to the pregnant woman's health in the context of the Family Health Program

Glauce Dias da Costa¹

Rosângela Minardi Mitre Cotta¹

José Roberto Reis²

Rodrigo Siqueira-Batista³

Andréia Patrícia Gomes³

Sylvia do Carmo Castro Franceschini¹

Abstract *The importance of health systems and services evaluation has been evidenced in several discussions on policies for health and practices in services. Thus, this study was carried out to analyze the primary care to the pregnant women by the Family Health Program (PSF) in the municipality of Teixeiras, MG. According to the propositions by Donabedian (1990) who relates the dimensions of structure, process and result, a specific score system was used to analyze these dimensions and their respective attributes, classifying the program into the incipient, intermediate and advanced sceneries, if the following were obtained: from 0.0 to 33.3%, 33.4% to 66.6, 66.7, and 100.00%, respectively. In summary, such dimensions resulted into a intermediate scenery (52.2%) for PSF characterized by an attention to the fragmented pregnant woman's health, although presenting some progresses concerning the organization of attention toward this group. Although progresses in implantation of PSF, the scenario reveals the program still presents strong characteristic marks of the hegemonic model centered on procedures and biomedical attention.*

Key words *Health evaluation, Family Health Program, Pregnant woman's health*

Resumo *A avaliação em sistemas e serviços de saúde vem sendo evidenciada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços. Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar os cuidados primários em saúde prestados às gestantes pelo Programa Saúde da Família (PSF) no município de Teixeiras (MG). De acordo com as proposições de Donabedian (1990), que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado, utilizou-se um sistema de escores específicos para análise de tais dimensões e seus respectivos atributos, classificando o município nos cenários incipiente, intermediário e avançado se obtivesse entre 0,0 e 33,3%; 33,4 e 66,6%; 66,7 e 100,00%, respectivamente. As dimensões, na síntese, resultaram em um cenário intermediário (52,2%) para o PSF, caracterizado por uma atenção à saúde da gestante fragmentada, mas que possui alguns avanços na organização da atenção para este grupo. Apesar de tais avanços na implantação do PSF, o cenário encontrado revela que o programa ainda apresenta fortes marcas características do modelo hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção biomédica.* Palavras-chave *Avaliação em saúde, Programa Saúde da Família, Saúde da gestante*

¹ Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Av. Peter Henry Rolfs s/n, Campus Universitário. 36570-000 Viçosa MG.

glaucedias@yahoo.com.br

² Departamento de

Administração,
Universidade Federal de
Viçosa.

³ Fundação Educacional da
Serra dos Órgãos.

Introdução

A importância da avaliação em sistemas de saúde, para o contexto brasileiro, vem sendo ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços¹. Essa tendência se insere em um contexto mundial e, em alguns países, a avaliação já se constitui em uma prática institucionalizada e seus resultados contribuem para a formulação de suas políticas e práticas de saúde².

Entre os programas ou ações programáticas em saúde, a assistencial pré-natal tem ocupado, historicamente, um espaço relevante na atenção à saúde da população³. No Brasil, no final dos anos noventa, após duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a assistência à saúde da mulher permanece com muitas questões a serem enfrentadas. Entendendo que a não-percepção da mulher como sujeito — este, um sintoma de um mal muito mais profundo, manifesto em toda e qualquer forma de discriminação — e o desconhecimento e desrespeito ao seu direito à saúde constituem o pano de fundo da má assistência. O Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no qual o respeito a seus direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores⁴.

Apesar da importância do cuidado pré-natal, pesquisa realizada em 22 capitais brasileiras em 2002 demonstrou que a assistência pré-natal no país é desarticulada e parcial⁵. Deste modo, a atenção à saúde da mulher na gestação e parto permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quantos nos aspectos relacionados ao debate filosófico em torno do cuidado — neste âmbito, podem ser mencionados a hospitalidade incondicional de Jacques Derrida⁶ e a compaixão laica⁷ —, ainda hoje centrado em um modelo medicalocêntrico, hospitalocêntrico e tecnocrático^{4,8}.

Com a finalidade de reorganização da atenção básica e reformulação do modelo assistencial vigente, foi criado em 1994, pelo MS, o Programa Saúde da Família (PSF), o qual se respalda nos princípios da integralidade, da vigilância à saúde, da equidade, baseando-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas para se buscar uma atenção qualificada para a população. Com o objetivo de verificar a atuação do PSF na atenção à saúde da gestante, é pertinente e oportuno a realização de estudos avaliativos da qualidade prestada de suas ações.

Neste sentido, para Donabedian⁹, a qualidade na atenção à saúde pode ser definida como o grau

em que se utilizam os meios mais desejáveis para alcançar melhorias na saúde. Segundo o referencial teórico sistêmico proposto pelo autor — a triade estrutura, processo e resultado —, reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento.

Com base nestes pressupostos, o presente estudo teve como objetivo a avaliação da atenção à saúde da gestante pelo PSF, o qual se revela como uma estratégia de (1) reorganização da atenção primária e (2) de mudança do modelo de atenção hegemônico.

Métodos

O estudo envolveu 33 das 40 gestantes cadastradas no PSF do município de Teixeiras (MG); sete não quiseram participar do estudo ou não se encontraram no momento da visita domiciliar, e 35 dos 36 profissionais de saúde das quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem e 23 agentes comunitários de saúde (ACS) (um estava afastado do serviço por licença médica). O município de Teixeiras se situa na zona da mata mineira, microrregião de saúde de Viçosa, distando 204 quilômetros de Belo Horizonte, capital do estado.

