



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Ednir Assis Souza**

**A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE  
A PARTIR DE PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA NO PRÉ-NATAL**

**SALVADOR**  
**2006**

**UFBA  
EE**

**EDNIR ASSIS SOUZA**

*A Construção da Integralidade a partir de Práticas de Equipes de Saúde da Família no Pré-Natal*

**2006**

**Ednir Assis Souza**

**A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE  
A PARTIR DE PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA NO PRÉ-NATAL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração “Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher”.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Sílvia Lúcia Ferreira**

**SALVADOR  
2006**

S729 Souza, Ednir Assis.

A construção da integralidade a partir de práticas de equipes de saúde da família no pré-natal / por Ednir Assis Souza. - 2006.  
82 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Lúcia Ferreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2006.

1. Integralidade. 2. Pré-natal. 3. PSF. I. Ferreira, Sílvia Lúcia,. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU - 614

**Ednir Assis Souza**

**A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE  
A PARTIR DE PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA NO PRÉ-NATAL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.**

**Aprovada em: 31 de agosto de 2006.**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

*A você, minha mãe, por fazer-me  
perceber a importância da busca.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por permitir mais essa trajetória.

Aos meus filhos Paula e Gustavo pelos momentos de compreensão.

Ao meu companheiro Alcides pelo orgulho e estímulo durante a elaboração desta dissertação.

Aos meus irmãos Arodir e Enir pelo apoio e carinho.

Ao meu pai pela inspiração.

À Professora Dra. Silvia Lúcia Ferreira, minha orientadora, pela firmeza na condução da pesquisa, fundamental para o meu crescimento.

Às professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Jenny Araújo, Heloniza Costa e Ester de Sousa Costa pelos ricos encontros, ao longo da minha trajetória profissional.

Marisa Almeida, Mirian Paiva, Edméia Coelho, professoras do GEM, pelo carinho, incentivo e presteza.

Patrícia Figueiredo Marques e Isa Nunes, pelo incentivo e sugestões relevantes a esta pesquisa.

Aos funcionários da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial a Ana Cláudia Duran pela dedicação.

Aos profissionais das equipes de saúde da família que participaram do estudo, pela confiança e disponibilidade.

Aos funcionários das Unidades de Saúde da Família de Itacaranha e Alto de Coutos, por permitirem a realização desta pesquisa em seu espaço.

À equipe técnica da coordenação do PSF da Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio essencial na realização desta pesquisa.

Valmira Coelho e toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde, sempre presentes nos momentos mais difíceis.

Teresa Cervino, minha amiga, pelo apoio e cumplicidade nessa caminhada.

Às minhas amigas Lucineide, Bárbara e Michelle pela nossa convivência.

Carlos Maciel, pelo auxílio nos trabalhos de digitação.

*“[...] se as coisas são inatingíveis[...] ora  
não é motivo para não quere-las/  
Que tristes os caminhos se não fora/  
A presença distante das estrelas”.*

*Mário Quintana*



## RESUMO

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem contemplado diferentes propostas na organização dos serviços de saúde no Brasil. Destaca-se a estratégia do Programa de Saúde da Família – PSF, eleita pelo Ministério da Saúde como capaz de reverter o modelo assistencial vigente. Um dos elementos fundamentais na discussão acerca dos resultados alcançados pela estratégia é a possibilidade de incorporação de novas práticas em saúde, de modo a garantir a integralidade. Este estudo analisa a construção da integralidade a partir de práticas de equipes de saúde da família no pré-natal. A pesquisa foi de natureza qualitativa descritiva. Os sujeitos do estudo foram vinte profissionais de saúde das categorias que compõem a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde: enfermeira, médica, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam no PSF há cinco anos na mesma unidade e equipe. As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada e observação participante. Para análise dos dados utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo que possibilitou a captação da visão dos profissionais acerca das mulheres atendidas, as práticas desenvolvidas e o conceito de integralidade construído a partir dessas práticas. Os resultados demonstraram que com relação às mulheres atendidas, a fragmentação e o reducionismo alicerçado aos papéis de gênero permanecem, as práticas ainda centralizam-se nas questões reprodutivas, desfavorecendo a autonomia das mulheres e os conceitos de integralidade consistem no acesso à rede hierarquizada de serviços de saúde, no atendimento das demandas sociais que interferem na saúde e na oferta de ações contínuas e sistematizadas. O tempo de atuação, o incentivo financeiro e as capacitações a que estes profissionais tiveram acesso, não foram suficientes para garantir a produção de novas práticas na perspectiva da integralidade, garantindo o potencial transformador do PSF.

**Palavras-chaves:** integralidade, pré-natal, Programa de Saúde da Família.

## ABSTRACT

The process of implementation of the Single Health System (SUS) has contemplated different proposals in the organization of health services in Brazil. The strategy of the Family Health Program (PSF), elected by the Department of Health as a strategy able to revert the current assistance model, is highlighted. One of the basic factors in the discussion regarding the results reached by this strategy is the possibility of incorporating new health practices in a way that guarantees its comprehensiveness. This study analyses the construction of this totality starting from the practices of family health teams during prenatal care. The study is of qualitative and descriptive nature. Twenty health professionals were the subjects of the study from the categories that compose the minimum team approved by the Department of Health: nurse, doctor, nursing assistants, and community health agents that have been working in the PSF for five years in the same unit and team. Semi-structured interviews and participant observation were the techniques used for the data collection. For the analysis of the data, the Collective Subject Discourse technique was used. This technique allowed a view regarding the women attended, the practices developed, and the concept of comprehensiveness built from these practices. The results demonstrated that gender inequalities still remain regarding the women attended. The practices are still centralized in the reproductive issues what does not favor the autonomy of women and the concepts of totality consist on the access to hierarchies of services of health, to assist the social demands that interfere in the health and in the offer of continuous and systematized actions. Performance time, financial incentives, and the training programs which these professionals had access to, were not enough to guarantee the production of new practices in the perspective of totality, guaranteeing the transforming potential of the PSF.

**Key words:** totality, prenatal, Family Health Program.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 A CONSTRUÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO</b>	14
2.1 PERSPECTIVAS DO CONCEITO DE INTEGRALIDADE NA SAÚDE	14
2.2 A INTEGRALIDADE E AS PRÁTICAS NA ATENÇÃO À MULHER	16
2.3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS	19
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO</b>	24
3.1 TIPO DE ESTUDO	24
3.2 LOCAL DO ESTUDO	24
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	25
3.4 A APROXIMAÇÃO AO CAMPO E COLETA DE DADOS	27
3.5 AS QUESTÕES ÉTICAS	28
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	29
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	32
4.1 O PERFIL DOS ENTREVISTADOS	32
4.2 QUEM SÃO AS MULHERES ATENDIDAS	35
4.2.1 Discurso A: os papéis das mulheres	35
4.2.2 Discurso B: mulheres e perspectivas de geração e classe	40
4.2.3 Discurso C: as adolescentes e a gravidez	43
4.3 QUAIS AS PRÁTICAS QUE SÃO REALIZADAS NO ATENDIMENTO PRÉ- NATAL	47
4.3.1 Discurso A: a consulta no pré-natal	47
4.3.2 Discurso B: o domicílio como espaço de práticas de saúde	51
4.3.3 Discurso C: práticas de educação em saúde	54
4.4 OS CONCEITOS DE INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL	58
4.4.1 Discurso A: acesso à rede hierarquizada de serviços de saúde	59
4.4.2 Discurso B: atendimento nas demandas sociais que interferem na saúde	62
4.4.3 Discurso C: oferta contínua de ações padronizadas, operacionalizadas através do trabalho em equipe	64

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	68
<b>REFERÊNCIAS</b>	72
<b>APÊNDICE A – Roteiro para Observação Participante</b>	79
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas</b>	80
<b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	81
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	82

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo foi analisar as práticas de saúde no pré-natal, das primeiras equipes de saúde da família, implantadas no Distrito Subúrbio Ferroviário, no município de Salvador e como as mesmas configuram o(s) conceito(s) de integralidade.

A escolha do tema surgiu da convivência com as práticas na saúde coletiva, particularmente no pré-natal, visto que as gestantes são consideradas como um dos grupos populacionais prioritários para a intervenção das equipes de saúde da família. A partir da atuação da pesquisadora no Programa de Saúde da Família (PSF), nesse distrito, por quatro anos, identificaram-se dificuldades enfrentadas ou criadas pelas equipes em incorporar práticas profissionais mais próximas das necessidades de saúde, socialmente determinadas no atendimento às mulheres no pré-natal.

O conceito de prática, utilizado nesta pesquisa, é o de produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus* ou o *habitus* como matriz de percepção, de apreciação e de ação. A ação é compreendida como um elemento cultural que traduz uma certa forma de pensamento de uma dada cultura. Neste sentido, as práticas são estruturadas a partir do *habitus* e frutos de uma série de condições relacionadas ao contexto social, político, econômico e a aspectos da ordem do desejo e da conveniência dos grupos envolvidos (BORDIEU, 1994).

Falar em práticas de saúde implica pensar de que forma e em que espaços essas acontecem. Assim, as unidades de saúde da família assumem papel estratégico na produção de conhecimentos, com novas formas de agir e produzir novas práticas e de construir a integralidade em saúde, aqui entendida como a capacidade de apreender as necessidades da(o)s usuária(o)s, de modo mais amplo, negando atitudes reducionistas e fragmentadas.

Como construção e prática social, a perspectiva da integralidade ganha riqueza e expressão no campo da saúde, na medida em que, essa perspectiva busca superar a abordagem tecnicista, revisando idéias e concepções sobre a saúde.

A integralidade se institucionalizou num contexto específico, de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do movimento de Reforma Sanitária e outros movimentos sociais voltados para grupos específicos, a exemplo do feminista. Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e da Constituição de 1988, constitui-se em um dos princípios do SUS.

A inexistência de uma definição sobre o que seria a integralidade, torna essa expressão polissêmica. Para Matos (2001, p. 44) o primeiro sentido de integralidade relacionava-se com

um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Suas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante dos seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentada. No Brasil, a medicina integral ganhou traços peculiares. O movimento de medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado. Inicialmente associou-se à medicina preventiva, *locus* privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de movimento sanitário.

Nessa perspectiva, o autor considera a integralidade como uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, que representa um sistema ou uma situação considerada desejável, que se difere da utopia, na medida em que, pode tornar-se real num horizonte temporal definido. Assim, as políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional, também configuram conceito de integralidade. Um exemplo desta noção de integralidade está na proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde, influenciado pelos movimentos sociais, com destaque para o feminista.

O PAISM foi anunciado pelo Ministério da Saúde em 1984, sendo concebido como uma nova e diferenciada abordagem para a saúde da mulher. Esta proposta visava modificar o modo de atendimento, cujo enfoque privilegiava as questões relativas à reprodução, ampliando a percepção da mulher como um ser integral e cidadã (OSIS, 1998).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher, apresentado no programa, redimensiona o significado do corpo feminino e expressa uma mudança de posição do Ministério da Saúde, com relação as ações e organização dos serviços de saúde, respondendo à demanda do movimento feminista. Na proposta do PAISM incluem-se a equidade e a integralidade, abordando a saúde da mulher de maneira global e em todas as fases do seu ciclo vital. A mulher assistida deixa de ser vista apenas como reprodutora e o cuidado à saúde é redefinido para além da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Assim, o PAISM se insere no contexto das mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 80, incorporando os conceitos de universalidade e integralidade, oriundas do movimento sanitário e da construção do SUS (COELHO, 2001).

O SUS, com base na constituição de 1988, Lei 8080, Lei 8142, Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS), propõe-se a reduzir a lacuna entre os direitos estabelecidos por lei e a capacidade do Estado em garantir a oferta de serviços públicos (SOUZA, 2002). Todavia, mesmo com instrumentos legais e normativos

para garantir a proposta de um novo paradigma de atenção, o modelo assistencial predominante no país caracteriza-se pela prática “hospitalocêntrica”, individual, com utilização irracional da tecnologia disponível e baixa resolubilidade.

Nesse contexto, a organização dos serviços de saúde segue a lógica das especialidades, da fragmentação, do parcelamento do ser humano e corresponde ao modelo biológico positivista, centrado na doença. Esse modelo tem dado sinais de esgotamento, tanto para o entendimento da manifestação das doenças e do seu comportamento epidemiológico, quanto tem sido insuficiente para determinar medidas terapêuticas eficazes (PIRES, 1999).

Buscando a implementação do modelo de atenção proposto para o SUS, o Ministério da Saúde, em 1994, instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente elevado ao status de estratégia para a consolidação do SUS.

Segundo Souza (2003, p. 201-202):

[...] inserida num contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, abarca princípios que posicionam o Brasil ao lado de países que pautam seus sistemas em valores de solidariedade e de cidadania, como a universalização e adoção do conceito de saúde como direito de todos e dever do estado.

Esta estratégia, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família, é consequência da decisão de substituir as práticas tradicionais por uma nova prática, que privilegia a atenção básica e o estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade.

Na concepção do PSF, no que tange à saúde da mulher, as práticas incorporadas apresentam estreitas inter-relações com algumas bases programáticas do PAISM, ambos objetivando o aumento da cobertura da assistência ao pré-natal, o estímulo ao aleitamento materno, a ampliação da prevenção e controle do câncer do colo do útero, das mamas e das DST's (BRASIL, 2004).

A tentativa de substituição do modelo de atenção à saúde trouxe uma profusão de novas ou renovadas propostas tanto de produção de conhecimentos, como de desenvolvimento de novas formas e organização de serviços, porém, ainda prevalece à convivência de dois modelos de atenção à saúde: o Médico-Assistencial Privatista, hospitalocêntrico, centrado na cura, atendendo à demanda espontânea, dispendioso e pouco resolutivo. O outro, ainda em construção, desloca o foco de atenção do indivíduo para a família.

A mulher, em idade reprodutiva, é colocada como foco de práticas de saúde desenvolvidas e a família, o espaço onde deva (re)produzi-las. Nesse processo, a reprodução

de desigualdades de gênero se faz presente, pois mais uma vez a sobrecarrega, exclui e/ou não estimula os homens a exercerem sua responsabilidade no cuidado, nas questões reprodutivas e no seu direito à saúde (MARQUES, 2001; VILLELA, MONTEIRO, 2005).

No que tange ao atendimento pré-natal, as ações devem ser desenvolvidas de forma integral, considerando o contexto familiar e social, evitando segundo Costa (2000), a visualização da mulher como uma “barriga andante” (grifos da autora).

Assim, atentar para os papéis desempenhados pelos membros da família e/ou residentes do espaço domiciliar é essencial para a resolução de problemas de saúde. As mulheres são identificadas como avaliadoras de serviços de saúde, caracterizadas pelo conhecimento ímpar do cotidiano e pelo fato de serem as principais agentes de saúde do contexto doméstico (BASTOS; SANTANA, et al., 2002). Entretanto, a discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com o trabalho doméstico, além de outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza, expõem de forma diferenciada as mulheres a certas doenças.

Estas reflexões aqui apresentadas servem de suporte à realização deste estudo, que foi norteada pelo seguinte questionamento: como se constrói a noção de integralidade nas práticas de pré-natal das primeiras equipes de saúde da família?

A partir da observação das práticas das equipes de saúde da família, destinadas às mulheres no pré-natal e do discurso dos profissionais das equipes, pretendeu-se apreender os conceitos de integralidade e como esses refletem nas práticas.

**O objeto** desta pesquisa é, portanto, a construção da integralidade a partir de práticas das primeiras equipes de saúde da família no pré-natal e tem como objetivo geral analisar as práticas de equipes de saúde da família no pré-natal e como essas configuram o(s) conceito(s) de integralidade. **Os objetivos específicos** são: (1) descrever como se dão as práticas de equipes de saúde da família no pré-natal; (2) apreender a partir destas práticas, a construção do(s) conceito(s) de integralidade pelos profissionais das equipes de saúde da família; (3) identificar aproximações e/ou distanciamentos da perspectiva da integralidade nas práticas de equipes de saúde da família no pré-natal.



## 2 A CONSTRUÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO

### 2.1 PERSPECTIVAS DO CONCEITO DE INTEGRALIDADE NA SAÚDE

O conceito de integralidade ganha relevância nos estudos atuais das políticas de saúde, pois, além de constituir-se como um dos princípios do SUS, surgiu da necessidade de superação das dicotomias históricas entre o preventivo e o curativo, o individual e o coletivo, expressas no campo da saúde coletiva, decorrente do conflito entre a saúde pública e a assistência médico-hospitalar.

A noção de integralidade, mais do que uma formulação teórica, implica repensar aspectos importantes da organização do trabalho, gestão, planejamento e principalmente da construção de novos saberes e práticas em saúde, buscadas nas necessidades reais de cada indivíduo, o que torna ampla a dimensão do conceito de integralidade. A integralidade tem sido vivenciada no Brasil, em algumas experiências, seja na formulação das políticas de saúde ou nas práticas de alguns serviços. E, apesar de constituir-se como um dos princípios do SUS, sua incorporação às práticas continua sendo um grande desafio.

No PSF, a integralidade das práticas em saúde pode ser entendida como o encontro e a interação dos vários saberes da equipe de saúde no espaço concreto das Unidades de Saúde da Família (USF) e na comunidade, com vistas a qualificar o cuidado. Do contato da(o) usuária(o) com a equipe deve prevalecer o compromisso de se fazer a melhor escuta possível para o atendimento das necessidades de saúde trazidas pela(o)s usuária(o)s. Quando a(o) usuária(o) procura um serviço de saúde está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e cabe à equipe ter a sensibilidade e o preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível (CECÍLIO, 2001).

Para o autor, as necessidades de saúde podem traduzir-se em más condições de vida que a(o) usuária(o) vive ou está vivendo, como o desemprego ou a violência, a procura por um vínculo afetivo ou efetivo com algum profissional; a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou ter acesso a alguma tecnologia que melhore ou prolongue a sua vida. Assim, a busca pela integralidade da atenção no espaço singular da USF e comunidade traduz-se no esforço da equipe em decodificar e atender às necessidades explícitas ou subtendidas, definindo prioridades. O atendimento de cada profissional poderia estar

comprometido com a perspectiva da integralidade, alcançada com trabalho solidário da equipe, com seus múltiplos saberes e práticas.

Entretanto, a integralidade nunca será plena, por melhor que seja a equipe, as(os) trabalhadoras(es) ou por melhor que seja a comunicação entre ela(e)s (CECÍLIO, 2001). Destacar os casos mais complexos e definir necessidades não é tarefa única da equipe de saúde. As necessidades são constituídas por uma luta de influência entre saberes, interesses econômicos, interesses e necessidades da população, a prática política e profissional e a mídia (CAMPOS, 2003). Portanto, as tecnologias disponíveis para melhorar e prolongar a vida, não estão findadas no espaço único das USF.

Cecílio (2001), acrescenta que as práticas de saúde, bem como as várias tecnologias para melhorar e prolongar a vida, estão distribuídas em uma ampla gama de serviços dependendo do momento que vive a(o) usuária(o). A tecnologia de saúde de que necessita pode estar no nível da atenção básica ou em outros níveis de atenção, produtores de procedimentos mais complexos, desenvolvidos em lugares específicos. Essa rede de serviços hierarquizados deve garantir o acesso das(os) usuárias(os). Sem este acesso, não há integralidade possível. Entretanto, a garantia dessa integralidade deve ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não uma batalha individual de cada usuária(o).

