

A tecnologia e a organização social das práticas de assistência à saúde da mulher

Technology and social organization of the practices of assistance to woman's health

Maria do Vale Oba¹, Mary Cristina Ribeiro Lacôrte Ramos Pinto¹, Mariana Gonçalves de Amorim Souza²

¹Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Araraquara – SP, Brasil; ²Enfermeira, Araraquara – SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. O objetivo foi conhecer e analisar a organização social das práticas de assistência à saúde da mulher. **Métodos** – Optou-se pela análise de conteúdo, mas também foi ancorada nas representações sociais. **Resultados** – As falas refletiram suas experiências em relação ao sistema de saúde e assistência à saúde da mulher: o cotidiano de trabalho está disciplinado para atender e intervir no corpo anátomo-fisiológico, a rigidez das rotinas dificultam olhar as queixas das mulheres além do determinismo biológico. Os profissionais têm que aprender atuar no paradigma voltado para saúde, nesse, a enfermeira obstétrica pode contribuir para mudar a assistência prestada à saúde da mulher ao assumir o atendimento de pré-natal, parto e puerpério. **Conclusões** – Acredita-se que a casa de parto possibilita a compreensão do parto não mais como uma disfunção, que deve ser medicalizado, reparado (cirurgicamente) e tratado sob ótica de reparo no corpo biológico.

Descritores: Enfermagem obstétrica; Saúde da mulher

Abstract

Objective – The research was accomplished with professionals of the health department of the municipal district of Ribeirão Preto – SP. The objective was to verify and to analyze the social organization of the practices of assistance to woman's health. **Methods** – The analysis of content was chosen, but it was also anchored in the social representations. **Results** – The words reflected the experiences in relation to the health system and assistance to the woman's health: the daily work is disciplined to assist and to intervene in the anatomy-physiologic body, the rigidity of the routines hinders the look towards women's complaints besides the biological determinism. The professionals have to learn to act in the paradigm faced by health. Here the obstetric nurse can contribute to change the assistance rendered to the woman's health when assuming the attendance during normal prenatal exams, delivery and puerperium. **Conclusions** – It is believed that childbirth house makes it possible to understand childbirth not as a dysfunction to which medicines must be given or surgically repaired and treated under the optics repair in the biological body.

Descriptors: Obstetrical nursing; Women's health

Introdução

Neste século o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitário campanhista para o modelo médico-assistencial privatista chegando, nos anos 80 e 90, na proposta neoliberal e na crise econômica, política e social onde disputam dois projetos alternativos em permanente tensão: o neoliberal e a reforma sanitária¹.

Sendo assim e, para melhor compreensão das políticas de saúde na organização social das práticas de assistência à saúde da mulher dos anos 90 faz-se necessária uma breve incursão retrospectiva nas décadas anteriores².

No Brasil, as parteiras foram sujeitos centrais da assistência ao parto até meados do século atual. No plano formal, o ensino das parteiras começou no Brasil em 1832. À mulher coube a assistência ao parto e a outros fenômenos reprodutivos até a entrada em cena dos médicos e seus instrumentos, que colocam as parteiras em segundo plano, marcando assim, o fim da feminização do parto².

A medicalização imposta ao parto significava um real progresso para a condição feminina ao possibilitar a regulação da fertilidade, o aumento da segurança dos nascimentos e minimizar a mortalidade infantil e materna, cujo alvo primordial era a saúde dos futuros trabalhadores³.

A concepção científica orientou a intervenção técnica no trabalho médico, concentrou e diversificou padrões historicamente significativos de normatividade sendo que esse conhecimento foi capaz de captar e manipular essa normatividade⁴.

Desde que o hospital passou a ser concebido como um local para cura, a distribuição desse espaço tornou-se um instrumento terapêutico, sendo o médico o principal responsável pela sua organização, que se deu a partir da ótica médica⁵.

