

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**A inclusão da perspectiva da mulher na avaliação do
Programa de Humanização do Pré-Natal e
Nascimento: Importância e desafios**

Cristiane Andréa Locatelli de Almeida



**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços e Práticas de
Saúde Pública**

Orientador: Prof. Tit. Oswaldo Yoshimi Tanaka

São Paulo

2006

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processo fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

47664 / 2006 (disc)

Ao Dr. Alcyr Guedes de Almeida, meu pai.

Aos meus amores Luca, Caio e Erival

AGRADECIMENTOS

Ao professor Tanaka, pela orientação atenciosa e competente, e por caminhar comigo, me apresentando a um novo mundo de possibilidades.

À amiga Edith, pelo apoio valioso em momentos estratégicos.

Às amigas Carmen, Heloísa, Marta, Rita e Sandra pelo carinho, estímulo e confiança em um produto possível;

À Cássia, pelo apoio técnico e pelo companheirismo que mais uma vez se fez presente.

RESUMO

Almeida, CAL. **A inclusão da perspectiva da mulher na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento: importância e desafios.** São Paulo; 2006. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Analisa e discute a importância e o potencial de utilização das representações sociais das mulheres gestantes e puérperas na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) - Ministério da Saúde. Situa-se em um contexto de busca pela superação da imagem da avaliação como sinônimo de exclusão e controle externo, no qual se vem optando por práticas que estimulem a participação dos diversos atores envolvidos nos processos reflexivos desencadeados, e em uma conseqüente reorientação de estratégias quando necessária. **Metodologia** - Realizado em base a dados primários coletados em grupos focais com mulheres atendidas pelo PHPN, no ano de 2003. O método do Discurso do Sujeito Coletivo, com apoio em referencial teórico do campo da Saúde Pública, foi utilizado para o tratamento e análise dos dados. **Resultados** - O estudo aprofundado acerca das representações sociais das mulheres atendidas pelo PHPN permitiu o destaque a aspectos que, se considerados no momento de elaboração ou correção de rumos do Programa, poderiam resultar em uma maior efetividade do controle pré-natal e em sua realização de forma humanizada, conforme diretrizes do PHPN. A metodologia utilizada permitiu a identificação e a compreensão da importância de variáveis do Programa que necessitariam ser flexibilizadas para possibilitar um maior alcance das ações programadas.

Descritores: avaliação de programas; estudos de representação social; humanização; perspectiva da mulher na atenção à saúde.

ABSTRACT

Almeida, CAL. **The inclusion of the women's perspective in the evaluation of the Prenatal Care and Newborn Humanization Program: relevance and challenges.** São Paulo; 2006. [Master Degree Dissertation - School of Public Health of the University of São Paulo].

This study analyses and raises the importance and the potential of the utilization of the social representations of pregnant and puerperal women in the evaluation of the Prenatal Humanization Program and Newborn (PHPN), carried out by the Ministry of Health. It was developed in a context which the program evaluation processes seek to overcome the view of evaluation as exclusion or as external control. At the same time, it has been chosen stimulate the participation of several social actors involved in the reflexive processes and, when necessary, in the reorientation of the programs with alternative strategies. **Methodology** - The study was based on primary data collected in focal groups composed by women who were treated by the PHPN, during 2003. The Collective Subject Speech (CSS) method and references of the public health theoretical background were used to organize and to analyze the primary data. **Results** - A deep study of the social representation of women treated by the PHPN enabled to underline points that might result in humanized and more effective pre natal care, if they are taken into account in the redefinition or correction steps of the PHPN. The methodology applied in this study allowed the identification and the understanding of the importance of variables in the Program that should be made flexible to reach the goals and to improve the effectiveness of the Program.

Descriptors: program evaluation; humanization; social representation studies; woman perspective in health care.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	10
I. INTRODUÇÃO	12
1. Da dicotomia à busca de articulação: entre o saber do especialista e a perspectiva do usuário na organização de programas de saúde	12
2. A proposta de descentralização político-administrativa do SUS como estratégia de valorização da participação do usuário	16
3. A humanização da assistência como política transversal do SUS	17
4. Sobre conceito e práticas de avaliação	21
II. OBJETIVOS	26
III. METODOLOGIA	27
1. Da Avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento à proposição do presente estudo	27
2. O conceito de representação social	30
3. O Discurso do Sujeito Coletivo	33
4. Metodologia para interpretação e elaboração dos resultados	36

V. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	38
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
VII. REFERÊNCIAS	66
VIII. ANEXOS	71

ABREVIATURAS

DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH – SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISPRENATAL	Sistema de informações do PHPN
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

No ano de 2003, tive a oportunidade de participar do processo de avaliação em nível nacional do “Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento” - PHPN (Ministério da Saúde do Brasil), juntamente com uma equipe da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo coordenada pelo Prof. Tit. Oswaldo Yoshimi Tanaka.

Este Programa havia sido implementado em 2001 com o objetivo de fortalecer as ações de saúde desenvolvidas no âmbito dos serviços e dos sistemas de saúde para o enfrentamento da morbidade e da mortalidade materna, perinatal e neonatal no Brasil.

Suas principais ações visam garantir o direito da gestante ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação/ parto e puerpério, o direito da gestante de conhecer e ter acesso assegurado à maternidade em que seria atendida no parto, o direito da gestante de receber assistência segura e humanizada no parto e no puerpério de acordo com os princípios e conhecimento atual.

Para a avaliação utilizou-se um modelo que previa uma abordagem quantitativa de bancos de dados já existentes (DATASUS, SINASC, SIM e o SISPRENATAL - sistema de coleta e processamento de dados do próprio Programa) integrada a uma abordagem qualitativa, que utilizou a metodologia de estudos de caso. Dessa forma, o desenho da avaliação possibilitou tanto uma visão ampla do Programa, contando com dados quantitativos já coletados, quanto uma compreensão mais aprofundada das características assumidas localmente por ele.

As gestantes/ puérperas usuárias do serviço público de saúde foram assumidas como atores-chave na coleta de informações. Era fundamental saber se as ações de saúde previstas pelo Programa estavam ou não se realizando e de que forma isso vinha ocorrendo.

Durante o período do trabalho em campo do processo avaliatório do PHPN, pude estar em contato com pelo menos doze gestantes/ puérperas em cada um dos sete municípios visitados para a avaliação, que haviam sido convidadas à participação em “grupos focais” (técnica qualitativa de coleta de dados primários). Embora houvéssimos preparado um roteiro claro para estes grupos, focado nas ações previstas pelo PHPN, naturalmente ocorreu (como é freqüente nas abordagens

qualitativas) a possibilidade de um maior aprofundamento da compreensão da forma como estas mulheres vivenciaram, tanto a relação com o próprio processo de gestação de uma criança, quanto a relação com as pessoas que as atendiam nos serviços de saúde. Começamos a detectar informações que pareciam ir além da lógica técnico-científica utilizada pelo Programa (utilizada na normatização de ações a serem desenvolvidas), salientando necessidades e desejos das usuárias, os quais um “programa de humanização” necessariamente deveria considerar.

A análise das informações recolhidas a partir dos grupos de usuárias veio por fim trazer indicações da importância de se aprofundar a reflexão acerca da inclusão da visão da gestante/ puérpera na organização e implementação do PHPN, tema que será então desenvolvido neste trabalho ao lado da reflexão acerca da contribuição potencial da avaliação - na medida em que recolhe e analisa informações trazidas pelos distintos atores sociais - na construção de desenhos de programas públicos que possam ser compartilhados entre gestores, profissionais e usuários, resultando em ações realmente efetivas no campo da Saúde. Salienta-se a posição dos beneficiários, que com frequência são excluídos do desenho destes processos e das aprendizagens deles decorrentes.

Para tanto, nesta dissertação introduz-se o tema em três itens: no primeiro, a importância da consideração da palavra do usuário dos serviços de saúde é resgatada a partir do traçado de uma linha histórica dos conceitos fundamentais em Saúde Pública no Brasil, partindo de uma compreensão que encarrega os especialistas pelas ações de saúde, para outra na qual o estímulo ao protagonismo, de todos os sujeitos envolvidos nestas ações, é o principal valor. No segundo item, procura-se salientar nas diretrizes do SUS, política pública de saúde que vem sendo implementada desde 1988, o lugar de destaque que ocupa a participação popular. O terceiro item da introdução trata da avaliação de programas, enfocando a evolução dos referenciais que norteiam sua prática e a introdução das avaliações participativas.

No segundo capítulo, são apresentados os objetivos deste trabalho. A metodologia utilizada e seus referenciais teóricos são descritos no terceiro capítulo. O quarto e o quinto capítulo tratam respectivamente do processo de reflexão sobre as informações trazidas nos discursos das gestantes/ puérperas e as considerações finais.

1. Da dicotomia à busca de articulação: entre o saber do especialista e a perspectiva do usuário na organização de programas de saúde

A discussão quanto à importância de que a construção de programas públicos de saúde seja realizada de forma a contemplar a perspectiva de distintos atores sociais vem gradativamente ganhando espaço nas diferentes esferas de governo e na sociedade civil.

Se, por um lado, o importante desenvolvimento da tecnologia médica pode provocar nos especialistas uma tendência ao monopólio do saber e das decisões sobre “o que é melhor para a população” (BAREMBLITT, 1992), por outro, a efetiva melhoria nas condições de saúde das pessoas tem se mostrado cada vez mais condicionada a ações interdisciplinares - direcionadas a uma abordagem integral destas questões - e à participação ativa dos próprios sujeitos envolvidos em aumentar sua qualidade de vida (CAMPOS, 1997).

Recuperando-se parcialmente uma linha histórica da Saúde Pública no Brasil, é possível perceber uma direção na mudança de posição dos distintos atores sociais, que responde, dentre outros fatores, a estágios do desenvolvimento científico e à contextualização político-social.

Relembre-se o início do século XX: assolada por uma epidemia de febre amarela, a cidade do Rio de Janeiro estava reputada como “túmulo dos estrangeiros”. Em nove anos, quatro mil imigrantes morreram, vítimas da doença. A peste bubônica, a epidemia de varíola logo a seguir, dentre outras, motivaram o chamado “sanitarismo campanhista” que se colocou como modelo hegemônico de saúde do final do séc. XIX até a década de 1960 (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 2001). Apoiada pelas recentes descobertas científicas, era famosa a figura de autoridade do médico sanitarista, que, aliado à polícia sanitária, adentrava a casa dos cidadãos, inseticidas em punho, em busca do mosquito determinado. Detentor do conhecimento existente e com o grande desafio de desenvolvê-lo comprovando teorias acerca do ciclo das enfermidades, era dele, especialista, o dever de proteger a população do vetor que - pensava-se - uma vez extinto, levaria consigo o risco de adoecimento por aquela causa.

Com o processo de industrialização, observou-se o fortalecimento de um modelo de saúde destinado prioritariamente à preservação da saúde do trabalhador, alicerçada numa prática médica curativa individual e no saneamento dos ambientes fabris e urbanos. Nesse modelo, o poder continuava a se manter concentrado no profissional de saúde, especialmente no profissional médico, que determinava tratamentos a serem seguidos e as regras a serem cumpridas. Ressalta-se a ênfase no atendimento hospitalar..

Os processos de urbanização se intensificaram continuamente com o correr dos anos, sem qualquer planejamento e com notória influência na condição de saúde da população. A degradação do meio-ambiente natural pela poluição do ar/contaminação das águas, a falta de moradia, o crescente desemprego, os agravos à saúde pública causados pela propagação das doenças infecto-contagiosas, foram se configurando como fatores de profundo impacto na qualidade de vida das pessoas (REIGOTA, 1995; HOGAN, 1995; JACOBI, 1996; PALOS, 2000).

Nesse contexto, em que a conexão entre saúde e meio ambiente assume importante concretude, o conceito de saúde necessariamente vai se tornando mais abrangente. Questões de saúde pública passam a ser compreendidas no âmbito das relações sociais, econômicas e políticas. Começa a se ter clareza de que a busca de soluções ou a prevenção de fatores de risco deve ser direcionada para questões relacionadas ao estilo de vida, à qualidade de vida, às políticas públicas, à cidadania, à inclusão social e ao equilíbrio sócio-ambiental.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (MENDES, 1996)

Ao se conceber o ser humano como um ser integral, os fatores ambientais, a iniquidade social persistente, o próprio acesso aos serviços de saúde, passam a ser

também apontados como geradores de agravos. Torna-se claro que um modelo de atenção à saúde centrado na assistência individual e curativa não resolve os problemas de saúde e nem satisfaz os usuários do sistema.

Fica também insuficiente a visão tradicionalista de que a mera educação da população acerca de medidas sanitárias de proteção contra enfermidades seria o bastante para a melhoria das condições de saúde. Não se trata de seguir corretamente regras determinadas por um especialista para não se adoecer. Associa-se o êxito na melhoria das condições de saúde de uma população à sua possibilidade de dar voz às necessidades percebidas, através de mecanismos eficientes de participação na gestão pública.

Nesse sentido, busca-se um novo paradigma que abranja, explique e supere a concepção clínico-assistencial e aponte para uma concepção mais totalizante da questão saúde-doença na sociedade.

Congregando expectativas por uma “nova saúde pública”, é realizada, em 1986, a I Conferência de Promoção da Saúde no Canadá e a promulgação da “Carta de Ottawa”, marcando a formalização de um novo paradigma mundial em saúde pública - a “promoção da saúde” - que passa então a se constituir na estratégia fundamental para o real enfrentamento dos problemas de saúde, e fica conceituada como

... o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo... para atingir um completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio-ambiente (PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1996).

A *Declaração de Adelaide* (1988), a *Declaração de Sundsvall* (1991) e a *Declaração de Bogotá* (1992) (Brasil / MS / IEC, 1996) são documentos que retratam esta mesma linha de compreensão, com ênfase na importância do processo de capacitação da comunidade para o controle de fatores determinantes de sua saúde.

Cabe destacar a importância da atuação dos movimentos sociais no estabelecimento das mudanças no ideário e práticas de saúde. No contexto internacional, o período compreendido entre os anos de 1978 e 1989 é denominado por GOHN (1997) de “era da participação”, momento histórico em que despontaram os

“novos movimentos sociais”: ecológicos, pacifistas, nacionalistas e de gênero (TOURAINÉ apud ZIONI, 1994).

No Brasil, surgiam os movimentos por uma maior equidade na distribuição de bens e serviços, as lutas por melhorias na qualidade de vida - saneamento básico, urbanização de bairros - que puderam se desenvolver também nos espaços das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) estimulados pela ala da igreja católica que se identificava com a “Teologia da Libertação”. AS CEBs albergaram também as discussões no campo da Saúde, que vinham se intensificando principalmente a partir da segunda metade da década de 1970. O Movimento de Reforma Sanitária começava a se organizar a partir de diversos interlocutores da sociedade civil – movimento popular, movimento dos trabalhadores da saúde até associações de secretários municipais de saúde (ALMEIDA, 1995).

A partir de 1980, estes movimentos ampliaram-se para a luta por direitos sociais modernos como igualdade e liberdade, renunciando assim a possibilidade do estabelecimento de uma sociedade democrática - primórdios da abertura política brasileira após o período de repressão militar acirrada. Destacam-se o Movimento pela Anistia, o Movimento Nacional contra a Carestia, o Movimento pela “Diretas Já”, os movimentos ambientalistas, étnicos e pelos direitos humanos (ARRUDA, 1995; ZIONI, 1994; BOGUS, 1998; PALOS, 2000).

Em 1982, o país vive as eleições diretas para os governos estaduais, há uma intensa mobilização em torno dos problemas sociais, o que favorece o debate sobre as necessárias reformas no setor saúde em todo o país. Surge como uma das principais metas para a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) a participação da comunidade na gestão e controle do sistema de saúde, através de conselhos nos níveis nacional, estadual e municipal.

Os movimentos feministas nacionais se organizam e cumprem um importante papel no destaque a temas como sexualidade e saúde da mulher, direcionando-se depois a construções no campo dos direitos reprodutivos (ARRUDA, 1995; ZIONI, 1994; BOGUS, 1998; PALOS, 2000).

Em 1988, o Sistema Único de Saúde - política implementada a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 - apresenta claras diretrizes apontando a participação popular e a descentralização das ações e serviços de saúde, dentre outros princípios, como fundamentais para a melhoria das condições de saúde e da assistência prestada à população brasileira (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004).

2. A proposta de descentralização político-administrativa do SUS como estratégia de valorização da participação do usuário

Passados já vinte anos da realização da I Conferência de Promoção da Saúde, percebe-se ainda a coexistência de programas públicos normativos, elaborados exclusivamente por especialistas a nível central de governo, e iniciativas que procuram respeitar as particularidades do contexto local, trazendo a gestão de programas públicos para este nível e buscando abrir portas para a participação popular.

A descentralização de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo, é um dos “princípios organizativos” do Sistema Único de Saúde - conforme fixado na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e detalhado na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL 1990), ou seja, um dos “princípios que se referem aos objetivos finalísticos do sistema, isto é, expressam os valores que nossa sociedade escolheu e considerou como ideais a serem conquistados na área da saúde” (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004).

Entende-se que apenas um sistema descentralizado, que possa conferir real poder à estrutura local, possibilita a participação dos vários atores sociais interessados na formulação e implementação de políticas públicas, bem como em sua avaliação e fiscalização.