É necessário considerar que redes hierarquizadas por níveis de complexidade atendem apenas em parte a questão da integralidade. Os serviços mais complexos de referência são entendidos como lugares de finalização, de atendimento de demandas pontuais, superespecializadas e específicas e, por isso mesmo, no máximo entendem a integralidade como uma boa resposta terapêutica para o serviço que encaminhou a(o)s usuária(o)s.

A lógica da integralidade deve traduzir-se na preocupação de cada profissional, da equipe de cada serviço e estar presente em todos os serviços, deslocando o foco da “atenção primária” como *locus* privilegiado para tal e estender a toda rede de serviços (CECÍLIO, 2001). Portanto, é preciso criar espaço para a escuta das necessidades singulares de saúde e para o desenvolvimento de novas estratégias de qualificação e defesa da vida das(os) usuárias(os), mesmo naqueles serviços pelos quais as(os) usuárias(os) estão apenas de passagem.

A integralidade, também, está configurada em certas políticas específicas, as chamadas políticas especiais. Trata-se de políticas especialmente desenhadas para dar resposta a um determinado problema de saúde ou a problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional (MATOS, 2001). É fato que muitas das respostas governamentais a certos problemas de saúde assumem formas denominadas de programas. Na saúde da mulher, a

elaboração do PAISM, no âmbito do Ministério da Saúde, surgiu de uma densa crítica ao modo como as questões e os problemas de saúde da mulher vinham sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde.

Dessa crítica, alavancada pelo movimento feminista, nasce um ideal de construir políticas voltadas para a assistência à mulher, rompendo com a forma que era considerada anteriormente, parte de uma população-alvo prioritária, a população materno infantil. O movimento feminista travou uma grande luta contra o reducionismo, não aceitando que a saúde da mulher fosse enfocada apenas na perspectiva da maternidade, visto que esta é uma das muitas opções na vida das mulheres. O termo “assistência integral” procurava indicar a ampliação do horizonte no qual os problemas de saúde da mulher deveriam ser pensados.

São inegáveis os avanços na integralidade da assistência produzidos pelo PAISM, mas também são inegáveis seus limites, uma vez que a forma de programa assumido pelo Ministério da Saúde tem limites institucionais e, portanto, formas próprias para organização das práticas (MATOS, 2001).

O PAISM, à época da sua elaboração e implementação, ocupou-se predominantemente com os problemas de saúde da mulher diretamente relacionados à saúde reprodutiva. As especificidades do adoecimento feminino e morte das mulheres, a exemplo das relativas às questões de gênero, não foram abordadas adequadamente, o que é um grande desafio para a construção de uma assistência integral. Há, entretanto, na proposta atual, a incorporação de uma perspectiva de classe, raça, etnia, idade e orientação sexual, não contemplada anteriormente, o que possibilita a inclusão de grupos até então excluídos (BRASIL, 2004).

Entretanto, a integralidade só se traduz nas práticas de saúde, quando se estabelece uma relação sujeito-sujeito, seja, na organização dos serviços ou nos processos de trabalho, determinados pelas políticas públicas.

## 2.2 A INTEGRALIDADE E AS PRÁTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER

A saúde da mulher como prioridade foi introduzida na política brasileira a partir de meados da década de 70, sendo limitada, neste período, às questões relativas à gravidez e ao parto. O Programa Materno-Infantil (PMI) traduzia uma visão reducionista da mulher,

baseado no seu papel social de mãe e doméstica (BRASIL, 2004).

As ações de saúde tinham como estratégia a proteção aos grupos de risco, em especial crianças e gestantes, de forma verticalizada, e sem integração com outros programas. As metas eram definidas no âmbito central, sem considerar as necessidades locais de saúde (COSTA, 1999). Portanto, a atenção à saúde das mulheres restringia-se à sexualidade, de acordo com o padrão de moralidade da época e ao controle das doenças sexualmente transmissíveis, mediante a aplicação de ações educativas que disciplinavam a vida conjugal e sexual, sobretudo das mulheres (MANDÚ, 2002).

O movimento feminista, trouxe importante contribuição para a reorganização das práticas de saúde, a partir da crítica à perspectiva biologicista e fragmentada com que eram vistas as mulheres, que tinham acesso restrito a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de suas vidas (BRASIL, 2004).

No início dos anos 80, o governo respondeu às demandas do movimento de mulheres, em especial o feminista e de alguns setores da sociedade civil organizada, com políticas direcionadas à saúde da mulher. Assim em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo concebido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina (BRASIL, 1984). No PAISM foram incorporadas ações integrais que atendessem à mulher não só no ciclo gravídico-puerperal, mas também na detecção precoce das neoplasias femininas, na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, na contracepção e atenção à esterilidade, além do cuidado à saúde da mulher trabalhadora e das patologias clínicas mais comuns. Segundo o PAISM, Brasil (2004), suas proposições prevêm implementar em âmbito nacional, medidas clínicas e educativas que incluem: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DSTs; estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral; promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições seguras, para mulheres e adolescentes; promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; promover, conjuntamente com o PNI-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina; reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina; implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres, sob o enfoque de gênero; implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério e promover a atenção à saúde da mulher negra, das trabalhadoras do campo, da mulher indígena, das em situação de prisão e

das mulheres no climatério.

O PAISM é, no Brasil, uma das mais importantes políticas públicas na área da saúde, quando estabelece em suas linhas de ação e estratégias um modelo de atenção à saúde, em cujo contexto se incluem a integralidade e a equidade (COSTA; AQUINO, 2000). Em seu documento básico, o PAISM já explicava:

O conceito de assistência integral aqui preconizado envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde no grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde, seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde (BRASIL, 1984, p. 15).

Assim, a integralidade é vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde em seu todo, e não simplesmente, como algo produzido mediante uma soma ou uma articulação bem estruturada de ações (COSTA; AQUINO, 2000).

Os procedimentos de atenção à saúde devem ser aplicados na exata dimensão das necessidades, com o uso de tecnologias apropriadas e simplificadas, sempre adaptadas à capacidade operativa e de resolutividade dos serviços com propostas dinâmicas e abrangentes. Faz-se necessário seguir os contatos dos usuários com serviços, não permitindo contabilização de oportunidades perdidas. A incorporação de conteúdos educativos, especialmente sobre fisiologia, sexualidade, saúde reprodutiva, doenças sexualmente transmissíveis, ginecopatias prevalentes, climatério e informações sobre hábitos, higiene e alimentação, é obrigatória na assistência integral (FORMIGA, 1999).

Em síntese, as orientações e diretrizes do programa atravessam as distintas esferas de organização da assistência à saúde, no âmbito das instituições que integram o sistema de saúde. As mudanças contidas no PAISM derivam do reconhecimento de necessidades de saúde da população feminina que ultrapassam a dimensão procriativa, promovendo a autonomia das mulheres nas decisões concernentes aos seus próprios corpos, à sua saúde e, em especial, às suas práticas contraceptivas (COSTA, 1999). Conseqüentemente, a hierarquização de prioridades deve ser feita considerando as mulheres e seu patrimônio cultural, nos distintos lugares de sua existência com sujeitos sociais, tais como na família, na casa e no trabalho.

O PAISM apresenta especificidades que são corroboradas na proposição do SUS. Entretanto, o Ministério da Saúde ao avaliar os estágios de implementação do PAISM, aponta para as dificuldades políticas, técnicas e administrativas enfrentadas pela maioria dos

municípios, no desenvolvimento dessas ações (BRASIL, 2004).

Para o enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Esta define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios. Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a responsabilidade em garantir ações básicas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de média e alta complexidade, prevê a conformação da rede de referência e contra-referência (BRASIL, 2001; COELHO, 2003).

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correia e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção) (BRASIL, 2003). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificulta a atenção sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher.

Na perspectiva atual de reorganização dos serviços, cuja estratégia é o PSF, são incluídas propostas e atividades que compõem a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. No que tange às ações voltadas para as mulheres, existem ainda vários impasses e desafios que precisam ser superados, a exemplo: o entendimento dos direitos sexuais e reprodutivos como uma conquista das mulheres, aqui incluindo-se a participação e responsabilidade masculina no processo reprodutivo. Um outro desafio será a necessidade de compatibilizar alguns princípios da Reforma Sanitária com a proposta de saúde integral das mulheres, amplamente defendida pelo movimento feminista (MARQUES, 2001; VILLELA, MONTEIRO, 2005).

### 2.3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

O Programa de Saúde da Família representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas

relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e comunidades.

A família constitui objeto de atenção das equipes e desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros (SERAPIONI, 2005). As ações voltadas para a mesma não podem ser desenvolvidas nem apreciadas como se fosse uma unidade estática ou reativa. De acordo com Trad (1999, p. 104), “a compreensão de que se constitui em um ator participativo na execução ou não do cuidado em saúde com ações próprias é fator indispensável no processo de intervenção promovido pela(o)s profissionais da saúde”.

A implantação do PSF é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado, por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto social e seria possível o desenvolvimento de novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente aprovadas (BRASIL, 2000).

A população a ser atendida dentro dessa nova perspectiva, deve ser definida por critérios e recomendações previamente estabelecidos. Cada equipe de saúde da família teria que acompanhar de 600 a 1000 famílias de modo a não ultrapassar 4500 pessoas. Tal proporção é estipulada conforme o risco que a região representa à saúde da comunidade, onde a população atendida seja menor para as áreas de maior risco epidemiológico. Esse número determinado de pessoas, numa mesma área, corresponde à população adscrita.

Para a operacionalização do PSF, o Ministério da Saúde propõe que as equipes sejam formadas por no mínimo, 1 médica(o), 1 enfermeira(o), 1 auxiliar de enfermagem, 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde, com dedicação exclusiva, regime de trabalho de oito horas diárias, todos os dias da semana. Desse modo, busca-se estabelecer maior vínculo com as (os) usuárias(os), conhecendo o local onde residem, as pessoas com quem convivem, sua história de vida e de saúde (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF prioriza ações de proteção e promoção da saúde e se propõe a realizar vigilância à saúde, em território definido, com clientela adscrita, numa perspectiva multiprofissional, permitindo a atenção à saúde dos indivíduos e família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Também, constitui atribuição das equipes de PSF o conhecimento da realidade local, a identificação de problemas de sua área de abrangência e a elaboração do planejamento local. O planejamento das ações consiste na capacidade de diagnosticar a realidade local, a partir do conhecimento dos determinantes das condições de saúde, estabelecer prioridades e traçar estratégias para

superação dos problemas.

A execução das ações tem como proposta a lógica da vigilância à saúde, sendo a epidemiologia a disciplina norteadora. Entretanto, as ações de vigilância à saúde organizam-se em três áreas: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância sobre o meio ambiente. São áreas regulamentadas, onde o agir dos profissionais é baseado em leis, decretos e portarias. Portanto, o princípio da autoridade sanitária prevalece, embora, não seja suficiente para a resolução dos problemas de saúde (CAMPOS, 2003). É necessário compartilhar ações de saúde de maneira intersetorial, com participação da comunidade, fomentando a atuação de sujeitos capazes de elaborar e operacionalizar seus próprios projetos.

A vigilância à saúde tem sido proposta como referência na reorientação do modelo de atenção e como estratégia de inclusão de novas propostas, sejam elas voltadas para a estruturação de organização dos seus âmbitos sistêmicos ou para a formação de novos sujeitos sociais. Incorpora a necessidade de um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, além do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Nesse aspecto, o PSF vem ganhando destaque pelo seu potencial transformador, ao tempo em que vem levantando críticas. Autores como Franco e Merhy (1999), consideram que em sentido contrário às diretrizes do SUS, programas que envolvam ações curativas de baixa complexidade e ações voltadas para grupos populacionais específicos, estão sendo priorizados no processo de reorganização da atenção básica. Esses programas, incluído o PSF, são caracterizados como pacotes para populações pobres e representam a racionalização dos custos do Estado com a saúde pública, a partir da focalização da assistência em grupos populacionais de risco, conforme as agendas internacionais neoliberais.

O PSF apesar de estar sendo considerado pelo governo federal como uma estratégia para a reorganização da atenção básica e de mudanças do modelo assistencial hegemônico, na visão de PAIM (1999), pode limitar o acesso da população a uma assistência pública de qualidade, na medida em que prioriza áreas de riscos, com ações de prevenção de riscos e agravos, baseadas em baixa incorporação tecnológica, simplificando a atenção à saúde, traduzindo-se em um sistema de saúde para pobres.

O modelo de atenção à saúde centrado na doença, mesmo que perturbado em sua hegemonia, ainda orienta as práticas. Quando o SUS traz à tona as falhas deste modelo e propõe novas formas de conceber os problemas de saúde e busca soluções, não invalida a biologia ou substitui as atuais teorias sobre os fenômenos biológicos, mas aponta para os limites explicativos dessas teorias e sua insuficiência, quando tomadas como base capaz de organizar as respostas que se pretende dar aos fenômenos e sua expressão mais social



(SCHERER, 2005).

A cultura das instituições setoriais e da sociedade, a formação dos profissionais e o processo de trabalho continuam reforçando as práticas do modelo hegemônico. O modelo SUS, em implantação, no qual o PSF constitui a dimensão operacional, pode ser entendido como um paradigma revolucionário. Entretanto, os saberes e as práticas destes dois modelos, desenvolvidos no mesmo espaço e tempo, encontram-se em forte confronto.

Cecílio (2001, p. 125) afirma que há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, e diferentes necessidades de construção da autonomia. A busca da integralidade, se levada às últimas conseqüências, revelaria as diferentes iniquidades vividas por cada um que busca o serviço de saúde.

As diversas apropriações da noção de integralidade ilustram a falta de consenso em torno deste tema. No momento da formulação do PAISM, a proposta de integralidade estava relacionada à reivindicação de cidadania para mulheres. No entendimento dos diferentes gestores, responsáveis pela construção do SUS, a noção de integralidade confundiu-se, em certa medida, com o desafio de promover acesso universal da população ao sistema de saúde. Busca-se ao menos garantir a todas as pessoas os cuidados básicos de saúde, na perspectiva de uma integralidade horizontalizada (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Nesse contexto, o PSF é um exemplo desse modo de conceber a integralidade, pois, apesar de ampliar o leque de ofertas de serviços de saúde, para aumento da cobertura, ainda mantém o foco sobre determinadas ações. A autora acrescenta que, no caso da atenção à saúde das mulheres, o PSF volta-se para ações dirigidas ao pré-natal, parto e puerpério, ficando a dúvida se este retorno à perspectiva reprodutiva é necessário e essencial ao bom funcionamento do Programa, ou reflete a persistência de uma visão biologicista e fragmentada.

A perspectiva de saúde da família, mesmo considerando as complexas relações do espaço domiciliar, coloca a mulher (em idade fértil) como foco das práticas de saúde e única responsável pela prevenção e manutenção da saúde dos demais membros da família, reproduzindo as desigualdades de gênero, pois além da sobrecarga não estimula os homens a exercerem sua participação e responsabilidade (MARQUES, 2001; VILLELA, MONTEIRO, 2005).

Os estudos no campo da saúde têm como foco de atenção a realização de estudos macroinstitucionais Almeida (1995); Buss e Labra (1995); Gershman e Viana (1997) voltados para o exame da política setorial em termos de dijunções e oposições, como público versus

privado ou centralização versus descentralização.

Em que pese os estudos aqui citados que buscaram desvendar a relação da população com os serviços de saúde, no que concerne aos efeitos de uma política de saúde em situação microinstitucional relacionados, sobretudo à saúde das mulheres, há necessidade de aprofundar aspectos relativos à integralidade e sua repercussão nas práticas.

A contextualização aqui apresentada do objeto de estudo – a construção da integralidade a partir de práticas das equipes de saúde da família no pré-natal demonstram que o conceito é polissêmico. Desde a elaboração do PAISM, o termo integralidade, vem sendo colocado como base para as práticas, refletindo a necessidade de ampliação da visão dos profissionais de saúde sobre as mulheres atendidas.

O PSF incorpora de forma insuperável, a necessidade de novas práticas, supondo, para o seu sucesso, um olhar integral. Para os profissionais significa renunciar a um papel específico, especializado para compartilhar saberes, num exercício contínuo de trabalho em equipe. Outros desafios dizem respeito à constante necessidade de atualização das equipes, às formas de contratação e de remuneração dos profissionais.

Neste contexto, as primeiras equipes de saúde da família implantadas no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, de Salvador-Ba, em 2000, diferem das demais, não só pela forma de contratação, mas sobretudo, pelo tempo de atuação dos profissionais nas áreas adscritas, possibilitando maior incorporação dos postulados do PSF, dos princípios e diretrizes do SUS, além do estreitamento da relação entre secretaria municipal, profissionais e comunidade.

Outra característica que difere as primeiras ESF, implantadas em 2000, no município de Salvador em relação as demais equipes, diz respeito ao processo de educação e capacitação a que essas tiveram acesso ao longo do período de atuação. Assim, a fixação de um local de trabalho, os salários diferenciados e o processo de educação desenvolvido junto a estas equipes, eliminaria teoricamente alguns dos aspectos possíveis de intervir negativamente na construção de uma perspectiva de integralidade, no desenvolvimento das práticas de saúde, ou seja, dadas as condições estruturais mínimas para o desenvolvimento de um trabalho em equipe, supõe-se que estariam eliminados um conjunto de fatores que dificultam ou impedem o desenvolvimento de práticas diferenciadas.

Este estudo busca, portanto, apreender o(s) conceito(s) de integralidade que são construídos por estas equipes, tomando-se como ponto privilegiado de análise, as práticas desenvolvidas na assistência às gestantes.

## 3 CAMINHO METODOLÓGICO

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo exploratório, a partir de uma abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios buscam desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos, obtendo descrições tanto quantitativas como qualitativas do objeto de estudo (LAKATOS; MARCONI, 1990, p. 77).

A abordagem qualitativa, neste estudo, apresentou-se como apropriada para compreender a construção de conhecimento, as contradições e as possíveis conexões existentes entre os elementos que constituem o fenômeno. Spink (1999, p. 43) coloca que “la búsqueda queda de elementos comunes pone en evidencia el carácter de la investigación como proceso - em uma aceptación plena del dinamismo, la historicidad y la contextualidad implícita de nuestro conocimiento sobre el punto”.

A pesquisa exploratória enfatiza a descoberta de práticas ou de diretrizes que precisam modificar-se e a elaboração de alternativas que possam ser substituídas.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família, localizadas no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, em Salvador-Bahia, local escolhido pela Secretaria Municipal de Saúde para início da estratégia.

Objetivando implementar novas práticas sanitárias já iniciadas no PACS desde outubro de 1998, o município de Salvador priorizou a implantação do PSF em 2000, visando maior impacto sobre a saúde da população e o aprofundamento dos laços de compromisso e co-responsabilidade entre secretaria municipal, profissionais de saúde e população.