Criou-se, dessa forma, na sociedade, a necessidade do parto ins-

tucional, rapidamente incorporado pelas mulheres. Nesse momento, a organização social das práticas de assistência ao parto passou a ser concebida em uma outra ideologia³.

Na década de 70 e 80 as gestantes retiravam guia de internação para que pudessem ser assistidas em hospitais próprios ou conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). A guia estabelecia que o parto ocorreria em algum hospital credenciado. As mulheres não credenciadas nesse instituto e que não podiam pagar pelo parto recorriam à instituição de ensino na rede pública e/ou filantrópica³.

Essa situação de acessibilidade à parturiente foi mantida devido à forma de pagamento estabelecida pelo Plano de Pronta Ação (PPA) do Inamps, que permitia o atendimento de não-previdenciários, em casos de urgência, pela rede hospitalar conveniada/contratada. Com a implantação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), a partir da década de 80, determinados procedimentos deixam de ser lucrativos e, entre eles, o parto, refletindo na acessibilidade das parturientes aos serviços conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS)³.

O cenário das políticas de saúde dos anos 80 foi marcado pela reorganização do modelo de atenção à saúde, com a finalidade de implantar um programa nacional de serviços básicos à saúde, extensivo a toda a população, sob a responsabilidade direta do setor público, através da racionalização de recursos e da articulação interinstitucional⁶.

Esse fato também ocorreu em Ribeirão Preto, em 4 de dezembro de 1983, por meio da Secretaria Municipal da Saúde, ao assinar o termo de adesão ao convênio celebrado entre o Ministério da Saúde/Inamps, de um lado, e o Governo do Estado de São Paulo, de outro, para implantar e executar o Programa de Ações Integra-

das de Saúde. Em 26 de abril de 1984, inicia-se a sua implantação com a Lei nº 4.476⁶.

A adesão do município de Ribeirão Preto às propostas de reformulação do sistema estadual de saúde, principalmente à questão de descentralização, se deu em grande parte pela adesão política dos representantes de saúde de origem federal, estadual e municipal, durante os anos 1983 a 1988. Estabelece-se o convênio de Municipalização da Saúde por meio da Lei nº 5.194, de 27 de novembro de 1987. Dessa forma, o Estado repassa verbas para o nível local, cabendo a esse o gerenciamento da saúde do município⁶.

Com o processo de municipalização da saúde a estrutura básica para a prestação de serviços públicos ambulatoriais vai se constituindo e reorganizando em Ribeirão Preto, principalmente em relação à construção de unidades de saúde (1983/11 unidades de saúde e em 1999/ 26 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDSs), 2 Ambulatórios de Especialidades e referência secundário adulto e criança com abrangência regional e três ambulatórios de saúde mental) e contratação de pessoal⁶.

Com a Norma Operacional Básica 01/96 observa-se avanço em relação ao modelo de atenção à saúde, os intergestores e a política de financiamento, mas ainda admittiam-se dois tipos de gestão plena no sistema de saúde, ou seja, a gestão plena do sistema e a gestão plena da atenção básica. Ainda assim, ocorria fragmentação do financiamento através da “cesta básica”, financiada pelos recursos do Piso Ambulatorial Básico (PAB) que incentiva os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁶.

A municipalização da saúde foi se constituindo através do poder de gerir e conduzir a política do Sistema Municipal de Saúde, ou seja, planejando, organizando, executando, avaliando e controlando as ações desenvolvidas pelos serviços públicos (municipais, estaduais e federais) e privados (conveniados e contratados). Para executar todas as ações propostas na municipalização da saúde, os municípios realizavam convênios com os níveis federal e/ou estadual, que os remuneravam pelos serviços prestados⁶.

A partir desse contexto a presente pesquisa tem por objetivo conhecer e analisar a organização social das práticas de assistência à saúde da mulher.