A investigação, caracterizada como transversal, foi realizada por meio de entrevistas conduzidas pela pesquisadora, a partir de um questionário semi-estruturado, elaborado pela equipe de coordenação do projeto. As entrevistas com as gestantes foram realizadas durante as visitas domiciliares e as entrevistas com os profissionais de saúde, nas UBS; em ambos os casos, o tempo de duração do encontro foi de trinta a quarenta minutos cada.

Antes do início das entrevistas, respeitando os aspectos éticos conformes à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa. As gestantes e os profissionais de saúde assinaram um termo de consentimento livre esclarecido com todas as informações sobre o estudo.

A construção do modelo para avaliação da atenção à saúde da gestante pelo PSF foi inspirada nas proposições de Donabedian⁹, que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado, conforme apresentado pela Figura 1. A estrutura refere-se aos recursos utilizados pelo serviço na atenção à saúde da gestante e analisaram-se os seguin-

tes atributos: instalação física, recursos materiais e normas. O processo que corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários possui como atributos a qualidade do cuidado (avaliação clínica, análise do cartão da gestante e atividades educativas), a intersectorialidade, a referência e contra-referência e participação da comunidade. Já a dimensão de resultados relacionados à satisfação do usuário foi baseada nos atributos de acolhimento (sala de espera e

recepção), acessibilidade (marcação de consultas, tempo de espera e barreiras geográficas) e resolutividade (se a implantação do PSF trouxe benefícios para a saúde).

A fim de obter a classificação do PSF, das dimensões e de seus respectivos atributos, atribuiu-se uma pontuação para cada critério, levando em consideração as relações hierárquicas entre os fatores que potencialmente contribuíram para a determinação destes¹⁰⁻¹².

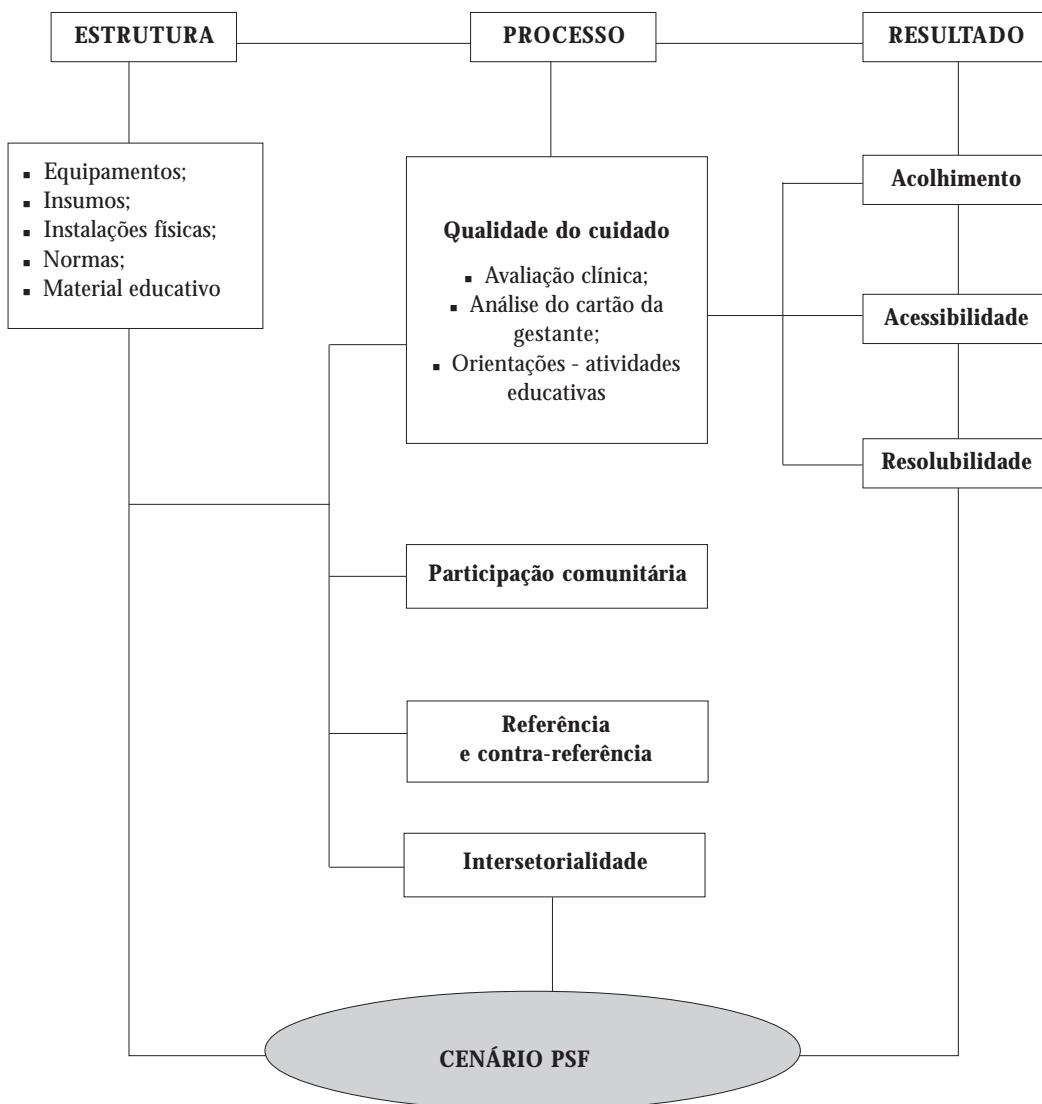


Figura 1. Desenho metodológico do estudo: atributos analisados em cada dimensão.