Entre os doze distritos sanitários existentes em Salvador identificou-se inicialmente o Subúrbio Ferroviário para o desenvolvimento da primeira fase do PSF. A escolha deu-se pela situação de saúde e perfil epidemiológico da população que apresentava problemas típicos de

regiões urbano-industriais, como as doenças cardio-vasculares, características de situações de pobreza, doenças infecto parasitárias, desnutrição, leptospirose, cólera e dengue. Outro critério fundamental que norteou a escolha pelo Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário foi o risco social, representado pelos altos índices de criminalidade, violência doméstica, desemprego e outros, expondo a população a maior risco de adoecer e morrer (SALVADOR, 2001).

O Subúrbio Ferroviário limita-se ao norte com o bairro de Itapagipe e ao sul com o bairro de São Caetano, possui uma população de aproximadamente 390.000 habitantes, distribuída em 47 bairros, muitos deles formados pelo processo de ocupação desordenada, sem infra-estrutura, por vezes em áreas de risco, encostas, fundo de vales ou áreas de maré. Conta com 16 Unidades de Saúde da Família, totalizando 52 equipes (SALVADOR, 2005).

Selecionamos duas unidades, nas quais encontramos os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. As Unidades “X” e “Y” eram Unidades Básicas de Saúde, que foram adaptadas para Unidades de Saúde da Família. A primeira, com espaço físico restrito, abrigando quatro equipes. A segunda, com espaço maior, abrigando três equipes, ambas consonantes com o estudo territorial e populacional, anteriormente desenvolvido pela SMS.

A inauguração dessas novas unidades ocorreu em outubro de 2000, se configurou um ato político significativo para a Prefeitura Municipal de Salvador, pois era compatível com a proposta de reorganização da atenção básica, abarcada pelo município e afinada com os princípios do SUS e conforme o Plano Municipal de Saúde 1998/2001. Este plano optou pela implantação de um modelo estruturante da atenção primária à saúde, através do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), em todos os distritos sanitários e do PSF, em áreas consideradas prioritárias.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com três das primeiras Equipes de Saúde da Família implantadas no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, em Salvador-Bahia. A escolha obedeceu aos critérios de inclusão dos sujeitos: pertencer a mesma unidade e equipe desde o ano de 2000 e não ter se afastado do trabalho para curso ou outra atividade, por no máximo 6 meses e ter representantes de todas as categorias profissionais que fazem parte da equipe, ou seja, médica, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Profissionais de diferentes categorias compuseram o cenário deste estudo, atendendo aos critérios de inclusão dos sujeitos, respectivamente, 9 agentes comunitários de saúde; 3 enfermeiras; 3 médicas e 5 auxiliares de enfermagem, totalizando 20 participantes. Estas categorias profissionais correspondem à formação da equipe mínima de PSF, conforme determina o Ministério da Saúde, ou seja, cada equipe esteve representada por 3 ACS, 1 enfermeira, 1 médica e 2 auxiliares de enfermagem.

A auxiliar de enfermagem pertencente a equipe 1, não participou do estudo, por estar afastada das suas atividades, por licença médica.

O processo de contratação dos profissionais que compõem as primeiras equipes de saúde da família, no município de Salvador, contou com algumas especificidades. Inicialmente, foram abertas vagas para compor quinze equipes, entretanto devido à não adesão do profissional médico, formaram-se onze equipes, que iniciaram suas atividades em outubro de 2000, nas unidades de Itacaranha, Alto do Cruzeiro e Alto de Coutos. Em dezembro do mesmo ano, foram selecionadas mais quatro equipes para a unidade de Beira Mangue, totalizando as 15 equipes, anteriormente previstas.

A seleção foi interna, contemplando apenas servidores do município ou demais funcionários públicos que estivessem atuando na rede básica. Portanto, para a contratação era obrigatório estar vinculado à Secretaria Municipal, Secretaria Estadual ou Ministério da Saúde e ter disponibilidade para cumprir as quarenta horas semanais. No que concerne à remuneração, foi calculada a complementação salarial, a partir dos salários base e repassada aos trabalhadores por uma Fundação sem fins lucrativos (SALVADOR, 2001).

Em março de 2002, esses profissionais selecionados alteraram a forma de contratação, passando a ter dois vínculos empregatícios: um público (municipal, estadual ou federal) e um privado, com a empresa vencedora do processo licitatório. A jornada de trabalho de quarenta horas semanais foi mantida.

A partir desta data, o município reviu a sua forma de contratação, promovendo seleção pública, com jornada de 40 horas semanais, mas não permitindo a dupla vinculação, aos demais profissionais a serem contratados. Esta nova relação trabalhista acarretou a rotatividade de profissionais experienciada por outros municípios brasileiros. O contrário ocorreu com profissionais de duplo vínculo, que permanecem atuando nas mesmas unidades desde 2000.

Assim, os sujeitos que compuseram o estudo apresentam particularidades no que tange ao incentivo financeiro, bem como tempo de atuação, suficientes para desenvolvimento das capacitações pertinentes e estreitamento das relações entre profissionais e as mulheres

atendidas, com conseqüentes repercussões nas práticas.

### 3.4 A APROXIMAÇÃO AO CAMPO E COLETA DE DADOS

A etapa inicial correspondeu à aproximação da pesquisadora ao campo, por meio de conversas com os profissionais e participação em reuniões com as Comissões Gerenciais das respectivas Unidades. Nessa primeira aproximação, apresentamos os objetivos do estudo, estabelecendo a articulação necessária para os trâmites formais. Obtida a autorização para a pesquisa, através do Comitê de Ética em Pesquisa, da Secretaria Estadual de Saúde, conforme a Resolução 196/96, estabelecemos junto aos profissionais um cronograma de realização das entrevistas e da observação participante. Em momento algum identificamos qualquer restrição à nossa presença.

As técnicas de coleta de dados foram: a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Inicialmente, foram pesquisados documentos, tais como os manuais elaborados pelo Ministério da Saúde, nos quais buscamos identificar e descrever as práticas de equipes de saúde da família no pré-natal.

Em seguida foi realizada a observação participante que iniciou o processo de aproximação com os sujeitos. Esta técnica permite o “contato direto do investigador com o fenômeno observado e pode visar uma descrição da situação, dos sujeitos, do local, do tempo, das ações e suas significações, dos conflitos, das relações interpessoais e sociais, das atitudes e comportamentos diante da realidade” (LEOPARDI, 2001, p. 195). O registro das observações das práticas desenvolvidas intra e extra unidade de saúde foi feito em diário de campo, sendo a coleta realizada no período de dezembro/05 a março/06, utilizando-se um roteiro semi-estruturado (Apêndice 1).

Houve adequação da técnica ao objeto e aos objetivos da pesquisa, visto que possibilitou à pesquisadora captar suas impressões com a atenção voltada para a forma como ocorrem as práticas e como os profissionais envolvidos constroem o conceito de integralidade.

Os espaços de observação constituíram-se de: domicílios, consultórios, sala de espera e espaços comunitários, tendo-se atenção para que os períodos estabelecidos pudessem representar as diferentes práticas e as diversas categorias profissionais.

As entrevistas semi-estruturadas foram desenvolvidas após a observação, possibilitando a obtenção das informações diretamente com os profissionais no cenário da

investigação, ouvindo-os e vendo-os falar sobre o objeto do estudo. Para Leopardi (2001, p. 203), “a entrevista tem a vantagem essencial de que são os mesmos atores sociais que proporcionam os dados relativos a suas condutas, opiniões, desejos e expectativas, coisa que, pela sua própria natureza, é impossível obter fora”.

O roteiro de entrevista foi composto de duas partes. A primeira, correspondeu a identificação e dados funcionais das (os) profissionais entrevistadas(os). A segunda, as questões referentes às práticas destinadas às mulheres no pré-natal (Apêndice 2). Após aplicação do instrumento piloto para validação do conteúdo e adequação da linguagem, o roteiro foi ajustado para prosseguimento da coleta. O agendamento das entrevistas foi realizado conforme disponibilidade da equipe.

As entrevistas ocorreram em diferentes espaços, considerando as especificidades das atividades preconizadas para a estratégia PSF, garantindo liberdade e privacidade a(o)s entrevistada(o)s e utilizando o gravador após a autorização dos profissionais. A duração média das entrevistas foi de 30 minutos.

Durante a análise, foi necessário o retorno ao campo para a realização de entrevistas em profundidade, esclarecendo aspectos que não ficaram claros nas entrevistas iniciais. Essas outras foram realizadas com alguns profissionais de uma equipe, respectivamente, médica, enfermeira e duas agentes comunitárias de saúde.

### 3.5 AS QUESTÕES ÉTICAS

Considerando os aspectos éticos e valendo-se do entendimento de que a ética na pesquisa em saúde envolve o compromisso com a instituição, as pessoas que a integram e aquelas que são assistidas pela mesma, o projeto desta investigação foi registrado no SISNEP (Sistema de Nacional de Ética na Pesquisa), encaminhado para a Comissão de Ética em Pesquisa correspondente e em seguida para a Secretária Municipal de Saúde de Salvador, a fim de prestar informações e obter autorização de acesso às informações necessárias para desenvolvê-la.

Desta forma, em todas as etapas do estudo foram consideradas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, com destaque para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em relação a este, Goldim (2000, p. 82) realça que “se constitui num processo o qual visa, fundamentalmente, resguardar às pessoas. Isto se

dá através do reconhecimento da autonomia de cada indivíduo, garantindo a sua livre escolha após ter sido convenientemente esclarecido sobre as alternativas disponíveis”. Assim, as entrevistas foram gravadas após autorização da(o)s depoentes, a(o)s quais receberam um termo de consentimento informado, no qual os objetivos da pesquisa foram esclarecidos, garantindo-se também o anonimato e a liberdade de retirar-se no processo sem prejuízo próprio, conforme determina a Resolução 196/96, sobre pesquisa com seres humanos.

### 3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise das entrevistas utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando num só discurso síntese, vários discursos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas, como respostas a perguntas abertas (LEFÉVRE; LÉFEVRE, 2005).

Para o autor, trata-se de uma técnica que vem sendo proposta como forma de privilegiar o discurso resultante dos depoimentos das pessoas, entendidas como um conjunto de indivíduos, que, situados numa dada posição de campo, são identificados como uma categoria.

No DSC, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir com pedaços de discursos individuais, como um quebra-cabeça, tantos discursos síntese quantos se julguem necessário para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno (LEFÉVRE; LÉFEVRE; TEIXEIRA, 2000, p. 19).

Para a obtenção do DSC, torna-se necessário o cumprimento das seguintes etapas: leitura exaustiva das entrevistas; identificação da idéia central das falas; atribuição de expressões-chave para identificar as idéias centrais; agrupamento das expressões por aproximação de significados; nova identificação da idéia central; organização das falas e análise do discurso (NUNES, 2005).

A autora complementa que essa técnica de análise e interpretação do DSC requer, como condição prévia, a utilização de quatro figuras metodológicas: expressões-chave; idéias centrais; ancoragem e o discurso do sujeito coletivo (DSC). De acordo com Lefevre e Lefevre (2005) e Nunes (2005), esses conceitos, também chamados de operadores do DSC, podem ser assim definidos:



Expressões-chave (ECH) - são pedaços, trechos do discurso que devem ser destacados pelo(a) pesquisador(a) e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente.

Idéias centrais (IC) - são nomes ou expressões que revelam, descrevem e nomeiam, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente ao DSC.

Ancoragens (AC) - são afirmações genéricas utilizadas pelos depoentes para “enquadrar” situações particulares. É a expressão que o autor do discurso professa e que está embutido no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

O discurso do sujeito coletivo (DSC) é a reunião, numa síntese homogênea, de expressões-chave, que têm a mesma idéia central ou ancoragem.

A construção do DSC requer o uso das palavras, de maneira que um conjunto de expressões-chave selecionadas se transforme num discurso. Para Nunes (2005), torna-se necessário dar uma ordem temporal como se contássemos uma história, ir do geral para o particular, iniciar com afirmações mais gerais e ir detalhando ao longo do discurso, inserir conectivos no interior dos parágrafos para fazer ligações entre frases e estabelecer relações, inserir signos de pontuação, suprimir repetições de termos e expressões, substituindo-as por sinônimos ou equivalentes e suprimir identificadores muito particulares, como idade, sexo, detalhes e histórias particulares.

Os discursos expressam a realidade, uma vez que o pensamento e a linguagem, indissociáveis, expressam as formações ideológicas de uma pessoa, através de suas formações discursivas. Suas crenças e valores, sua visão de mundo podem ser apreendidos em um texto que reflita um discurso, considerando que enquanto o discurso é a materialização das formações ideológicas e por isso, determinado por elas, o texto é unicamente o local de manipulação consciente, em que se organizam da melhor maneira possível, os elementos de expressão disponíveis. O texto é, pois, individual, enquanto o discurso é social (FIORIN, 1998, p. 41).

Os registros das observações participantes foram utilizados de forma complementar, relacionando os registros sobre o observado com as práticas desenvolvidas e as perspectivas da integralidade.

A análise e discussão dos resultados a seguir, apresentam, inicialmente, os sujeitos entrevistados construindo-se um perfil a partir das características sócio-demográficas.

Os discursos do sujeito coletivo (DSC) foram construídos a partir de três perspectivas: a) quem são as mulheres atendidas (três discursos); b) quais as práticas que são realizadas no

pré-natal (três discursos) e c) os conceitos de integralidade no atendimento pré-natal.

Nas considerações finais, tenta-se resgatar as idéias centrais destes eixos de análises e a partir dos conceitos de integralidade apreendidos, relacioná-los com a premissa deste estudo: a de que, as primeiras equipes do PSF, implantadas no município de Salvador, em 2000 possuem mais elementos favoráveis para o desenvolvimento de práticas de saúde diferenciadas, associando perspectivas de integralidade.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 O PERFIL DOS ENTREVISTADOS

A discussão das características sócio-demográficas dos componentes das equipes estudadas torna-se importante, visto que os sujeitos envolvidos possuem especificidades que os diferenciam dos membros de outras equipes, do ponto de vista do tempo de atuação, acesso a capacitações e vantagens financeiras, fatores que poderiam favorecer a integralidade.

**Quadro 1.** Distribuição dos sujeitos segundo perfil pessoal e funcional. Unidade de Saúde da Família “X” e “Y”. Salvador-Ba, 2006.

	Categoria	Equipe que pertence	Sexo	Cor auto-referida	Idade	Estado Civil	Religião	Filhos Sim ou não	Capacitação nos últimos 2 anos
1	Aux.	02	Fem.	Parda	55	Cas.	Católica	Sim	Triagem neonatal
2	Enfª	02	Fem.	Branca	45	Separ..	Cat.	Sim	Hipertensão e diabetes
3	Médica	02	Fem	Branca	51	Solt.	Católica	Não	Hipertensão e diabetes
4	ACS	02	Fem.	Preta	28	Cas.	Católica	Sim	Planej. Familiar, Hipertensão e diabetes
5	ACS	02	Fem.	Negra	35	Cas.	ñ tem	Sim	Planej. Familiar, Hipertensão e diabetes
6	ACS	02	Fem.	Parda	35	Solt.	ñ tem	Não	Planej. Familiar, Hipertensão e diabetes
7	Aux.	02	Fem.	Parda	43	Solt.	Católica	Não	Triagem neonatal
8	ACS	01	Fem.	Parda	44	Divor.	Católica	Sim	Imunização, Hipertensão e diabetes, pré-natal
9	ACS	01	Fem.	Negra	27	Solt.	Católica	Sim	Imunização, Hipertensão e diabetes, pré-natal
10	ACS	01	Fem.	Parda	30	Solt.	Católica	Não	Imunização, Hipertensão e diabetes, pré-natal
11	Enfª	01	Fem.	Parda	35	Cas.	Espírita	não	Hipertensão e diabetes
12	Médica	01	Fem.	Parda	45	Cas.	Católica	Sim	Hipertensão e diabetes
13	Aux.	01	Fem.	Negra	59	Cas.	Católica	Sim	Triagem neonatal
14	Aux.	03	Fem.	Parda	66	Cas.	Católica	Sim	Tuberculose
15	Enfª	03	Fem.	Parda	52	Cas.	Católica	Sim	Hipertensão e diabetes
16	ACS	03	Fem.	Parda	37	Cas.	Católica	Sim	Pré-natal, P.Familiar e Imunização
17	ACS	03	Mas.	Parda	24	Solt.	Católica	Sim	Hipertensão e diabetes
18	ACS	03	Fem.	Negra	47	Divor.	Católica	Sim	Pré-natal, P. Familiar e Imunização
19	Aux.	03	Fem.	Negra	59	Cas.	Católica	Sim	Tuberculose
20	Médica	03	Fem.	Parda	56	Divor.	Católica	Sim	Hipertensão e diabetes

**Fonte:** Coleta de dados – Salvador-Ba/ 2006.

A média de idade dos sujeitos do estudo foi de 30 anos, com profissionais na faixa etária de 24 a 66 anos, portanto o grupo se diferenciou em relação ao caráter geracional, apesar de este fato não alterar a composição dos discursos obtidos.

Houve predomínio de mulheres, correspondendo a 99%, enquanto os homens representaram 1% do total. É possível justificar a atração das mulheres por profissões da área social e da saúde, considerando as análises de padrões culturais relacionadas às demandas femininas em saúde, saberes e auto-cuidado, têm demonstrado que as mulheres, por força da socialização diferenciada, tornam-se mais afeitas à identificação de problemas de saúde e se auto-cuidar (NASCIMENTO; FERREIRA, 1999). As autoras afirmam: dentre as ocupações onde o trabalho feminino se expandiu, destacamos aquelas que compõem a equipe de profissionais de saúde, com ênfase para médicas e as categorias de enfermagem, predominantemente feminina, cujas relações de trabalho mostram-se assimétricas, seja entre si ou entre estes e as clientes (p. 33).

A pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2000), que analisa o perfil de médicos e enfermeiros do PSF, no Brasil, constata nos dados relativos à distribuição dos profissionais, segundo o sexo, que o programa absorve mais mulheres em suas equipes de trabalho, tanto em relação aos médicos, considerando a profissão como eminentemente masculina, quanto em relação às enfermeiras, não fugindo a caracterização peculiar da profissão.

No tocante ao estado civil, notou-se que 50% dos participantes são casada(o)s, 30% são solteira(o)s e 20% são divorciada(o)s ou separada(o)s.

Houve expressiva maioria de católica(o)s, correspondendo a 85% dos entrevistados, 10% declararam-se sem religião e 5% declararam-se espíritas.

Para Scavone (2005), a naturalização das habilidades socialmente construídas - a dedicação das mulheres aos cuidados de saúde, o fato de reunirem tanto o afeto quanto à competência no tratamento da(o)s doentes, podem ser elementos importantes na efetivação das políticas públicas, mas por outro lado, podem significar uma sobrecarga de trabalho às mulheres, impedindo-as de se realizarem em outras esferas do social.

No caso específico do PSF, divulgado pelo Ministério da Saúde como principal estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no País e como o conceito de estratégia diz respeito à forma como a política é implementada, gênero se constitui em uma das questões primordiais, estando associado às questões de classe e raça.

De um lado temos as mulheres com um cuidar/saber/poder constituído historicamente no campo da saúde, de outro lado temos a sociedade atribuindo-lhes uma função decorrente desse saber. A grande questão é conceber uma política de saúde que não negue esse cenário,

mas ao mesmo tempo busque incluir os homens, sensibilizando-os para a realização dos cuidados (SCAVONE, 2005).