Métodos

Os dados deste estudo fazem parte da tese de doutorado: “A morte materna mediante as representações sociais dos profissionais de saúde no município de Ribeirão Preto-SP.” Foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo realizado no mês de julho de 1999, em uma UBDS da região Norte e no Hospital Filantrópico da região central do município. Também obteve parecer positivo da Coordenação do Programa de Assistência a Saúde da Mulher e do Comitê de Estudo e Prevenção de Morte Materna⁷.

A UBDS da região norte localiza-se em uma área de grandes bolsões de miséria, realiza atendimento nas áreas básicas programáticas (gineco-obstetrícia, clínica-médica, odontológico e enfermagem), especialidades e pronto atendimento, com um horário de atendimento de 24 horas, sendo que 65% dos profissionais de saúde desenvolvem suas atividades no pronto atendimento. No período de 1994 a 1998 o Coeficiente de Mortalidade Materna do Distrito de Saúde da região Norte foi 204,9 por 100.000 nascidos vivos⁷.

O Hospital Filantrópico da região central é uma instituição considerada de referência secundária e/ou terciária no sistema de saúde municipal de Ribeirão Preto, de outros municípios e Estados. Foi criado em 1896, com intuito de atender pacientes sem condições de pagar, sem fins lucrativos e não recebia subsídios do Estado. Seu financiamento advinha do atendimento a pacientes de convênios (SUS e outros), das doações e da administração dos imóveis pertencentes ao mesmo⁸.

A maternidade desse hospital conta com 18 leitos (100% SUS), para atender às mulheres usuárias das Unidades Básicas de

Saúde/Unidade Básica Distrital de Saúde da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, referenciadas pelo Projeto Nascer a partir da 36ª semana de gravidez. Realiza uma média de 1.308 partos/ano, sendo que 63,7% desses são partos normais (pélvio transvaginal). No período de 1994 a 1998 o Coeficiente de Mortalidade Materna desse nosocômio foi de 61,1 por 100.000 nascidos vivos⁷.

Buscando atingir o objetivo proposto nesta pesquisa utilizou-se abordagem qualitativa, uma vez que essa induz a aprofundar na abordagem social da saúde. Pode-se dizer que há uma ordem de significados culturais mais abrangentes, que informa o olhar lançado sobre o corpo que adoce e morre⁹. Optou-se pela análise de conteúdo, segundo Bardin¹⁰ (1995).

Esta pesquisa também foi ancorada nas representações sociais, que podem ser expressas pelos sujeitos sociais, através dos seus pensamentos, ações e sentimentos, os quais exprimem a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade¹¹. Elegeu-se a técnica de entrevista semiestruturada e observação livre como instrumentos de coleta de dados.

A amostra foi constituída por profissionais de saúde, que atuam: na assistência à saúde da mulher na UBDS norte (dois médicos ginecologistas, três enfermeiras e dois auxiliares de enfermagem), na Coordenação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP (um médico ginecologista), no Comitê de Estudo e Prevenção da Morte Materna (um médico ginecologista); na assistência ambulatorial e hospitalar do processo de trabalho de parto no hospital filantrópico da região central (três médicos ginecologistas, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem). Totalizando dezessete sujeitos sociais.

Resultados

Em Ribeirão Preto a organização e planejamento das ações de assistência à saúde da mulher fazem com que os profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho, na assistência pré-natal em uma unidade de saúde apreendam a lidar com os limites impostos pelo próprio serviço, conforme se observa nas falas a seguir.

“... a gente, que trabalha na rede pública, a gente vive sob uma demanda muito reprimida, então, a gente realmente não tem condições de dar aquela atenção, que a gente gostaria de dar à gestante...” Prof. 9.

Constata-se que a “abertura das portas” totalmente à consulta médica, sem a programação das ações de saúde, com bases na epidemiologia, leva a uma grande pressão da população por assistência médica. Pelo lado dos serviços de saúde há um controle para conter a demanda, que sempre será reprimida em certo grau¹².