Foram atribuídos pesos diferenciados para cada atributo de acordo com a sua relevância para determinada ação e dimensão. Posteriormente, o critério (atributo, dimensão) foi classificado como incipiente, intermediário ou avançado, se obtivesse entre 0,0 e 33,3%; 33,4 e 66,6%; 66,7 e 100,00%, respectivamente. Os pontos de cada indicador foram somados e depois relacionados com o máximo de pontos para a formação do escore. Os dados foram tabulados no Excel 6.0 e SPSS 10.0, o que permitiu a formação dos escores e elaboração do diagrama e das frequências.

Por fim, analisou-se a atuação do PSF nas dimensões de estrutura, processo e resultado, contextualizando-se distintos cenários que foram adaptados de Copque e Trad¹³. Em um cenário de implementação incipiente, a proposta aproxima-se da concepção de um programa que oferta uma atenção simplificada à saúde da gestante; em um cenário intermediário, observa-se uma atenção fragmentada, mas com alguns avanços; e, finalmente, em um cenário avançado, o PSF configurar-se-ia como uma estratégia de reorganização de um dos níveis de complexidade do sistema — a atenção básica —, e de mudança do modelo de atenção hegemônico, conforme idealizado pelo Sistema Único de Saúde.

Resultados e discussão

Caracterização da população estudada

Verificou-se que a média de idade foi de 24 ± 7 anos (média \pm desvio padrão), com 33,3% na faixa etária de 20-25 anos. As adolescentes corresponderam 27,3% da população estudada e 30,3% encontravam-se na faixa acima dos 30 anos de idade. Eram donas de casa em sua maioria (84,8%). 54,5% eram casadas, 27,3% apresentavam em comunhão livre e 18,2% eram solteiras.

Com relação à renda familiar, a mediana foi de R\$ 300,00; quanto à escolaridade, 15,2% das gestantes possuíam o ensino fundamental completo (1^a a 8^a série), e 63,6% possuíam o ensino fundamental incompleto, sendo que destas 36,4%, apenas de 1^a a 4^a série. Somente 9,1% tinham o ensino superior.

Os profissionais de saúde eram em sua maioria do sexo feminino (74,3%) e 82,9% residiam no município em estudo. Oitenta por cento dos profissionais foram admitidos por indicação, sendo que somente 20% passaram por um processo seletivo com análise de currículo. Ressalta-se a grande — e espúria — influência política na ocupação de

cargos públicos, o que acaba por permitir a contratação de profissionais que não possuem perfil para atuação no PSF.

Avaliação das dimensões

A classificação das dimensões de estrutura, processo e resultado e seus respectivos atributos está descrita no Gráfico 1.

Estrutura

A análise da estrutura foi subdivida em instalações físicas, recursos materiais e normas existentes para as diferentes ações de atenção à saúde da gestante. As instalações físicas apresentaram-se com uma grande deficiência de espaços. Três UBS funcionavam em um mesmo local, sendo que somente uma (unidade quatro) tinha um local próprio de funcionamento. As unidades não possuíam salas suficientes e os profissionais se alternavam na realização dos atendimentos. Não havia local apropriado para atividades de educação em saúde. As instalações físicas eram precárias, velhas e com muitas dificuldades de higienização e biossegurança¹⁴. Não tinham banheiros separados para os profissionais de saúde, nem pia para higiene das mãos nas salas de atendimento e consultórios. Portanto, a análise da estrutura referente às instalações físicas foi considerada incipiente (25,0%) nas unidades um, dois e três e intermediária (41,7%) na unidade quatro,

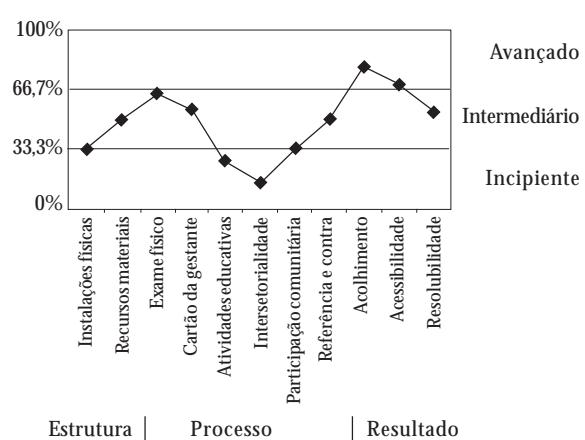


Gráfico 1. Classificação das dimensões de estrutura, processo e resultado e seus respectivos atributos, na atenção à saúde da gestante pelo PSF, município de Teixeiras (MG), 2005-2006.

sendo que a instalação física foi considerada incipiente (33,3%) na média das UBS do município, conforme pode-se observar no Gráfico 1.