BRESSER PEREIRA (1998), referindo-se a este princípio, que não é restrito à esfera da saúde, afirma que “A descentralização obedece ao princípio da subsidiariedade: o que pode ser feito pela cidade, não deve ser feito pela região; o que pode ser feito pela região, não deve ser feito pelo poder central. A lógica por detrás dela é simples: as atividades sociais, como educação básica e saúde, e as atividades de segurança local, podem ser feitas com um controle muito maior da população se forem realizadas descentralizadamente, no nível local, ou, no máximo, no nível regional ou estadual”.

Na medida em que as pessoas, foco real dos programas de saúde, têm a possibilidade de relacionar-se com estes programas de forma mais próxima, interferindo em seus rumos e direcionando-os de forma a atender suas necessidades, a chance de que as ações realizadas tenham resultado efetivo aumentam em muito. A questão da

qualidade da ação, do significado que assume para aqueles que dela se utilizarão, passa a ter espaço assegurado ao lado de medidas quantitativas do atendimento realizado.

3. A humanização da assistência como política transversal do SUS

Na última década foram visíveis os avanços obtidos na implementação do SUS, principalmente em termos de descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde. Como dizem BARATA, TANAKA & MENDES (2004), “o SUS pode ser considerado atualmente um dos sistemas de saúde públicos de maior cobertura do mundo”.

Entretanto, no momento em que se percebe um aumento quantitativo de serviços de saúde aos quais a população pode ter acesso, deve-se paralelamente questionar a qualidade do trabalho oferecido e das relações estabelecidas nestes serviços.

A discussão quanto ao tratamento do usuário como mero objeto de intervenções de especialistas e o resgate do tema “humanização” vem se dando com bastante frequência, em diferentes iniciativas para organização de programas e ações em saúde.

O conceito de “humanização” é bastante amplo, com inúmeros significados, que abrangem desde uma busca por princípios de cortesia na relação entre profissional e cliente, a garantia de qualidade mínima do atendimento a ser prestado segundo padrões científicos atuais, até noções como o resgate de um sujeito naquele indivíduo que em determinado momento ocupa o lugar de paciente de um serviço de saúde.

O norte da humanização foi colocado quando da instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto. Partia-se da observação de que, embora a assistência à gestante fosse uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços de saúde, persistiam ainda questionamentos fundamentais no tocante à atenção oferecida até aquele momento, que deveriam ser enfrentados. Toma-se como exemplo o acesso aos serviços de saúde em algumas áreas do país, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a qualidade da atenção prestada e principalmente as taxas inaceitáveis de mortalidade materna e perinatal. A compreensão de que a má assistência estaria relacionada a não percepção da mulher enquanto sujeito e ao desconhecimento e desrespeito aos direitos

reprodutivos fez com que se instituisse, em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SERRUYA, 2003).

Anteriormente, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde em 1983, já havia representado importante avanço em termos de consideração à necessária integralidade nas ações na área da saúde da mulher. Partindo da articulação entre o movimento de mulheres e trabalhadores da saúde, esse Programa passou a incorporar em sua área de responsabilidade, temas relacionados à sexualidade, ao direito reprodutivo, à autonomia corporal das mulheres, onde antes havia apenas ações que na verdade eram mais direcionadas à melhora dos indicadores de saúde infantil.

Porém, mesmo nos serviços que conseguiram realizar o conjunto das atividades preconizadas pelo PAISM, houve questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Novamente, a articulação entre gestores, movimentos de mulheres e profissionais de saúde (inclusive acadêmicos) se fez presente para a instituição do PHPN, no qual o respeito aos direitos da mulher e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores (SERRUYA, 2003).

O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com freqüência, acarretam maiores riscos para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

As diretrizes técnicas estabelecidas pelo PHPN para a atenção pré-natal/ parto e puerpério foram:

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação;
2. Garantir a realização de no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Garantir a realização de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
4. Garantir a realização de exames laboratoriais: (a) ABO-Rh, na primeira consulta; (b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta;
5. Oferecer testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes;
6. Garantir a aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

O Programa foi estruturado em três componentes, sendo o primeiro o que contempla o incentivo à assistência pré-natal, recomendando critérios mínimos para a assistência pré-natal adequada e instituindo incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que aderissem ao Programa (2003: R\$ 10,00 - dez reais - no registro do cadastramento da gestante no Programa, possível até o quarto mês de gestação, e R\$ 40,00 - quarenta reais - por gestante, na conclusão do pré-natal, desde que cumprido o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo Programa e alimentado o SISPRENATAL). O segundo componente é o de organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal; e o terceiro componente, aquele que prevê uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, elevando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto (incentivo financeiro: R\$ 40,00 - quarenta reais - pagos ao hospital que realizar o parto da gestante

acompanhada pelo Programa, desde que o hospital integre a rede de referência para atendimento ao parto, e informe o número da gestante no SISPRENATAL¹ na AIH).

O PHPN estabelece ainda os passos administrativos e técnicos para o envolvimento dos distintos níveis do sistema local de saúde no processo de atenção à gestante e puérpera, englobando os momentos de pré-natal, parto e puerpério.

Em 2004, também pela percepção da fragilidade na consideração à dimensão subjetiva nas práticas de atenção, instituiu-se a “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde”, o “HumanizaSUS”, política transversal na qual “a humanização é vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS” (www.saude.gov.br/humanizausus).

Nas publicações referentes ao HumanizaSUS, verifica-se que o conceito “humanização” é compreendido como:

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (in www.saude.gov.br/humanizausus)

¹ O SISPRENATAL é um sistema informatizado de acompanhamento do PHPN, considerado como medida fundamental do Programa. Além de armazenar informações sobre todas as atividades da atenção pré-natal/parto/puerpério, monitora o pagamento dos incentivos financeiros e fornece relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção (Antes desse Programa os dados referentes à assistência pré-natal no SUS restringiam-se ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal).

Há um projeto claro de operacionalização desta política, que não cabe detalhar no presente estudo, mas um de seus passos se baseia na “identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde” - gestores, profissionais e usuários - de forma a considerá-los na organização e reorganização de programas.

Percebe-se que, principalmente a partir da promulgação da Constituição de 1988, que conceituou a saúde como um “direito do cidadão e dever do Estado”, que vêm se abrindo diversos canais através dos quais o cidadão pode expressar seus pensamentos, desejos e insatisfações acerca de ações realizadas na área da saúde. Atualmente é possível o contato direto com representantes dos conselhos de saúde, conselhos gestores/ diretoria de unidades de saúde; ouvidorias e telefones 0800; existe a possibilidade de representações no ministério público ou entrada de ações no juizado especial cível/ poder judiciário; possibilidade de denúncias junto aos conselhos de fiscalização profissional; reclamações junto a entidades de defesa do consumidor; a busca pelos meios de comunicação.

Nesse sentido, a população pode assumir uma posição mais ativa frente ao rumo que tomam as ações governamentais nesta área. Claro está que a participação popular deve ser vista como uma construção social, processual, mas avanços vêm ocorrendo nos últimos anos.

Neste estudo procurará se discutir a colocação dos processos avaliatórios de programas como mais um desses canais de participação, como um espaço privilegiado de identificação e reconhecimento da palavra dos distintos atores interessados na organização das ações em saúde.

4. Sobre conceito e práticas de avaliação

Como coloca SANDERS (2003), em introdução a uma publicação brasileira sobre avaliação, o pensamento contemporâneo sobre avaliação iniciou-se na década de 1960 e, desde então, autores vêm buscando o desenvolvimento da conceituação e metodologia da avaliação de programas. Idéias conceituadas por Guba e Lincoln (1989) como de uma “primeira geração” de teóricos continuam a influenciar a prática atual nessa área, mas, paralelamente, novas abordagens vêm sendo desenvolvidas de forma a responder às demandas surgidas em contexto recente.

GUBA & LINCOLN (1989) esmeraram-se em traçar uma linha histórica de “atribuições de significados” à avaliação, a partir das construções de diversos autores sobre o tema. Partem do que chamam “avaliação de primeira geração”, na qual, em síntese, o grande objetivo era o de medir atributos de sujeitos avaliados - fase da *mensuração* (momento do surgimento dos primeiros testes de inteligência); descrevem a seguir uma “segunda geração” de avaliadores, que são aqueles que passaram a trazer para estudo também os “elementos não humanos” que contextualizavam o objeto de estudo - fase da *descrição*; apontam uma terceira fase na qual o julgamento de valor é incorporado às avaliações, que se obrigam a revelar tanto o mérito do que estava sendo avaliado (valor intrínseco) quanto sua relevância (valor contextual) - fase do *julgamento*; e finalmente propõem, eles próprios, a “avaliação de quarta geração” ou “avaliação construtivista responsiva”, que busca a determinação de parâmetros e limites da avaliação por meio de um processo negociado e interativo, que envolva os principais interessados, e a utilização de uma metodologia construtivista durante todo o processo avaliatório, a partir da qual se buscará perceber a interação entre observador e observado como responsável pela criação do que emergirá da investigação, dos achados do estudo - fase da *negociação*.

Percebe-se que, assim como no campo da Saúde Pública, também nesta área do desenvolvimento científico a reflexão sobre a necessidade de uma participação mais ativa dos diversos atores envolvidos nos processos vem sendo realizada. ROCHE (2002), autor inglês contemporâneo, localiza no início da década de 1980 o surgimento de novos métodos de pesquisa em avaliações de impacto que tratam pessoas e comunidades participantes como sujeitos ativos, em vez de meros objetos da avaliação. Cita as “idéias de avaliação de quarta geração” (de GUBA & LINCOLN, 1989), que, baseando-se em conceitos históricos e antropológicos, retratam a avaliação como uma negociação de diversas opiniões e perspectivas.

Esta última abordagem (avaliação de “quarta geração”), em combinação com os métodos participativos, procura dessa forma compreender as opiniões dos vários grupos de interesse, especialmente aqueles cujos pontos de vista não são normalmente escutados. (Roche, 2002: 34

No Brasil, vem se evidenciando na recente produção científica de autores como SILVA, BRANDÃO e PALOS (2003) e PENNAFIRME (2003) uma mudança de paradigma na concepção de avaliação. Em contraposição a um modelo de “avaliação normativa”, em que “a ênfase se coloca nas tecnologias que tratam o evento a analisar, buscando isolá-lo de qualquer interferência de contexto” (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005:25), procura se dar um sentido construcionista ao processo avaliatório, enfatizando sua característica de construção e aprendizado conjunto entre os vários interessados.

Entendemos avaliação como a elaboração, a negociação, a aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações. (SILVA, BRANDÃO e PALOS, 2003)

Enfatiza-se também a superação da imagem de processos avaliatórios como agentes de exclusão/ controle externo, e a opção por práticas que estimulem a participação dos diversos atores envolvidos nos processos reflexivos desencadeados e em uma conseqüente reorientação de estratégias, quando necessária.

É na medida em que avaliados e avaliadores dialoguem, instituições e sistemas se sintonizem e inteligências múltiplas se complementem que a avaliação irá emergindo com suas características mais notáveis de propulsora das necessárias transformações educacionais e sociais e de advogada dos direitos humanos (PENNA FIRME, 2003:2).

MINAYO, ASSIS e SOUZA (2005) inserem seu próprio livro nesta concepção de trabalho que “se inclui nas tentativas científicas contemporâneas que consideram a avaliação não como um evento isolado mas sim um processo, em que se integram avaliadores e avaliados em busca do comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições” (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005:25). Essa tendência é bastante compatível com a busca, em muitos ambientes de

reconhecido desenvolvimento acadêmico, de um investimento no empoderamento de sujeitos e organizações para um caminho autônomo de desenvolvimento.

No campo da Saúde, cabe lembrar que para o gestor de programas, a avaliação se coloca como uma importante ferramenta, na medida em que compara as ações efetivamente realizadas com aquelas preconizadas pelos programas, compreende os processos desencadeados identificando avanços e fragilidades rumo aos objetivos estabelecidos, destaca elementos passíveis de nortear a leitura e a decisão dos gestores de diversos níveis. É tomada como “um processo técnico administrativo direcionado à tomada de decisão” (TANAKA & MELO, 2001). Porém, continua se ressaltando aqui que, uma avaliação baseada apenas na visão de especialistas, na qual seja excluída a voz do beneficiário, bem como a dos profissionais diretamente envolvidos na ação, pode fazer com que decisões sejam tomadas a partir de informações parciais, dificultando em muito a implementação de ações realmente efetivas.

Qualquer que seja a escolha da organização a este respeito (escolha entre tipos de avaliação), deve-se levar em consideração como o público beneficiário avalia o projeto em que está envolvido. O conhecimento produzido por este público sobre um projeto tem grande valor: possibilita novos entendimentos sobre razões de êxitos, dificuldades e possíveis soluções em seu encaminhamento, serve para que este público possa posicionar-se sobre novas ações e decisões, além de promover maior integração com a organização. (REIS, 2002)

Cada vez mais, se vem percebendo a necessidade de que já no planejamento de ações a serem executadas pelo poder público sejam previstas verbas para processos avaliatórios. Dado o nível de desenvolvimento crítico e acadêmico do país, não se pode mais conceber que decisões sobre a continuidade ou não de programas públicos sejam baseadas em critérios exclusivamente político-partidários, ocasionando constantes rupturas em ações que, se avaliadas a partir de critérios essencialmente técnicos, poderiam ser consideradas como geradoras de reais benefícios sociais.

Chamar um avaliador para fazer a avaliação final de um projeto ou de uma pessoa consiste em apropriado reconhecimento da responsabilidade para com esta pessoa, produto ou população que paga seus impostos. (...) A justificação dos gastos pede alguma evidência objetiva de que o projeto tem valor (SCRIVEN, 1971).

E cabe que se trabalhe o distanciamento - nesta diretriz da inclusão da avaliação já no planejamento das ações de programas - da idéia de que a opinião do usuário dos serviços de saúde é de importância menor porque ele “tem pouca consciência”, “não sabe de seus direitos” ou acha que um bom serviço de saúde é “quando o médico vem”, idéia essa que traduz o mesmo tipo de preconceito que historicamente vem excluindo pessoas determinadas de seu direito de decisão.

O presente estudo continuará nos próximos capítulos a explorar a idéia de que um dos principais atores a serem ouvidos e considerados nos processos avaliatórios de programas de saúde é o usuário dos serviços, aquele para os quais são dirigidas as ações executadas. E que, trazê-lo para o processo reflexivo e garantir seu lugar no planejamento e aprimoramento conjunto das ações, é uma das funções primordiais da avaliação.

Objetivo Geral

Analisar e discutir a importância e o potencial de utilização de conteúdos das representações sociais das mulheres gestantes e puérperas na Avaliação do PHPN.

Objetivos Específicos

- Compreender e analisar as representações sociais das mulheres gestantes e puérperas atendidas pelo PHPN.
- Comparar as diretrizes técnicas do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento com o atendimento que a mulher considera importante para a satisfação de suas necessidades relativas ao acompanhamento pré-natal, parto e puerpério.

1. Da avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento à proposição do presente estudo

No processo de avaliação do PHPN, como já foi dito, utilizou-se um modelo que previa tanto uma abordagem quantitativa de dados secundários - lidando com bancos de dados pré-existentes - quanto uma abordagem qualitativa de dados primários – tendo-se utilizado entrevistas e grupos focais como instrumentos (TANAKA et al., 2003). A presente dissertação foi realizada a partir de uma nova análise de parte do material qualitativo, qual seja, o discurso das gestantes e puérperas usuárias do serviço público de saúde.

Naquela oportunidade, do processo avaliatório realizado, foi realizado inicialmente um estudo dos municípios brasileiros (abordagem quantitativa) categorizando-os por região, porte populacional, população SUS-dependente, presença de programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, recursos hospitalares e ambulatoriais, produtividade informada no PHPN, dentre outros aspectos considerados importantes. Os dados foram levantados a partir do DATASUS, do SINASC, do SIM e do SISPRENATAL.

Foi então realizada uma análise minuciosa destes resultados na qual procurou-se identificar “sinalizadores” de questões que, quando investigadas no momento da abordagem qualitativa, poderiam levar a uma compreensão mais aprofundada do Programa. Citamos como exemplos 1. um aumento ou diminuição importante, em determinado ponto do contínuo de atendimentos realizados pelas unidades de saúde, da produtividade em termos de “procedimentos completos” do PHPN (O SISPRENATAL aponta um “procedimento completo” quando o serviço consegue informar que a gestante realizou pelo menos seis consultas no pré-natal, todos os exames previstos, foi vacinada e realizou a consulta de puerpério), 2. uma presença marcante no município do Programa de Saúde da Família, 3. uma ausência total de recursos hospitalares, enfim, pontos que poderiam potencialmente provocar variações importantes na dinâmica da atenção ao pré-natal, parto e puerpério oferecida pelo Sistema.

O método utilizado para a abordagem qualitativa foi o de “estudos de caso” (YIN, 1994) em uma amostra de dezoito unidades de saúde de sete municípios, distribuídos nas cinco regiões do Brasil. Tais municípios foram selecionados com base nos questionamentos identificados na análise dos dados quantitativos anteriormente trabalhados.

Foi realizada nesta etapa uma coleta extensa e controlada de dados, que possibilitou uma análise mais aprofundada das diferenças anteriormente encontradas entre os municípios.