No que tange à cor auto-referida, 30% consideram-se negra(o)s, 10% branca(o)s e 60% parda(o)s. Encontramos maioria de negra(o)s e parda(o)s entre os auxiliares de enfermagem e a(o)s agentes comunitária(o)s de saúde.

Observa-se que 70% da(o)s entrevistada(o)s têm filhos, demonstrando que a maioria, já vivenciou de algum modo, o processo da maternidade, podendo a partir dessa experiência pessoal, produzir melhoria no cuidado, devido ao processo de identificação.

Nas relações de gênero há o que nos une e o que nos separa não por perversidade, mas porque temos privilégios (...) há sempre uns que sofrem mais do que os outros e sofrem porque são vários os sistemas de opressão e exploração que se entrelaçam (CASTRO, 1998, p. 40). As relações que se dão no interior dos serviços de saúde e em outros espaços, ocorrem num determinado contexto e ainda que sejam sentidas nas experiências diretas, individualizadas, não se findam, pois são parte de um sistema maior.

É a convivência dos profissionais de saúde com a população adscrita pelo PSF que favorece a percepção de solidariedade. Mesmo que esses profissionais reconheçam a importância do pertencimento, ao realizarem os atendimentos, aflora a criação de uma distância percebida como necessária para o desempenho adequado da própria profissão de cuidar da saúde dos outros.

Em relação a capacitação das equipes nos últimos dois anos, houve um predomínio do tema Hipertensão e Diabetes, entre as profissionais médicas e enfermeiras, refletindo o foco da atenção em problemas de saúde considerados, sob o ponto de vista da epidemiologia, relevantes. O PSF propõe no seu elenco de prioridades a educação permanente, ficando a cargo dos profissionais graduados a multiplicação dos conhecimentos, uma vez que a(o)s auxiliares de enfermagem têm papel estratégico na manutenção dos serviços ofertados tradicionalmente nas Unidades Básicas e mantidos nas Unidades de Saúde da Família.

Identifica-se também que as capacitações relativas ao pré-natal, concentram-se entre os agentes comunitários de saúde, caracterizando o processo de educação permanente sob a responsabilidade de profissionais mais graduados e desenvolvido nos espaços internos das equipes.

É característico do trabalho das equipes desenvolver capacitações, conforme o planejamento interno. A formação profissional almeja construir coletivamente as condições para a constituição de sujeitos individuais e políticos capazes de realizar escolhas éticas, políticas e técnicas no seu cotidiano profissional.

No âmbito da atenção à saúde da mulher, as capacitações têm como proposta, traduzir novas práticas, desenvolvidas a partir de uma visão ampliada das necessidades das mulheres atendidas, portanto, numa perspectiva mais integral.

A partir desta caracterização dos sujeitos, tomam-se como foco de análise as entrevistas, que deram origem a construção dos discursos dos sujeitos coletivos (DSC) conforme descritos na metodologia.

## 4.2 QUEM SÃO AS MULHERES ATENDIDAS

A primeira dimensão analisada diz respeito à clientela atendida – quem são estas mulheres? Aqui não há especificidade com relação a estar ou não gestante. Os DSC's foram construídos tomando-se a percepção que os sujeitos têm sobre as mulheres. Estão subdivididos em três discursos: o discurso A reflete a visão dos profissionais sobre os papéis das mulheres atendidas; o discurso B traz as dimensões de geração e classe apreendidos nas falas e o discurso C, especificamente, retrata as adolescentes grávidas.

### 4.2.1 Discurso A: os papéis das mulheres

*A mulher é quem lida mais, quem está mais vinculada à família, a dona da casa, a mãe, a mãe da família, tem mais disponibilidade, está fazendo comida, arrumando a casa, geralmente está em casa e conhece os problemas dos filhos, dos relacionamentos. São as pessoas responsáveis, é a que sempre está à frente dessa família, na maioria das vezes. São as mulheres que cuidam das crianças, que dão o sustento a essas crianças. É a porta de entrada da família, aquela que sempre sabe o que gasta, o que acontece no dia-a-dia, é aquela que acompanha o filho ao médico, que acompanha ao colégio, reunião do colégio. A que está ali, sempre para se envolver. É a esposa, é a amiga, é tudo, sempre a frente de tudo. Aquela que está para o que der e vier. Frequentemente está em casa para resolver os problemas. Tem mais desenvoltura na hora de falar sobre essas coisas. Sabe de todos os membros. É a que passa as informações. A mãe é a pessoa mais ligada às filhas, já vem da cultura. As meninas têm que ficar em casa, ajudando nas tarefas domésticas. São as irmãs*

*que se envolvem muito com os problemas dos irmãos. A gente tem mais contato com a mulher. O índice de mulher que vem ao posto é maior. A gente cria uma certa intimidade, que ela acaba falando tudo. Eu converso mais com as mães. Tem informações sobre uma irmã que mora junto, um filho, uma filha. É a pessoa que está centralizada dentro de casa e observa os filhos. As mulheres são cuidadoras. Tem tudo para dar a um sobrinho e às vezes não é mãe, é tia. Sabe o que está acontecendo com a casa toda, com a família toda, sabe o que mais acontece com o filho. Se o filho está doente, ela sabe. Se o filho teve febre, ela sabe. É quem mais entende dessas coisas.*

**Idéia central:** As mulheres são as donas de casa, as responsáveis pelas tarefas domésticas, possuem informações sobre a família e as condições de saúde, são as cuidadoras.

Neste discurso do sujeito coletivo, denominado quem são as mulheres atendidas, os profissionais destacam o papel histórico da mulher, de mãe e esposa, limitada ao espaço doméstico, com atribuições bem específicas como fazer comida, arrumar a casa e ser responsável pelos membros da família. A divisão sexual do trabalho, que diferencia socialmente homens e mulheres, é reconhecida pelos profissionais.

A primeira diferença entre mulheres e homens é que as primeiras, apesar de hoje viverem em dois mundos, o público e o privado, têm tarefas distintas em cada um deles. Os homens vivem nos mesmos espaços, porém têm uma presença mais marcante, mais decisiva, no mundo público, refugiando-se no privado quase tão somente para reabastecer-se de força e energia.

Assim, apesar de as chefes de família representarem, na Bahia, um percentual considerável de mulheres, os homens configuram-se como responsáveis pela manutenção da família e, por conta disso, exercem atividades no mundo público, principalmente no que se refere ao trabalho remunerado. As mulheres são as responsáveis pelo cuidado da casa, da(o)s filha(o)s e dos maridos e mesmo que participem da manutenção da casa, seu espaço privilegiado tem sido a família.

É importante reafirmar que o conceito de família é polissêmico, com várias acepções. Para Carvalho e Almeida (2003), no sentido mais restrito, ele se refere ao núcleo familiar básico. No mais amplo, ao grupo de indivíduos vinculados entre si por laços consangüíneos, consensuais ou jurídicos, que constituem complexas redes de parentesco atualizadas de forma episódica por meio de intercâmbios, cooperação e solidariedade, com limites que variam de cultura, de uma região e classe social a outra.

Os autores consideram que a família forma a unidade básica de organização social na

nossa sociedade. Ela representa o pré-requisito de um sistema social estável. Nas sociedades contemporâneas ocidentais, o modelo arquetipo é a família conjugal tradicional, constituída pelo casal e seus filhos não emancipados, e que residem em um domicílio independente. A imagem ideal da família consiste em um casal heterossexual casado, incluindo os parentes biológicos da criança, formado por um único domicílio monofamiliar. Essa tipologia constitui a denominação de família normal ou núcleo familiar normal.

Com o avanço da urbanização, da industrialização e da modernização dessas sociedades, ainda que persistam a pequena agricultura camponesa, indústrias caseiras e empresas domésticas urbanas, atividades econômicas ancoradas em relações familiares perderam a relevância, já não se podendo caracterizar a família, em geral, como unidade de produção. O declínio do poder patriarcal e de princípios e controles religiosos e comunitários mais tradicionais traduziram-se em mudanças nas relações de gênero, na ampliação da autonomia dos diversos componentes da família e em um exercício bem mais aberto e livre da sexualidade, dissociada das responsabilidades da reprodução. A presença de mulheres no mercado de trabalho passou a ser crescente, assim como a difusão e a utilização de práticas anticoncepcionais e a fragilização dos laços matrimoniais, com o aumento das separações, dos divórcios e de novos acordos sexuais (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

À primeira vista, essa nova realidade pode dar a impressão de que as famílias estão desestruturadas, ameaçadas, ou, até mesmo, em vias de extinção. Porém, se fizermos uma análise mais cuidadosa e acurada, veremos a enorme capacidade de mudança das famílias, bem como seu potencial de adaptação às transformações econômicas, sociais e culturais mais amplas, além de sua persistente relevância, notadamente como espaço de sociabilidade e socialização primárias, de solidariedade e de proteção social.

Para Scott (2005), o uso contextualizado do termo “família” ora se remete a um grupo que mora no domicílio, ora a toda uma linha ou rede de parentes, ora a uma noção de solidariedade e pertencimento mais ampla. No molde de ações familiares, o casamento, o nascimento e a filiação se unem num ato instaurador da família. No molde de gênero, já se questionam as implicações desses três atos para o poder entre as mulheres e homens, pois quem faz parte de famílias produz, reproduz, herda e reside de acordo com os diversos princípios citados para a casa.

Para os profissionais de saúde entrevistados: “[...] *As meninas têm que ficar em casa, ajudando nas tarefas domésticas*”.

Este fato é destacado no DSC, uma vez que na visão dos profissionais, a família



permanece estática, com papéis definidos, ficando a cargo das mulheres a responsabilidade do cuidado, de forma bastante naturalizada, ainda que seu aprendizado para esse fim seja uma construção social: “[...] a porta de entrada da família” ou “[...] as mulheres são cuidadoras [...]”.

Waldow (1998, p. 18), destaca que no processo de socialização, devido à maternidade, as mulheres parecem ter adquirido um comportamento diferenciado dos homens, porém semelhante entre elas, nas diferentes épocas. Ao longo da história, os cuidados com o parto ficavam a cargo das mulheres, quase que de forma universal entre os diversos clãs, tribos e civilizações. À semelhança dos animais, a mulher lambia sua cria, nutria e protegia.

Para a autora, os primeiros seres a praticar a medicina foram as mulheres, não só porque cuidavam dos homens e das crianças e faziam partos, mas devido à conexão tão próxima com o solo, através da agricultura. Essa experiência deu-lhes conhecimento das plantas, frutos, raízes e sementes, capacitando-as a desenvolver a arte da medicina, distinta da mágica dos religiosos ou Shamans. As mulheres, ao longo da história, além de práticas do cuidado relacionado às funções reprodutivas, desempenharam cuidados aos incapacitados e idosos, dedicando-se à educação dos filhos, à manutenção da casa, ao preparo dos alimentos e ao preparo de medicamentos caseiros.

Assim, as atividades das mulheres, tradicionalmente tomar conta, cuidar, tratar, correspondem a garantir ou compensar funções vitais, que essencialmente se organizam em torno de dois pólos, quais sejam, do nascimento à morte. Poder-se-ia dizer que, através do cuidar, as mulheres expressam uma forma de relação com o mundo. Dessa forma, ao pensar o cuidado humano como uma forma de estar, de ser e de se relacionar, as mulheres, podem ser consideradas cuidadoras, por excelência (WALDOW, 1998).

No âmbito da saúde, a formação profissional, na qual os princípios técnicos estão ancorados na biologia, direciona as práticas, perpetuando o enfoque materno-infantil, que traz uma predileção por mães. As mães se inserem em diferentes níveis e lidam de forma diferente com o poder e a autoridade, mas a busca simbólica do papel materno, reforça a preferência por mulheres reprodutoras e cuidadoras.

Assim, as noções de família e de papéis sexuais são naturalizadas. Portanto, as ações do cuidar as mulheres pela equipe de saúde da família, fazem parte de um contexto considerado feminino. As mulheres configuram-se como uma fonte concreta e necessária à manutenção do cuidado.

Por outro lado, os saberes sobre a saúde, construídos na prática dos cuidados, geram poderes às mulheres na família e na sociedade: na relação com os doentes, com outros membros da família, com agentes institucionais de saúde, na comunidade. A centralidade da

figura materna é um bom exemplo das relações de poder das mulheres em matéria de saúde, pois indica a mãe como a pessoa que conhece melhor os sentimentos e sofrimentos de seus filha(o) (SCAVONE, 2005).

*“[...] conhecem os problemas dos filhos, dos relacionamentos. Se o filho está doente, ela sabe. Se o filho teve febre, ela sabe. É quem mais entende dessas coisas. São as pessoas responsáveis [...]”.*

Reconhecendo-se como as únicas que podem (têm poder para) e sabem cuidar da saúde de seus filha(o)s, as mulheres incorporam o papel que lhes designa como cuidadoras, ao tempo em que fortalecem seu espaço de poder dentro da família e da sociedade com a ampliação desse capital simbólico, que é o conjunto de saberes acumulados em relação à saúde. Esse capital que lhes coloca em posição de poder, ao mesmo tempo, não esconde o fato de ser produzido pelas relações de dominação masculina, que consideram os cuidados à saúde como naturalmente femininos.

Para a mulher, os estereótipos que definem sua identidade cerceiam seu corpo, subordinando sua sexualidade, reduzindo-a a mera reprodutora e mantenedora das gerações. O termo identidade, implica em uma construção social, entendida como a forma de os indivíduos se reconhecerem e serem reconhecidos (EMBIRUSSU, 2005).

As mães adotam o papel de cuidadoras dos seus dependentes e às vezes, não dependentes, além de seus parceiros. Assim, assumem com naturalidade os discursos relacionados à saúde. Quando os profissionais de saúde “desconfiam” de alguma dificuldade na incorporação de suas orientações, costumam recrutar as esposas e/ou mães para ajudar na interpretação, compreensão e obediência dessas instruções.

A equipe de saúde privilegia a mãe de família, atribuindo a ela uma valorização mais intensa, a partir de uma relação de cumplicidade, que reforça o papel a ela conferido e naturalizado socialmente. Simultaneamente, este papel tem um preço, pois lhe é cobrado uma disponibilidade de tempo para acompanhar e cuidar, não sendo consideradas outras atividades que a mulher possa estar desenvolvendo.

Para os profissionais estudados, permanece a visão reduzida do papel da mulher à condição de mãe, doméstica, cuidadora e única responsável pelos cuidados à saúde dos demais membros da família. Esta visão da mulher, desconsidera seu contexto social, direciona e interfere nas práticas, contrariando a perspectiva da integralidade, proposta no PSF.

#### 4.2.2 Discurso B: mulheres e perspectivas de geração e classe

*Quando não tem a dona de casa, tem sempre as filhas, pergunto a idade dela para ver se ela pode me responder, se for menor de vinte anos, procuro a mãe, que é uma pessoa maior de idade e sabe de todos os membros. Geralmente, a gente se dirige às mulheres mais velhas da casa, que podem falar se tem alguma coisa, ou a irmã mais velha. As mães colocam as filhas mais velhas para tomar conta de tudo, da casa, do irmão mais novo. Na marcação de consulta, não é aceito crianças, mas elas mandam e é sempre a mais velha, que está por dentro do que está acontecendo com na família. Quando é jovem, eu faço: Quem é sua mãe? É fulana? Cadê? Chame mainha aí! Se for criança, eu deixo uma mensagem principalmente sobre saúde bucal, que é o tema que eu mais consigo falar com as crianças ou então, leptospirose, porque muitas andam descalças. As famílias são carentes, a comunidade é pobre, as gestantes têm que fazer os exames e fica naquela dificuldade de dizer que não tem transporte para ir. Tem um laboratório lá em Plataforma, mas tem que marcar e depois fazer os exames. É fácil ir para a consulta e ser medicada, difícil é retornar com os exames prontos. Não têm dinheiro disponível para estar subindo e descendo, principalmente essas mães que não trabalham e dependem dos maridos, que vivem de biscate. E, aí tem a gravidez indesejada, não tem quem assuma a paternidade, vai morar na casa de parentes ou quem assume são as mães, que vão ser avós. Algumas ficam constrangidas de falar sobre a situação da família. Não dão o leite materno, porque não têm muito o que comer e acham que vão ficar desnutridas, não têm nada, não têm recursos, está desempregada, o marido está desempregado, mora de favor.*

**Idéia Central:** As mulheres mais velhas são responsáveis pelo cuidado à saúde dos membros da família. A comunidade é pobre, as famílias são de baixa renda, com condições socioeconômicas precárias, há gravidez indesejada, não tem quem assuma a paternidade. Na ausência das mães, as filhas mais velhas assumem o cuidado.

Neste discurso, apresentam-se de forma imbricadas três categorias estruturantes da organização social destacadas nos discursos dos profissionais de saúde: a geração, a classe social e o gênero.

A idade sempre se constituiu historicamente como elemento estruturador na organização das sociedades, inclusive com definição simbólica forte. As idades são partes de um sistema classificatório que relaciona as concepções racionais de controle cronológico do

percurso da vida humana, o qual se consolidou desde a modernidade, tornando-se regra social obrigatória (MOTTA, 2005).

A autora afirma que, na cultura ocidental, o processo das idades remete os indivíduos à condição de criança, adolescente, jovem, adulto, maduro, velho, emergindo em cada fase, um outro indivíduo que substitui o anterior. As idades vivenciadas conformam-se às representações que a sociedade produz e contribuem para identificar as pessoas ao longo do curso da vida.

A idade cronológica é portanto, um marcador social relevante para as sociedades modernas ocidentais. Consiste em uma forma de reconhecimento social da maturação individual e implica um tipo específico de organização da estrutura social. Como o tempo dos indivíduos é expresso de forma mais perceptível pela idade, sendo também socialmente construído, institucionaliza-se, adquirindo significado social, como categorias ou grupos de idade – jovens, adultos, velhos – conferindo-os legitimidade para realizar ou não uma ação social (MOTTA, 2005).

*“[...] Geralmente, a gente se dirige às mulheres mais velhas da casa, que podem falar se tem alguma coisa, ou, a irmã mais velha”.*

No DSC, há uma predileção por mulheres mais velhas, delegando-lhes a responsabilidade de oferecer as informações mais precisas a equipe de saúde. Assim, o avanço da idade cronológica traduz também, a restrição da mulher nos espaços privados, limitando o seu papel social.

As categorias ou grupos etários são submetidos a processos de transição, que caracterizam os grupos pela capacidade de desempenhar certas funções, estabelecendo um espaço identitário. No plano das relações cotidianas, as transições para a vida adulta são caracterizadas pelos ritos de passagem e tornam-se um espaço original para a produção e a reprodução de práticas e representações específicas (GUERREIRO; ABRANTES, 2005).

Os autores afirmam que, tradicionalmente, a transição para a vida adulta corresponde ao momento em que os jovens, simultaneamente, abandonam o agregado familiar de origem e casam, constituindo uma nova família. Alves (2004), aponta para as discussões contemporâneas na antropologia, cuja tônica tem sido o dinamismo e a fluidez cada vez mais acentuada que as etapas cronológicas da vida experimentam. Nas sociedades atuais, é comum tanto a transição brusca quanto o prolongamento indefinido de fases da vida, a despeito das idades.