Dessa forma, os serviços públicos municipais de saúde através de suas UBS/UBDS vão desenvolvendo tais mecanismos, conforme observa-se na fala do sujeito social em estudo, a seguir.

“...um dia específico, para a gestante, que realmente eu vou poder gastar todo o tempo possível com ela, né...” Prof. 1.

Percebe-se que os profissionais de saúde têm um papel determinante na articulação de um dado modelo assistencial. Os serviços têm suas clientelas específicas, com regras de acesso e lógicas particulares de atendimentos¹³.

As situações que levam a mulher a procurar uma unidade de saúde, geralmente, com maior frequência incidem exatamente sobre os casos de “controle”, ou seja, pré-natal, vacinação, prevenção de câncer, e “queixas inespecíficas gerais e localizadas”, entendidas pelos profissionais de saúde, como de menor gravidade, conforme se observa na fala do sujeito social em estudo.

“... eu atendo todas as gestantes, que chegam lá a qualquer hora,... Por que a gente sabe, que a gestante chegou ela tá sentindo realmente alguma coisa, que precisa ser vista, né, é diferente de chegar outras pacientes, que você vê que é uma queixa rotineira, né...” Prof. 9.

Dessa forma, a mulher vai compreendendo a distinção das funções dos serviços de primeiras e segundas linhas, ou seja, a disponibilidade de um perfil dado de serviços médicos e as suas necessidades sentidas. Ao mesmo tempo, esses serviços vão delineando e promovendo um comportamento nas usuárias apreendidas na sua experiência cotidianas e que também reforçará a medicalização de que serão vítimas e, simultaneamente, partícipes¹⁴.

Embora o atendimento à gestante seja prioritário em Ribeirão Preto, observa-se que essa tem sido submetida à autorização médica para ser assistida em alguma intercorrência. A atenção à saúde da mulher pode-se dizer que está longe da universalidade, equidade e integralidade da assistência.

Na fala do sujeito social em estudo a seguir, pode-se compreender a realidade da assistência prestada às mulheres ribeirão-pretanas nas unidades de saúde da rede municipal.

"... pela demanda ser muito reprimida a gente acabou abrindo um livro de triagem, uma coisa extremamente errada, extremamente, eu sou contra isso, mas a gente acaba sendo forçado a fazer isso..." Prof. 1.

O usuário do serviço de saúde vai confiando a outras pessoas a sua sintomatologia, seu corpo, suas existências e, para tanto, as portas são fechadas e abertas fazendo uma pulsação, um ritmo que lembra as comportas reguladoras dos fluxos. Vão conhecendo os espaços autorizados e os não autorizados e quais são os motivos que unem ou afastam, tanto os usuários como os trabalhadores¹⁵.

Observa-se que os serviços públicos municipais de saúde em Ribeirão Preto, estão sendo organizados sem considerar as realidades específicas e seu perfil epidemiológico. O planejamento em saúde está centralizado e distanciado da realidade local, as ações de saúde são de caráter curativo, com predomínio do pensamento clínico em saúde, derivado da visão construída de saúde-doença, como resultado de processos biológicos individuais.

Outro aspecto da assistência à mulher apontada pelos profissionais de saúde foi a institucionalização do parto em nível hospitalar, que fez com que a mulher vivenciasse, além do medo "histórico do parto", o medo do desconhecido, que traz à tona os receios de que na grande maioria das vezes, quem realiza o pré-natal não irá realizar o parto¹⁶, conforme se observa na fala do sujeito social em estudo.

"... aqui no posto, o atendimento, a gente é especialista só no pré-natal, porque a gente não faz o parto dessa paciente..." Prof. 10.

No cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na rede pública municipal, verifica-se que a enfermagem é tomada como meio de trabalho do médico, pois auxilia e complementa a consulta médica, colhendo os exames necessários, realizando a pré e pós-consulta, decodificando as ordens médicas para os clientes, organizando a infraestrutura necessária e controlando a funcionalidade desse fluxo de ações¹².