As fontes de dados foram os distintos atores sociais envolvidos no programa, quais sejam: coordenador estadual e municipal do PHPN, profissionais dos serviços selecionados e gestantes e puérperas que haviam feito (ou estavam fazendo) controle pré-natal nos mesmos serviços.

O trabalho de campo foi realizado por dois pesquisadores por um período de três a cinco dias úteis, dependendo do porte do município. Utilizou-se, como técnica de coleta de dados qualitativos, o grupo focal para as usuárias dos serviços e a entrevista semi-estruturada para os coordenadores e os profissionais.

Nos dezesseis grupos focais² realizados com as gestantes e puérperas, era solicitado a elas que num primeiro momento fizessem uma descrição livre de seu pré-natal e parto, e do atendimento que haviam recebido. O facilitador, na seqüência, buscava uma abordagem mais detalhada de cada uma das fases transcorridas no processo, como confirmação da gestação, momento de chegada ao serviço de saúde, consultas de pré-natal, exames e vacinação, parto e puerpério. A discussão era então ampliada no intuito de englobar outras percepções e sentimentos que as mulheres julgassem significativos.

² O “grupo focal” consiste em uma técnica de abordagem qualitativa que se baseia na interação entre os participantes (em geral seis a dez pessoas que apresentam alguma característica comum) para a coleta de informações. O facilitador introduz os tópicos a serem abordados e no decorrer da discussão interfere apenas para facilitar o estabelecimento e a continuidade da discussão. “A coleta de dados através de grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos” (KRUEGER, 1988, p.36)

Durante os grupos, um dos pesquisadores tomava notas do que era falado e de outras informações pertinentes. Estas foram transcritas e utilizadas no momento da análise.

O material coletado foi analisado segundo dois eixos principais: a seqüência das etapas preconizadas pelo PHPN (captação, controle pré-natal, exames, parto e consulta de puerpério) e a visão da mesma pelos distintos atores. Como técnicas de análise foram utilizadas, de forma adaptada, a análise categorial (BARDIN, 1977) e a análise temática (MINAYO, 1994).

Nesta dissertação estão focalizados os discursos produzidos pelas mulheres nos grupos focais. Ao se processar um novo exame de todo o material coletado, percebeu-se que o conteúdo das falas havia ultrapassado o que fora inicialmente colocado como foco para a avaliação em 2003, fato que freqüentemente ocorre em abordagens qualitativas.

Objetivava-se naquela ocasião, com a realização dos grupos, uma verificação do cumprimento ou não pelas gestantes/ puérperas dos vários procedimentos previstos pelo PHPN e uma melhor compreensão das razões existentes para tanto. Entretanto, o instrumento utilizado para a coleta (grupos focais) permitiu que as perguntas fossem formuladas de modo aberto e que as gestantes/ puérperas pudessem expressar idéias que iam além da mera descrição do acompanhamento de seu ciclo-gravídico puerperal na seqüência das etapas previstas pelo PHPN.

Para o presente trabalho, considerou-se então que, estando preservada a característica de discursividade no “material bruto” de que se dispunha - isto é, os sujeitos haviam produzido discursos com alguma liberdade de expressão -, era viável e indicada a utilização da metodologia do “Discurso do Sujeito Coletivo”, proposta por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), na organização e apresentação dos dados.

Buscava-se um destaque real para a fala das usuárias dos serviços, já que se pretendia abrir a discussão sobre a importância de que esta fala fosse considerada na formulação e avaliação do PHPN. O Discurso do Sujeito Coletivo traz a possibilidade de apresentação dos dados empíricos de forma “viva e direta”, como dizem os autores. Preserva a integridade dos discursos ao mesmo tempo em que possibilita ao leitor vislumbrar a totalidade dos dados trabalhados. Foram estas as razões que levaram à escolha por esta metodologia.

A partir da organização dos diversos discursos, é possível perceber as representações sociais dos distintos sujeitos a respeito dos temas estudados, e colocá-las

em relevo, agrupando-as ou não. Para uma melhor compreensão desta metodologia torna-se então primeiramente necessária uma breve reflexão teórica a respeito do conceito de representação social. Na seqüência, será detalhada a teoria do discurso do sujeito coletivo e o modo como o mesmo deverá ser construído a partir do discurso das mulheres.

2. O conceito de Representação Social

A “Teoria das Representações Sociais” foi desenvolvida a partir de 1961 por Serge Moscovici e vem sendo constantemente aprimorada por seus seguidores desde então.

O conceito de representação social é utilizado como uma importante ferramenta para o estudo dos sistemas de referência que possibilitam o trânsito de indivíduos no social. Indica, por um lado, o processo de representação - apreensão e elaboração psicológica - da realidade realizada por cada indivíduo, e ao mesmo tempo os produtos desse processo: categorias de pensamento que circulam em determinadas sociedades, o sentido atribuído a acontecimentos e fatos, a forma como tem lugar e é incorporado o “novo”, as imagens compartilhadas.

São as representações sociais que, na medida em que compõem uma realidade imaginária comum entre indivíduos, entre grupos sociais, criam a possibilidade de comunicação entre eles. Vão se situar justamente em um ponto de intersecção entre o psicológico e o social, já que se formam a partir de uma constante interação entre os dois níveis: o processo de representação tem por base informações e modelos socialmente construídos, em um curso contínuo de trocas – harmônicas ou conflitivas - entre indivíduo e sociedade.

Moscovici considera que não há um corte dado entre os planos subjetivo e objetivo, mas sim uma mediação entre esses dois pólos realizada pelas representações sociais. São elas, os mecanismos psicológicos que permitem ao indivíduo a construção de uma teoria explicativa sobre o mundo (MOSCOVICI, 1979).

La representación es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de

las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (MOSCOVICI, 1979: 17-18).

Uma importante característica das representações sociais é sua perspectiva atemporal, já que participam de sua constituição tanto fatos sociais atuais como toda uma gama de saberes antigos, mitos, idéias que acompanham a humanidade desde tempos imemoriais. Como diz Jodelet, "...as representações sociais estão ligadas tanto a sistemas de pensamento mais amplos, ideológicos ou culturais, a um estado de conhecimentos científicos, quanto à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos" (JODELET, 2001).

Serge Moscovici, ao abordar o processo de difusão da psicanálise, tema de um de seus primeiros livros sobre as representações sociais, busca uma compreensão do processo de apreensão e transformação de conteúdos do pensamento científico em "teorias do senso comum", procurando mostrar como uma nova teoria científica é absorvida em uma cultura determinada, como é transformada a partir desse processo, e como pode transformar a visão que as pessoas têm de si mesmas e do mundo em que vivem (MOSCOVICI, 1983).

Contrariamente ao que se acreditava no século passado, longe de ser o antídoto das representações e das ideologias, a ciência é na verdade, sua fonte. (MOSCOVICI, 1983)

O autor discute as peculiaridades do saber científico e do saber do senso comum, salientando a diferença entre eles e enfatizando que o segundo não pode ser desvalorizado, considerado "falso" ou "enviesado", na medida em que "as representações sociais transcendem a esfera das simples opiniões, imagens e atitudes". Mesmo em representações muito elementares, tem lugar todo um processo de elaboração cognitiva e simbólica que permitirá ao indivíduo orientar-se em seu entorno social e material e dominá-lo (Moscovici, 1983).

As representações sociais teriam um caráter essencialmente prático, dirigindo as ações das pessoas sobre o mundo. O autor salienta, entretanto, o jogo interativo exercido entre as representações sociais circulantes em determinado grupo e

as correntes do pensamento científico vigente, num movimento constante de acolhimento ou rejeição a novas idéias.

Durkheim, na área das ciências sociais, foi o primeiro autor a trabalhar com o conceito de representações coletivas, que tinha o mesmo significado de representações sociais, referindo-se a categorias de pensamento através das quais cada sociedade se expressa e interpreta os fatos de sua realidade.

O autor considera a influência das representações nas decisões que os seres humanos tomam individualmente, e discute sua importância dentro de uma coletividade. Incluindo aí a religião e a moral, observa a coerção exercida por essas representações aos padrões de comportamento dos indivíduos, muitas vezes sem que eles próprios a percebam. Nesse sentido, defende uma certa autonomia das representações coletivas em relação ao pensamento individual - a aceitação ou rejeição a determinadas condutas são dadas por crenças e sentimentos que fazem parte da constituição de uma sociedade, de sua natureza, exteriores ao indivíduo (REIGOTA, 1995; MINAYO, 1996)

Para Max Weber, os indivíduos atribuem todo o tempo um sentido à sua vida cotidiana e fazem isso tanto a partir de uma “base material” como de “idéias” (WEBER, 1974). Há um condicionamento mútuo e constante entre elas: determinados pensamentos só podem surgir em determinados contextos, mas estes, ao mesmo tempo, são moldados por determinados pensamentos. Não existe portanto uma supremacia das idéias em relação à realidade material.

Para W. J. Thomas e Schutz, que se colocam dentro de uma perspectiva fenomenológica, o sentido que as pessoas atribuem às situações é o que determina seus padrões de conduta, sendo que esse sentido é formado a partir daquilo que, dentro da história de vida de cada um, se firmou como correto ou de importância em suas interações sociais. Para Thomas, é a partir do que está representado socialmente - senso comum – que o indivíduo coleciona suas experiências e se encontra com semelhantes, num movimento de grupalização.

3. O Discurso do Sujeito Coletivo

... o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema pode ser visto como o conjunto dos discursos, ou formações discursivas ou representações sociais existentes na sociedade e na cultura sobre este tema, do qual, os sujeitos lançam mão para se comunicar, interagir e pensar (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.16).

O desafio das pesquisas qualitativas é sempre o de captar essas diversas representações, organizá-las de forma a propiciar um trabalho de natureza reflexiva, ao mesmo tempo que preservar ao máximo sua riqueza e singularidade.

Justamente com esse objetivo foi elaborada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, que se coloca como uma nova forma de organizar e tabular dados qualitativos de natureza verbal.

O DSC é, assim, uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto de representações que conforma um dado imaginário. (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.19).

A construção do Discurso do Sujeito Coletivo é realizada em uma seqüência de fases de trabalho com o material empírico, formulando um caminho que possibilita ao leitor um retorno a ele sempre que julgar necessário para uma melhor compreensão. No presente trabalho, este percurso foi trilhado conforme se segue.

(a) Seleção de “expressões-chave”

Em um primeiro momento foi realizada uma leitura extensa dos relatos dos grupos focais, buscando abrir espaço para que falas que parecessem retratar a posição das mulheres frente às suas necessidades de atenção no pré-natal e parto pudessem se destacar.

Tais falas foram organizadas de acordo com o momento da atenção ao pré-natal e parto a que mais se relacionavam, quais sejam:

- Chegada ao serviço - confirmação da gestação
- Escolha do local do acompanhamento pré-natal
- Realização de exames
- Escolha do local do parto
- Momento do parto
- Puerpério

Foram então selecionadas as “expressões-chave”, trechos dos discursos (transcrições literais) que revelavam a essência do depoimento. As expressões constam do texto, já que, segundo os autores, se colocam como “uma espécie de prova discursivo-empírica”, ou seja, o leitor pode resgatá-las sempre que quiser comparar o discurso inicial das gestantes/ puérperas com a reflexão que se faz a partir dele em fases posteriores da análise.

(b) Construção das “idéias centrais”

Neste momento buscou-se apreender o sentido de cada um dos depoimentos, e, depois, de cada um dos grupos homogêneos de expressões-chave, para organizá-los na forma de “idéias centrais”. Estas são expressões lingüísticas que descrevem - e não interpretam - o sentido do material discursivo produzido pelos sujeitos. São registradas a partir de transcrições literais do que foi dito ou descrições indiretas nas quais se aponta o tema dos depoimentos, para ressaltar o sentido deles e diferenciá-los entre si.

Para cada um dos momentos da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, descritos na fase anterior, identificou-se uma série de idéias centrais que buscavam refletir a postura das mulheres frente ao que lhes parecia mais significativo nos momentos determinados. Como se colocavam, por exemplo, em relação à busca pelo serviço público de saúde quando suspeitavam da gestação, ou em relação à escolha pelo local onde fariam o acompanhamento pré-natal, e assim por diante.

(c) Discurso do Sujeito Coletivo

Tomando-se as expressões-chave identificadas que possuíam uma mesma idéia-central, foi realizada a formulação dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), “discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular”. (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.18).

Na visão dos autores, é bastante freqüente em pesquisas qualitativas a utilização de uma “lógica quantitativo classificatória” no momento de tratamento dos dados. Buscando reduzir a variabilidade empírica encontrada no material coletado, os pesquisadores tendem a enquadrar os discursos dos sujeitos em categorias que os agrupam conforme a idéia principal que pareçam conter e passam a representá-los simbolicamente. Os próprios discursos, tomados como equivalentes, não mais aparecem no estudo, dando lugar apenas às categorias.

Na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo constrói-se uma “figura” de natureza discursiva, formada a partir da reunião de partes dos discursos individuais que contenham a essência de seu sentido – os DSC. Reduz-se assim a variabilidade empírica, de forma a possibilitar o trabalho reflexivo sobre os dados, ao mesmo tempo em que se preservam o discurso dos sujeitos utilizando-o como “signo de conhecimento dos próprios discursos” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.19).

Com efeito, com o DSC, os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora já que o que se busca fazer é *reconstruir, com os pedaços dos discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno* (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.19).

Foram então construídos os discursos do sujeito coletivo necessários para a expressão das diversas idéias trazidas pelas gestantes/ puérperas em suas falas. Cabe lembrar que alguns deles foram formulados a partir do discurso de mais de uma

gestante/ puérpera, outros, a partir do discurso de uma delas. É possível acompanhar o número de discursos que estão representados por um DSC consultando-se a descrição de sua formulação (anexo 2).

Toda a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo foi realizada com o apoio do Software *QualiSoft*, desenvolvido com a orientação dos autores. Este software guia e facilita o percurso entre todas as fases anteriormente descritas.

4. Metodologia para interpretação e elaboração de resultados

Cumprida a etapa de organização e apresentação do material coletado, passou-se à fase das inferências, isto é, à produção de conhecimentos sobre o produtor da mensagem deduzida de maneira lógica – ou “inferida” – da exploração do produto na etapa anterior. Utilizou-se aqui, de forma adaptada, o referencial teórico proposto por BARDIN (2004).

Em uma fase intermediária entre a descrição e a interpretação das mensagens, a autora indica que duas perguntas principais se colocam para as mensagens agora “tratadas”: o que conduziu o sujeito a determinados enunciados e para quais conseqüências os mesmos apontam. No caso deste estudo, reflete-se então sobre o que pode ter levado as mulheres a produzir determinadas falas (percepção de suas necessidades, características culturais) e que interferência terão essas representações na relação estabelecida entre elas e o serviço de saúde.

... parece que o fundamento da especificidade da análise de conteúdo (...) reside nesta articulação entre a superfície dos textos, descrita e analisada (...) e os fatores que determinam essas características, deduzidos logicamente. (BARDIN, 2004: 35)

Essa abordagem (*a análise de conteúdo*) tem por fim efetuar deduções lógicas e justificadas referentes à origem das mensagens tomadas em consideração... O analista... pode utilizar uma ou várias operações analíticas de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada. (BARDIN, 2004: 37).

No momento seguinte, utilizando também como referencial teórico autores da Saúde Pública (Julio Frenk e Gastão Wagner Souza Campos), buscou-se as significações a serem atribuídas ao material trabalhado. Informações trazidas pelas gestantes/ puérperas acerca de seus desejos e necessidades - no período do pré-natal, nas providências para o parto e no próprio parto - foram identificadas e comparadas com as diretrizes técnicas do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Esta análise propiciou uma reflexão acerca da importância da consideração/ aproveitamento das informações fornecidas por esse ator na avaliação deste programa.

(1) Chegada ao serviço - confirmação da gestação

A chegada ao serviço de saúde para confirmação da gestação é um dos primeiros momentos onde se encontram a mulher, com sua possibilidade particular de assimilação da notícia da gravidez, expectativas e necessidades; e o serviço de saúde, em seu modo de estruturação da oferta.

Para a discussão deste tópico, procuraremos trabalhar com o material empírico e com os conceitos de “acesso”, “acessibilidade” e “poder de representação”, conforme definidos por Julio Frenk em seus escritos sobre o tema (1985).

O autor chama de “acesso” à forma como o serviço de saúde se estrutura, toda a gama de condições que cria, para atender à demanda existente. Traz também a noção de “poder de utilização” para se referir à capacidade de uma pessoa, ou grupo de pessoas, de utilizar um bem ou serviço que lhe seja oferecido. Nesse sentido, o tempo de espera para uma primeira consulta em um serviço de saúde reporta ao acesso oferecido por ele, enquanto que a capacidade de determinada pessoa para aguardar este tempo, inserindo-se no sistema, refere-se ao seu poder de utilização.

Em sua visão, é feita uma distinção clara entre os conceitos de “acesso” e “acessibilidade”, muitas vezes utilizados de forma confusa mesmo em artigos científicos. Para a definição de acessibilidade, trabalha o “grau de ajuste” existente entre o acesso, característico da forma como se organiza o serviço, e o poder de utilização de serviços de que dispõe a população, traçando uma relação funcional entre um e outro.