Para a autora, a passagem do tempo é marcada por rituais e eventos que, independente de um marcador cronológico fixo, dão a dimensão para o indivíduo do fluxo do tempo. Assim, não existe uma idade para se ficar velho: o indivíduo se identifica como velho a partir de experiências compartilhadas com outros. Porém, a velhice distribui de maneira diferente as vantagens e desvantagens entre homens e mulheres. Os atributos femininos, muitas vezes relativos às especificidades biológicas, expressam condições de desigualdades no espaço social, determinando o lugar da mulher na sociedade.

Estatísticas referentes às desigualdades sociais no Brasil apontam que o número absoluto de pessoas em extrema pobreza ainda é muito alto, superando a população de alguns países. No Nordeste, a desproporção entre a base e o topo da pirâmide é ainda maior do que no resto do país (IPEA, 2004, p. 16).

O discurso da pobreza e de carências tem servido a quase tudo em nome do combate à pobreza e da defesa das mulheres pobres. De fato, durante muito tempo, a pobreza serviu como base de argumento tanto na esfera da formulação, quanto da implantação das políticas públicas, contribuindo para o retardamento de conquistas políticas e sociais para as mulheres (NUNES, 2005).

Na atualidade, reconhece-se que muitas mulheres e homens sobrevivem em condições de miséria. A visão mais ampla da questão, torna necessário avaliar as formas de manifestação da pobreza, sua abrangência, gravidade e as desigualdades de gênero existentes. As mulheres atendidas, consideradas cuidadoras, também encontram-se vulneráveis a agravos decorrentes da condição social e da dependência masculina a que estão submetidas.

*“[...] Não dão o leite materno, porque não têm muito o que comer e acham que vão ficar desnutridas, não têm nada, não têm recursos”.*

O destaque ao desemprego como realidade marcadamente presente entre mulheres atendidas nos serviços de saúde, encontra respaldo no estudo sobre a evolução do desemprego feminino em áreas metropolitanas brasileiras, que conclui que a taxa de desemprego feminino, em elevação no final da década, sobrepuja a taxa masculina (LAVINAS, 2000).

*“[...] mães que não trabalham e dependem dos maridos que vivem de biscate”.*

As mulheres, mesmo quando encontram-se inseridas no mercado de trabalho, não estão desobrigadas das atividades domésticas e buscam o apoio das filhas para a reprodução

do papel social atribuído às mulheres.

*“[...] As mães colocam as filhas mais velhas para tomar conta de tudo, da casa, do irmão mais novo”.*

A(o)s filha(o)s são um importante patrimônio para as mulheres quando essas envelhecem. Através delas ou deles e da(o)s neta(o)s, a mulher pode encontrar um canal de trocas, de apoio, que é fundamental para garantir sua importância na família, preservando seu papel no mundo doméstico (ALVES, 2004).

A visão de que homens e mulheres têm orientações e aspirações diferentes na vida – homens preocupam-se com as questões profissionais; mulheres dedicam-se às questões familiares, domésticas e afetivas – encontra-se ainda inscrita na "ordem natural das coisas" (GUERREIRO; ABRANTES, 2005).

Aliado a isso, o limitado reconhecimento público das demandas conflitantes entre trabalho e família perpetua a crença secular que os cuidados familiares são um assunto privado e predominantemente feminino, com importantes consequências na vida das mulheres (SORJ, 2006).

A popularidade do argumento biologicista, segundo o qual as mulheres são mais práticas e afetivas, tendo objetivos mais bem definidos, deve então ser interpretada à luz das menores oportunidades de que dispõem e, por conseguinte, das condições extremamente precárias de vida e trabalho, que lhes são imputadas.

Na fala dos profissionais de saúde entrevistados, permanece a reprodução sexual do trabalho doméstico, a partir dos atributos socialmente legitimados como femininos e naturalmente delegados às novas gerações de mulheres, sobretudo nas classes menos favorecidas. Os elementos abordados mantêm as relações sexo/ gênero, reduzindo o papel da mulher e interferindo na perspectiva da integralidade.

#### **4.2.3 Discurso C: as adolescentes e a gravidez**

*As adolescentes geralmente têm pouco estudo, não se preocupam muito com o futuro, são na grande maioria, de famílias desestruturadas, violentas, não têm expectativa de vida, com baixa estima, a única coisa que vão poder ter é aquele bebê, para trocar afeto, querem*

*preencher uma lacuna afetiva, são muito preguiçosas, imaturas, acomodadas. Marcamos a consulta uma vez, duas vezes, ficamos em cima mesmo, às vezes temos que levar a enfermeira lá. Quando perguntamos por que não foi? Foi preguiça? Elas respondem que sim e aí, eu falo: quando essa criança nascer, você vai ver o que é preguiça. Já sabem tudo o que a gente vai falar, mas acabam engravidando, depois que engravidam é que vão reagir, tem dificuldade de aceitar, porque é aquela coisa que acontece por acaso, elas não estão esperando, não foi uma gravidez planejada, param de estudar, não vão conviver com o pai da criança, vai permanecer na própria família, o que gera muitos conflitos. Não trabalham, dependem das mães, ter um filho é muita responsabilidade. Você chega na casa às nove horas, estão dormindo ou na rua, você volta à tarde e ela continua na rua, não sabe o que fazer, então acabam engravidando e aí, é mais um peso para a família, porque a renda já é pouca, a avó ou a mãe acabam tomando conta da criança, e elas engravidam de novo, até porque faz parte da história das mulheres nessa comunidade, aconteceu com a avó, aconteceu com a mãe. Quando não tem método contraceptivo na Unidade, pedimos para comprar, aí, não querem comprar, preferem comprar besteiras. Tem meninas que tem celular, não tem dinheiro para comer em casa, mas tem celular e não tem dinheiro para comprar o anticoncepcional que é barato, tem barato, já que o Governo não dá e não temos disponível no momento. As que são mais conscientes da consequência do ato assumem direitinho o pré-natal e aí, tem um acompanhamento bom. Tem umas que nunca assumem o papel de mãe, se encaminhamos a criança a outro serviço, elas nunca levam.*

**Idéia Central:** As adolescentes são pobres, com baixa escolaridade, pertencentes à famílias desestruturadas, têm auto-estima baixa, engravidam por necessidade de afeto, imaturidade e ausência de auto-cuidado. São resistentes às orientações e à adesão ao pré-natal. Não disponibilizam recursos financeiros, mesmo quando possível, para adquirir contraceptivos.

Outro forte discurso sobre gênero, geração e classe social torna-se evidente entre os profissionais de saúde, quando ocorre gravidez na adolescência. Este fato, objeto do cuidado e de ações específicas destaca que, para os profissionais, as adolescentes que engravidam não estão preparadas do ponto de vista emocional e social, diferente de muitos discursos que ainda supervalorizam a imaturidade física.

Mandú (2000), afirma que as causas e consequências da gestação na adolescência não são decorrentes de fatores biológicos e psicoemocionais presentes nessa etapa da vida, mas fundamentalmente da rede social de apoio encontrada. Pinto e Azevedo apud Coelho (2001),

salientam que a heterogeneidade social e econômica definem dificuldades diferenciadas entre aquelas que podem depender dos pais e a grande massa de adolescentes, cuja sobrevivência impõe uma batalha cotidiana.

A adolescente, quando grávida, tem sua vida modificada num período em que o tempo costuma estar dividido entre o estudo e a diversão e o trabalho para outras. Enquanto para o parceiro, a vida segue seu curso sem grandes mudanças, exceto quando o evento da gravidez força uma união matrimonial. Na visão dos profissionais, o evento da gravidez na adolescência, acarreta implicações como o abandono da escola, inserção precoce no mercado de trabalho, relações trabalhistas precárias, diminuição no padrão de vida, desestruturação familiar e conseqüente circularidade da pobreza.

Para Garcia (1996), não há uma relação de causalidade entre gravidez na adolescência e disserção escolar, baixa qualificação para o trabalho, subemprego ou desemprego. Apesar da relevância dessas questões, as jovens mães que abandonam estudos e assumem subempregos os fazem, principalmente porque são pobres. Elas não se tornaram pobres porque engravidaram. A gravidez pode favorecer a antecipação de um destino já definido pela sua condição social e econômica, entretanto, também dificulta sua mobilidade em buscar vencer obstáculos financeiros pela via de qualificação profissional (COELHO, 2001).

Heilborn (2002, p. 82), destaca: “em muitos casos, a gravidez aparece como uma estratégia matrimonial – às vezes mal sucedida – de obter um parceiro [...]”. A maternidade da adolescente também aparece como uma possibilidade de mudança de status no interior da família de origem, pois em alguns contextos, a maternidade confere a adolescente um certo tipo de autoridade diante dos pais.

No DSC, valoriza-se a possibilidade de a ocorrência da gravidez na adolescência representar um desejo não elaborado no plano da racionalidade. Na forma colocada, a depender das situações individuais, as adolescentes podem estar diante de uma gravidez que atende as necessidades de afirmação, contraposição aos valores da família, substituição dos vínculos simbólicos e superação de situações de solidão e falta de afeto e não por vontade própria (PINTO; AZEVEDO apud COELHO, 2001).

*“[...] são na grande maioria, de famílias desestruturadas, violentas, não têm expectativa de vida, com auto-estima baixa, a única coisa que vai poder ter é aquela bebê, para trocar afeto, querem preencher uma lacuna afetiva”.*

Para Coelho (2001, p.104) os parceiros sexuais de adolescentes grávidas são



representados, ora como um personagem idealizado socialmente e que assume prazerosamente a gravidez com a parceira, ora com uma ausência que se justifica pela fraqueza. Assim as decisões, encaminhamentos e responsabilidade frente à gestação na adolescência são circunscritas a um mundo de mulheres.

Os profissionais relatam que diante de a impossibilidade econômica da adolescente assumir a gravidez, arranjos familiares são desenvolvidos, muitos deles, transferindo a responsabilidade da educação e do cuidado com o bebê, para mães e avós, causando uma sobrecarga a essas mulheres que se tornam solidárias, porque também já vivenciaram o evento da gravidez não planejada na adolescência.

*“[...] é mais um peso para a família, porque a renda já é pouca, a avó ou a mãe acabam tomando conta da criança, e elas engravidam de novo, até porque faz parte da história das mulheres nessa comunidade, aconteceu com a avó, aconteceu com a mãe”.*

O discurso mostra a preocupação com a inoportunidade da gestação para as adolescentes e sua relação com a contracepção. Coelho (2001) considera que aspectos importantes como a onipotência juvenil, que faz a adolescente acreditar em sua invulnerabilidade, priorizando o prazer e a saciedade imediata do desejo, sem considerar a possibilidade da gravidez; a informação mitificada sobre o uso do condom e comprometimento do prazer sexual; controle externo pelo homem por uma socialização de gênero, que submete as mulheres a suas necessidades e desejos; normalização da atividade sexual pré-conjugal, que atribui ao uso do anticoncepcional oral ou a portar a camisinha um caráter de premeditação ou intenção subentendidos, contribuem para dificultar a adoção pelo adolescente de uma postura esperada pelos serviços de saúde.

Para os profissionais, as questões da vida reprodutiva entrelaçam-se com questões da família e suas condições, ou melhor, falta de condições materiais de vida. A pobreza gera a necessidade da contracepção, gera também a sensação de impotência da ação profissional e da assistência, levando a uma espécie de paralisia.

Na adolescência assumir uma vida sexual ativa e uma contracepção implica assumir a própria sexualidade e reafirmar cotidianamente a escolha por uma vida sexual ativa. Além disso, assumir que está sob risco de uma gravidez indesejada implica primeiro saber o que é desejado e o que não é. Uma vez tomada pela surpresa pela gravidez imprevista, a adolescente defronta-se com o processo da escolha, que tem forte implicação na adesão ao pré-natal.

Os fatores de ordem econômica, social e emocional que recaem sobre a vida das

mulheres adolescentes, limitam a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Assim, a gravidez é descontextualizada e as soluções dos problemas consistem em aceitar a realidade sem questionamentos. Villela e Monteiro (2005, p. 26), afirmam: “se formos aceitar que definitivamente não é possível atender a todas as demandas, de todas as mulheres, contemplando a diversidade que existe entre elas, estaremos nivelando por baixo as propostas do SUS e conseqüentemente, ferindo a perspectiva da integralidade”.

A ausência de qualquer menção às desigualdade de poder entre homens e mulheres, no discurso das profissionais, traduz que a questão de gênero não está associada ao PSF, que se pronuncia com novas práticas direcionadas às famílias. As concepções das equipes instaladas numa comunidade há cinco anos, podem configurar-se em limitações no desenvolvimento de práticas na perspectiva da integralidade.

#### 4.3 QUAIS AS PRÁTICAS QUE SÃO REALIZADAS NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Para analisar as práticas realizadas e como estas configuram o conceito de integralidade, foram construídos três discursos: o discurso A refere-se à consulta realizada pelo médico e pela enfermeira no pré-natal; o discurso B refere-se ao domicílio como espaço de práticas de saúde e o discurso C refere-se às práticas de educação em saúde.

##### 4.3.1 Discurso A: a consulta no pré-natal

*A consulta ao pré-natal tem uma data marcada, as gestantes já saem daqui com a data marcada para o próximo mês, não tem um dia único, não pode vir na quarta, mas pode vir na sexta, se sentir alguma coisa, pode vir sem perguntar, a enfermeira tem toda disponibilidade, faz de tudo para a gestante sair daqui satisfeita. Quem mais atende no pré-natal é a enfermeira, ela quem marca ou deixa agendado, é quem toma conta do pré-natal. As auxiliares ficam apenas dando vacinas e são responsáveis pela aferição da T.A, sendo que a enfermeira já faz isso. No pré-natal são no mínimo seis consultas, tem que fazer todos os exames, que mesmo com dificuldade para realizar, os resultados chegam dentro do período de nove meses. A infra-estrutura é um pouco melhor, há disponível um aparelho de Sonnar,*

*tem que tomar vacina, pesar, medir o útero, a criancinha é auscultada, há uma ênfase maior na parte preventiva, tem um trabalho em equipe, toda a dificuldade tentamos resolver dentro da equipe, que tem o profissional médico e a gente já resolve o que for melhor para a paciente. Detecta-se complicações mais rápido e evita-se a mortalidade materna. Se a paciente falta, mandamos buscar, se teve complicações na gestação, ficamos mais atentos, mas temos dificuldades em referenciar. A paciente, às vezes vai a vários lugares e volta. Faltam as medicações que são indicadas para a gestante, Sulfato Ferroso, creme vaginal e material de consumo, como gel para o Sonnar e lençol descartável. Pedimos à gestante para comparecer munida de um lençol ou uma toalha para fazer o exame. A captação precoce da gestante é muito difícil. Elas chegam aqui com a gestação avançada. Tudo é preconizado, dezesseis consultas por turno, mas se você quer um atendimento de qualidade, quinze minutos é pouco. Seria no mínimo trinta para cada paciente, mas a Secretaria Municipal de Saúde não entende assim. Antes do PSF, quem fazia o pré-natal era a enfermeira, ela ficava de pedinte para solicitar exames. Quando os exames chegavam, a criança já havia nascido, não tinha aquele profissional especialista para dar alta no pré-natal, o médico nunca tinha hora para chegar. As auxiliares participavam do pré-natal com vacinas. Tudo muito específico e técnico, se tinha vacina, anemia, exame, pesar, medir e acabou. A gestante ia a uma consulta e daí não ia mais.*

**Idéia Central:** Há um melhor acesso ao pré-natal. As enfermeiras destacam-se como categoria profissional que realiza mais ações no pré-natal. Há melhoria da prática da enfermeira. O atendimento é sistematizado e realizado dentro das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. As equipes lidam com a falta de medicamentos, de material de consumo e de inadequação do quantitativo de atendimento do profissional, por turno.

O pré-natal realizado segundo os protocolos estabelecidos em políticas públicas nacionais de atenção à saúde da mulher tem com prioridades detectar, prevenir e tratar agravos produzidos por diferentes agentes sobre a gestante e o conceito, com ampla cobertura assistencial. Preconiza-se o mínimo de seis consultas no pré-natal de baixo risco, sendo a primeira e a última, de responsabilidade do médico. As demais podem ser efetuadas pela enfermeira (BRASIL, 2000).

No discurso vê-se que os profissionais aprenderam a apropriar-se do corpo humano biológico. O saber clínico, hegemônico nos serviços de saúde, e as práticas que a ele se filiam, pressupõem uma fragmentação com valorização das manifestações biológicas, na perspectiva queixa-conduta (BRUNO apud CAMPOS, 2003). Assim, as instituições de saúde,

permanecem desempenhando importante papel no controle do corpo e na manutenção da subordinação social da mulher.

As conseqüências desse processo são especialmente danosas para as mulheres. A situação observada e descrita a seguir pode exemplificar essa realidade:

Estamos numa consulta médica no atendimento pré-natal. A gestante demonstra conhecer previamente a profissional que irá atendê-la. A médica mantém uma postura educada, mas distante da paciente. Convida-a para sentar, pergunta se sente alguma coisa. A paciente responde que não. A médica prossegue: nem um corrimento? Não suja a calcinha? A gestante responde que não. A médica começa a ler o prontuário e de cabeça baixa continua fazendo perguntas: fez os exames? A gestante responde que sim e permanece todo o tempo com o cartão da gestante em mãos. E, a médica: cadê o resultado? Ah! está aqui. Tomou as vacinas? Ela responde que sim. Então, vou tomar sua pressão e estende o braço da paciente. após a verificação da pressão, a médica informa que está normal – doze por oito. Em seguida diz a gestante: agora vou lhe examinar. Deite aqui. A gestante obedece e é iniciado o exame. A médica em silêncio examina as mamas, o abdômen, mede o fundo de útero, passa gel e verifica com dificuldade os batimentos fetais, através do Sonnar. Constata a ausência de edema em membros e manda a gestante levantar-se. A gestante obedece e lhe é dito: está tudo bem com você. Vou preencher o cartão da gestante. Após o preenchimento, a médica despede-se da paciente: pode ir agora e lhe entrega o cartão.

A situação observada revela que a prática clínica é ainda mediada pela queixa, mesmo que ela não exista, o que nos ambulatórios tradicionais ficaria reduzida a um diagnóstico comum a todas. A prática é norteadada pelo enfoque anátomo-clínico, não sendo a mulher questionada sobre como se sente em relação àquela gestação e sua interferência no contexto pessoal e social. Não há garantia de espaço para as manifestações além da queixa clínica.

Portanto, essa Clínica que responsabiliza-se sobre a enfermidade ao mesmo tempo, afasta-se da integralidade. Doenças consideradas semelhantes do ponto de vista classificatório, podem incidir de forma diferenciada em cada sujeito (CAMPOS, 2003). Trata-se de reconhecer os avanços científicos da Clínica no combate às doenças, entretanto, propõe-se uma Clínica Ampliada (clínica do sujeito), ao reconhecer a afirmação do autor acima: “contextos sócioeconômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que esta teria sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída” (p. 59).

O atendimento individual realizado pelas equipes, ainda reflete o apontado por Ferreira (1997, p. 200), isto é concedendo aos profissionais de saúde o poder de decisão sobre

o corpo da mulher, não uma decisão construída por meio da reflexão entre cliente e profissional, mas em comunicações rápidas e monossilábicas.