Com relação aos recursos materiais, apesar da escassez, existia um aporte médio segundo os critérios definidos pela OPAS¹⁵ na atenção à saúde da gestante, como a presença de estetoscópio de Pinard, mesa para exame ginecológico com banco giratório, tensiómetro revelando uma análise intermediária (50%). No entanto, observa-se que as principais deficiências estavam na ausência de protocolos e normas das atividades de grupo e de educação em saúde.

Em estudo realizado por Silveira *et al*¹⁶, os serviços de atendimento pré-natal foram considerados precários, sendo a área com pior resultado a planta física, corroborando com os dados encontrados em nosso estudo.

O desenho da avaliação total da estrutura do PSF na atenção à saúde da gestante configurou-se como intermediário (46,8%). Ao considerar as instalações físicas, isoladamente, estas configuraram-se como incipientes (Gráfico 1).

Processo

A dimensão de processo foi classificada como intermediária (47,5%) na análise dos atributos (Gráfico 1).

A qualidade do cuidado no pré-natal, que foi avaliada a partir da perspectiva da gestante e dos profissionais de saúde, correspondeu a uma análise das práticas de saúde direcionadas à atenção à saúde da gestante pelo PSF, sendo, portanto, práticas curativas, preventivas e de promoção da saúde. Buscou-se verificar os conhecimentos e atuação dos profissionais no cuidado à saúde da gestante, bem como analisaram-se as perspectivas destas frente as diferentes ações: exame físico, cartão da gestante e atividades educativas. As ações estão representadas na Tabela 1, que apresenta a classificação de acordo com as perspectivas das gestantes e profissionais.

A avaliação clínica, realizada pelos médicos, foi considerada como uma classificação intermediária (63,9%), sendo este, dentre os aspectos do atributo qualidade do cuidado, com a maior classificação. Foram considerados os seguintes critérios da avaliação clínica: peso, aferição da pressão arterial, ausculta de batimentos cardíofetais, altura uterina, edema, exame da mama¹⁷, sendo escolhidos por entendê-los como padrões mínimos esperados para o atendimento em atenção primária. De acordo com as gestantes, o peso e a aferição da pressão arterial foram avaliados em todas as consultas de acordo com o relato das 33 gestantes (100%). Já a altura uterina e ausculta fetal foram verificadas nas consultas com menos intensidade, 40% e 44,7%, respectivamente. A medida da altura uterina é um procedimento importantíssimo para acompanhamento do crescimento fetal e para determinação ou confirmação da idade gestacional¹⁸.

De acordo com as gestantes, o exame da mama e a verificação de edema não são procedimentos de rotina dos médicos, sendo que somente 28,1% das gestantes disseram que o médico realizava o exame da palpação da mama e, destas, somente duas gestantes (9,1%) disseram que o médico realizou em todas as consultas. Nenhuma gestante relatou ter sido examinada quanto à presença de edema. A pesquisa de edema é extremamente necessária para o diagnóstico e monitoramento da doença hipertensiva específica da gestação, que tantas alterações orgânicas e funcionais causa à gestante e ao conceito¹⁹.

A análise do cartão da gestante apresentou-se com uma classificação intermediária (55,1%). Observou-se que os cartões de acompanhamento da saúde da gestante encontravam-se incompletos, possuíam anotações relacionadas aos exames físicos e laboratoriais; no entanto, os antecedentes obstétricos, as curvas de altura uterina e de peso da gestante não estavam preenchidos em nenhuma das 34 gestantes. Isto é preocupante, pois através das curvas de peso podem ser identificados riscos relacionados com ganho de peso menor ou

Tabela 1. Classificação da qualidade do cuidado a atenção à saúde da gestante pelo PSF no município de Teixeiras (MG), 2005-2006.

Qualidade do cuidado: ações	Total de pontos	Total máximo	%	Classificação
Avaliação clínica	253	396	63,9%	Intermediário
Cartão da gestante	472	856	55,1%	Intermediário
Atividade educativas	105	408	25,7%	Incipiente

excessivo para a idade gestacional e orientar as condutas adequadas para cada caso, evitando-se resultados perinatais ruins que estejam associados ao peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso insuficiente ou excessivo durante a gravidez²⁰. Quanto aos exames laboratoriais solicitados, preconizados pelo MS¹⁷, a maioria (89,7%) estava completo no cartão, sendo os principais: tipo sanguíneo, hemoglobina, VDRL e EAS (elementos anormais e sedimentos-copia = sumário de urina).

Com relação às orientações e atividades educativas, tanto no âmbito individual como coletivo, verificou-se uma classificação incipiente (25,7%). Foram consideradas no âmbito individual as orientações relacionadas ao aleitamento materno, a alimentação da gestante, a imunização, as informações de preparação para o parto, cuidados com o recém-nascido, ao planejamento familiar e, no âmbito coletivo, a existência de grupos, dramatizações e outras dinâmicas.