A enfermagem ao atuar na assistência integral à saúde da mulher não tem utilizado desses momentos, em que realiza a pré e pós-consulta, para desenvolver as ações de educação em saúde e nem para conhecer a cliente além das suas queixas. Com isso, pode-se dizer que se tem perdido, ao longo dos anos, a finalidade da pré e pós-consulta instituída pela Secretária de Estado da Saúde na década de 70, ou seja, o intuito de prevenção e promoção da saúde em nível coletivo.

A Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 1998 implantou o atendimento da enfermeira no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher para assistir à mulher com queixa de atraso menstrual, conforme se observa na fala a seguir:

"... a gente tem como prioridade o pré-natal, então, existia uma dificuldade de acesso das pacientes às unidades, daí a gente estabeleceu um fluxo criando a consulta de enfermagem, faz o teste de gravidez na hora e se for positivo ela tem todo um kit do protocolo de pré-natal... ela é agendada a primeira consulta médica, máximo em 30 dias..." Prof. 17.

A consulta de enfermagem foi implantada para absorver a demanda reprimida que não conseguia ser atendida na consulta médica ginecológica de rotina. Observa-se que as enfermeiras não dispõem de um agendamento para realizar esse atendimento. Ao prestar esse atendimento é muitas vezes interrompida para resolver problemas de ordem administrativa.

Além do espaço físico destinado ser inadequado para realizar uma consulta de enfermagem, pois a sala de enfermagem é o lugar onde são executadas as atividades administrativas, não pode ser compreendido enquanto espaço que possibilite à enfermeira atender a mulher em sua integralidade, conforme observa-se na fala do sujeito social em estudo.

"... a gente não fica aqui só no atendimento à mulher, você ajuda naquilo que a funcionária pede, mas quem mais fica é a auxiliar, né e, o que a gente tem feito é esse teste de gravidez... e... faz a orientação do pré-natal, dos cuidados durante a gravidez, nesse primeiro contato,... faz os pedidos de exames, já orienta sobre os exames e, já marca uma consulta com o ginecologista, para início do pré-natal e quando ela voltar já vem tudo pronto..." Prof. 11.

Percebe-se que o trabalho da enfermeira no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), conforme está sendo realizado, não possibilita atender às mulheres em suas necessidades e na sua integralidade.

Há de se apontar a relevância da atuação de equipe multiprofissional nos diversos estágios da vida de uma mulher, como no suporte ao pré-natal precoce, dando condições para uma melhor aderência à consulta e facilitando a realização de exames complementares no ciclo gravídico-puerperal¹⁷.

Outro aspecto da assistência pré-natal focalizado pelo sujeito social é o elo que a carteira da gestante estabelece entre os serviços de assistência pré-natal e o hospital, conforme fala do sujeito social em estudo apresentado a seguir.

"... ele já anota tudo direitinho e já entrega a carteirinha, vamos supor, ele entrega a cartinha, vai lá (ao hospital) e a gente já orienta direitinho..." Prof. 15.

Embora os profissionais de saúde valorizem a carteira da gestante, na pesquisa realizada por autores em 1995 ficou demonstrada que a desarticulação entre os serviços de saúde leva à descontinuidade da assistência de pré-natal, parto e puerpério. Isso se agrava, uma vez que o médico no hospital dava pouca importância aos registros contidos na carteira da gestante³.

Com a implantação do Projeto Nascer no município de Ribeirão Preto, a partir do primeiro semestre de 1999, a assistência à saúde da mulher no período gestacional sofreu algumas modificações, que serão objeto de análise, ou seja, o antes e o depois desse.

Caracterização da assistência à saúde da mulher no período gestacional antes do Projeto Nascer

O plano municipal de saúde (1998) refere-se à existência de uma rede pública municipal com uma alta demanda, para consulta médica, procedimentos odontológicos e de enfermagem, com a existência de grande concentração de ações para um mesmo agravo à saúde¹⁸.