Conduzida desta forma, a prática individual revela-se contraditória em relação às concepções da estratégia de Saúde da Família, as quais orientam-se pela perspectiva da autonomia da usuária. Para Oliveira (2002), o pré-natal é uma oportunidade ímpar de acolhimento da mulher, em um período de notáveis mudanças de natureza física e emocional. Perceber e escutar as demandas da gestante, transmitir-lhe apoio e confiança são atribuições fundamentais da equipe envolvida. A interação entre a gestante, sua unidade assistencial e seus profissionais, deverá ter sempre caráter integral e abrangente com o envolvimento da família, valorizando-se o seu contexto social.

A assistência pré-natal propõe seu início no primeiro trimestre da gestação, ficando a cargo da equipe da unidade básica de saúde a atribuição de manter contato freqüente com a comunidade de sua área de abrangência de modo a captar precocemente essas mulheres, conforme Costa (2000). Na perspectiva do PSF, os agentes comunitários destacam-se no desempenho desse papel – elo de ligação entre a comunidade e o serviço.

*“[...] Se a paciente falta, mandamos buscar, se teve complicações na gestação, ficamos mais atentos, mas temos dificuldades em referenciar [...]”.*

Para Trad (2002, p. 583), [...] são nos contextos micro-sociais, com formas particulares de representações e práticas, que as diretrizes políticas, econômicas e sociais adquirem contornos mais precisos e que no processo de constituição do PSF. [...] o que vamos encontrar é precisamente a tensão ou confronto entre concepções, modelos e práticas de saúde dominantes e emergentes. O PSF pode ser um novo *locus* de trabalho, nesse campo, a prática tradicional deveria ser resignificada.

*“[...] Tudo é preconizado, dezesseis consultas por turno, mas se você quer um atendimento de qualidade, quinze minutos é pouco. Seria no mínimo trinta para cada paciente [...]”.*

Os profissionais explicitam uma preocupação com a qualidade da atenção, seja na falta de alguns materiais necessários ao desenvolvimento da prática, ou no tempo necessário ao desenvolvimento das consultas, entretanto deparam com fatores estruturais e organizacionais limitadores.

A estratégia do PSF deve funcionar como porta de entrada do sistema municipal de saúde, rompendo com o modelo assistencial vigente, o que significa a incorporação de novas práticas na proposta da integralidade vinculada ao SUS e contida no PAISM, aliada ao estabelecimento de unidades básicas distantes da situação de penúria e, portanto com resolutividade e impacto.

#### **4.3.2 Discurso B: o domicílio como espaço de práticas de saúde**

*As visitas domiciliares são programadas antecipadamente, através da equipe em conjunto, separamos uma semana para as gestantes, fazemos até duas vezes no mês, dependendo da situação da paciente, caso ela tenha alguma intercorrência, enfatizamos mais as visitas. Vamos as casas de quem tem e de quem não tem nada também, saber como é que está, para fazer uma prevenção e amanhã ou depois, o caso não se agravar. Geralmente, fazemos visita aquela paciente que não tem condições de ir a Unidade. Tem outros motivos também, geralmente é doença, ou uma gestante faltosa, aquela que desaparece do serviço e nós vamos tentar sensibilizá-la e trazê-la de volta. Não vemos a gestante sozinha, conversamos com a gestante, a mãe, o marido, a família toda, há um conhecimento mais próximo dessa gestante, da família, de todo o contexto ambiental em que ela vive. É importante porque ficamos por dentro do que está acontecendo, elas confiam na gente, mas não é fácil não. É um processo grande, às vezes. Tem casas que você pergunta: está tudo bem? E responde: tudo bem! Mas, depois você vê que não estava tudo bem, tinha alguma coisa, alguma doença. É fundamental que você tenha esta visão, que possa saber além da porta do consultório, saber das limitações que a gente vai ter com essas gestantes, buscar na comunidade os problemas para colocar para a equipe, mensurar suas ações. Ainda ficamos muito amarrados, atrelados, tem questões sociais e situações familiares que não conseguimos resolver e não temos para onde referenciar, mas é gratificante, mesmo que você não tenha uma maca ou um sonnar naquele momento, você tem outros instrumentos para avaliar a questão psicológica, emocional daquela mulher. O resultado é a informação. Ela fica mais receptiva, até porque ela tem o entendimento que essa visita não é para ver se a casa dela está suja ou mal arrumada. Para ver fatores de risco ao redor dessa mulher.*

**Idéia central:** As visitas domiciliares são previamente programadas em consenso com

a equipe, as gestantes selecionadas são de risco ou faltosas ao serviço, a equipe valoriza o contexto socioeconômico e emocional das gestantes, porém sente-se impotente diante de algumas situações sociais e familiares. Apesar disso, considera a visita domiciliar um instrumento importante de informação.

O Ministério da Saúde elenca como atribuições da equipe de saúde da família, conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas, propondo a identificação de problemas de saúde mais comuns e situações de risco as quais a população está exposta (BRASIL, 2000).

A forma de organizar o processo de trabalho, a partir do perfil epidemiológico local, passa a ser imperativo. Os grupos de risco além de serem controlados pelo saber clínico, precisam ser acompanhados por outra ciência – a Epidemiologia. Há velhos saberes – a clínica, a obstetrícia e os novos saberes – planejar, atingir metas, diretrizes, critérios, criar métodos de trabalho.

Nesse contexto, a visita domiciliar é considerada como um instrumento de intervenção fundamental da equipe, pois permite a identificação das características sociais (condições de vida e de trabalho) e epidemiológicas, seus problemas e vulnerabilidade aos agravos de saúde das famílias assistidas (TAKAHASHI; CAMPOS, 2002).

A visita domiciliar tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam situações de risco, bem como atender as pessoas doentes, que estão acamadas ou têm qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a Unidade. É realizada cotidianamente pelo ACS, que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à equipe, fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com essa realidade (BRASIL, 2000).

Para Leite (2001), a visita domiciliar consiste em um importante instrumento de trabalho, uma vez que, essa prática prioritariamente desenvolvida pelo ACS, identifica necessidades da família e da comunidade e promove a interlocução com a USF, possibilitando a definição de quem fará a visita, quem será visitado e quais objetivos a serem alcançados.

No âmbito do atendimento no pré-natal, ao contatar com a mulher grávida no domicílio ou na comunidade, a equipe de saúde deve não só compreender os significados da gestação, acolhendo sua história e proporcionando um diálogo franco, com sensibilidade e capacidade de perceber dúvidas da mulher e da sua família sobre os problemas de saúde Brasil (2000), mas também, outros tipos de agravos provocados pela violência, a fragilidade do outro, na sua dor social.

Considerar contextos de vida particularizados nas singularidades é reconhecer as mulheres como sujeitos sociais, com direito à saúde e à assistência. O direito à saúde antecede o direito à assistência, uma vez que o primeiro implica no acesso aos meios necessários à consecução e manutenção de uma vida saudável (COELHO, 2001).

Assim, os serviços de saúde poderiam participar responsavelmente desse processo, investindo no respeito à vida humana, já tão comprometida por questões macroestruturais que extrapolam a capacidade resolutiva dos serviços (COELHO, 2001). A visita domiciliar torna-se uma prática de saúde que transforma as relações, na medida em que estabelece outra dimensão do ato clínico e traz à tona um outro tipo de diagnóstico que transmuta o saber contido nos manuais.

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelo vínculo estabelecido com os profissionais de saúde. As razões para a não adesão ao pré-natal podem ser muitas. Reconhece-se que há uma associação entre condições sócio-econômicas, em especial no que se refere à escolaridade materna, e a realização do pré-natal (OSIS, 1993). Esses fatores podem revelar dificuldades de acesso ao pré-natal e o desconhecimento ou não compreensão da sua importância para a saúde.

A situação observada e descrita a seguir demonstra as implicações sociais na adesão ao pré-natal:

Estamos numa visita domiciliar. No domicílio há um cão que faz muito barulho à aproximação das pessoas. O ACS decide então, conversar com a gestante no portão da casa. A mulher posiciona-se do lado interno do portão, acompanhada de três crianças. O ACS retira da pasta a ficha de acompanhamento e inicia as perguntas: está sentindo alguma coisa? A gestante acena negativamente. O ACS prossegue: tomou a vacina? A gestante responde que sim. O ACS pede para ver o cartão. Ela prontamente obedece e busca o cartão, que é examinado pelo ACS e devolvido a gestante. Em seguida, o ACS questiona: por que você não foi à consulta? A gestante, constrangida, responde que não fez os exames e o ACS prossegue: por quê? Ela cabisbaixa responde que não teve o dinheiro para a locomoção. O ACS continua: e seu marido? Ela responde que está esperando uma resposta para fazer um biscate. O ACS complementa: veja se consegue o dinheiro, pois os exames são muito importantes e despede-se, também cabisbaixo.

O território social traz como consequência a velada sensação de impotência para dar respostas a situações tão adversas. O constrangimento da gestante extrapola o individual, para se tornar um problema concreto da equipe, desvendado com a visita, que, para ser superado, necessita acionar uma rede de solidariedade que pode ser ou não suficiente.



Para Campos (2003), a saúde transformou-se em um direito, sendo que parte desse direito é possível de ser precisado e é traduzido pelo acesso a um exame ou a um medicamento e nunca teremos tudo o que as pessoas demandam ou tudo o que os profissionais consideram necessário. É possível construir projetos de intervenção com efeitos positivos, desde que haja a compreensão de que o ideal nem sempre é o mais adequado e que há uma infinidade de possibilidades de intervenção prática. Entretanto, em nome desse ideal, ficamos com o nada, o que na proposta do PSF, não se aplica.

Nas críticas levantadas sobre o PSF, autores como PAIM (1977); Rocha (2003) apresentam cenários distintos para o Programa: a primeira opção, funcionando sobre a ótica de mercado, seria uma cesta básica dirigida para os pobres, os que não dispõem de capacidade econômica para pagar por ações e serviços – um pacote mínimo, o SUS dos pobres.

Para os autores, na segunda opção, o programa funcionaria como porta de entrada do sistema municipal, sem romper com o modelo assistencial vigente – com programas, ações e unidades funcionando em regime de penúria, e, conseqüentemente com baixa resolutividade e impacto. Manteria uma alta demanda de referência, com conseqüente canalização para os hospitais, laboratórios e serviços comprados.

A terceira opção seria estabelecer o Programa como eixo de reestruturação da atenção primária (MENDES, 1996). Para isso, faz-se necessário uma articulação ampla, definição de estratégias de organização gerencial e uma nova concepção de atenção primária: alta capacidade resolutiva e sensibilidade diagnóstica, para atuar corretamente sem a exploração tecnológica especializada de qualquer demanda, propondo encaminhamentos pertinentes. A relação entre os profissionais e a(o)s usuária(o)s seria de apoio mútuo e permanente diálogo, favorecendo o exercício da subjetividade dos sujeitos envolvidos (SCHRAIBER; GONÇALVES, 1996).

#### **4.3.3 Discurso C: práticas de educação em saúde**

*Tem reunião com as gestantes todo o mês, fazemos primeiro uma atividade com elas, canta, reza, faz algum exercício ou uma brincadeira antes de começar. Fazemos palestras incentivando o aleitamento materno, que é a parte que a gente mais bate: amamentação até o sexto mês de vida, que é bom amamentar, que vai contrair o útero, vai diminuir a barriga, o bebê será sadio e inteligente, não precisa sair levando mamadeira, quente e frio, bico, os*

*cuidados com o bebê, a hora do parto, que tem que relaxar, passar para elas que têm que tomar a vacina contra tétano, não só por elas, mas pelo bebê, falamos até sobre a questão de sexo. Estamos indo muito nesta parte preventiva. A gente procura falar para elas que a partir do quarto mês, o feto já ouve o que se passa no meio externo e se houver um ambiente harmonioso, haverá uma criança tranqüila e feliz. As aulas são com bonecos. Geralmente, levamos uma fruta, uma melancia, um suco e depois da palestra, a gente merenda. Antes do PSF fazíamos uma palestra, porque tínhamos uma assistente social, que fornecia um enxovalzinho, hoje, compramos sempre alguma coisa, uma toalhinha de banho para sortear, que incentiva elas a virem. Os grupos quebram um pouco daquela coisa rigorosa da consulta e fica mais próximo do paciente. Com as práticas educativas, conseguimos aumentar o aleitamento materno, diminuimos muito o risco de infecções puerperais e do coto umbilical. Tinham mães que iam muito pela cultura, colocavam botãozinho no umbigo, amarravam a criança todinha, o cordão umbilical todo enrolado. Hoje existe, mas é pouco. Temos mães que tem vários filhos e hoje amamenta e diz que vale a pena, se arrependem de não ter amamentado os outros filhos. Hoje elas têm coragem de cuidar do próprio filho, ao invés de deixar com a mãe ou a sogra. O agente comunitário está preparado para dar orientações, mas falta material didático, álbum seriado, fita sobre o acompanhamento e a formação do bebê. Chegou um material falando de cada mês de gestação, só que foi um único caderno para todas as equipes da unidade. Falta local para as reuniões. Dentro da unidade, não temos espaço físico, porque é muito apertada, temos que buscar espaços na comunidade. Quando é na igreja, o pastor não quer que fale sobre sexo ou mostre material como pênis ou camisinha. Na associação faz muito calor e não tem lugar para se sentar. A paróquia está tendo muito trabalho, começaram as aulas e o trabalho educativo está sendo feito de uma a uma, no consultório ou nas visitas. Antigamente fazíamos um trabalho de forma aleatória com as mães, por boa vontade, lendo e aprendendo sem instrução ou orientação de ninguém. Reuníamos as mães, mostrávamos os cartazes e a importância deles, agora, temos que estudar para não passar coisas erradas. É como se estivéssemos na sala de aula.*

**Idéia Central:** As atividades educativas são regulares, dirigidas sobretudo para a amamentação e os cuidados com o recém nascido. Continuam sendo adotadas estratégias de premiação para garantir a adesão da gestante. O espaço físico é um fator limitador para o desenvolvimento da prática. Há preocupação com a atualização profissional e o uso de recursos didáticos variados.

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída

a todos os profissionais que compõem a equipe. Espera-se que esta esteja capacitada para a assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos.

Os profissionais devem atuar como facilitadores no processo de troca de saberes, que permeiam as atividades de educação em saúde. A situação observada traduz a forma como são desenvolvidas as práticas educativas, nas equipes estudadas:

Estamos na sala de espera da Unidade “Y”. É dia de atendimento no pré-natal. A enfermeira e a médica estão atendendo nos consultórios. Simultaneamente, a auxiliar de enfermagem prepara o material para demonstrar o banho do recém nascido: mesa, bacia, boneco, toalha, cotonete, gaze, almotolia e clamp umbilical. A sala é composta maciçamente por mulheres. Há apenas um homem presente no grupo. A auxiliar inicia informando que gosta de fazer a palestra, sem ser interrompida, pois “perde o fio da meada”. A atividade é desenvolvida na forma de palestra, o banho é demonstrado passo a passo, a higienização da genitália, com orientação o uso de gaze para o adequado manuseio, os cuidados com o coto umbilical e o uso adequado do cotonete. Não há interação com as mulheres. À medida que a enfermeira ou a médica chama a gestante para o atendimento, essa sai de forma ordeira, quase imperceptível e não retorna a sala de espera, após a consulta. Ao final da atividade educativa a auxiliar pergunta se há alguma dúvida e o grupo permanece em silêncio, sendo depois liberado.

Os fatos revelam que os profissionais de saúde não superaram o modelo de educação dominante, que desconsidera os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Para Alves (2005), ao tomar as usuárias como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença – todos esses representantes de formas outra de saber.

A demonstração do banho foi realizada pela auxiliar como o cumprimento de um ritual obrigatório, dirigido a uma clientela que não deve se manifestar para esclarecer dúvidas ou para expor as suas experiências com esse procedimento, o que corresponde ao não reconhecimento de qualquer saber prévio tanto das mulheres quanto do homem presente na reunião.

No DSC são evidenciadas ações que reforçam essa afirmação, principalmente pela preocupação em passar para as gestantes a noção do valor da amamentação como geradora de

crianças sadias e inteligentes. Dessa forma, a educação em saúde é marcada por intenções de controle e disciplina, especialmente quando dirigida às mulheres. Isto se torna evidente nos casos de amamentação e cuidados com o bebê. Para Schraiber (2005, p. 51), “a clássica imagem da mulher percebida como mãe, esposa, dona-de-casa e, principalmente cuidadora da família está agregada aos padrões tradicionais de gênero e portanto, contida na visão dos profissionais de saúde”.

*“[...] Fazemos palestras incentivando o aleitamento materno, que é a parte que a gente mais bate: amamentação até o sexto mês de vida, que é bom amamentar, que vai contrair o útero, vai diminuir a barriga, o bebê será sadio e inteligente, não precisa sair levando mamadeira, quente e frio, bico, os cuidados com o bebê [...]”.*

Em que pese a tentativa de agregação do saber das Ciências Sociais às práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, principalmente a partir do movimento de redemocratização do setor saúde, via movimento da Reforma Sanitária, permanecem as atividades de natureza educativa entendidas como uma relação de dominação e autoridade do saber técnico, marginalizando o componente popular, tratando-o como elemento passivo (ROCHA, 2003).

As práticas educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde limitam-se a ações de caráter prescritivo, com a utilização de técnicas pedagógicas centradas na transmissão de informações, sob a forma de verdades absolutas e inquestionáveis. Isto é fazer do outro um sujeito passivo de reprodução do desejado. Para Vasconcelos (1999), há que se indagar se existe um movimento de procurar saídas para se contrapor às práticas, ditas de natureza educativa nos serviços de saúde, de modo a superar a lógica hegemônica de funcionamento desses serviços, subordinados à legitimação do poder econômico e político dominante, para a luta de democratização, onde a educação popular passa a ser um instrumento de reconstrução e ampliação da participação popular no gerenciamento e re-orientação das políticas públicas.

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional – usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular (ALVES, 2005).

Entretanto, coerente com o DSC, a forma com que os profissionais majoritariamente denominam as atividades educativas – palestras, traduzem a forma como são desenvolvidas, distanciando-se de um modelo de educação em saúde que seria mais coerente com as

particularidades do PAISM, do PSF e com os princípios do SUS, particularmente o da integralidade.

A atenção preventiva no PSF, prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde, voltadas para o auto-cuidado. Estas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais em seus contatos com os indivíduos sadios ou doentes. Assim, a prática educativa não conta necessariamente com um espaço convencional, restrito ou definido para seu desenvolvimento. Novos espaços devem ser buscados na comunidade, utilizando-se dos recursos físicos que esta comunidade dispõe e motivando os profissionais a atuar em espaços informais.

Entretanto, é importante garantir a educação permanente a todos os profissionais envolvidos, como forma de instrumentalizá-los para as práticas, bem como a disponibilidade de recursos didáticos que possam contribuir para o enriquecimento das práticas educativas.

Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes, pelo nível de participação da comunidade na resolução dos problemas de saúde, a ser fomentado pelas equipes, pela compreensão ampliada do processo saúde – doença, pela humanização das práticas, busca de qualidade da assistência e de sua resolutividade, conclui-se que a forma como são desenvolvidas as atividades educativas distanciam-se da proposta inovadora de mudança das práticas e de modelo de atenção á saúde, prevista no PSF e na perspectiva da integralidade.