O autor também apresenta a idéia de que, ao se estudar acessibilidade em determinado contexto, pode-se focalizar tanto acontecimentos ocorridos entre o momento em que surge a necessidade de atenção médica e aquele em que ela se inicia, como também acontecimentos que antecederam esse momento - as “causas do desejo pela atenção médica” - ou ainda outros que se referem à continuidade do atendimento em saúde após o contato inicial com o serviço.

Nesse sentido, são diferenciados por ele três “domínios de acessibilidade”: o “*dominio estrecho*”, que vai da busca ao início da atenção, o “*dominio intermedio*” que inclui a continuidade da utilização dos serviços de saúde após o contato inicial, e o

“*dominio amplio*” que inclui também acontecimentos anteriores à busca pelo serviço de saúde.

Una ampliación sencilla de este enfoque es incluir, em el dominio de la ‘accesibilidad’, no sólo el contacto inicial con el sistema de atención medica, sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio. Sin embargo, una ruptura conceptual importante surge cuando las causas del deseo de atención se consideran también como parte del alcance de la ‘accesibilidad’. Este enfoque ampliado abarca, bajo el rubro de ‘accesibilidad’, fenómenos tales como las creencias relativas a la salud, la confianza em el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor o la incapacidad, los cuales determinan el deseo de atención. (FRENK, 1985, p. 439)

Para o presente estudo, é bastante importante que a discussão se faça no âmbito do “domínio ampliado”, já que parte significativa dela refere-se ao estudo de um momento anterior à chegada da gestante (ator por nós focalizado) ao serviço de saúde. Apresentamos os primeiros discursos do sujeito coletivo que retratam esse momento.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

1 - Chegada ao serviço (confirmação da gestação)

A - Procurou o serviço público para confirmar a gestação e foi atendida de acordo com sua expectativa

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Foi muito bom o atendimento aqui. Eu já sabia que estava grávida. Cheguei, ela marcou pra fazer o exame, a consulta, tudo. Aqui no posto a gestante passa na frente de todo mundo, não espera não. Não demorou nada.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

1 - Chegada ao serviço

B - Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O exame de sangue (para confirmação da gestação) demorou demais, já não agüentava mais esperar... Passou mais de um mês e não veio, soube pelo tempo... Demorei para conseguir marcar (consulta no posto de saúde)... um dia o médico não tinha vindo, no outro não tinha mais fichas...

Observamos, quando do estudo desses discursos, que 1A e 1B referem-se à maior ou menor possibilidade de acesso da gestante ao serviço, em função da prontidão ou não de oferta de exames confirmatórios e agendamento da primeira consulta de pré-natal. Percebe-se que, a partir de um movimento da gestante no sentido de procurar uma confirmação da gestação no serviço público, há uma correspondência ou não entre a expectativa que ela tem e a oferta do serviço.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

1 - Chegada ao serviço

C - Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Eu paguei onze reais para fazer (um exame de confirmação) num laboratório particular... não fiz exame no posto não, nem pensei. Queria saber na hora e tudo no posto demora...

Discurso gestantes e puérperas PHPN

1 - Chegada ao serviço

D- Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Quando procurei o posto, já sabia... Esperei um tempo e não veio, já sabia que era gravidez. Não quis vir antes, fui deixando pra depois pra começar o pré-natal...

Discurso gestantes e puérperas PHPN

1 - Chegada ao serviço

E - Demorou para assumir que estava grávida e procurar o atendimento pré-natal.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Estava atrasada três meses. Não tinha dor, nada, nenhum sinal de que estava grávida. Não acreditei que estava esperando quando atrasou. Vim (procurar o pré-natal) com cinco meses...

Com os discurso 1C e 1D, passa-se a discutir não mais o acesso oferecido pelo serviço, mas o poder de utilização da usuária em relação à oferta planejada.

Em 1C, a representação social que “no serviço público as ações nunca acontecem com a rapidez desejada” parece imperar. Vivendo a ansiedade de saber se está ou não grávida, a mulher nem mesmo busca o posto de saúde. Mesmo aquelas que têm um baixo poder aquisitivo, priorizam o pagamento de um exame buscando suprir uma necessidade subjetiva de informação.

Em 1D e 1E observa-se que fatores subjetivos podem contribuir para uma busca pelo serviço em momento posterior da gestação. Casos de multiparidade, nos quais a mulher já tem a sensação de certeza de estar grávida - em função de experiências anteriores - ou casos de mães adolescentes que enfrentam todo um processo, às vezes longo, de assimilação da idéia de haver engravidado, podem ser tomados como exemplos.

A chegada da gestante ao serviço, nestes casos, estará então menos condicionada à oferta do que à sua condição subjetiva de aceitação da necessidade do pré-natal, que também é considerada no estudo de seu poder de representação. Ressalta-se que aqui o conceito é compreendido de uma forma ampliada. É bastante freqüente a

identificação de possibilidades financeiras ou de disponibilidade de tempo como restritivas ao poder de utilização dos usuários. Acrescentamos a estas, também fatores psicológicos que certamente interferem na demora ou prontidão com que a gestante buscará o serviço de saúde para o início do pré-natal.

(2) Escolha do local do acompanhamento pré-natal

Lembramos que a lógica do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento retrata uma visão normativa da atenção à saúde. Define que a primeira consulta do pré-natal deve ser realizada até o quarto mês de gestação, e que pelo menos outras seis consultas deverão ser realizadas até o parto. Define ainda quais exames deverão ser pedidos e quando se dará a consulta de puerpério. Uma mesma normatização para todos os serviços de saúde e para todas as usuárias.

Visando facilitar e ao mesmo tempo possibilitar a análise crítica da atenção pré-natal, utilizaremos neste estudo o modelo de “Saúde Paideia” de Gastão Wagner de Souza Campos (2003), que se coloca como proposta de um novo modelo estruturante para o processo de reforma sanitária.

Campos destaca no modelo Paideia a noção de “clínica do sujeito”, a partir da qual se considera a doença/ necessidade de saúde como uma das questões - mais ou menos abrangente - da vida de um sujeito concreto; uma questão, dentre outras que lhe trazem sua inserção social e sua constituição subjetiva. Considera que qualquer intervenção em saúde não pode desvincular enfermidade e enfermo, tecendo uma analogia bastante significativa entre o conceito de “Instituição Total” de Goffman (GOFFMAN, 1996) e o que ele chama de “Doença Total” para a medicina pós-moderna: isola-se o “fenômeno doença” e desconsidera-se todas as outras dimensões da vida do indivíduo, existenciais e sociais, com a idéia de que só assim ela (doença) pode ser tratada de forma objetiva e eficaz.

As pessoas deixariam de ser velhas, jovens, pais ou mães, trabalhadores, aposentados ou desempregados, músicos ou professores, e todos seriam enfermos de alguma coisa, assim, pouco importaria lidar com a doença como um dos componentes dessas existências concretas. Não são sequer levantadas questões sobre como combinar uma dada enfermidade e o Ser concreto acometido, como

combinar o enfrentamento de uma determinada doença com a luta contra o desemprego, o combate a uma certa enfermidade com o cumprimento das funções maternas, o cuidado e o tratamento de um dado mal-estar com a conservação de algum conforto e de algum prazer. (CAMPOS, 2003, p.56)

No modelo Paideia valoriza-se o estímulo, em todos os contatos estabelecidos entre serviços de saúde e usuários, ao desenvolvimento de uma postura ativa por parte destes últimos, frente à própria enfermidade/ necessidade de saúde e frente à vida, lembrando que “cada pessoa ou cada agrupamento também interfere de modo ativo na produção de saúde ou doença” (CAMPOS, 2003, p.107).

O autor acrescenta ainda que, para que este estímulo seja eficaz, é fundamental que seja criado um “vínculo” entre o usuário, com o seu sofrimento e necessidades, e a equipe de saúde, com sua possibilidade de acolhimento e direcionamento dessa demanda. O conceito de vínculo refere-se “à circulação de afeto entre as pessoas” (CAMPOS, 2003: 26); no caso, usuários que acreditam na potência da equipe para resolver problemas de saúde, e a equipe que se compromete com a possibilidade de que eles superem condições adversas de saúde com algum apoio externo. Sem essa “aposta” de confiança, não se alcança a dimensão maior do atendimento à saúde no modelo Paidéia, que é a “co-produção de sujeitos, com capacidade de análise e de co-gestão das próprias vidas e das instituições” (CAMPOS, 2003: 27).

Na busca pela reformulação ou pela criação de um novo modelo de atenção à saúde, o autor propõe que se considere prioritariamente a capacidade real do modelo para “produzir saúde”, detalhando alguns critérios para que se possa avaliar essa capacidade:

- busca pela maior eficácia, que se refere a resultados atingidos a nível concreto, como a melhoria de indicadores epidemiológicos e a diminuição do risco e da vulnerabilidade epidemiológica e clínica;
- busca pela maior eficiência, a ser alcançada através de uma melhor racionalidade gerencial e financeira;
- estabelecimento de prioridades para o SUS não apenas a partir de avaliações de risco de mortalidade, mas também a partir de avaliações de necessidades apontadas

pelos próprios usuários do sistema como prioritárias (por exemplo o planejamento familiar).

existência de diretrizes claras no sentido de “produção do menor dano possível”, dado que, na opinião do autor, qualquer medida tomada pelo sistema de saúde, além de trazer saúde, traz também algum grau de dano (físico - iatrogenia, psíquico – dificuldades por ter de assumir-se com necessidades de saúde, e/ ou social - interrupção de atividades sociais em função de algum tipo de intervenção sofrida) e de controle social, que não podem deixar de ser equacionados e trabalhados, na medida do possível, nas intervenções sanitárias.

Campos aponta a desigualdade de poder existente na relação entre equipe técnica e usuário, também estimulada por idéias amplamente veiculadas na sociedade a respeito do especialista como o único detentor do conhecimento sobre a doença e sua cura, que pode levar a uma situação de extrema passividade por parte dos indivíduos atendidos pelos serviços.

busca pelo “efeito Paideia”: o modelo deve buscar “atenuar o componente de controle social, aumentando os coeficientes de autonomia... e de auto-cuidado das pessoas e das comunidades” (CAMPOS, 2003: 111).

Resgatando o objeto do presente estudo e a idéia de se considerar então integralmente os sujeitos que apresentam determinadas necessidades de saúde, passamos a analisar outro momento do controle pré-natal que é a escolha da gestante pelo local onde será acompanhada.

Lembramos que o PHPN preconiza o acompanhamento da gestante no centro de saúde mais próximo à sua residência. Nesse sentido, a proximidade geográfica entre a residência da gestante e o centro de saúde seria o fator determinante do local de realização do pré-natal, salvo em casos de gestações de risco.

Não observamos entretanto, no material empírico, uma correspondência entre esta normatização e a prática. Questões outras, particulares a determinada gestante ou a seu grupo social, podem assumir para eles o mesmo nível de importância que o fator oferta de um centro de saúde. Essa idéia fica bastante clara através dos discursos que apresentamos a seguir - 2A, 2B e 2C.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

2 - Escolha do atendimento pré-natal

A - Quando não se gosta do médico, é necessário procurar alternativa

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Isso de que não dá pra confiar no posto... Eu não quis mais passar com esse doutor não. Ele atende muito mal. Aí resolvi mudar de posto.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

2 - Escolha do atendimento pré-natal

B - Necessário escolher o local do pré-natal que assegure o parto.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Como queria ganhar o nenê nesse hospital, com sete meses fui fazer pré-natal lá.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

2 - Escolha do atendimento pré-natal

C - Procurou este local porque a família conhece.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Comecei o pré-natal no posto perto de onde mora minha avó. A minha prima tinha tido filho aqui.

Nota-se que a oferta de pré-natal nos diversos centros de saúde não é suficiente para a garantia da continuidade do atendimento nestes equipamentos. Em determinado momento, uma desconfiança por parte da gestante em relação à competência do médico do centro de saúde de referência - discurso 2A; ou, como retrata o discurso 2B, uma certeza de que manter seu acompanhamento em determinado centro significará dificultar a escolha de um local confiável para o parto; ou ainda um desejo de utilizar determinado serviço porque um familiar já fez isso com bons resultados - discurso 2C; a faz mudar o local do controle pré-natal.

As pessoas procuram descobrir formas de “reorganizar” os fluxos dos serviços de saúde segundo crenças, desejos e necessidades pessoais. Cabe refletir que, para que se tenha uma cobertura completa em termos de acompanhamento pré-natal, talvez não seja suficiente que todos os centros de saúde de uma região ofereçam atendimento imediato a todas as mulheres que cheguem a ele com suspeita de gestação.

Percebe-se nitidamente nos mesmos discursos que a questão do vínculo, como coloca Campos, é fundamental para estas gestantes. Isto se observa tanto no aspecto da impossibilidade de estabelecê-lo, em função da experiência concreta com determinado profissional, quanto na importância que assume um vínculo formado anteriormente por um familiar, trazendo à gestante a confiança de que o serviço atenderá a suas necessidades. O investimento que o serviço de saúde faz nesta criação

de vínculo com a usuária parece desempenhar importante papel na continuidade do acompanhamento iniciado.

Por outro lado, reforçando a idéia de que os serviços lidam com sujeitos concretos, inseridos em contextos sociais, há que se levar em conta que fatores que surgem independentemente da vontade da gestante também interferem em sua escolha. A utilização de determinado centro de saúde pode decorrer da perda de acessibilidade ao sistema suplementar de saúde ou de uma mudança social que provoca a mudança de endereço (2D e 2E).

Discurso gestantes e puérperas PHPN

2 - Escolha do atendimento pré-natal

D - Escolheu o equipamento de saúde porque perdeu o convênio.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Antes eu não precisava do SUS, mas agora perdi o convênio.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

2 - Escolha do atendimento pré-natal

E - Escolheu porque veio morar perto do equipamento de saúde.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Comecei a fazer o pré-natal no postinho, mas depois passei pra maternidade... Eu perdi o emprego e vim morar com a minha irmã.

Também a inexistência de recursos adequados para o atendimento direciona a utilização para outro local, apesar da expectativa que fosse realizado próximo à residência (2F).

Discurso gestantes e puérperas PHPN

2 - Escolha do atendimento pré-natal

F - Não tinha escolha.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Fiz o pré-natal em X. Se tivesse médico aqui (nessa cidade) tinha ficado aqui mesmo, era difícil andar até lá (outra cidade)...

(3) Realização de exames

A realização de exames durante o acompanhamento pré-natal também pode ser analisada segundo critérios de acessibilidade. É possível verificar com clareza a “relação funcional” (FRENK, 1985) existente entre o acesso - oferta ou não de exames pelos serviços de saúde - e o poder de utilização das usuárias - que se organizam, na medida do possível, para realizar os exames que lhes parecem importantes.

Há momentos na organização dos serviços em que esta oferta diminui, pelo esgotamento da quota de exames disponibilizada para os serviços de atenção básica, ou por cortes de convênio com o SUS. Observa-se então, em alguns casos, um esforço redobrado das usuárias - aumentando seu poder de utilização - no sentido de consegui-los, “peregrinando” pelos diversos laboratórios (3A) ou se dispendo a pagar em função da dificuldade de consegui-los através dos fluxos conhecidos dos serviços (3B). Cabe ainda chamar a atenção para o relato de dificuldades que já foram ultrapassadas pelo aumento da oferta, realçando o tom dinâmico que assume a organização da atenção à saúde (3C).

Discurso gestantes e puérperas PHPN

3 - Realização de exames

A - Não foi fácil conseguir os exames. Conseguiu pelo esforço.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Não é fácil conseguir, não. Tem que correr pra todo lado, andar em muitos laboratórios pra conseguir exame. Até tal dia tem que ir em tal laboratório, depois já é outro. Daí é cinco exames, eles só fazem quatro, tem que voltar para pegar outro pedido. A gente chega e não tem mais convênio com o SUS, o outro acabou a quota, não é fácil não! Tem que ser, não dá pra pagar tudo.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

3 - Realização de exames

B - Não foi possível fazer exames pelo serviço público.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Exame tinha que fazer fora, foi muito difícil de conseguir. Eu paguei todos os exames.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

3 - Realização de exames

C - Conseguiu fazer os exames de acordo com a sua expectativa

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Eu fiz muito exame por aqui. Antigamente ninguém fazia teste de AIDS, VDRL... se fizesse, tinha que pagar. Os exames eram muito caros e demorava muito para chegar o resultado. Consegui fazer tudo o que ele (médico) pediu.

Chama ainda a atenção a problemática das ultra-sonografias, exame que não é previsto pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e do Parto, embora seja considerado prioritário pelas usuárias. Resgatamos aqui novamente a reflexão colocada pelo Modelo Paideia: a organização da atenção à saúde não se ocuparia apenas de questões que representassem alto risco de mortalidade, mas também de aspectos que as pessoas desejam ver atendidos no cuidado à sua saúde.

Cientes dos avanços tecnológicos alcançados, as gestantes, usuárias do serviço público, obviamente querem contar com recursos que possam diminuir seu desconhecimento em relação às condições de saúde de seu bebê e propiciar-lhes uma gestação mais tranquila. As ultra-sonografias trazem esta possibilidade e são por isso extremamente valorizadas por elas. Aquelas que conseguem dispor de algum recurso financeiro, tempo ou mesmo reunir energias para uma busca mais abrangente pelo exame, aumentam a sua chance de conseguir realizá-lo conforme apontam os discursos 3D e 3E.