Acredita-se que o trabalhador de saúde seja o elemento chave na definição do trajeto que o usuário irá fazer dentro da unidade de saúde, pois é ele quem decide quais ações serão executadas. O trabalhador pode fazer diferente do normatizado, criando alternativas de atenção e cuidado, confirmando sua potencialidade de autogovernar seu cotidiano e assim poder transformar as práticas de saúde¹⁸.

Constata-se que a contratação dos profissionais de saúde na rede municipal em Ribeirão Preto não foi planejada de acordo com o perfil demográfico, ou seja, a estratificação por idade e sexo, os fatores socioeconômicos e epidemiológicos, que possibilitassem

atender a delimitação da área de abrangência das unidades de saúde, visando ampliar o espectro da ação programada.

Assim, o programa de assistência integral à saúde da mulher não tem possibilitado à mulher, no seu período gestacional, ser atendida em suas necessidades, ou seja, a rotina de atendimento que se estabelece através de consulta eventual, principalmente após a 36ª semanas de gestação, conforme se observa na fala do sujeito social em estudo.

“... ela não conseguia nenhum jeito de ser encaixada, então, passava quinze dias ou às vezes a paciente passava mal ela chegava com um atendimento de urgência... o profissional... nem tem tempo de atendê-la adequadamente...” Prof. 9.

Não basta ter uma unidade de saúde que presta o acompanhamento de pré-natal no início e final da gestação se, no momento do parto, a gestante não tiver a garantia de um atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.

Assim, é fundamental que se identifique e seja composta uma rede hierarquizada de serviços que possa atender a gestante no nível primário, secundário (gestação de risco) e terciário. Há de se buscar uma política de saúde em Ribeirão Preto que possibilite mudança no quadro apresentado pelo profissional de saúde a seguir. Há falta de referência hospitalar, para realizar o parto e uma assistência melhor no final da gestação, conforme se nota na fala a seguir:

“... até há 2 meses essa gestante era encaminhada só na hora do parto, ou seja, não tinha nenhuma orientação, nenhum programa de assistência médica melhor no final do pré-natal...” Prof. 9.

Alguns autores já haviam identificado através de pesquisa realizada em Ribeirão Preto, em 1996, a necessidade urgente de estabelecer a referência hospitalar ao parto e/ou a contrarreferência nos diversos níveis que possibilitasse a integração entre o período pré-natal, parto e puerpério¹⁶.

A partir de 1999, inicia-se o processo de integração entre o atendimento ambulatorial de assistência pré-natal e hospitalar de referência ao parto, com o Projeto Nascer implantado pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, que se estabelece através da oferta de atendimento às gestantes a partir da 36ª semana, conforme se observa na fala do sujeito social em estudo.

“... com esse agendamento da... melhorou muito, a gente não tem compromisso a partir de 36ª semanas...” Prof. 8.

Percebe-se que o Projeto Nascer vem suprir certa deficiência do programa de assistência integral à saúde da mulher uma vez que as gestantes, após 36 semanas, têm necessidade de retorno semanal, mas em decorrência da organização dos serviços saúde, vivenciam a inexistência de vagas específicas na agenda médica para atender as necessidades específicas desse período gestacional.

Caracterização da referência hospitalar após o Projeto Nascer

Ao estabelecer a referência hospitalar ao parto, através do Projeto Nascer, as gestantes do município de Ribeirão Preto passaram a ter a possibilidade de saber onde irão realizar os seus partos e em que momentos serão avaliadas pela equipe hospitalar, além de propiciar a integração entre o período pré-natal, parto e puerpério.

Observa-se que a referência hospitalar ao parto pode ser desviada quando o profissional que atua no acompanhamento de pré-natal pertencer a corpo clínico hospitalar diferente ao estabelecido como referência pela Secretaria Municipal da Saúde.