#### 4.4 OS CONCEITOS DE INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Os discursos que se seguem, trazem a noção de integralidade sob três perspectivas: o discurso A como o acesso a uma rede de serviços de saúde hierarquizados; o discurso B como o atendimento das demandas sociais que interferem na saúde e o discurso C como a oferta de ações contínuas e padronizadas, através do trabalho em equipe.

##### **4.4.1 Discurso A: acesso à rede hierarquizada de serviços de saúde**

*Uma rede de atendimento para a gestante, para podermos encaminhá-la a todos os lugares, como a odontologia. Se estiver com o açúcar alto ou hipertensão, encaminhar diretamente ao*

*Iperba e ela ser aceita sem muitos problemas. Integrar o PSF a um sistema de parto. A gente ter contato direto com a maternidade e a maternidade informar: “temos uma vaga aqui” e aí, então, a gente separa a vaga para a gestante ou você ser informado que sua gestante terá uma vaga na Climério de Oliveira, então quando ela tiver que parir, você encaminha para lá. Sair daqui com todos os exames feitos e a maternidade a receber com todos os exames na mão. Uma proteção à saúde da família que tem que ser completa, um laboratório, uma maternidade, uma assistência além do que a enfermeira, a médica e a gente dá. Um hospital mais próximo, grande, para abranger o PSF, com remédios, com gente trabalhando com carinho, amor e dedicação, ali, a espera de qualquer uma, de todas que necessitam, sem estar se preocupando para onde vai, se vai ter vaga ou se não tem, uma emergência, já esperando, uma UTI. Se possível, uma ambulância também disponível, com um motorista para circular nas áreas, saber qual a área que está precisando, para locomover da casa para outro serviço, uma referência e contra referência, exames, uma equipe mínima com médico, enfermeira, odontólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social, então acho que teríamos condições de prestar uma assistência integral.*

**Idéia Central:** Integralidade no pré-natal significa ter acesso a uma rede de serviços hierarquizados para o pronto atendimento das demandas das gestantes, na lógica das especialidades. O hospital é considerado o *locus* de maior resolutividade, com ações voltadas para o consumo da tecnologia farmacêutica e de equipamentos.

O DSC conceitua a integralidade como o acesso a uma rede de serviços hierarquizados, centrados na lógica das especialidades e baseados no consumo de tecnologias. Para Merhy (1977), tecnologia em saúde não se restringe a equipamentos, nem ao moderno ou ao novo. Significa a relação entre os diversos saberes e suas finalidades. As tecnologias podem se constituir em leves e pesadas. As relações entre os profissionais e as gestantes, por exemplo, configuram-se como tecnologias leves. As tecnologias a que se refere o DSC diz respeito às tecnologias pesadas, ao consumo de equipamentos e fármacos, nem sempre traduzido como uma assistência integral.

Matos (2003), salienta um dos significados da integralidade como a articulação entre as ações preventivas e assistenciais. O autor aponta para o texto constitucional que cita o atendimento integral, com ênfase na prevenção, sem descartar a assistência, ao tempo em que, reconhece a demanda pelos serviços.

Camargo Jr. (2003), afirma que pessoas sofrem e precisam de cuidados. Diante dessa constatação, podemos antever o sofrimento como uma construção cultural, sujeito a intensas

variações em diferentes tempos e lugares. Assim, aquele que sofre, não admite negociações e busca formas específicas de cuidado. A percepção deste sofrimento e sua interação com os fatores culturais e recursos tecnológicos disponíveis produzirá a demanda por serviços de saúde. As dimensões do sofrimento (demanda) e da atenção (oferta) são dialeticamente co-produzidas.

Para os profissionais de saúde, a relação inversa entre a oferta de serviços públicos de saúde e a demanda da(o)s usuária(o)s é traduzida na dificuldade no acesso, acarretando uma baixa resolutividade na atenção.

*“[...] Uma rede de atendimento para a gestante, para podermos encaminhá-la a todos os lugares, como a odontologia. Se estiver com o açúcar alto ou hipertensão, encaminhar diretamente ao Iperba e ela ser aceita sem muitos problemas”.*

Existem várias formas de conceituar demanda e oferta nos serviços de saúde. Pinheiro (2005), trata o conceito da oferta de serviços de saúde, relacionando-o à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados a atenção à saúde. Já o conceito de demanda é a atividade do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

Arruda (1998) acrescenta que a demanda nem sempre será a expressão da necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência de solução para seus problemas, pela sua indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados.

As modalidades de atenção, o conhecimento sobre as mesmas, os agentes do cuidado e as diversas instituições que regulam a oferta e a demanda, são produtos de processos históricos entrelaçados. Como produto desse processo destaca-se o complexo médico industrial, cujos elementos constituintes representam importantes obstáculos à proposta da integralidade. A ênfase nos aspectos biológicos, a fragmentação do indivíduo, a hierarquização implícita de saberes define o modelo da biomedicina, oposto a qualquer proposta de integralidade (CAMARGO JR., 2003).

Aliada a isso, a formação dos profissionais de saúde privilegia como lócus de aprendizagem o laboratório e o hospital, produzindo atitudes reducionistas e uma distinção entre as ações preventivas e as ações assistenciais. Esse desenho curricular dificulta o entendimento e a articulação entre essas ações, no âmbito das práticas.

*“[...] Um hospital mais próximo, grande, para abranger o PSF, com remédios, com gente trabalhando com carinho, amor e dedicação, ali, a espera de qualquer uma, de todas que necessitam, sem estar se preocupando para onde vai, se vai ter vaga ou se não tem, uma emergência, já esperando, uma UTI”.*

No plano das políticas de saúde, as ações preventivas e as assistenciais têm impactos distintos. Segundo Matos (2003, p. 53), as atividades assistenciais respondem a uma percepção de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais.

Cada vez que o sistema de saúde não responde adequadamente à demanda que a ele se apresenta, se corrói a sustentação política desse sistema. Do mesmo modo, a emergência de epidemias para as quais conhece-se os dispositivos de controle, corrói as bases de sustentação do sistema, emergindo um duplo dever: assegurar a resposta às necessidades e às demandas por ações preventivas e assistenciais.

Entretanto, não se pode perder de vista que as preferências das usuárias que demandam serviços de saúde enveredam para aquelas Unidades com nível de complexidade maior, ou seja, ambulatórios e hospitais especializados. Nessa perspectiva, o PSF tende a concorrer com os demais serviços, numa competição desigual, na qual os resultados podem restringir a sua eficácia. Pinheiro (2001, p. 93), afirma que “já é reconhecido que a(o) usuária(o) sabe o que quer e escolhe o bem ou serviço que deseja adquirir”.

A área de saúde tem se destacado pela capacidade de propor mudanças em termos de políticas públicas. Para Rocha (2003), as idéias que sustentaram a proposta de transformação da produção de serviços de saúde, são fruto de discussão de produção teórica e prática nas últimas décadas. O modelo de assistência dominante teve suas características expostas e criticadas. Surge o Programa de Saúde da Família como estratégia para inversão do atual modelo.

Esta estratégia reúne elementos habilitadores para a construção de um modelo assistencial, capaz de romper com a hegemonia do modelo vigente, marcado por uma forma de atuação predominantemente hospitalar, centrado no atendimento médico e com uma visão biologicista do processo saúde-doença, mas ao mesmo tempo, capaz de responder as demandas apresentadas.

No campo das concepções e percepções sobre saúde, doença e cura, o modelo dominante de assistência à saúde tende à reafirmação do processo saúde-doença numa visão



biologizante, com intervenções altamente especializadas e tecnificadas. É esse modelo que a população reconhece e demanda e com ele se identifica, ainda que sua eficiência e eficácia social sejam reduzidas (PINHEIRO, 2001).

A preferência individual da(o)s usuária(o)s pelo atendimento hospitalar faz parte da história passada e presente das políticas de saúde no país, que tem no ato da busca pelo acesso, a representação de que o hospital é o lugar que reúne as possibilidades de solucionar seu problema de saúde.

#### **4.4.2 Discurso B: atendimento das demandas sociais que interferem na saúde**

*Atender a pessoa em seu íntegro, tanto no âmbito social, quanto no âmbito educacional, quanto no âmbito cultural, quanto no âmbito preventivo, quanto no âmbito de saúde, toda a integralidade da pessoa humana. Saber se é o lado psicológico, se é o lado afetivo ou se é o lado da saúde. Melhorar índices de desemprego, oferecer condições de trabalho, lazer, saneamento, para que a população melhore os hábitos de vida e tenha saúde. O Governo oferecer alguma coisa, uma bolsa para as gestantes que não se alimentam bem e têm complicações. Visualizar a gestante não só como aquela doente que procurou o Posto, mas como uma pessoa normal que tem problemas, que assiste novela e pode conversar com a gente sobre qualquer assunto e às vezes, até colaborar. Não tratar a paciente como aquela que veio ao Posto, porque precisa de remédio, às vezes só precisa de atenção, não precisa de médico. É ter acesso a vida, como um todo, daquela pessoa, não só a pessoa física, mas todo o contexto dela, tudo o que envolve a vida daquela pessoa, qual a sua visão de mundo, buscar outras referências da paciente, tudo que está envolvido naquela situação gestacional. Uma dor de cabeça, por exemplo, é uma coisa física, mas a dor de cabeça fala muitas vezes, não é uma alteração funcional, mas uma discussão na família, uma preocupação, uma ansiedade, a violência, as necessidades, a aceitação do marido quanto a essa gestação, as condições dela decidir se vai levar ou não a gestação a termo. É tentar intervir em situações que podemos intervir. É uma construção.*

**Idéia Central:** a integralidade é conceituada como a resposta às demandas sociais que interferem na saúde. Consiste em buscar possibilidades de apreensão das necessidades de saúde.

No discurso do sujeito coletivo, a integralidade aparece como um conjunto de valores que se relacionam a uma sociedade mais justa e solidária. A noção de integralidade também expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas, e que essas respostas devem ser incorporadas tanto nas possibilidades de prevenção como nas possibilidades assistenciais. Matos (2003, p. 62) salienta que

as necessidades de serviços assistenciais não se reduzem a necessidade de atendimento oportuno, com também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem às apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia ou a clínica.

As necessidades de saúde não são descritas apenas como alterações biológicas, mas resultantes de fatores socioeconômicos e culturais relativos à garantia de acesso a oportunidades tanto de trabalho como de moradia e lazer. Questões como a violência e desemprego são percebidas pelos profissionais como um dos principais determinantes dos problemas de saúde das pessoas que buscam atendimento.

Pode-se perceber que questões caracterizadas como sociais, surgem como preocupação para os profissionais. Dentro de um conceito ampliado de saúde, tudo aquilo que resulta no agravamento das condições de vida, de trabalho, de relações interpessoais e toda a superação de tais condições, diz respeito ao campo da saúde.

Da mesma forma, pode ser analisada a questão do desemprego, uma vez que, as condições precárias de vida da população têm como uma das principais causas a falta de renda, o que seguramente contribui para o agravamento do quadro sanitário. A redução progressiva do nível de emprego tem afetado substancialmente as condições de vida da população, sobretudo nas relações de trabalho. Com isso, o impacto na população é negativo, seja pela insuficiência dos mecanismos para o reaproveitamento da mão-de-obra excluída, seja pela incapacidade das políticas públicas em compensar tais efeitos (PINHEIRO, 2001).

Esses aspectos mencionados no DSC, explicitam um cotidiano precário, sendo que a percepção dominante é a integralidade como resultante da concomitância de fatores sociais. O estudo realizado por Pinheiro (2001), constata que segundo a ótica dos profissionais e técnicos de saúde, a procura recorrente por parte dos usuários por serviços de saúde, em particular, o médico, resulta da cultura popular que designou socialmente o médico como aquele habilitado a resolver as queixas, problemas físicos ou emocionais, ainda que sua origem não esteja relacionada a alguma doença específica ou um caso cientificamente descrito.

*“[...] Uma dor de cabeça, por exemplo, é uma coisa física, mas a dor de cabeça fala muitas vezes, não é uma alteração funcional, mas uma discussão na família, uma preocupação, uma ansiedade, a violência, as necessidades, a aceitação do marido quanto a essa gestação, as condições dela decidir se vai levar ou não a gestação a termo”.*

No que tange às mulheres, os problemas decorrentes de situações conflitivas de vida a que as mulheres estão expostas são freqüentemente interpretados pelos profissionais de saúde como queixas vagas e, portanto, desqualificadas. Os serviços de saúde são potencialmente locais de aproximação de mulheres cuja realidade psicossocial é marcada pela mecanicidade do trabalho doméstico e responsabilidade pela saúde da família (AGUIAR, 1977).

Para Matos (2005), lidar com a eventual impossibilidade de atender às necessidades requer a primeira vista atentar para essas necessidades, registrá-las, analisá-las, levá-las ao gestor, discuti-las nos fóruns de participação e com o próprio Ministério Público. Elementos centrais de construção de saídas.

Na visão dos profissionais, as demandas sociais que surgem no PSF, consistem em problemas que incidem de maneira decisiva no seu potencial de resolutividade. Pode-se perceber que a persistência ou agravamento dos problemas sociais, com os quais a equipe depara cotidianamente, têm dificultado em grande medida a integralidade, uma vez que, os profissionais sentem-se impotentes em resolvê-los no campo da saúde.

*“[...] É tentar intervir em situações que podemos intervir”.*

#### **4.4.3 Discurso C: oferta contínua de ações padronizadas, operacionalizadas através do trabalho em equipe**

*O que você pega do começo e leva até o término, por exemplo, pegar uma gestante no segundo mês, terceiro mês e levar até o parto. Aproveitar a sala de espera e fazer palestras, buscar a gestante na sala de espera, pedir o cartão de vacina, ver se tem vacina atrasada, se tiver, dar a vacina. Acompanhar na Unidade e na residência, tentar identificar o mais cedo possível essas mulheres, cativar, colocar para elas a importância do pré-natal bem feito, solicitar exames que são preconizados no pré-natal, dar todo o acompanhamento, pesar, medir a T.A., solicitar ultrassonografia, intervir precocemente no caso de uma paciente com*

*AIDS, perceber precocemente riscos e encaminhar, dar assistência no retorno, assegurar a essa gestante uma assistência com a enfermeira, uma consulta com o médico, referência e contra-referência, esclarecer a ela todo o tempo que ela deve pensar na criança, não é tratar só a gestante como uma pessoa isolada, sem pensar na vida que está dentro dela, se ela tiver uma DST, orientar para que o marido seja tratado. É toda a equipe envolvida, seja no acompanhamento médico, seja na relação com o agente comunitário, na visita que o agente faz a gestante, ou na vacina, com o auxiliar.*

**Idéia Central:** A integralidade é entendida como a oferta contínua de ações padronizadas, centralizadas nas questões reprodutivas e no binômio mãe-filho, operacionalizadas através do trabalho em equipe.

O DSC conceitua a integralidade como a oferta de ações sistematizadas, uniformes e contínuas. Matos (2001, p.61) afirma: tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, [...] integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos.

Entretanto, a formação dos profissionais e o modelo de assistência hegemônico, o qual o PSF busca romper, tomou o corpo humano em analogia a uma máquina, cujas estruturas e funções pudessem ser meticulosamente analisadas e tratadas de modo instrumental, padronizado, isolando-se a parte adoecida do resto do corpo.

*“[...] solicitar exames que são preconizados no pré-natal, dar todo o acompanhamento, pesar, medir a T.A., solicitar ultrassonografia, intervir precocemente [...]”.*

Ademais, a variedade e heterogeneidade dos componentes da equipe, não só nas suas diferentes formações, mas também em diferentes níveis educacionais produzem processos de trabalho distintos, dissociando procedimentos. Na visão dos profissionais entrevistados, o trabalho em equipe potencializa a busca pela integralidade.

*“[...] É toda a equipe envolvida, seja no acompanhamento médico, seja na relação com o agente comunitário, na visita que o agente faz a gestante, ou na vacina, com o auxiliar”.*

A padronização das principais condutas é uma solução interna, útil para homogeneizar condutas, mas também capaz de garantir uma só e a mesma assistência (ROCHA, 2003). Entretanto, a homogeneização despotencializa a ação da equipe, uma vez que, seu trabalho

não se restringe, nem se encerra no fazer de nenhum profissional especificamente.

Para Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), a equipe multiprofissional, ainda que deva buscar e valorizar a polifonia, decorrente da diversidade de vozes e discursos que se fazem presentes, nos diferentes saberes e profissionais, deve trabalhar em uníssono de forma harmônica. Dessa harmonia, derivaria a integralidade.

Nessa dimensão, a integralidade seria fruto do esforço e confluência de vários saberes de uma equipe, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. Assim, os serviços devem ser organizados de forma aberta, para assimilar necessidades não previstas em rotinas e protocolos (CECÍLIO, 2001).

Ramos (2005), define que o trabalho em equipe e a integração de funções, correspondem ao desafio da multiprofissionalidade. A associação deste, não rompe necessariamente, com os preceitos da divisão social e técnica do trabalho. Essa divisão é a divisão dos próprios sujeitos. Não há como enfrentar contradições se não concebermos os trabalhadores como sujeitos de conhecimento e de cultura.

A produção da integralidade parece ter sua expressão delineada no envolvimento do trabalhador no seu cotidiano profissional, embebido por determinada visão de mundo. O processo de formação desse trabalhador relaciona-se com a sua capacidade de interagir com múltiplos sujeitos, refletir sobre sua prática e a partir disso, criar propostas coerentes e negociadas.

O estudo de Schraiber (2005), demonstra que, no âmbito do PSF, a interação técnica e profissional, pouco acontece, fazendo com que na resolução dos casos também ocorra uma hierarquia e especialização: os casos tidos como de maior complexidade técnica (apresentam questões biomédicas mais difíceis) são referidos a(o)s médica(o)s e a(o)s enfermeira(o)s pelos outros profissionais que mostram dificuldade na tomada de decisões, quando não amparados por profissionais de nível superior. Nos casos com características mais sociais (as questões biomédicas são mais simples, mesmo que a assistência demandada implique grande complexidade de cuidados) são alvos das ações dos demais profissionais. Assim, questões de gênero, como o exercício da sexualidade, a violência doméstica são destinados a apenas alguns componentes da equipe.

Ao analisar essa divisão, a equipe pode se deparar com sua impotência e imobilidade perante os problemas apresentados, especialmente se tratados no limite estrito da divisão técnica (MATUMOTO, et al., 2005). De certa forma, para se proteger dessa sensação de falta de poder, mas principalmente sob a pressão da lógica de produção capitalista e da influência de sua formação, os profissionais tendem ao movimento hegemônico da produção de

procedimentos.

Os conceitos de integralidade contidos nos discursos dos profissionais refletem a polissemia do tema. A imagem nunca é detalhada, o que reforça a ausência de um conceito único. O PSF alimenta o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços de saúde, das ações e, conseqüentemente das práticas, estando aí a relevância dos profissionais envolvidos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos do sujeito coletivo descrevem sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, a forma como são vistas as mulheres, as práticas desenvolvidas no pré-natal e os conceitos de integralidade.