Somente 17,7% das gestantes disseram ter sido orientadas quanto à vacinação, 23,5% foram orientadas com relação aos cuidados com o recém-nascido e 41,2% disseram que o médico fazia preparação para o parto, no entanto, abordando apenas aspectos relacionados ao tipo de parto que a gestante gostaria de fazer, parto normal ou cesariana. Quanto aos aspectos alimentares na gestação e os relacionados ao aleitamento materno, somente 14,7% foram orientadas com relação ao aleitamento materno e 35,3% foram orientadas com relação a sua alimentação no período de gestação e de amamentação. Quando questionadas sobre a alimentação durante os meses de gestação e no período de lactação e sobre o processo de amamentação, relataram tabus, dúvidas e falta de informação, podendo com os maus hábitos prejudicar a saúde do bebê e de si mesmas. O planejamento familiar direcionado pelo PSF, de acordo com as gestantes, foi inexistente; havia apenas uma ação individual na recomendação do uso de métodos anticoncepcionais pelo médico, não incluindo o parceiro nas discussões e decisões relacionadas ao ato de planejar. Isto foi confirmado pelos profissionais de saúde: somente 23,1% disseram realizar alguma ação relacionada ao planejamento familiar.

No âmbito coletivo, a única ação existente foram as palestras, que de acordo com os profissionais de saúde, funcionavam somente em uma equipe (equipe um), sendo esporádicas e pouco participativas.

Percebeu-se uma relação entre o profissional médico e usuárias centrada nos procedimentos⁸. As consultas eram ligeiras, não possibilitando que

as gestantes relatassem suas dúvidas, angústias e sofrimentos, dificultando a compreensão dos múltiplos significados da gestação e dificultando a compreensão e apreensão das gestantes de questões relacionadas à prevenção de doenças e promoção da saúde capazes de gerar qualidade de vida durante e após o pré-natal.

Conforme nos relata o MS¹⁷, o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto. Uma escuta aberta, sem julgamentos ou preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável do bebê e manutenção da saúde da mãe.

Atualmente, a discussão sobre humanização da atenção à saúde da mulher e do parto revela a autonomia e direitos como principais aspectos e já faz parte de uma série de instâncias. Entretanto, o que se percebe é que, na assistência pré-natal, ocorre uma expropriação da autonomia da mulher, se centrando no modelo tecnocrático em que as mulheres são vistas como objeto, fora de contexto, em que a máquina é examinada e não se estabelece nenhum vínculo com o profissional⁴. E como achado de nosso estudo, verificou-se que as ações praticadas foram de responsabilidade dos profissionais que supervorizavam as mais técnicas e mantêm, com intervenções determinadas, a hierarquia e padronização de rotinas.

Através disso, observou-se que, apesar do PSF se propor a uma relação diferenciada com os seus usuários e com a comunidade, principalmente no que se refere à vigilância em saúde, nas formas de prevenção e promoção, muito pouco tem sido feito nestes aspectos, pois os profissionais de saúde continuam atuando numa percepção biologista e fragmentada do ser humano, no caso das gestantes, atuando meramente através de consultas-procedimento, sendo, portanto, a qualidade do cuidado classificada como intermediária (50%).

A fim de aprofundar os caminhos de reformulação do modelo assistencial e reorganização da atenção básica apontados pelo PSF, avaliamos atributos organizativos e interativos que respaldam e viabilizam as práticas e ações de atenção à gestante, sendo eles: a participação comunitária, a referência e contra-referência e a intersectorialidade.

A avaliação da participação comunitária nas atividades de educação em saúde, desenvolvidas pelo PSF, revelou a pouca inserção das gestantes nas ati-

vidades educativas, considerando participação em grupos, palestras e dramatizações. Este atributo caracterizou-se como incipiente (33,3%) (Tabela 2).

O reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, inclusive no PSF. Realmente, pode-se perceber que, a partir dos objetivos do programa (humanização das práticas; democratização do conhecimento; desenvolvimento da cidadania; estimulação da organização da comunidade), há uma valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas UBS, bem como a resolutividade dos problemas da comunidade²¹. No entanto, não é isso que verificamos em nosso estudo. O PSF não integrava as gestantes na formulação de suas atividades, muito menos promovia o desenvolvimento da cidadania.

Conforme nos relata Guizardi *et al.*²², ***construir caminhos para a participação no SUS não implica apenas melhor informar ou capacitar a população e seus representantes [...] A participação como princípio de constituição das políticas públicas só se concretiza quando vozes diversas se apresentam ao diálogo como sujeitos na construção de sentidos e mundos. Pensar a participação significa pensar esta implicação política que inclui espaços já institucionalizados, e o PSF é um destes espaços, mas não se esgota neles***.

Observou-se uma grande dificuldade dos profissionais de saúde do município na execução das atividades educativas para o grupo materno; as poucas iniciativas e tentativas foram frustradas pela pouca participação das mães nas atividades desenvolvidas. No entanto, as gestantes relataram em sua maioria (72%) a inexistência ou desconhecimento de atividades educativas no PSF.

As estratégias educacionais e comportamentais visam aumentar a consciência sobre os riscos e sobre a importância de comportamentos seguros, além de oferecer incentivos e modelos positivos. No entanto, o que se pode perceber a despeito das práticas de educação em saúde é a elaboração

das atividades está ainda fundamentada no modelo tradicional, em que os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde. Desta forma, a comunicação dos profissionais de saúde assume uma atitude paternalista, no que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Freire²³ revela: “saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção”.

Para análise da referência e contra-referência, foi considerada a integração do PSF com os hospitais que possuem maternidade na microrregião. A avaliação nos apontou para uma classificação intermediária (50%), conforme apresentado pela Tabela 2.