“... a paciente ela tem livre escolha, mas como é regionalizado, praticamente a paciente vai por aquilo que a gente fala. Então, eu, por exemplo, eu desvio, né, as pacientes, que eu faço pré-natal, para poder acompanhar... e até fazer o parto...” Prof. 1.

Pode-se dizer que o poder de individualização, exercida pelo médico nas consultas de pré-natal, que têm o exame como instrumento fundamental, isto é, o exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente, para o exercício do poder⁵. Observa-se o autogoverno do profissional de saúde (médico) ao direcionar as gestantes para o hospital em que atua.

No cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde no hospital observa-se certa rigidez nas rotinas, que dificulta aos profissionais olharem para os problemas dos usuários, além dos aspectos anátomo-fisiopatológicos. Nesse contexto, o trabalho desenvolvido pelos profissionais terá papéis e características diferentes de acordo com a categoria profissional. O espaço hospitalar é disciplinado e construído para atender a grande quantidade de indivíduos, onde o papel do médico é de intervir no corpo anátomo-fisiológico de maneira a possibilitar a cura.

Os procedimentos de enfermagem estão voltados para urgências que os clientes apresentam e atividades administrativas de controle dos funcionários e do próprio serviço. Verifica-se que as atividades de enfermagem se articulam com a consulta médica individual como procedimentos de enfermagem auxiliares do ato clínico¹².

O atendimento ambulatorial da enfermeira acontece no momento de urgência e na supervisão da equipe de enfermagem, que auxilia as consultas médicas. E os dos outros profissionais de enfermagem ocorrem de forma a atender uma rotina previamente definida na internação, no parto.

Nesse contexto, o atendimento direto ao público específico do enfermeiro, o que prevalece é a orientação aos clientes, que também é compreendida como um momento de competência profissional específica. Trata-se de orientação individual a clientes selecionados em função da gravidade de seus problemas ou da complexidade dos mesmos⁴, conforme a fala a seguir:

“Aqui na maternidade eu venho, pego plantão... passo visita nas pacientes e observo principalmente o pré-parto, passo as orientações, quando a paciente já está de alta, ou aguardando receber a alta do RN... avalio as gestantes, vou acompanhar as gestantes, que estão no pré-parto, as gestantes que chegam da cesárea... vejo o que tem que ser feito... e acompanho o parto das pacientes, que serão partos normais em sala de parto” Prof. 5.

Para os profissionais de saúde, o Projeto Nascer tem possibilitado a integração entre o momento do pré-natal, parto e puerpério, como o estabelecimento da referência hospitalar, além de absorver a demanda reprimida existente nas Unidades de Saúde.

Acredita-se que a revolução do cotidiano na saúde se dará pela reforma dos modos de fazer a clínica, a saúde pública, pelos modos de gerir, de distribuir o poder nas instituições, pela delegação de novas cotas de responsabilidades e autonomias. Passa, também, pela redefinição dos critérios de cura, dos papéis dos serviços de saúde e envolve novas formas de acolhimentos do sujeito individual ou coletivo¹⁹.

Conclusões

Os conteúdos das falas dos dezessete sujeitos sociais refletiram suas experiências de vida em relação ao sistema de saúde e assistência à saúde da mulher. Observa-se o peso sociocultural, econômico e político em relação à temática abordada, que vai além dos aspectos apreendidos pela biologia, isto é, anátomo-fisiológica de ser homem/mulher, da saúde/doença e da vida/morte. Para esses profissionais da saúde, o cotidiano de trabalho no espaço hospitalar e ambulatorial está disciplinado para atender e intervir no corpo anátomo-fisiológico de maneira a possibilitar a cura.