As práticas de saúde preconizadas no PSF, em especial as destinadas à mulher, encontram-se ancoradas nos postulados da Política de Atenção à Saúde da Mulher, que concebe as mulheres como pessoas integrais, merecedoras de acesso aos serviços de saúde, conscientes da multiplicidade de suas demandas e não reduzidas as funções reprodutivas e maternais, contidas nos discursos.

Para os profissionais do PSF, as mulheres encontram-se destacadas no Programa, pelo fato de ser a mais presente, a mais disponível e a responsável pelo cuidado à saúde das famílias. Este fato anuncia uma predileção por mães: as mães recentes recebendo orientações sobre como cuidar de seu bebê, adotando práticas higiênicas de amamentação e de alimentação corretas; as mães que acompanham os seus filhos mais crescidos e inclusive os pais dos seus filhos à unidade; as grávidas fazendo o pré-natal e as mães mais velhas que ganham o apelido carinhoso de vovó.

Assim, no âmbito do atendimento à mulher, as práticas destinadas a essas, ainda se centralizam na função reprodutiva, num enfoque materno-infantil e ações centradas na queixa. O desenvolvimento de práticas na perspectiva da integralidade demanda o reconhecimento de que as doenças contribuem de forma negativa para o bem-estar dessas mulheres, porém apenas o combate a elas, não finda as demais dimensões que interferem no processo de adoecer.

Para Scott (2005), há a busca de uma família reprodutiva, uma mãe zelosa que controla o número de filhos e se dedica às tarefas de casa. Há um esforço de disciplinar as mulheres que não cabem neste modelo, a exemplo, as adolescentes grávidas.

Os profissionais que compuseram o estudo possuem especificidades como tempo de atuação e capacitações. Ainda que os treinamentos não sejam direcionados para uma determinada ação, a exemplo do atendimento no pré-natal, trazem de forma uniforme a necessidade de desenvolver uma visão mais ampliada da população atendida. No caso específico das mulheres, haveria uma necessidade de adequação das demandas de saúde. Como dar conta de atender, com qualidade, as queixas e agravos e preveni-los, não apenas do ponto de vista sanitário, mas também do ponto de vista social e cultural?

Nessas ocasiões, a vontade de prevenir é muito maior que a vontade de compreender. Preocupados com os supostos riscos à saúde da mãe e também sobre o percebido e imaginado risco da alta fecundidade das camadas populares, a equipe antevê as conseqüências para as adolescentes pobres e para a relação delas com outras camadas. Dobram os esforços para adiar o tempo que as meninas levam para entrar na categoria de mãe. Trabalham para perpetuar o status de filha e de namorada bem informada sobre como prevenir a gravidez.

A prevenção preconizada no PSF é traduzida na prática pelas atividades educativas desenvolvidas pelas equipes, consistindo numa prática freqüente. Entretanto, o enfoque preventivo ainda é dirigido ao binômio mãe-filho. As mulheres são consideradas como detentoras de pouco conhecimento para o auto-cuidado e o cuidado com os filhos. As informações são veiculadas de forma autoritária, desconsiderando questões relacionadas ao senso comum, valores e crenças, muitas vezes tão arraigadas a uma comunidade. As equipes consideram como fatores limitadores ao desenvolvimento dessa prática, a ausência de um local adequado para o desenvolvimento da atividade, bem como material didático disponível.

Nota-se que apesar do tempo de atuação no PSF, as equipes ainda se restringem aos espaços internos da Unidade de Saúde da Família, ignorando os diferentes locais existentes na comunidade, onde as atividades educativas podem ser desenvolvidas de forma mais informal favorecendo maior participação.

A ênfase na equipe interdisciplinar apontada nos discursos como fator diferencial para o desenvolvimento das práticas, deveria ser uma potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, alicerçando a integralidade e seus dispositivos (acolhimento, vínculo, autonomia, resolubilidade, responsabilização) na confecção de práticas originais, mais adequadas. Significa não eliminar o caráter particular de cada profissão, mas possibilitar a articulação de forma que seja alcançada a integralidade.

O PSF, entendido como estratégia de reversão do modelo assistencial vigente tem na discussão acerca dos resultados alcançados, a incorporação de mudanças nas práticas de saúde das equipes, de modo a garantir a integralidade da atenção, o que implica mudanças no processo de trabalho de cada profissional e no trabalho coletivo, desenvolvido na equipe.

Para Pinheiro e Luz (2003), é preciso democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde, numa perspectiva da integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços.



Os discursos apontam para três sentidos de integralidade: o primeiro, se refere a uma rede de serviço hierarquizada que garanta o acesso das gestantes a níveis de atenção mais complexos; o segundo, refere-se ao atendimento das demandas sociais que interferem na saúde e o terceiro, refere-se a oferta contínua e sistematizada das ações de saúde operacionalizadas através do trabalho em equipe. Para Camargo Jr. (2003), a inexistência de uma definição sobre o que seria a integralidade é ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potencialidade.

Segundo Santos e Assis (2006, p. 54), ao traçar uma analogia com a Física, pode-se conceber a integralidade no campo da saúde como um “feixe de luz” – forma de energia que se propaga pelos espaços – que, ao atravessar um prisma, se decompõe em diferentes cores. Separada, apresenta diferentes graus de força; ao se reagrupar às outras, restaura-se o feixe original, ou seja, recupera-se a potencialidade de iluminar – de criar novas perspectivas.

Nesse sentido, os autores acrescentam que como um “feixe luminoso”, a integralidade sofreria os mesmos fenômenos físicos – reflexão, refração ou absorção – ao incidir sobre diferentes instituições, organizações ou estabelecimentos, em espaços pouco permeáveis, que têm o processo de trabalho impregnado de instrumentos e conhecimentos estruturados.

A princípio, os sujeitos sofreriam uma reflexão – voltariam para o ponto de origem – ao tentar transpor um obstáculo. Num segundo momento, rompendo-se alguns entraves, atravessariam o espaço, ainda que sofressem algum coeficiente de refração – desvios de propostas. Num momento mais avançado, os dispositivos da integralidade romperiam as barreiras, construiriam novas formas de fazer/agir na prática cotidiana e seriam, portanto, disseminados e absorvidos pelos diversos sujeitos (SANTOS; ASSIS, 2006).

Introduzir mudanças nos modelos propostos nos serviços de saúde significa tratar com os interesses corporativos da racionalidade médica dominante, que tendem à priorização da especialização e da tecnologia. Por outro lado, é preciso superar limites da busca da objetividade e incluir a subjetividade da(o)s usuária(o)s, rompendo com a racionalidade. Significa recuperar o saber-poder feminino do cuidar em favor da construção de uma sociedade saudável, sem acirrar a dominação masculina.

No caso específico das equipes estudadas que possuem especificidades como tempo de atuação, número de capacitações realizadas durante esse período e vantagens financeiras, tais atributos deveriam estar traduzidos em um maior vínculo com a população assistida e desenvolvimento de projetos de intervenção mais amplos e conseqüentemente mais comprometidos com a integralidade.

Entretanto a possibilidade da construção do vínculo está ligada a compromissos tanto

dos profissionais, quanto das gestantes assistidas. Os profissionais com possibilidades de ofertar ações e as gestantes sentindo-se amparadas por essas ações, formariam esse vínculo. Seria o primeiro passo para a construção de projetos de intervenção amplos e associados a integralidade.

Estariam essas equipes dispostas? E se estiverem dispostas, quais as limitações para a proposta da integralidade? Os profissionais de classe média, na sua maioria, integram a equipe de saúde da família, imbuídos da responsabilidade pela saúde de milhares de pessoas em áreas pobres ou de extrema pobreza. Diante das situações socioeconômicas e emocionais complexas, sentem-se impotentes.

Para que a impotência não se transforme em inércia ou na banalização das situações encontradas, as equipes necessitam de apoio. Há uma nova proposta, uma nova forma de atuar em saúde, portanto, é preciso descobrir os caminhos. Apoiar as equipes na nova caminhada não finda em capacitações e supervisões técnicas voltadas ao cumprimento de horários e alcance de produtividade, mas principalmente no desenvolvimento de encontros que possibilitem a análise dos casos priorizados pelas equipes e a discussão dos encaminhamentos adequados. A partir dessas discussões, o processo de intervenção é visualizado, favorecendo a construção da integralidade.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. Assistência integral à saúde da mulher: a ótica dos profissionais de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 22, n.1/4, p.7-18, jan./dez.1997.
- ALMEIDA, C. **As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?** 1995. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.
- ALVES, A. M. Algumas reflexões sobre sexo, idade e cor. **Caderno CRH**, v. 17, n. 42, p. 357- 64, set./dez.2004.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, p.39-50, set. 2004 / fev. 2005.
- ARRUDA, D. **Sistemas de informações e alocação de recursos**. 1998. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, 1998.
- BORDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ. R. (Org.). Pierre Bordieu. **Sociologia**. São Paulo: Ática, p.1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Pacto de Indicadores de Atenção Básica: instrumento de negociação qualificados do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 3, n.2, abr./jun.2003.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**, v. 4, p.15-25, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- \_\_\_\_\_. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil**. Brasília: NESP, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Assistência pré-natal: manual técnico**, 3. ed. 2000.
- \_\_\_\_\_. **Doenças sexualmente transmissíveis: manual de bolso**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 2000.

\_\_\_\_\_. **Educação permanente.** Brasília: Programa de Saúde da Família, 2000. (Caderno, 3).

\_\_\_\_\_. **Perfil dos médicos e enfermeiros no programa de saúde da família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Programa de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Normas operacionais de assistência à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Assistência em planejamento familiar.** 4. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2002. (Manual técnico)

\_\_\_\_\_. Avaliação normativa da estratégia de saúde da família no Brasil – 2001\2003. **Informe de Atenção Básica,** Brasília, v. 4, n.18, abr. 2003.

BUSS, P.; LABRA, E. **Sistemas de saúde:** continuidades e mudanças. São Paulo: Hucitec, 1995.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 35-44.

CAMPOS, G.W. **Saúde paidea.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. **Família e proteção social.** São Paulo: Perspectiva, v.17, abr./jun. 2003.

CASTRO, M. Articulando gênero, classe e raça. In: SEMINÁRIO GÊNERO E FEMINISMO, 1, 1998, São Paulo. **Livro Resumo...** São Paulo. 1998. Conferência.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: MATOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-21.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher:** subsídios para elaboração do manual do gestor municipal. 2003. 245 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COELHO, E. A. C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero.** 2001. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

CORREA, S.O.; PIOLA, S.F. **Balanco 1998–2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. Brasília: NESP, CEAM, UnB, 1999. (mimeo.).

COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A. M; MERCHÁN – HAMANN, E.; TAJER, D. (Org.). **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

COSTA, M. M (Org.). **Educação permanente**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2000.

EMBIRUSSU, K. N. Construindo identidades no cotidiano escolar. In: FAGUNDES, T. C. P. C. **Ensaio sobre a educação, sexualidade e gênero**. Salvador: Helvécia, 2005. p. 153-67.

FERREIRA, S. L. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. R. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.175-227.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1998.

FORMIGA, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p.151-62.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. **Programa de saúde da família**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Campinas, 1999.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. 1996, 256 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

GERSHMAN, S.; VIANA, M. L. W. **A miragem da pós modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio Janeiro: Fiocruz, 1997.

GOLDIM, J. R. O consentimento informado e a sua utilização em pesquisa. In: VÍCTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. .

GOMES, R.; GUIZARDI, F.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: GOMES, R.; GUIZARDI, F.; PINHEIRO, R.; MATOS, Ruben Araújo. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 105-28.

GUERREIRO, M. D.; ABRANTES, P. Como tornar-se adulto: processos de transição na modernidade avançada. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 58, jun. 2005.

HEILBORN, M. L. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. **Cadernos CEPIA**. Gênero, Corpo e Enfermagem. Rio de Janeiro, p.73-92, 2002.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de dados**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2004. 96 p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnica de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação. In: LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial. 2000, p.82-89.

LAVINAS, L. Evolução do desemprego feminino nas áreas metropolitanas. In: ROCHA, M.I.B. da (Org.). **Trabalho e gênero**: mudanças, permanências e desafios. Campinas: ABEP, NEPO/ UNICAMP e CEDEPLAR/ UFMG; São Paulo: Editora 34, 2000. p.139-59.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J.J.V. (Orgs.). **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 138 p.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: principais conceitos, operadores do DSC. Disponível em <http://hygeia.fsp.usp.br/flefèvre/discursoprincipaisconceitos.htm>. Acesso em 23 jun.2005.

LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família**: em busca da interdisciplinaridade. Belo Horizonte, 2001, 234 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. 343 p.

MANDÚ, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, São Paulo, n. 10, v. 3, p. 358- 71, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1990. p. 57-123.

MARQUES, P. F. **Práticas de saúde da mulher no espaço domiciliar**: análise a partir de agentes comunitários de saúde. Salvador, 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2001.

MATOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p.39-64.

\_\_\_\_\_. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A.(Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p.45-69.

\_\_\_\_\_. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p.33-46.

MARTINS, C. A. **O programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) em Goiânia**: a (des)institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal., 2001, 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2001.

MATSUMOTO, S., MISHIMA, S. M., PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 1, n.17, jan./fev., 2001.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo-tecnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo:Hucitec, 1997. p. 117-160.

NASCIMENTO, E. R.; FERREIRA, S.L. Gênero e saúde: algumas reflexões. In: REDOR, 4, 1999, Salvador. **Anais...** Salvador, 1999, p.30-7.

MOTA, A. B.; AZEVEDO, E. L.; GOMES, M. Q. C. (Org.). **Dinâmica de gênero em perspectiva geracional**. Salvador: UFBA/NEIM, 2005.

NUNES, I. M. **Implicações do processo de trabalho hospitalar na assistência à mulher no parto normal**: uma visão multiprofissional, 2005. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, J. C. **Avaliação da assistência pré-natal em unidades do programa de saúde da família de Ilhéus-Ba**. Salvador, 2002. 20 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2002. (artigo).

OSIS, M. J. D. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, n. 1, p.49-53, 1993.

\_\_\_\_\_. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl., 1, 1998.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1977, p.11-24.

\_\_\_\_\_. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: MATOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p.65-112.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores de Seguridade Social – CUT; Annablume, 1999. 254 p.

RAMOS, M. Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 207-21.

ROCHA, A. A. R. **A trajetória do médico no programa de saúde da família: um olhar sobre o sujeito**. 2003. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Os desafios da implantação do PSF no município de Salvador**. Salvador, 2001. 9 p.

\_\_\_\_\_. **Caracterização do distrito sanitário subúrbio ferroviário**. Salvador, 2005. 12 p.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, Ba. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4. p. 53-61, 2006.

SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UNFPA, 2005. p. 99-109.

SCOTT, P. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa de Saúde da Família. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UNFPA, 2005. p. 73-93

SCHERER, M. D. A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção a saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p.53-66, set. 2004/ fev. 2005.

SCHRAIBER, L.B.; GONÇALVES, R.B.M. Necessidades de saúde e atenção primária. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Saúde do adulto**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 39-61

\_\_\_\_\_. Equidade de gênero e saúde: O cotidiano das práticas no programa de saúde da família em Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UNFPA. 2005.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, p. 243-252, out./dez. 2005.



SORJ, B. Legislação trabalhista, políticas públicas e igualdade de gênero. In: \_\_\_\_\_. **Perspectivas e críticas feministas sobre as reformas trabalhista e sindical.** Brasília: CFÊMEA, FIG CIDA, 2006. p. 15-50.

SOUZA, E. A. **Gestantes atendidas na unidade de saúde da família de Alto de Coutos: referência e contra-referência.** 2002, 22 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde) – Universidade Federal da Bahia, - Escola de Enfermagem/Escola de Administração, Salvador, 2002.

SOUZA, H. M. Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa de saúde da família: um estudo de caso em estado selecionado. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, C. M. M. **Gestão de sistemas de saúde.** Brasil: Segrekar. 2003. p.201-248.

SPINK, M. J. P. Investigación cualitativa en salud: superando los horrores metodológicos. In: BRONFMAN, M. N.; CASTRO, R. **Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina.** México: EDAMEX, 1999. p.35- 48

TRAD, L. A. B. Problematizando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação,** n. 2, p. 103-106,1999.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M., et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência Saúde Coletiva,** v. 7, n. 3, p. 581-89, 2002,

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84 p.

VILLELA,W.; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde:** programa de saúde da família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO/UNFPA, 2005. 169 p.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

## APÊNDICE A – Roteiro para Observação Participante



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PESQUISA: A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE A PARTIR DE PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PRÉ-NATAL

PESQUISADORA: EDNIR ASSIS

### Parte I: Identificação

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Início:\_\_\_\_ Fim:\_\_\_\_

Local de Observação: ( ) Unidade de Saúde

( ) Domicílio

( ) Outros. \_\_\_\_\_

Profissionais presentes no momento da observação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrever o trabalho dos profissionais em relação a: \_\_\_\_\_

O que está sendo feito? \_\_\_\_\_

Quem está fazendo? \_\_\_\_\_

Como está sendo feito? \_\_\_\_\_

Relacionamento entre profissionais e a mulher

\_\_\_\_\_

Comentários sobre a observação \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PESQUISA: A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE A PARTIR DE PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PRÉ-NATAL

PESQUISADORA: EDNIR ASSIS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_

Parte I: Identificação e dados funcionais:

Categoria: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Religião \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_

Tem filhos ( Sim) (Não) \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no PSF: \_\_\_\_\_

Equipe a que pertence: \_\_\_\_\_

Capacitações nos últimos 2 anos: \_\_\_\_\_

Parte II:

1- Fale-me sobre a(as) pessoa(s) que fornece(m) informações sobre os membros da família.

2- Fale-me sobre a diferença entre as práticas no pré-natal anteriormente realizadas por você, e as práticas que desenvolve atualmente.

3- Fale-me sobre as facilidades e dificuldades enfrentadas no desenvolvimento de práticas de saúde no pré-natal.

4- O que você entende por integralidade da assistência?

5- Como você entende a assistência integral no Pré-natal, no contexto do seu trabalho na equipe?

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PESQUISA: A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE A PARTIR DE PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PRÉ-NATAL

PESQUISADORA: EDNIR ASSIS

Salvador, de de 2005.

Prezada (o) Senhora (o) Profissional da Equipe de Saúde da Família,

Pelo presente, solicito sua participação, como sujeito, na coleta de dados da pesquisa "A construção da integralidade a partir de práticas de equipes de saúde da família no pré-natal". Este estudo busca analisar as práticas de equipes de saúde da família no pré-natal e como as mesmas configuram o(s) conceito(s) de integralidade.

Sua participação será de forma consciente, livre e voluntária, constando de dois momentos. O primeiro de observação das atividades realizadas no pré-natal, e o segundo, a realização de uma entrevista gravada. Devo destacar que não estou interessada em avaliar seu desempenho ou o Programa ao qual está ligada (o). Comprometo-me a garantir sua privacidade, anonimato, sigilo no uso das informações obtidas e liberdade de aceitar sua saída em qualquer momento do processo de coleta de dados.

Desde já, agradeço a colaboração das(os) envolvidas(os) e afirmo o debate dos dados coletados com V.Sa., posteriormente. Na oportunidade, solicito autorização para publicação dos resultados e apresentação em congressos e saliento minha disponibilidade para o desenvolvimento de atividades.

Atenciosamente, \_\_\_\_\_

Aceito: \_\_\_\_\_

## **ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**