Os profissionais de saúde declararam uma maior facilidade de referência. A assistência ao parto era realizada nos municípios vizinhos. Todavia, os profissionais relataram grandes dificuldades no retorno das informações, na contra-referência. Não havia relatório por escrito, no processo de contra-referência, os obstetras não davam nenhum tipo de retorno ao médico da atenção básica, muito menos aos enfermeiros e outros profissionais do PSF, normalmente a informação era proveniente da própria gestante. Isto dificulta a integralidade, que é um dos princípios básicos do SUS.

A ausência de informação revelou a falta de integração entre os hospitais e os serviços de assistência pré-natal, impedindo que o processo reprodutivo seja visto em sua totalidade, favorecendo descontinuidade na assistência à saúde do binômio mãe-filho, culminando com maior risco de morte da mulher e da criança²⁴.

As gestantes relataram um grande sentimento de insegurança ao fazer o pré-natal com um médico e ser encaminhada para outra cidade e realizar o parto com outro médico. Caso a referência e contra-referência funcionassem adequadamente, o problema poderia ser amenizado. Segundo Serruya *et al.*⁴, através de seu estudo sobre o panorama da atenção ao pré-natal no Brasil, a questão da

Tabela 2. Classificação dos atributos intersetorialidade, referência e contra-referência e participação comunitária, pertencentes à dimensão de processo – avaliação do PSF na atenção à saúde da gestante no município de Teixeiras (MG), 2005-2006.

Atributos	Total de pontos	Total máximo	%	Classificação
Participação comunitária	44	132	33,3%	Incipiente
Referência e contra-referência	16	32	50,0%	Intermediário
Intersetorialidade	10	72	13,9%	Incipiente

falta de vínculo entre assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. Além disso, retrata que a maioria das mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período. Nesse panorama da situação obstétrica, a existência da desumanização em um momento tão importante e o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento são questões emblemáticas a serem enfrentadas.

Melleiro *et al*²⁵ apontam em seu estudo que a falta de integração entre os serviços de saúde, além de acarretar uma ruptura das ações iniciadas nas UBS, durante o pré-natal, tornava a procura pela instituição hospitalar, por ocasião do parto, fonte de ansiedade e risco, com repercussões negativas para o processo de nascimento.

De acordo com a proposta da Equipe de Referência e apoio Matricial do MS²⁶, é necessário que a equipe tenha um contato direto com os especialistas e estes com a equipe, pois é preciso enxergar o usuário como um todo (inserção social, situação afetiva, outros problemas orgânicos). Isto garante que no conjunto pré-natal e puerpério ocorra mais benefícios do que danos para a gestante e que o projeto de acompanhamento envolva um compromisso maior com o usuário.

De forma complementar, analisou-se também a intersetorialidade, verificando se havia ou não parcerias e/ou integração do PSF com outros setores do município: educacional, ambiental, assistência social, etc. Nesta perspectiva, a avaliação deste atributo foi considerada incipiente (13,8%).

Ferreira²⁷ revela que as ações intersetoriais de seu estudo também encontravam-se em um estágio incipiente de implantação e que a Conferencia Nacional de Saúde em 2001 revelou o sistema de saúde no Brasil fragmentado e a intersetorialidade precária.

Os profissionais de saúde do município de Teixeiras, quando questionados sobre a ausência ou o pouco fomento de ações intersetoriais, manifesta-

ram um desconhecimento do que seja intersetorialidade, revelando uma falta de preparo dos recursos humanos. Estes achados corroboram os estudos de Junqueira²⁸, que apresentam as dificuldades para a intersetorialidade em três categorias: relacionadas ao tipo de gestão, especialmente nas formas de financiamento que são setorializadas, gerando atraso na liberação de recursos; relacionadas à ausência de cultura da intersetorialidade, que prioriza interesses particulares acima dos interesses construídos coletivamente; e relacionadas à falta de preparo dos recursos humanos, que centram esforços na organização do modelo médico-assistencial.

Junqueira²⁹ ressalta a importância da intersetorialidade, revelando que a qualidade de vida passa pela interação de várias dimensões do bem-estar físico, psíquico e social, e demanda visão integrada dos problemas sociais. Neste sentido, as políticas setoriais isoladamente são incapazes de considerar o cidadão na sua totalidade e nas suas necessidades individuais e coletivas.

Resultado

A avaliação da dimensão de resultado foi realizada a partir dos atributos acessibilidade, acolhimento e resolubilidade, conforme nos apresenta a Tabela 3, na perspectiva das gestantes. A classificação que se configurou ao analisar os três atributos foi avançada (69,3%). É importante destacar que os atributos se relacionam e, portanto, devem ser analisados como um todo.

A avaliação do acolhimento isoladamente resultou em uma classificação avançada (79,4%). A maioria das gestantes se sentia bem acolhida na recepção das UBS. No discurso, estavam presentes relatos relacionados à educação, à atenção e à simpatia, enfatizando-se o “melhor atendimento quando comparado ao hospital”. Os ACS também realizavam, de acordo com os depoimentos das gestantes, um papel essencial, ao acolher as informações, dificuldades, necessidades das gestantes e de seus familiares.

Tabela 3. Classificação dos atributos resolubilidade, acessibilidade e acolhimento pertencentes à dimensão de resultado – avaliação do PSF na atenção à saúde da gestante, município de Teixeiras (MG), 2005-2006.