Caberia uma reflexão acerca dos motivos pelos quais o Programa de Atenção ao Pré-natal e Nascimento não prevê a realização deste exame no período pré-natal.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

3 - Realização de exames

D - Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Como queria fazer, pagou.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O ultra-som tive que pagar. A doutora falou que não tinha vaga, só para emergência. Mas eu queria fazer, então paguei. Eu fiz quatro ultra-som, mas tudo por conta própria. Eu queria saber se estava tudo bem...

Discurso gestantes e puérperas PHPN

3 - Realização de exames

E - Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Não fez.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Tinha o chequinho para o ultra-som, mas não consegui marcar. A gente não consegue mesmo. Tem que chegar de madrugada. Fica como um formigueiro. A gente passa mal, sufocado. Eu não fiz ultra-som, não consegui não.

(4) Escolha do local do parto e (5) Momento do parto

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento preconiza a realização pela gestante de uma visita ao hospital no qual deverá dar a luz, antes do

momento do parto. Foi também definido um estímulo financeiro destinado aos hospitais quando do atendimento de gestantes a eles referenciadas pelas unidades básicas. A idéia é a de que, favorecendo o vínculo entre a gestante e o hospital, se construa uma continuidade entre a atenção básica e a atenção especializada, propiciando a integralidade da atenção.

CAMPOS (2003) também se refere à busca pela atenção integral como uma das prioridades do sistema de saúde, que só será alcançada, em seu entender, a partir de uma reformulação tanto da atenção básica quanto da especializada, hospitais e vigilâncias. Insiste também na importância do diálogo entre a clínica e a saúde coletiva (cada qual em seu campo de atuação), e na articulação entre os vários níveis de governo (cada qual assumindo responsabilidades determinadas) e os diferentes segmentos sociais; mudanças fundamentais que viriam também a favor da atenção integral no modelo de saúde, e que só podem se realizar a partir uma ampla negociação entre os diversos setores e atores sociais.

Para isso é necessário que estas mudanças ocorram em sistema de co-gestão, ou seja, acolhendo demandas de usuários, trabalhadores de saúde, intelectuais, especialistas, prestadores, municípios, estados, e lhes oferecendo diretrizes; e submetendo-as (demandas e ofertas) a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo projetos de mudança do modo o mais interativo possível. (CAMPOS, 2003, p.105)

Quanto à consideração às demandas dos usuários na organização da atenção, cabe ressaltar que ela não é prevista em nenhum momento na normatização do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Não se considera nem mesmo, quando do monitoramento do Programa, os caminhos percorridos pelas usuárias na organização de seus atendimentos, que muitas vezes ferem a lógica do sistema.

Ao considerarmos a importância da continuidade da atenção pré-natal/parto, observa-se que a gestante frequentemente constrói um fluxo de atendimentos diferente do previsto. Visando preservar de alguma forma sua oportunidade de escolha, ela utiliza critérios outros para a escolha do local onde dará a luz, que não estritamente a disponibilidade de vagas nos hospitais indicados pelas unidades básicas. Esse “desvio” no fluxo referência/ contra-referência existe e pode se viabilizar dependendo, por

exemplo, de acordos com profissionais das equipes de saúde (4A) ou de alterações de endereço (4B).

Em municípios nos quais existe uma única maternidade, a possibilidade de que a gestante “se mova” por iniciativa própria dentro do sistema fica quase que totalmente inexistente (4C), mas quando há alternativas de equipamentos de saúde essa iniciativa freqüentemente está presente.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

4 - Escolha do local do parto

A - Melhor fazer acertos ou pagar para ter mais segurança na hora do parto

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Eu combinei com o doutor de, na última semana, fazer três consultas no hospital em que ele trabalha (que também atende pelo SUS), e daí ele conseguiu a vaga pra mim. Se for cesárea não tem vaga e as pessoas ficam lá passando dor. Eu não queria ir de jeito nenhum para o hospital X, rezava toda noite.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

4 - Escolha do local do parto

B - Escolha pelo conhecimento da experiência de familiares

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Conheço o hospital porque minha mãe teve filho lá e é perto da casa dela. Prefiro ter lá mesmo.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

4 - Escolha do local do parto

C - Não há opção para a escolha do local onde dará a luz.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A gente vai para o Hospital X... É só lá que tem.

Nota-se que mesmo quando a gestante busca os hospitais que lhe são indicados, o binômio pré-natal/ parto não é, em grande parte das vezes, contemplado pelos serviços. As unidades básicas realizam encaminhamentos formais/ burocráticos aos hospitais ditos de referência, que nem sempre são concretizados, conforme aponta o discurso 5A.

Permanece o desafio do sistema de não mais tomar a prática de atenção ao parto como um procedimento isolado, desvinculado da atenção pré-natal; questão que se torna complexa, como mostra CAMPOS (2003), na medida em que depende da articulação de diferentes níveis de complexidade da atenção.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

5 - Momento do parto

A - Há falta de vagas nos hospitais e isso traz problemas para a mulher e/ ou para o bebê.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Não tinha vaga na maternidade. Eles mandam procurar o hospital X, o Y ou o Z. Eu fui primeiro no X, mas como ia ser cesárea, mandaram pro Hospital Escola. Lá não tinha vaga e me mandaram de ambulância pro W. No parto eu tive muito problema.

A insegurança que a gestante usuária do serviço público vive, porque sabe da possibilidade de falta de vagas em determinados hospitais para o parto, é somada à incerteza em relação à qualidade do atendimento que receberá neste momento. Notícias acerca das experiências de outras gestantes circulam na comunidade. Quando negativas, fazem com que as futuras parturientes fiquem muito receosas diante de alguns hospitais, tendendo a evitá-los se dispuserem de meios para tanto; quando positivas, provocam todo um movimento de busca por alguma garantia de vaga naquele local determinado. Cabe ressaltar o papel que essas comunicações assumem também como organizadores do sistema de saúde.

É possível identificar nas representações sobre o momento do parto o atendimento precário às expectativas das parturientes, seja pela falta de medicamentos (analgésicos) seja pela relação interpessoal com os profissionais (5B e 5C).

Por outro lado, o cuidado do pessoal de enfermagem parece poder dar um “tom pessoal” ao atendimento tornando-o bom e acolhedor (5D). Nota-se ainda neste discurso a possibilidade de comparação entre o atendimento atual e o que era anteriormente realizado, o que reforça a importância das alterações a nível de atenção pessoal.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

5 - Momento do parto

B - A gestante sente dor por muito tempo para esperar o parto normal. Reclama por não receber analgésicos e por não ser submetida à cesárea com maior rapidez.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

No dia do parto foi muito ruim. Todo mundo fala que as gestantes passam muita dor lá (naquele hospital), que eles não dão nenhum remédio. Daí eu tinha contração, mas não tinha dilatação. E eles davam soro e eu quase morrendo... Demorou demais, nossa! Acho que deveria ter sido cesárea.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

5 - Momento do parto

- C - Os profissionais de saúde não têm cuidado e nem atenção suficiente com a gestante no momento do parto.**

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O parto não foi bom não. O médico não tinha paciência, o hospital era ruim... Não deu orientação, não falou nada. Demoraram pra atender. Não gostei do hospital, faltou revisão. As enfermeiras só aparecem quando a criança já está nascendo. Aí ela fala pra fechar as pernas pra chegar até a sala do parto.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

5 - Momento do parto

- D - Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias. Tudo correu bem no parto.**

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Pra mim foi bom. A enfermeira disse todos os passos do trabalho de parto, qualquer dúvida tirava com ela ou com a agente. Na hora do parto não teve problema de vaga. O atendimento foi bom, sofri um bocadinho. Fiquei num quarto com mais seis mulheres e a enfermeira ia toda hora no quarto pra ver, pra ouvir o bebê. Agora o atendimento do hospital melhorou muito, as enfermeiras dão mais atenção, até absorvente elas dão para a mulher.

(6) Puerpério

No momento do puerpério, a mulher fica colocada na interface entre o programa de atenção ao ciclo gravídico-puerperal e o programa de atenção à criança. A consulta de puerpério, que deveria se realizar quarenta dias após o parto segundo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, arrisca-se a perder espaço para a primeira consulta do bebê, considerando-se tanto uma não valorização - das puérperas em geral - deste atendimento, quanto o fato de a dinâmica programática de atenção à criança estar mais estruturada que a da atenção pré-natal/ parto/ puerpério (6A e 6B). Este fato pode inclusive ocasionar uma antecipação da consulta de puerpério, sem que seja respeitado o período de recomposição das condições biológicas da puérpera para o adequado controle (6C).

Se a usuária volta ao centro de saúde para uma consulta pessoal geralmente é porque se percebe com algum problema de saúde (6D) ou por seu interesse pelo planejamento familiar (6E).

Nota-se que com a falta de articulação entre programas – ciclo gravídico-puerperal, atenção à criança, planejamento familiar – importantes oportunidades de realização do controle puerperal são desperdiçadas.

Importante também ressaltar a atuação dos profissionais de atenção básica que, mesmo valorizando a consulta de puerpério e interferindo favoravelmente para que as próprias puérperas reconheçam esta necessidade, não conseguem priorizá-la em relação a outras demandas. (6F)

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

A - A consulta de puerpério não foi realizada por impossibilidade da gestante

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A consulta estava marcada, mas não tinha com quem deixar meus meninos mais velhos, então não fui.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

B - Só o bebê é importante na consulta após o nascimento.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Na consulta ela viu o nenê, explicou o aleitamento, que tinha que amamentar...
Voltei pra trazer ele pra tomar vacina... Eu não passei mais não.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

C - A mãe também é importante na consulta que foi realizada após o parto.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O médico pede pra vir pra saber como estão a mãe e o bebê. Voltei pra consulta dele depois de dezessete dias. Também passei.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

D - Houve necessidade de tratamento da mãe após o parto.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

No puerpério tive uma febre alta. Fiquei onze dias sem andar porque o parto foi malfeito.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

E - Após o parto, volta para o planejamento familiar.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Depois que nasceu, voltei para o planejamento familiar. Trinta dias depois já fiz a laqueadura.

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

F - Consulta de puerpério deveria ter se realizado, mas não foi por impossibilidade do serviço.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Devia ter ido (a equipe do posto fazer visita domiciliar após o nascimento do bebê), mas com tanta gente ganhando bebê não dá tempo de visitar todo mundo. A agente ainda não conhece o bebê. Eles (da equipe do posto) disseram que não foram visitar porque só têm um carro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi realizada uma reflexão acerca da importância de se considerar as representações sociais existentes nos diversos grupos populacionais no momento da estruturação ou correção de rumos de programas de saúde a eles destinados, tendo como objeto de análise o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

O controle do ciclo gravídico-puerperal, eixo norteador do PHPN, foi dividido em seis momentos, e, em cada um deles, representações sociais emergentes nos discursos das gestantes e puérperas entrevistadas foram destacadas e analisadas, levando às considerações que se seguem.

Os programas que procuram intervir sobre os processos de saúde-doença baseiam-se em critérios científicos, a maioria deles amplamente conhecida e aceita pela comunidade acadêmica. Sabe-se, por exemplo, que quanto mais precocemente se inicia o acompanhamento pré-natal, maior a chance de prevenção de complicações que podem colocar em risco a vida da gestante e de seu bebê.

Entretanto, em resposta a essa reconhecida necessidade de intervenção precoce diante de algumas ocorrências, um programa estruturado como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, normatiza que o início do acompanhamento - de todas as gestantes, em todas as regiões do país - se dê até o quarto mês de gestação, e oferece um incentivo financeiro ao serviço de saúde por cada gestante cadastrada neste período. As gestantes que naturalmente se dirigiram ao centro de saúde quando da suspeita de gestação, assim o fazem, mas qualquer tipo de entrave que obstaculize este caminho continua desconsiderado, resultando na deficiente cobertura do Programa. Não se enfatiza a importância de estratégias locais para a captação, estratégias que se coloquem de acordo com as características da população atendida.

Por mais homogênea que seja a comunidade em torno de um centro de saúde em relação, por exemplo, a poder aquisitivo ou costumes, a equipe técnica ainda terá de lidar de forma diferenciada com os diversos grupos de mulheres que vão se distribuir segundo faixa etária, anos de escolaridade, distância da moradia em relação à unidade de saúde, religião e outras características importantes e particulares. As informações analisadas no presente trabalho mostram que essas características

influenciam diretamente a efetividade dos programas de saúde, na medida em que as mulheres respondem aos requisitos técnicos de maneira distinta, de acordo com o que imaginam/ desejam, com suas representações sociais.

Assim, será necessário refletir se a orientação em relação ao período de captação deverá ser a mesma para todos esses grupos, quais entraves se colocam para que a chegada ao centro de saúde se efetive e como devem ser trabalhados. Somente uma equipe local vinculada às famílias residentes no entorno do centro de saúde, conhecedora de seus costumes e problemas, pode saber como abordá-las. Um grupo social com grande ocorrência de gestação em adolescentes, por exemplo, em que se tem notícia de que a maioria delas, por questões culturais e subjetivas, vai procurar encobrir a gestação até o último instante possível, deve poder contar com uma equipe que busque estratégias para abordá-las. Essa proatividade é importante antes que gestações de risco já estejam estabelecidas e os cuidados necessários não possam mais ser realizados.

A inclusão da perspectiva da mulher/ usuária por meio do estudo de suas representações sociais pode permitir que determinadas normatizações do Programa sejam flexibilizadas, adequadas a determinadas particularidades dos diferentes grupos de gestantes. Talvez seja então possível prever novas formas de captação em momentos oportunos, atingindo um nível de maior efetividade no controle pré-natal.

No mesmo sentido, uma equipe de saúde que não esteja sensibilizada com a importância da criação de um vínculo com a gestante - encarada como uma pessoa e não um objeto de controle - aumenta em muito o risco de desistência do acompanhamento ou de comparecimento em frequência menor do que a necessária. Pôde-se observar que, mesmo que o sistema lhe ofereça poucas opções de locais de atendimento, a gestante se esforça por buscar aquelas que lhe transmitam maior segurança, em um movimento natural de obter as melhores condições possíveis para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho.

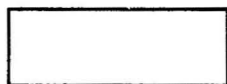
Neste movimento, entretanto, torna-se bastante possível que a gestante acabe por “coleccionar” atendimentos pontuais, tipo de emergência, sem conexão entre si, sem história. Do ponto de vista do serviço e do sistema de informação implantado, no caso o SISPRENATAL, este também é um percurso que gera um grande número de acompanhamentos não concluídos, ocasiona dificuldade na captação de informações sobre possíveis intercorrências ao término da gestação e, conseqüentemente, todo um prejuízo para o planejamento do cuidado, tão necessário para o adequado acompanhamento da mulher e da criança.

Se o gerenciamento local do sistema de saúde pudesse captar informações a respeito dos motivos pelos quais determinados fluxos não são observados, tal como foi realizado na presente pesquisa, talvez pudesse, como foi dito anteriormente, flexibilizar exigências como “o pré-natal deve ser realizado na unidade de saúde geograficamente mais próxima”, em favor do acolhimento a determinadas necessidades da gestante. Dessa forma, poderia se acompanhar os fluxos entre serviços que ela, gestante, por si só já determina, e promover o necessário planejamento.

O referencial técnico do PHPN não considera imprescindível a realização de exames de ultra-sonografia para todas as gestações acompanhadas. Entretanto, um modelo que contempla a atenção ao sujeito-gestante pode considerar que outras razões suportam a necessidade de oferta deste exame na atenção pré-natal, tal como o fato de que a gestante vê aí uma das poucas medidas concretas do bem-estar do bebê - o resultado do exame é um importante fator de diminuição de ansiedade na gestação. Ao desconsiderar isso, o sistema de saúde não trabalha a favor da vinculação da gestante ao serviço, imprescindível no acompanhamento pré-natal e, refletindo-se em longo prazo, em outras fases da vida da mulher. Existe a necessidade de que os programas de saúde contemplem expectativas legítimas como “ver o bebê pelo ultra-som”, possibilitando uma concretização do bom andamento da gestação, e respeitando então a diretriz da humanização proposta pelo PHPN.

Sabe-se da importância do conhecimento da história clínica da gestante em um momento delicado como o do parto, do valor que tem a segurança e a tranquilidade da gestante na promoção de melhores condições para o nascimento da criança. Isto se reflete de forma recorrente no planejamento da atenção ao pré-natal e parto, refletindo no processo normativo referência/ contra-referência. Busca-se, entretanto, essa organização através de um sistema racionalizador de encaminhamentos baseado na distribuição geográfica dos equipamentos, que não é suficiente para gerar a segurança e tranquilidade almejada pelas gestantes. Em suma, a organização do sistema de referência/ contra-referência não leva em conta valores identificados nas representações sociais das gestantes, e termina por não resultar em uma efetiva integração entre esses componentes do ciclo gravídico-puerperal.

No momento em que se tem a clareza de que determinadas diretrizes não vêm sendo efetivadas, seria imprescindível que se tivesse alguma forma de captar a informação acerca das razões para a ocorrência deste fato, tendo-se em vista uma possível correção de rumos.



Acredita-se, e destacar isso foi um dos objetivos deste trabalho, que um estudo aprofundado acerca do que dizem essas mulheres possa destacar a importância da inclusão da perspectiva do usuário nas avaliações de programas públicos de saúde, considerando este usuário como um sujeito integral em suas necessidades, desejos e interesses; não apenas em sua satisfação/insatisfação com relação ao atendimento recebido, mas também em sua possibilidade de desencadear uma reflexão crítica acerca dos objetivos e formato desse atendimento; não apenas como objeto da ação, mas como detentor de um potencial de proatividade no que diz respeito ao controle das variáveis determinantes do processo saúde-doença para si próprio e em sua comunidade.