Atributos	Total de pontos	Total máximo	%	Classificação
Acolhimento	154	194	79,4%	Intermediário
Acessibilidade	135	194	69,6%	Intermediário
Resolubilidade	70	130	53,8%	Intermediário

As atividades de recepção na UBS eram realizadas pelas recepcionistas, que seguiam uma agenda com consultas pré-marcadas pelos ACS. No caso das gestantes, havia uma maior facilidade na marcação de consultas; por ser uma determinação do MS que ela tenha no mínimo seis consultas, a gestante já saia da UBS com sua consulta marcada para o outro mês. A única reclamação presente no depoimento das gestantes foi quanto à fila de espera, as consultas eram realizadas obedecendo ao critério da ordem de chegada pelos usuários. Deve-se destacar que este é um critério de recepção excluente e criticado pelo MS no programa de humanização da atenção à saúde²⁶.

Outro aspecto a ser destacado refere-se ao fato de que 14 gestantes (42,4%) realizavam o pré-natal no hospital, dando preferência ao especialista. Observou-se, portanto, que o PSF nem sempre funcionava como porta de entrada para o sistema de saúde, ou seja, nem todas as mães procuravam o PSF para fazer o pré-natal. Em estudo realizado por Nagahama *et al*⁵, no município de Maringá (PR), 78% das gestantes deslocaram-se do posto de saúde perto de sua residência na busca de qualidade técnica e humana.

Não obstante, as gestantes se sentiam bem acolhidas e conseguiam diferenciar o PSF do hospital quando relatavam uma melhor recepção do PSF do que do hospital, e também enfatizavam o papel do ACS nas visitas domiciliares, ouvindo suas queixas e permitindo que expressassem suas preocupações.

Quanto à acessibilidade, foram considerados o tempo de espera, a marcação de consulta e as barreiras geográficas como critérios de análise do atributo acessibilidade. Em relação à acessibilidade, esta configurou-se em um atributo avançado (69,6%) (Tabela 3).

A maior dificuldade quanto à acessibilidade foi à geográfica, especialmente para as gestantes residentes na zona rural. 42% das entrevistadas residiam na zona rural e apresentaram suas queixas principalmente relacionadas à falta de transporte e dificuldades de acesso às consultas em períodos de chuva. Vale ressaltar que as opções de transporte destas gestantes, ou seja, o serviço de transporte coletivo precário, o transporte por bicicletas, carroças e cavalos, faziam com que essas mulheres gastossem neste percurso horas de seu tempo, além de dinheiro e de implicar cansaço físico, psicológico e riscos à saúde.

De toda forma, as gestantes informaram que estavam satisfeitas com a marcação da consulta, podendo ser realizada pelo ACS ou pela UBS, garantindo acesso ao atendimento e facilitando a obtenção da consulta, já que antes do PSF era ne-

cessário acordar de madrugada e enfrentar fila no hospital. O tempo de espera para o atendimento na UBS foi a maior reclamação das gestantes, que relataram precisar chegar cedo para serem atendidas com menos demora, corroborando com os achados de Tsunehiro *et al*³⁰, na cidade de São Paulo, os quais evidenciam a longa espera das gestantes para serem atendidas, aguardando horas a sua vez, o que pode justificar a procura das gestantes por especialista no hospital.

No que se refere à resolubilidade, foram analisados aspectos relacionados à percepção das gestantes do lugar do PSF no contexto de organização da saúde no município, ou seja, com a implantação do PSF, houve melhoria na atenção sanitária do município? A resolubilidade apresentou-se como um atributo intermediário (53,8%) (Tabela 3).

As gestantes destacaram no atendimento do PSF as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, assim como do médico e enfermeiros, o cuidado com os idosos, hipertensos e diabéticos e a entrega de medicamentos e exames. Contudo, as gestantes relataram dificuldades e limitações específicas do programa, reduzindo o percentual de classificação para intermediário, retrataram aspectos ligados à falta de informação, à exiguidade das práticas educativas por parte dos profissionais de saúde e a falta de integração entre os médicos — aquele que realiza o pré-natal e aquele que realiza a parturião (obstetra) —, sendo este um aspecto que gera insegurança e apreensão na realização do parto.

Estudo realizado por Brienza *et al*³¹, que avalia o acesso ao pré-natal à rede básica do município de Ribeirão Preto, demonstra que o modelo de assistência evidenciado pelas mulheres reforça a visão de uma assistência pré-natal voltada para o cuidado físico e biológico, referindo-se a um mesmo ritual: peso, medição e pressão.

Desta forma, pese a que as usuárias gestantes relatem certa satisfação com o acesso ao serviço de saúde, observou-se que apenas o acesso é insuficiente na promoção de sua saúde e na saúde do seu bebê, é preciso fundamentar as ações em certas atitudes como a cultura do diálogo, da escuta ativa, da informação, inserindo-se no processo e desenvolvimento de práticas mais humanas e resolutivas.

Conclusões

O cenário produzido na atenção a saúde da gestante pelo PSF foi intermediário (52,2%), caracterizado pela fragmentação de suas ações, mas sendo perceptíveis alguns progressos na sua implementação. Avanços relacionados à adesão das gestantes à

proposta do PSF — na realização das visitas domiciliares, no acolhimento — a maior facilidade de acesso proporcionada pela presença do ACS, na marcação de consultas, são bons exemplos disto.

Na síntese das dimensões, a falta de adequado espaço físico — o que interfere na realização das atividades assistenciais e educativas —, bem como a inexistência da participação comunitária, da intersetorialidade e da contra-referência, afetam as ações de saúde, desintegrando as partes e permanecendo o olhar reducionista da biomedicina. Torna-se, assim, perceptível, a necessidade de se evoluir para um tratamento mais complexo — e completo — da organização dos serviços de saúde, uma vez que, de fato, as poucas atividades preventivas e de promoção de saúde do PSF demonstram que o programa, da forma como se apresenta atualmente, funciona mais como um suporte para o hospital, sendo mais um local de atendimento procedimento-centrado, dificultando a assimilação de uma atenção usuária — centrada em prol da reorientação do modelo assistencial.

Destaca-se a premência de se investir nos recursos humanos em três aspectos fundamentais: o primeiro se refere à atuação técnica, o segundo, ao aspecto relacional dos profissionais de saúde com os usuários, superando uma abordagem me-

ramente biológica para uma abordagem integral, holística e complexa das gestantes e o terceiro, à forma de contratação dos profissionais. Os atributos de participação comunitária, intersetorialidade, referência e contra-referência devem ser prioridades dos gestores, permitindo e garantindo a transformação do modelo assistencial hegemônico vigente, na medida em que consideram o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade, possibilitando a construção de novos conceitos e novas formas de agir em saúde.

Por fim, verifica-se que melhores resultados podem ser alcançados pelo PSF, uma vez que a inserção das usuárias (gestantes) na formulação das ações soma esforços em favor de uma prática de atenção perinatal mais humana e cuidadora. Ao valorizar os aspectos relacionais, as gestantes consideram que a atenção deve ser voltada para uma abordagem que as perceba em sua totalidade, enfatizando a necessidade de um maior vínculo com os profissionais de saúde. Nesta perspectiva, caminhos podem ser traçados rumo à reformulação do sistema de saúde hegemônico e vigente, de modo a torná-lo, quiçá, mais orientado para o amparo dos diferentes sujeitos que compõem a (complexa) realidade em prol de um cuidado em saúde mais humanizado e solidário.

Colaboradores

GD Costa participou da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia, coleta e análise dos dados e redação do artigo; RMM Cotta participou da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia e foi responsável pela coordenação, orientação e acompanhamento do trabalho de campo, da redação e revisão do artigo; JR Reis e SCC Franceschini participaram do planejamento, orientação técnica e acompanhamento do trabalho; R Siqueira Batista e AP Gomes participaram da redação do artigo e sua revisão crítica.

Referências

1. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):S220-230.
2. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur measure over ready made. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):229-259.
3. D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da mulher. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 86-108.
4. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1281-1289.
5. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad Saude Publica* 2006; 22(1):173-179.
6. Derrida J. *Voyous*. Paris: Galilée; 2003.
7. Siqueira-Batista R. Bioética e compaixão. *Jornal do Cremep* 2004; 17(1):15.
8. Merhy EM. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. Ver SUS/Brasil – Vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil. 2002. [acessado 2006 jan 28]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>
9. Donabedian A. *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un estudio introductorio*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
10. Frias PG, Lira PIC, Hartz ZMA. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZM, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.151-191.
11. Felisberto E, Carvalho, EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às doenças prevalentes da infância no Programa Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1737-1745.
12. Lopes RM, Silva LMV, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarréia na infância. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):S283-S297.
13. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. *Epidemiologia e serviços de saúde* 2005; 14(4):223-233.
14. Martins M, Siqueira-Batista R, Sucupira ED, Freitas LM, Brito RC, Guedes AGM, Zuim R, Bethlehem EP, Gomes AP, Selig L. Recomendações da Assessoria de Pneumologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para Biossegurança em Unidades Básicas de Saúde - UBS. *Pulmão RJ* 2004; 13(3):190-194.
15. OPAS/OMS/Brasil. *Condições de eficiência dos serviços de atenção materno infantil*. [Mimeo 1987].
16. Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica* 2001; 17(1):131-139.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada* [Manual técnico Série A - Direitos Sociais e reprodutivos - Caderno nº 5]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental* 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
19. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Assistência Pré-Natal - Manual de Orientação*. Rio de Janeiro: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos*. Brasília : Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde; 2000.
21. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* 2005; 15:39-52.
22. Guiardi FL, Pinheiro R, Machado FPS. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro R, Mathos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 303.
23. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
24. Tanaka AC, Siqueira AAF, Bafile PN. Situação de saúde de materna e perinatal no Estado de São Paulo. *Rev. Saude Publica* 1989; 23:73-79.
25. Melleiro MM, Gualda DMR. Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico. *Rev. Latino-am enfermagem* 2004; 12(3):503-510.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio materno/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
27. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
28. Junqueira RGPA. A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. *Rev. Adm. Publ.* 1998; 32(2):79-91.
29. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Rev. Saúde e Sociedade* 1997; 6(2):31-46.
30. Tsunechiro MA, Bonadio IC, Oliveira VM. Acolhimento: fator diferencial no cuidado pré-natal. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. [site na Internet]. [acessado 2006 jul 23]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>
31. Brienza AM, Clapis MJ. Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Saúde*. [site na Internet]. [acessado 2006 jul 21]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>

Artigo apresentado em 19/09/2006

Aprovado em 09/07/2007

Versão final apresentada em 22/08/2007