Para a consideração à voz do usuário, cabe destacar que as pesquisas de natureza qualitativa sempre se defrontam com dificuldades no momento do processamento de discursos. As falas dos envolvidos nas ações estudadas freqüentemente possuem uma riqueza que vai além das palavras que teoricamente poderiam ser enumeradas, classificadas. A posição de um determinado sujeito no mundo se revela a partir dessas falas, principalmente daquilo que é dito nas entrelinhas, e há que se achar uma forma de captá-la, preservar o seu sentido e lhe dar visibilidade.

A abordagem qualitativa corre sempre um risco, de forma alguma desprezível, de “vagar entre extremos”, supervalorizando determinados discursos e fazendo-os perder sua representatividade em relação aos sujeitos que lhe deram origem - uma “fala folclórica”; ou fazendo com que percam sua natureza discursiva, “coisificando-os”, transformando-os em meras categorias organizativas.

Na realização de processos avaliatórios, é fundamental que se encontre uma forma de transformar a fala dos atores sociais - no caso do PHPN, a fala das mulheres - em indicadores. Indicadores daquilo que para eles é significativo, que para eles merece ser avaliado.

Nesta dissertação, este intento foi alcançado com a utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo, apoiada por um referencial teórico do campo da Saúde Pública. Seu desenho contemplou a utilização e comparação com parâmetros técnicos formulados em programas de saúde, para permitir que as análises realizadas fossem balizadas e possibilitassem, de uma forma fidedigna, uma melhor compreensão do contexto e da posição das falas dos atores sociais, que foram organizadas por meio do discurso do sujeito coletivo.

No atual estágio do desenvolvimento científico, não é mais possível evitar o uso de abordagens qualitativas em função da limitação de métodos. A necessidade de uma compreensão mais profunda acerca do objeto de estudo faz com que os pesquisadores os façam evoluir continuamente. O presente trabalho pretende contribuir com uma alternativa dessa abordagem visando o processo de ajuste de programas de saúde.

Almeida ES. **Contribuição à implantação do SUS: Estudo do processo com a Norma Operacional Básica 01/93.** Tese de livre-docência. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo: 1995.

Almeida ES, Chioro A e Zioni F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Westphal M F e Almeida ES organizadores. **Gestão de Serviços de Saúde.** São Paulo: EDUSP; 2001.

André LM. **Representações e Práticas Preventivas da Aids em coletores de lixo no município de São Paulo.** São Paulo, 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Arruda AMS. **Uma contribuição às novas sensibilidades com relação ao meio ambiente: Representações Sociais de grupos ecologistas e ecofeministas cariocas.** São Paulo; 1995. [Tese de Doutorado em Psicologia Social – Instituto de Psicologia da USP].

Barata LRB, Tanaka OY e Mendes JDV. Por em processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde – Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Jan./Mar.2004, vol.13, nº1, p.15-24.

Barcellos C, Sabroza PC, Peiter P e Rojas LI. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de vida: Análise Espacial e o Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS.** 11(3), 2000.

Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, LDA, 3ª edição; 2004.

Baremblytt GF. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes.** Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1992.

Blima L. **Programação em Saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993.

Bogus CM. **Participação popular em saúde – Formação Política e Desenvolvimento**, Annablume, São Paulo; 1998.

Brasil. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.18055 – 18059, 20 set. 1990. seção I.

Campos GWS. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

Campos GWS. **Saúde Paideia**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

Campos GWS. **Documento da Política Nacional de Humanização - Marco Conceitual e Diretrizes Políticas**. HumanizaSUS; 2004.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**. Junho 1996, vol.30, nº 3, p.285-293.

Evers T. **Identidade: A face oculta dos novos movimentos sociais**. São Paulo. Novos estudos CEBRAP 2 (4) 11; 1984.

Firme TP. Avaliação: tendências e tendenciosidades. **Ensaio: Avaliação e políticas públicas em educação**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 57-61, out./dez., 1994.

Firme TP. **Avaliação em rede**. [S.I.], 2003. Disponível em [http:// www.ritz.org.br](http://www.ritz.org.br)

Franco MLPB. **Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência**. *Cad. Pesquisa*, São Paulo, Jan./Apr. 2004, vol.34, nº.121, p.169-186.

Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Revista de Salud de México**, 1985, vol 27, p 438 – 453.

Gohn MG. **Teorias dos movimentos sociais**. São Paulo: Loyola; 1997.

Guba E e Lincoln Y. **Fourth Generation Evaluation**. Thousand Oaks, London and New Delhi: Sage Publications; 1989.

Guba E e Lincoln Y. Uma abordagem naturalística para avaliação. In: **Introdução à avaliação de Programas Sociais**. SANDERS, J. (org). São Paulo: Instituto Fonte; 2004.

Hogan DJ. Migração, Ambiente e Saúde nas Cidades Brasileiras. **Dilemas Socioambientais e Desenvolvimento Sustentável**. Hogan, DJ e Vieira PF (organizadores). Campinas: Editora da Unicamp, 1995.

Jacobi P. Riscos Ambientais e a Construção da Cidadania. **Debates Sócio Ambientais**. 4; 1996.

Jodelet D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro, RJ: Editora UERJ; 2001.

Krueger RA. **Focus group: a practical guide for applied research**. Newbury Park, Sage Publications, 1988.

Lefèvre F e Lefèvre AMC. **O discurso do sujeito coletivo**. Caxias do Sul, RS: EDUCS; 2003.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo, MCS. Saúde-Doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro 4 (4): 363 – 81; 1988.

Minayo MCS, Assis SG e Souza ER. **Avaliação por triangulação de métodos – Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Ministério da Saúde. **Cartilha de Informações para gestores e técnicos**. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2000.
<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm> (acesso em junho/2006)

Moscovici S. **Psicologia Social**. Barcelona: Paidós, 1983.

Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

Palos CMC. **Meio Ambiente e Saúde em Espírito Santo do Turvo – SP: Um Estudo das Representações Sociais das Integrantes do Movimento de Mulheres**. São Paulo, 2000. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Palos CMC. **Vozes da Cratera: representações, sentidos, significados e práticas da questão socioambiental no cenário urbano**. São Paulo, 2004. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

Pelicioni MCF. **As interrelações entre a Educação, Saúde e Meio-ambiente**. *Biológico*. São Paulo, Jul./ Dez. 1999, vol.61, nº 2, p.75 -78.

Promoção da Saúde. **Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsval e Santa Fé de Bogotá**. Tradução de Luís Eduardo Fonseca, Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

Reis LGC. **Avaliação de projetos como instrumento de gestão**. 1999, Rits:
http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_tmesant_nov99.cfm

Reigota, M. **Meio Ambiente e Representação Social**. São Paulo: Cortez; 1995.

Roche C. **Avaliação de Impacto dos trabalhos de ONGs**. São Paulo: Cortez Editora; 2002.

Serruya SJ. **A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil.** Campinas, 2003. [Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas]

Silva RR, Brandão D e Palos CMC. **Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil.** São Paulo: Instituto Fonte; 2003.

Spink, MJP. **Psicologia Social e Saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Tanaka OY, Tanaka ACD, Ribeiro EL, Almeida CAL, Carvalho CAC, Marucci D e Lima FD. **Avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Decit/MS.** 2003

Tanaka OY e Melo CM. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer.** São Paulo: EDUSP; 2001.

Tanaka OY e Melo CM. **Inovação e Gestão, a Organização Social no Setor Saúde.** São Paulo: Annablume Editora e Comunicação; 2002.

Yin RK. **Estudo de caso: Planejamento e Métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

Worthen B e Sanders J. Avaliação versus pesquisa. In: **Introdução à Avaliação de Programas Sociais.** São Paulo: Instituto Fonte, 2004.

Zioni F. **Pesquisa Participante: Relato e Avaliação de uma Experiência.** São Paulo; 1994. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

www.fiocruz.br/coc/fiooc1.html

www.saude.gov.br/humanizadasus

**ANEXO 1 – DSC – Lista de entrevistadas nos grupos
focais de gestantes e puérperas**

PESQUISA Discurso gestantes e puérperas PHPN

nome	gest/puerp 2 - S.	sexo	idade	25
cidade	Goiania			GO
	Centro de Saúde Parque Ateneu			

nome	gest/puerp 3 - P	sexo	idade	18
cidade	Goiania			GO
	Centro de Saúde Parque Ateneu			

nome	gest/puerp 4 - Ed	sexo	idade	26
cidade	Goiania			GO
	Centro de Saúde Parque Ateneu			

nome	gest/puerp 5 - MA	sexo	idade	38
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras quatro filhos ou mais			

nome	gest/puerp 6 - E	sexo	idade	27
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras um filho			

nome	gest/puerp 7 - R	sexo	idade	17
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Guanacés dois filhos			

nome	gest/puerp 8 - ML	sexo	idade	20
cidade	Morada Nova			CE
	Unidade de Saúde da Família do São Francisco			

nome	gest/puerp 9 - S	sexo	idade	29
cidade	Goiania			GO
	CIAMS Novo Horizonte			

nome	gest/puerp 10 - Va	sexo	idade	29
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras			

nome	gest/puerp 11 - AC	sexo	idade	20
cidade	Morada Nova			CE
	Unidade de Saúde da Família do São Francisco			

nome	gest/puerp 12 - MV	sexo	idade	26
cidade	Morada Nova			CE
	Unidade de Saúde da Família do São Francisco			

nome	gest/puerp 13 - G	sexo	idade	19
cidade	Morada Nova			CE
	Unidade de Saúde da Família do São Francisco			

nome	gest/puerp 14 - S	sexo	idade	28
cidade	Porto Velho			RO
	Policlínica Hamilton Raulino Gondim			
nome	gest/puerp 15 - F	sexo	idade	31
cidade	Porto Velho			RO
	Centro de Saúde Renato Medeiros um filho			
nome	gest/puerp 16 - L	sexo	idade	28
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 17 - C	sexo	idade	22
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 18 - V	sexo	idade	20
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (2)			
nome	gest/puerp 19 - M	sexo	idade	36
cidade	Goiania			GO
	CIAMS Novo Horizonte			
nome	gest/puerp 20 - R	sexo	idade	18
cidade	Goiania			GO
	Centro de Saúde Parque Ateneu			
nome	gest/puerp 21 - L	sexo	idade	27
cidade	Goiania			GO
	Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 22 - G	sexo	idade	27
cidade	Goiania			GO
	Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória dois filhos			
nome	gest/puerp 23 - I	sexo	idade	27
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras um filho			
nome	gest/puerp 24 - AL	sexo	idade	28
cidade	Porto Velho			RO
nome	gest/puerp 25 - F	sexo	idade	30
cidade	Goiania			GO
	Maternidade Nascer Cidadão três filhos			

nome	gest/puerp 26 - A	sexo	idade	24
cidade	Goiania			GO
	CIAMS Novo Horizonte			
nome	gest/puerp 27 - C	sexo	idade	30
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 28 - L	sexo	idade	41
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 29 - MA	sexo	idade	26
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras			
nome	gest/puerp 30 - S	sexo	idade	28
cidade	Porto Velho			RO
	Policlínica Hamilton Raulino Gondim			
nome	gest/puerp 31 - Ad	sexo	idade	20
cidade	Porto Velho			RO
	Policlínica Hamilton Raulino Gondim			
nome	gest/puerp 32 - A	sexo	idade	19
cidade	Goiania			GO
	Maternidade Nascer Cidadão			
nome	gest/puerp 33 - Cl.	sexo	idade	19
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras um filho			
nome	gest/puerp 34 - A	sexo	idade	37
cidade	Porto Velho			RO
	Centro de Saúde Agenor de Carvalho dois filhos			
nome	gest/puerp 35 - C	sexo	idade	14
cidade	Goiania			GO
	Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória um filho			
nome	gest/puerp 36 - D	sexo	idade	16
cidade	Morada Nova			CE
	Unidade de Saúde da Família do São Francisco um filho			
nome	gest/puerp 37 - R	sexo	idade	16
cidade	Porto Velho			RO

Centro de Saúde Agenor de Carvalho			
nome	gest/puerp 38 - Ros.	sexo	idade 15
cidade	Porto Velho		RO
Centro de Saúde Agenor de Carvalho			
nome	gest/puerp 39 - S	sexo	idade 17
cidade	Monte Azul Paulista		SP
Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 40 - A	sexo	idade 19
cidade	Paiçandu		PR
Posto Central			
nome	gest/puerp 41 - E	sexo	idade 27
cidade	Cascavel		CE
Unidade de Saúde da Família Pitombeiras			
nome	gest/puerp 42 - F	sexo	idade 31
cidade	Porto Velho		RO
Centro de Saúde Renato Medeiros			
nome	gest/puerp 43 - D	sexo	idade 22
cidade	Abadiânia		GO
Centro de Saúde da Zona Rural um filho			
nome	gest/puerp 44 - D	sexo	idade 21
cidade	Abadiânia		GO
Centro de Saúde da Zona Rural			
nome	gest/puerp 45 - D	sexo	idade 27
cidade	Abadiânia		GO
Centro de Saúde da Zona Rural			
nome	gest/puerp 46 - Fa.	sexo	idade 30
cidade	Goiania		GO
Maternidade Nascer Cidadão			
nome	gest/puerp 47 - A	sexo	idade 19
cidade	Goiania		GO
Maternidade Nascer Cidadão			
nome	gest/puerp 48 - M	sexo	idade 36
cidade	Goiania		GO
CIAMS Novo Horizonte			
nome	gest/puerp 49 - T	sexo	idade 23
cidade	Monte Azul Paulista		SP
Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 50 - M	sexo	idade 31
cidade	Monte Azul Paulista		SP

Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 51 - Ed.	sexo	idade 21
cidade	Goiania		GO
Centro de Saúde Parque Ateneu			
nome	gest/puerp 52 - Ed.	sexo	idade 26
cidade	Goiania		GO
Centro de Saúde Parque Ateneu			
nome	gest/puerp 53 - P	sexo	idade 18
cidade	Goiania		GO
Centro de Saúde Parque Ateneu			
nome	gest/puerp 54 - Lu.	sexo	idade 41
cidade	Cascavel		CE
Unidade de Saúde da Família Pitombeiras quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 55 - Va.	sexo	idade 29
cidade	Cascavel		CE
Unidade de Saúde da Família Pitombeiras			
nome	gest/puerp 56 - S.	sexo	idade 17
cidade	Monte Azul Paulista		SP
Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 57 - P	sexo	idade 18
cidade	Goiania		GO
Maternidade Nascer Cidadão			
nome	gest/puerp 58 - M	sexo	idade 36
cidade	Goiania		GO
CIAMS Novo Horizonte			
nome	gest/puerp 59 - G	sexo	idade 27
cidade	Goiania		GO
Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória			
nome	gest/puerp 60 - D	sexo	idade 16
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do Campo de Aviação			
nome	gest/puerp 61 - G	sexo	idade 19
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 62 - M V	sexo	idade 26
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do Campo de Aviação			
nome	gest/puerp 63 - S	sexo	idade 28
cidade	Porto Velho		RO

Policlínica Hamilton Raulino Gondim

nome	gest/puerp 64- Elis	sexo	idade	22
cidade	Porto Velho			RO

Policlínica Hamilton Raulino Gondim

nome	gest/puerp 65 - A	sexo	idade	19
cidade	Paiçandu			PR

Posto Central

nome	gest/puerp 66 - F	sexo	idade	29
cidade	Paiçandu			PR

Posto Central

nome	gest/puerp 67 - Adr.	sexo	idade	19
cidade	Goiania			GO

Maternidade Nascer Cidadão

nome	gest/puerp 68 - V	sexo	idade	27
cidade	Goiania			GO

CIAMS Novo Horizonte

nome	gest/puerp 69 - L	sexo	idade	27
cidade	Goiania			GO

Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória
quatro filhos ou mais

nome	gest/puerp 70 - R	sexo	idade	22
cidade	Paiçandu			PR

Posto Central

nome	gest/puerp 72 - G	sexo	idade	19
cidade	Morada Nova			CE

Unidade de Saúde da Família do São Francisco

nome	gest/puerp 1 - V	sexo	idade	27
cidade	Goiania			GO

CIAMS Novo Horizonte

nome	gest/puerp 71 A.L.	sexo	idade	28
cidade	Porto Velho			RO

Policlínica Hamilton Raulino Gondim

nome	gest/puerp 73 - S	sexo	idade	29
cidade	Goiania			GO

CIAMS Novo Horizonte

nome	gest/puerp 74 - An.	sexo	idade	26
cidade	Paiçandu			PR

Posto Central

nome	gest/puerp 75 - M.L.	sexo	idade	20
cidade	Morada Nova			CE

Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 76	sexo	idade 23
cidade	Monte Azul Paulista		SP
Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 77 - Fa.	sexo	idade 30
cidade	Goiania		GO
Maternidade Nascer Cidadão			
nome	gest/puerp 78 - Sel.	sexo	idade 38
cidade	Cascavel		CE
Unidade de Saúde da Família Guanacés três filhos			
nome	gest/puerp 79 - A.P.	sexo	idade 17
cidade	Cascavel		CE
Unidade de Saúde da Família Guanacés			
nome	gest/puerp - Cr.	sexo	idade 28
cidade	Cascavel		CE
Unidade de Saúde da Família Guanacés um filho			
nome	gest/puerp 81 - A.C.	sexo	idade 20
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 82 - Al.	sexo	idade 37
cidade	Porto Velho		RO
Centro de Saúde Agenor de Carvalho			
nome	gest/puerp 83 - P	sexo	idade 18
cidade	Goiania		GO
Maternidade Nascer Cidadão			
nome	gest/puerp 84 - V.	sexo	idade 27
cidade	Goiania		GO
CIAMS Novo Horizonte			
nome	gest/puerp 85 - M.L.	sexo	idade 20
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 86 - G.	sexo	idade 19
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 87 - El.	sexo	idade 22
cidade	Porto Velho		RO
Policlínica Hamilton Raulino Gondim			

nome	gest/puerp 88 - C.	sexo	idade	22
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 89 - R.	sexo	idade	22
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (2)			
nome	gest/puerp 90 - L.	sexo	idade	27
cidade	Goiania			GO
	Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 91 - G	sexo	idade	27
cidade	Goiania			GO
	Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória dois filhos			
nome	gest/puerp 92 - C	sexo	idade	14
cidade	Goiania			GO
	Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória			
nome	gest/puerp 93 - Mar.	sexo	idade	20
cidade	Abadiânia			GO
	Centro de Saúde da Zona Rural			
nome	gest/puerp 94 - E.	sexo	idade	33
cidade	Goiania			GO
	CIAMS Novo Horizonte			
nome	gest/puerp 95 - E.	sexo	idade	23
cidade	Paiçandu			PR
nome	gest/puerp 96 - Lu.	sexo	idade	41
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Pitombeiras quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 97 - Seb.	sexo	idade	28
cidade	Porto Velho			RO
	Policlínica Hamilton Raulino Gondim			
nome	gest/puerp 98 - M.	sexo	idade	31
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 99 - A.	sexo	idade	24
cidade	Goiania			GO
	CIAMS Novo Horizonte			

nome	gest/puerp 100 - Ed.	sexo	idade	26
cidade	Goiania			GO
	Centro de Saúde Parque Ateneu			
nome	gest/puerp 101- Sus.	sexo	idade	25
cidade	Goiania			GO
	Centro de Saúde Parque Ateneu			
nome	gest/puerp 102 - Bet	sexo	idade	24
cidade	Abadiânia			GO
	Centro de Saúde da Zona Rural quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 103 - S	sexo	idade	17
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 104 - T	sexo	idade	23
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 105 - An.	sexo	idade	26
cidade	Paiçandu			PR
	Posto Central			
nome	gest/puerp 106 - Fa.	sexo	idade	31
cidade	Porto Velho			RO
	Centro de Saúde Renato Medeiros			
nome	gest/puerp 107 - K.	sexo	idade	23
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (1)			
nome	gest/puerp 108 - M	sexo	idade	17
cidade	Monte Azul Paulista			SP
	Unidade de Saúde da Mulher (2)			
nome	gest/puerp 109 - G	sexo	idade	27
cidade	Goiania			GO
	Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória dois filhos			
nome	gest/puerp 100 - P	sexo	idade	18
cidade	Goiania			GO
	Centro de Saúde Parque Ateneu			
nome	gest/puerp 111 - A.P	sexo	idade	17
cidade	Cascavel			CE
	Unidade de Saúde da Família Guanacés			
nome	gest/puerp 112 A.L.	sexo	idade	18
cidade	Cascavel			CE

Unidade de Saúde da Família Guanacés			
nome	gest/puerp 113 - M.L	sexo	idade 20
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 114 - A.	sexo	idade 37
cidade	Porto Velho		RO
Centro de Saúde Agenor de Carvalho			
nome	gest/puerp 115 - A.	sexo	idade 20
cidade	Porto Velho		RO
Centro de Saúde Agenor de Carvalho			
nome	gest/puerp 116 - L	sexo	idade 41
cidade	Cascavel		CE
Unidade de Saúde da Família Pitombeiras quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 117 - M	sexo	idade 26
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 118 - D	sexo	idade 16
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 119 - G.	sexo	idade 19
cidade	Morada Nova		CE
Unidade de Saúde da Família do São Francisco			
nome	gest/puerp 120 - B	sexo	idade 24
cidade	Abadiânia		GO
Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 121 - L	sexo	idade 27
cidade	Goiania		GO
Unidade de Saúde da Família Bairro Vitória quatro filhos ou mais			
nome	gest/puerp 122 - E	sexo	idade 26
cidade	Goiania		GO
Centro de Saúde Parque Ateneu			

ANEXO 2 – DSC - Resumo de idéias centrais

Discurso gestantes e puérperas PHPN

1 - Chegada ao serviço

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Elas (agentes de saúde) fizeram tudo, elas são ótimas. Contei pra ela que estava atrasada e ela marcou pra fazer o exame, a consulta, tudo. Aqui no posto a gestante passa na frente de todo mundo, não espera não...	Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com sua expectativa	A
ierp	Pra mim ela (agente de saúde) marcou, mas eu não conhecia aqui direlto, tinha acabado de mudar e perdi o dia. Fui lá depois no posto e na hora eles tiraram o sangue pra fazer o exame... Demorou uns dois dias pra chegar...	Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com a sua expectativa	A
ierp	Fiz tudo com a agente de saúde. Ela é uma gracinha. Só falto pegar ela no colo.	Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com a sua expectativa	A
ierp	No primeiro mês de atraso, já sabia. Contei pra agente... Confirmou com exame de urina.	Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com sua expectativa	A
ierp	Soube assim que teve o atraso... depois de um mês. Fiz exame de urina...	Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com sua expectativa	A
ierp	Foi só chegar aqui que já marcaram tudo...	Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com sua expectativa	A
ierp	A agente marcou tudo, vim no posto no dia certo e pronto...	Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com sua expectativa	A
ierp	Foi muito bom o atendimento aqui. Eu estava com três meses... já sabia que estava grávida. Cheguei, marquei consulta, não demorou nada...	Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com sua expectativa	A
ierp	O exame de sangue demorou demais, mais de três meses. Aí que deram um chequinho e eu fui pra um laboratório, daí que confirmou, mas eu já sabia, né?	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B

Discurso gestantes e puérperas PHPN**1 - Chegada ao serviço**

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Atrasou, falei pra agente e fiz exame de urina com dois meses. Mas o exame demorou para chegar... Costuma demorar de quinze dias a 1 mês...	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B
ierp	Passou mais de um mês e o exame (confirmação gestação) não veio, bati o primeiro ultra-som para confirmar.	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B
ierp	Fui marcar o exame (confirmação gestação) mas não tinha material, soube pelo tempo...	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B
ierp	Demorei pra conseguir marcar (consulta no posto)... um dia o médico não tinha vindo, no outro não tinha mais fichas...	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B
ierp	Falei com a agente que falou que ia marcar e um mês depois nada. Daí disse que eu não podia usar esse Posto. Depois vim aqui e consegui marcar...	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B
ierp	É o meu primeiro. O resultado do exame demorou quinze dias, já não agüentava mais esperar...	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B
ierp	Eu vim aqui e fiz um exame e não deu nada. E eu continuava com enjôo. Daí, comprei um teste de farmácia e deu. Exame do Posto não vale nada. É mais para gente humilde.	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B
ierp	Demorei pra conseguir marcar (consulta no posto)... um dia o médico não tinha vindo, no outro não tinha mais fichas...	Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado	B
ierp	Eu paguei onze reais pra fazer (um exame de confirmação) num laboratório particular... No Posto demora muito...	Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame	C

Discurso gestantes e puérperas PHPN**1 - Chegada ao serviço**

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Eu paguel, me disseram que tinha que esperar um mês a consulta, não dava pra esperar tudo isso...	Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame	C
ierp	Tava com dois dias de atraso e já sabia que estava grávida. Fiz exame de sangue, particular.	Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame	C
ierp	Não fiz exame no posto não, nem pensei. Queria saber na hora e tudo no posto demora...	Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame	C
ierp	Eu já estava esperando a gravidez. Tenho seis filhos... Não consegui o exame pelo SUS, eu paguel. Marquei a primeira consulta aqui no PSF, foi bom.	Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame	C
ierp	Eu também paguel o exame pra saber, ia demorar se esperasse aqui (no posto), queria saber...	Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame	C
ierp	Parei o anticoncepcional seis meses. A menstruação atrasou e fui fazer exame de sangue, o BHCG. Paguel para saber logo.	Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame	C
ierp	Fiz exame no laboratório, queria saber logo e o posto demora. Fiz tudo em laboratório particular, eu já tive um aborto. A Dra. X pediu um ultra-som de prevenção....	Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame	C
ierp	Já tinha dois filhos. No Natal, fiquei com vontade de comer sagu, e já sabia que era gravidez.... Quando procurei o posto, já sabia...	Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação	D

Discurso gestantes e puérperas PHPN

1 - Chegada ao serviço

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Estava com quatro meses... não quis vir antes.	Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação	D
ierp	Soube antes, mas fui deixando pra depois pra começar o pré-natal...	Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação	D
ierp	Esperel um tempo e não veio, já sabia que era gravidez. A agente foi lá em casa e eu falei pra ela que es'tava atrasada, fiz exame de urina mas nem precisava...	Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação	D
ierp	Estava com quatro meses quando vim. Passei primeiro com a enfermeira.	Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação	D
ierp	Comecei com cinco meses, mas depois vinha aqui direto. Tenho problema de varizes e toda semana passava com a enfermeira...	Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação	D
ierp	Estava com cinco meses quando vim.	Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação	D
ierp s.	Comecei com cinco meses. Depois voltei só dois meses depois, ele marcou antes mas eu não vim.	Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação	D
ierp	Estava atrasada três meses. Não tinha dor, nada, nenhum sinal de que estava grávida	Demorou para assumir que estava grávida e procurar o atendimento pré-natal	E
ierp	Soube só com 3 meses porque a menstruação sempre atrasava... Só aí que fui fazer exame de urina...	Demorou para assumir que estava grávida e procurar o atendimento pré-natal	E

Discurso gestantes e puérperas PHPN**1 - Chegada ao serviço**

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Comigo, eu achei que não podia mais ter filho porque tive problema no outro. Não acreditei que estava esperando quando atrasou, vim com cinco meses...	Demorou para assumir que estava grávida e procurar o atendimento pré-natal	E
ierp	No começo eu escondi que estava grávida. Depois contei pra minha mãe... Estava com cinco meses quando minha mãe me trouxe aqui pra fazer o teste. Deu positivo...	Demorou para assumir que estava grávida e procurar o atendimento pré-natal	E
ierp	Cheguei com quase cinco meses, ainda estava tentando fazer que não estava ali.	Demorou para assumir que estava grávida e procurar o atendimento pré-natal	E
ierp	Escondi até quatro meses, comecei a vir aqui já estava com seis meses, agora estou no oitavo.	Demorou para assumir que estava grávida e procurar o atendimento pré-natal	E

Discurso gestantes e puérperas PHPN

2 - Escolha do local do atendimento pré-natal

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Isso de que não dá pra confiar no Posto... A médica viu o ultra-som e disse que tinha uma manchinha na cabeça do nenê. Aí me mandou ir pra Ribeirão Preto, pra repetir o exame e o médico de lá disse que não era nada, e que ela devia saber que aquilo não era nada. Depois disso, eu não quis mais passar com ela não. Pedi pra mudar e eles mudaram, não falaram nada....	Quando não se gosta do médico é necessário procurar alternativa	A
ierp	Primeiro eu comecei no posto Pioneiro mas lá tinha um médico muito estúpido e eu mudei pro hospital...	Quando não se gosta do médico é necessário procurar alternativa	A
ierp	Fui fazer o pré-natal em Cascavel porque fiquei com raiva. Entrou o doutor, passou remédios para tontura e eu passei mal. Daí disse pra ele, e ele deu risada. Não voltei mais lá. Foi o Dr. Tarciso, não gosto desse homem.	Quando não se gosta do médico é necessário procurar alternativa	A
ierp	Não gosto de passar com o Dr. Rafael, ele atende muito mal. Fala pra gente já entrar com a roupa abalxada pra consulta... Aí resolvi mudar de posto.	Quando não se gosta do médico é necessário procurar alternativa	A
ierp	O Dr Helio pediu o plano test... Passava com ele uma vez por mês, mas como queria ganhar o nenê na Santa Casa em Anápolis, com sete meses fui fazer pré-natal lá...	Necessário escolher o local do pré-natal que assegure o parto	B
ierp	Comecei o pré-natal no Posto da Zona Rural. Cada vez era um médico... Depois, nos últimos 4 meses, fui fazer pré-natal em Anápolis, na Maternidade Dr Adalberto... Minha mãe teve nenê na mesma maternidade.	Necessário escolher o local do pré-natal que assegure o parto	B
ierp	Comecei o pré-natal no Posto perto de onde mora minha avó. Antes de pegar o resultado dos exames, tive um sangramento muito forte e aí vim pra maternidade... A minha prima tinha tido filho aqui.	Procurou este local porque a família conhece	C

Discurso gestantes e puérperas PHPN**2 - Escolha do local do atendimento pré-natal**

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Até o sétimo mês, fui na Santa Casa, depois vim pro CIAMS, mas foi bom aqui. Eu tinha pressão alta, vinha três vezes por dia pra medir a PA... Antes eu não precisava do SUS, mas agora perdi o convênio. Minha irmã que tinha falado pra procurar a Santa Casa que lá era bom, mas aqui é mais perto.	Escolheu o equipamento de saúde porque perdeu o convênio	D
ierp	Comecei a fazer o pré-natal no postinho, mas depois passei pra maternidade... Eu perdi o emprego e vim morar com minha irmã...	Escolheu porque veio morar perto do equipamento de saúde	E
ierp	Fiz o pré-natal em Anápolis. Se tivesse médico aqui tinha ficado aqui mesmo, era difícil andar até Anápolis...	Não tinha escolha	F

Discurso gestantes e puérperas PHPN

3 - Realização de exames

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Conseguí os exames no CAIS porque cheguei às três da manhã... Tem que ser, não dá pra pagar tudo.	Não foi fácil conseguir os exames. Conseguí pelo esforço.	A
ierp V	Ultra-som é pior. Eu consegui uma data pra um mês depois e o resultado demorou ainda uns dois meses pra sair...	Não foi fácil conseguir os exames. Conseguí pelo esforço.	A
ierp	Não é fácil conseguir exame, não. Tem que correr pra todo lado. Até tal dia tem que ir em tal laboratório, depois já é outro. Daí é cinco exames, eles só fazem quatro, tem que voltar para pegar outro pedido... Fiz só um ultra-som, tenho certeza. Estava com quatorze semanas...	Não foi fácil conseguir os exames. Conseguí pelo esforço.	A
ierp	Tem que andar em muitos laboratórios pra conseguir exame. A gente chega e não tem mais convênio com o SUS, o outro acabou a quota, não é fácil não! ...	Não foi fácil conseguir os exames. Conseguí pelo esforço.	A
ierp	Só tem um laboratório e é uma desorganização. É muito calor, não tem ninguém para dizer nada, quem quiser que se vire...	Não foi fácil conseguir os exames. Conseguí pelo esforço.	B
ierp	O povo fica soltando piada quando a gestante passa na frente, não tem ninguém para organizar...	Não foi fácil conseguir os exames. Conseguí pelo esforço.	B
ierp	Exame tinha que fazer fora, foi muito difícil conseguir... agora tá mais fácil porque faz aqui em Paçandu mesmo, mas antes...	Não foi possível fazer exames pelo serviço público	B
ierp	Eu paguei todos os exames...	Não foi possível fazer exames pelo serviço público	B
ierp	Eu fiz muito exame por aqui. Acho que está bem diferente de quando minha mãe estava esperando. Antigamente ninguém fazia teste de AIDS, VDRL.... se fizesse, tinha que pagar. Agora quem paga é o SUDS. Eu estou	Conseguí fazer os exames de acordo com sua expectativa	C

Discurso gestantes e puérperas PHPN

3 - Realização de exames

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	quase todo mês no Laboratório Monte Azul. Exame de sífilis e HIV foi no Pronto Socorro...		
ierp	Antes os exames eram mais caros e demorava muito mais pra chegar o resultado... Consegui fazer tudo o que ele pediu.	Consegulu fazer os exames de acordo com sua expectativa	C
ierp	O exame era fácil, só tinha que pegar um vale exame no CAIS e vir no laboratório, mas não demorava não...	Consegulu fazer os exames de acordo com sua expectativa	C
ierp	Passava de mês em mês com o médico. Tirava sangue, fiz exame de urina, medía a barriga... Fiz mais de quatorze exames, exame de tudo...	Consegulu fazer os exames de acordo com sua expectativa	C
ierp	Agora melhorou muito, antes tinha que ir em Cascavel sempre...	Consegulu fazer os exames de acordo com sua expectativa	C
ierp	(Os exames) Costumam demorar de quinze dias a 1 mês... Antes tinha que ir em Cascavel, agora o rapaz vem de moto pegar o sangue... Mas quando ele está de férias, não tem ninguém que venha, daí atrasa...	Consegulu fazer os exames de acordo com sua expectativa	C
ierp	Consegul bem rápido o ultra-som lá, não demorou nada, de emergência...	Consegulu fazer os exames de acordo com sua expectativa	C
ierp	Dia sim, dia não eu estava aqui porque tive infecção de urina. Tive três sangramentos.... No final, ele mandou repetir todos os exames... Fiz dois ultra-som, não paguei, consegui com o chequinho...	Consegulu fazer os exames de acordo com sua expectativa	C
ierp	Eu tive muito problema e fiz muito exame... no laboratório conveniado... o resultado salu bem rápido.	Consegulu fazer os exames de acordo com sua expectativa	C
ierp r.	Fiz exame duas vezes... repetiu no oitavo mês na maternidade, não paguei nada. O ultra-som tive que pagar... a doutora falou que não tinha vaga,	Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Como queria fazer, pagou.	D

Discurso gestantes e puérperas PHPN**3 - Realização de exames**

	Expressões Chave	Idéia Central	
	só para emergência. Mas eu queria fazer, então paguei. Fiz com seis meses.		
ierp	Eu fiz quatro ultra-som, mas tudo por conta própria. Eu queria saber se estava tudo bem...	Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Como queria fazer, pagou.	D
ierp	Fiz exame de sangue, de urina e dois ultra-som. Tive que pagar porque pra conseguir pelo SUS tem que chegar no CAIS às quatro da manhã e ficar na fila, mesmo assim o ultrassom não consegue	Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Como queria fazer, pagou.	D
ierp	...precisei daquele ultra-som com dopler que o SUS não paga...	Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Como queria fazer, pagou.	D
ierp	Fiz tudo em laboratório particular, eu já tive um aborto. A Dra. Ana pediu um ultra-som de prevenção....	Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Como queria fazer, pagou.	D
ierp	Tinha o chequinho para o ultra-som, mas não consegui marcar... Tentel no Ecoimagem, não atendia o telefone, no Centro de Referência, não tinha vaga, e na Santa Casa, também não tinha vaga....	Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Não fez.	E
ierp	Exame também foi complicado, tem que ir muito longe pra fazer pelo SUS e tem alguns, ultra-som, que a gente não consegue mesmo...	Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Não fez.	E
ierp L.	Só tem lá (um laboratório) pra fazer os exames... Tem que chegar de madrugada... Fica como um formigueiro. A gente passa mal, sufocado... Eu não fiz ultra-som, não consegui não...	Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público. Não fez.	E

Discurso gestantes e puérperas PHPN

4 - Escolha do local do parto

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Eu só fiz convênio pra hora de nascer, não cobre os exames... Mas eu quis ter porque se for cesárea não tem vaga, e as pessoas ficam lá passando dor...	Melhor fazer acertos ou pagar para ter mais segurança na hora do parto	A
ierp	Falaram para procurar aqueles três hospitais, mas eu fui pro Materno Infantil porque lá atende bem e o meu médico também é de lá.	Melhor fazer acertos ou pagar para ter mais segurança na hora do parto	A
ierp is.	O Hospital era o que tivesse vaga na hora, tinha que vir no CAIS e eles mandavam... Eu não queria de jeito nenhum ir pro hospital X, rezava toda noite. Minha colega disse que o atendimento lá era muito desorganizado. Ela deu a luz sozinha na maca. Depois também fiz umas consultas com o Dr. Y no hospital que ele trabalha pra ter lá, mas não paguel nada.	Melhor fazer acertos ou pagar para ter mais segurança na hora do parto	A
ierp et	Tive meus filhos na Santa Casa. Quando ele falou pra eu ganhar no Hospital Santo Antonio, ele trabalha lá, eu não sabia onde era. Mas depois disseram que se fosse cesárea ia ter que pagar, se fosse parto normal não. Então preferi ir para a Santa Casa... Gasta mais, mas em Anápolis tem mais estrutura. Tem a Casa da Mamãe, que dá assistência, dá roupinha e tudo...	Melhor fazer acertos ou pagar para ter mais segurança na hora do parto	A
ierp	Era pro hospital que mandassem... Eu combinei com o doutor de, na última semana, fazer três consultas no hospital que ele trabalha (que também atende pelo SUS) e daí ele conseguiu a vaga pra mim.	Melhor fazer acertos ou pagar para ter mais segurança na hora do parto	A
ierp	Conheço o hospital porque minha mãe teve filho lá e é perto da casa dela. Prefiro ter lá mesmo.	Escolha pelo conhecimento da experiência de familiares	B
ierp	Já conheço o hospital, minha pressão ficou descontrolada e eu fiquei até internada... Se for cesárea tem que pagar... mil e duzentos reais.... Não sei não da onde vou tirar, mas tem que ser lá mesmo.	Não há opção para a escolha do local onde dará a luz.	C

Discurso gestantes e puérperas PHPN**4 - Escolha do local do parto**

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp a.	A gente vai pro Hospital de Base, é só lá que tem...	Não há opção para escolha do local onde dará a luz	C

Discurso gestantes e puérperas PHPN

5 - Momento do Parto

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Ela nasceu em 24/08, parto normal. Era para ser cesárea, mas nasceu um dia antes... a bolsa estourou e três horas e meia depois ela nasceu. Não tinha vaga na Maternidade, mas não deu tempo de ir pra para outro lugar, nasceu no ambulatório	Há falta de vagas nos hospitais e isso traz problemas para a mulher e/ ou para o bebê.	A
ierp	No parto eu tive problema... Eles mandam procurar o Sta Bárbara, o São Domingos ou o São Judas Tadeu. Eu fui primeiro no Santa Bárbara, mas como ia ser cesárea que o outro foi, mandaram pro Materno Infantil. Lá também não tinha vaga e mandaram de ambulância pro Ebenezer....	Há falta de vagas nos hospitais e isso traz problemas para a mulher e/ ou para o bebê.	A
ierp L.	O médico mediu e disse pra voltar pra casa que ia demorar muito. Eu falei: "volto nada", sentei e fiquei, moro longe, não dá pra ficar indo, voltando... Fiquei, seis horas depois o menino nasceu... Só tem esse hospital pra todo mundo, soltam a gente rapidinho e eu dei graças a deus porque lá tinha que ficar sozinha... Era com as outras mulheres, mas ninguém da família...	Há falta de vagas nos hospitais e isso traz problemas para a mulher e/ ou para o bebê.	A
ierp	Ele mandou vir pro hospital quando tivesse um sinal... a bolsa estourou mas eles falavam que não 'tava na hora. Fiquei o dia inteiro e a noite inteira andando porque não tinha cama... Depois eu tive que repartir a cama com mais outras duas porque não tinha lugar.	Há falta de vagas nos hospitais e isso traz problemas para a mulher e/ ou para o bebê.	A
ierp	Todo mundo fala que as mulheres passam muita dor lá, que eles não dão nenhum remédio...	A gestante sente dor por muito tempo para esperar o parto normal. Reclama por não receber analgésicos e por não ser submetida à cesárea com maior rapidez	B
ierp	Daí eu tinha contração mas não tinha dilatação... E eles davam soro e eu quase morrendo... Demorou demais, nossa!	A gestante sente dor por muito tempo para esperar o parto normal. Reclama por não receber analgésicos e por não ser submetida à cesárea com maior rapidez	B
ierp	No dia do parto foi muito ruim. Só tinha dois centímetros de dilatação e falaram pra ficar andando até dilatar mais. Depois de oito horas de	A gestante sente dor por muito tempo para esperar o parto normal. Reclama por não receber analgésicos e por não ser submetida à cesárea	B

Discurso gestantes e puérperas PHPN

5 - Momento do Parto

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	sofrimento é que foi nascer... Fiquei onze dias sem andar porque o parto foi malfeito...	com maior rapidez	
ierp	O pré-natal foi aqui até oito meses, depois fui pra Maternidade.... Tive parto normal, naquela cadeira alta... Demorou vinte e quatro horas. Acho que sofri mais do que no primeiro parto, no Central Brasil... Acho que deveria ter sido cesárea... Demorou muito, o nenê ficou roxinho...	A gestante sente dor por muito tempo para esperar o parto normal. Reclama por não receber analgésicos e por não ser submetida à cesárea com maior rapidez	B
ierp	Foi parto normal... A gente sofre demais... Sai em dois dias...	A gestante sente dor por muito tempo para esperar o parto normal. Reclama por não receber analgésicos e por não ser submetida à cesárea com maior rapidez	B
ierp ir.	Quando a bolsa estourou, não estava sentindo dor. Fui para o Hospital a noite. No outro dia tentaram forçar que fosse parto normal, fiquei lá 14 horas. Já não 'tava agüentando mais. Acabaram fazendo cesárea...	A gestante sente dor por muito tempo para esperar o parto normal. Reclama por não receber analgésicos e por não ser submetida à cesárea com maior rapidez	B
ierp	Tem que ir pro hospital ou ter em casa, mas todo mundo fala que eles não cuidam... Eu só passei uma noite, tive parto normal... Acho que é porque é muito cheio o hospital...	Os profissionais de saúde não têm cuidado e nem atenção suficiente com a gestante no momento do parto	C
ierp	O parto não foi bom não, o médico não tinha paciência, o hospital era ruim... Não deu orientação, não falou nada. Foi no São Domingos...	Os profissionais de saúde não têm cuidado e nem atenção suficiente com a gestante no momento do parto.	C
ierp	Meu problema foi no parto, demoraram pra atender... Não gostei do hospital... (São José), faltou revisão...	Os profissionais de saúde não têm cuidado e nem atenção suficiente com a gestante no momento do parto.	C
ierp	No Hospital das Irmãs a mulher é muito maltratada. Ficava sozinha, sofrendo...	Os profissionais de saúde não têm cuidado e nem atenção suficiente com a gestante no momento do parto.	C
ierp b.	O hospital de Base é muito ruim... as enfermeiras só aparecem quando a criança tá nascendo. Aí ela fala para fechar as pernas para chegar até a sala de parto... E é aquele monte, eu tava dividia a cama com duas...	Os profissionais de saúde não têm cuidado e nem atenção suficiente com a gestante no momento do parto.	C

Discurso gestantes e puérperas PHPN

5 - Momento do Parto

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Depois eu vim no planejamento, já pra operar... Pra mim foi bom... Fiquei num quarto com mais seis mulheres e a enfermeira lá toda hora no quarto para ver, pra ouvir o bebê... Foi parto normal...	Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias. Tudo correu bem no parto.	D
ierp	Na hora do parto não teve problema de vaga... A Isadora nasceu em 10/08, parto normal.... Aqui eles só mandam andar, o tempo todo - Andai	Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias. Tudo correu bem no parto.	D
ierp	O atendimento foi bom, sofri um bocadinho... Cheguei às dez da noite e nasceu seis e meia... Tava com minha mãe junto mais a enfermeira...	Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias. Tudo correu bem no parto.	D
ierp	Tive três cesáreas, não tenho dor, o bebê fica atravessado. Na última consulta recebi toda a orientação, a cesárea foi marcada, tudo direitinho.	Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias. Tudo correu bem no parto.	D
ierp -	Eu sofri, mas não tanto como as outras... A enfermeira disse todos os passos do trabalho de parto e o aleitamento, qualquer dúvida tirava com ela ou com a agente... O parto foi normal, fui duas e pouco para o hospital, às três e meia nasceu. Também, fiz tudo o que mandaram fazer...	Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias. Tudo correu bem no parto.	D
ierp	Ele já sabia que ia ser cesárea, marcou o dia, eu fui e deu tudo certo. Entrei de noite e passei duas noites lá (no hospital)...	Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias. Tudo correu bem no parto.	D
ierp	Mas agora o atendimento no hospital melhorou muito, as enfermeiras dão mais atenção, até absorvente eles dão pra mulher..	Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias. Tudo correu bem no parto.	D

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	A consulta de puerpério estava marcada em Anápolis mas não tinha com quem deixar meninos mais velhos, então não fui.	A consulta de puerpério não foi realizada por impossibilidade da gestante	A
ierp	Falaram pra voltar quando ela fizesse um mês e eu voltei... Passei com a médica... ela só perguntou se estava tudo bem...	Só o bebê é importante na consulta após o nascimento.	B
ierp .P	Na consulta ela viu o nenê, explicou o aleitamento, que tinha que amamentar...	Só o bebê é importante na consulta após o nascimento.	B
ierp L.	Foi cesárea, o nenê está com 1 mês e 8 dias... Voltei pra trazer ele pra tomar vacina... Eu não passei mais não.	Só o bebê é importante na consulta após o nascimento.	B
ierp I.L	A enfermeira foi ver ela (nenê)... Não me examinou, só a nenê...	Só o bebê é importante na consulta após o nascimento.	B
ierp	Depois que ganhar venho aqui para mostrar o menino pra enfermeira.	Só o bebê é importante na consulta após o nascimento.	B
ierp I	O médico pede pra vir, e quer saber como tá a mãe e o bebê...	A mãe também é importante na consulta que foi realizada após o parto.	C
ierp I	Voltei pra consulta dele depois de dezessete dias... Também passei.	A mãe também é importante na consulta que foi realizada após o parto.	C
ierp	Depois que o nenê nasceu eles visitaram pra ver ele.... Perguntavam se eu 'tava bem, se 'tava sentindo alguma coisa nos pontos...	A mãe também é importante na consulta que foi realizada após o parto.	C
ierp	No puerpério tive uma febre muito alta... Fiquei onze dias sem andar porque o parto foi malfeito...	Houve necessidade de tratamento da mãe após o parto.	D

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

	Expressões Chave	Idéia Central	
ierp	Depois que nasceu voltei para o planejamento familiar. Trinta dias depois já fiz a laqueadura.	Após o parto, volta para o planejamento familiar.	E
ierp	Quería saber era da laqueadura, mas tenho medo... Aflição de que mexam por dentro... Vou perguntar...	Após o parto, volta para o planejamento familiar.	E
ierp l	Devia ter ido (equipe fazer a visita após nascimento do bebê), mas com tanta gente ganhando, não deu tempo de visitar todo mundo.	Consulta de puerpério deveria ter se realizado, mas não foi por impossibilidade do serviço.	F
ierp l	Acho que devia ir visitar sim, a enfermeira falou que não tinha carro...	Consulta de puerpério deveria ter se realizado, mas não foi por impossibilidade do serviço.	F
ierp i.	A agente (de saúde) ainda não conhece ele não (o bebê)... Elas (equipe de saúde) disseram que não foram visitar porque só tem um carro...	Consulta de puerpério deveria ter se realizado, mas não foi por impossibilidade do serviço.	F

ANEXO 3 – DSC – Relatório Síntese de Idéias Centrais

Relatório Síntese de Idéias Centrais

Discurso gestantes e puérperas PHPN

1 - Chegada ao serviço

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A** - Procurou o serviço público para confirmar sua gestação e foi atendida de acordo com sua expectativa
 - B** - Procurou o serviço público para confirmar a gestação e a resposta foi mais lenta do que o desejado
 - C** - Tinha urgência em saber da gestação, por isso optou por pagar pelo exame
 - D** - Não tinha urgência para fazer o exame de confirmação
 - E** - Demorou para assumir que estava grávida e procurar o atendimento pré-natal
-

Relatório Síntese de Idéias Centrais

Discurso gestantes e puérperas PHPN

2 - Escolha do local do atendimento pré-natal

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A** - Quando não se gosta do médico é necessário procurar alternativa.
 - B** - Necessário escolher o local do pré-natal que assegure o parto
 - C** - Procurou este local porque a família conhece
 - D** - Escolheu o equipamento de saúde porque perdeu o convênio.
 - E** - Escolheu porque veio morar perto do equipamento de saúde.
 - F** - Não tinha escolha
-

Relatório Síntese de Idéias Centrais

Discurso gestantes e puérperas PHPN

3 - Realização de exames

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A** - Não foi fácil conseguir os exames. Conseguiu pelo esforço.
 - B** - Não foi possível fazer os exames pelo serviço público
 - C** - Conseguiu fazer os exames de acordo com a sua expectativa
 - D** - Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público.
Como queria fazer, pagou.
 - E** - Não foi possível conseguir ultra-som pelo serviço público.
Não fez.
-

Relatório Síntese de Idéias Centrais

Discurso gestantes e puérperas PHPN

4 - Escolha do local do parto

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A** - Melhor fazer acertos ou pagar para ter mais segurança na hora do parto
 - B** - Escolha pelo conhecimento da experiência de familiares
 - C** - Não há opção para a escolha do local onde dará a luz.
-

Relatório Síntese de Idéias Centrais

Discurso gestantes e puérperas PHPN

5 - Momento do Parto

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A** - Há falta de vagas nos hospitais e isso traz problemas para a mulher e/ ou para o bebê.
 - B** - A gestante sente dor por muito tempo para esperar o parto normal. Reclama por não receber analgésicos e ser submetida à cesárea com maior rapidez
 - C** - Os profissionais de saúde não têm cuidado e nem atenção suficiente com a gestante no momento do parto
 - D** - Os profissionais de saúde do ambulatório e do hospital foram atenciosos e deram as orientações necessárias: correu bem no parto.
-

Relatório Síntese de Idéias Centrais

Discurso gestantes e puérperas PHPN

6 - Puerpério

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A** - A consulta de puerpério não foi realizada por impossibilidade da gestante
 - B** - Só o bebê é importante na consulta após o nascimento.
 - C** - A mãe também é importante na consulta que foi realizada após o parto.
 - D** - Houve necessidade de tratamento da mãe após o parto.
 - E** - Após o parto, volta para o planejamento familiar.
 - F** - Consulta de puerpério deveria ter se realizado, mas não foi por impossibilidade do serviço.
-