Assim, o médico, a enfermeira, auxiliares de enfermagem e outros profissionais de saúde têm que seguir uma rotina previamente estabelecida. A rigidez dessas rotinas, muitas vezes, dificulta aos profissionais de saúde olhar as queixas das gestantes, além do determinismo biológico. A enfermeira no espaço hospitalar e na rede

de saúde municipal atua nas urgências que os clientes apresentam e nas atividades administrativas de controle dos funcionários e do próprio serviço. As atividades da equipe de enfermagem tanto no nível hospitalar como na rede pública municipal de saúde estão articuladas à assistência médica individual enquanto um procedimento de auxílio ao ato clínico.

Nessa lógica assistencial, o tempo da consulta médica é o suficiente para realizar uma anamnese do “tipo pronto atendimento” e solicitação de exames complementares. Além de atuar com uma demanda reprimida por assistência médica, para contê-la criam-se mecanismos de controle como, por exemplo: dia específico para atendimento à gestante, “privilegio ao atendimento à mulher-gestante” em detrimento de outras necessidades da mulher para se manter com saúde.

Com intuito de amenizar essa situação, em 1988, implanta-se a consulta de enfermagem para assistir à mulher com queixa de atraso menstrual. As enfermeiras realizam o teste de gravidez e, se for positivo, já solicitam os exames complementares, orientando em relação ao acompanhamento de pré-natal e à agenda na consulta médica.

Percebe-se que as enfermeiras da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP, ao aceitarem atender essa demanda existente para consulta médica, sem ter uma organização no serviço que possibilitasse a sua atuação no PAISM, isto é, um espaço físico, uma agenda e sem treinamento específico para atuar na assistência à saúde da mulher, reproduzem os mesmos paradigmas da assistência médica.

Os profissionais de saúde têm que aprender atuar em outro paradigma, voltado para saúde, que focaliza a integridade humana nas várias dimensões da vida, isto é, sociocultural, biopsíquico e físico-ambiental. Nesse novo paradigma voltado para a saúde, acredita-se que a enfermeira obstétrica possa contribuir para mudar a assistência prestada à saúde da mulher ao assumir o atendimento de pré-natal, parto e acompanhamento de puerpério.

Acredita-se que a casa de parto possibilita aos profissionais de saúde a compreensão do momento do parto não mais como uma disfunção ou desequilíbrio orgânico, que deve ser solitário, medicalizado, reparado (cirurgicamente) e tratado sob ótica de reparo no corpo biológico. Além de recuperar a assistência à saúde voltada para a vida, onde resgata a história pregressa, a clínica e a supervisão do trabalho de parto, determina os riscos e as necessidades da parturiente e, diante de uma anormalidade, recorre ao obstetra.

A construção da saúde como direito implica em compreender o cotidiano dos movimentos sociais, a constituição da demanda dos serviços de saúde, a prática institucional dos agentes envolvidos, a relação, enfim, entre os movimentos e manifestações sociais por saúde e o Estado na formulação das políticas de saúde, como se observa no SUS.

Referências

1. Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993.
2. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.
3. Tanaka AC d'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1995.

4. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
5. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1996.
6. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 1996. Brasília; 1997.
7. Oba MDV. A morte materna mediante as representações sociais dos profissionais de saúde no município de Ribeirão Preto-SP. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.
8. Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. Santa Casa 100 anos (1896-1996). Ribeirão Preto: Souza & Sá; 1996. p.1-27.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1994.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;1995.
11. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa – teoria, método e criatividade. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000. p.67-80.
12. Almeida MCP, Mishima SM, Silva EM, Mello DF. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.61-112.
13. Vellozo VRO; Souza RG. Acesso e hierarquização: um caminho (re) construído. In: Bodstein RCA, organizador. Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume/Dumará; 1993. p.99-115.
14. Cohn A, Nunes E, Jacob PR, Karsch U. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez; 1991.
15. Fortuna CM. O trabalho da equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.
16. Oba MDV, Tavares MSG. As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas. Rev Bras Enferm. 1996;49(4):569-80.
17. Boyaciyani K, Marcus PAF, Vega CEP, Barbosa SA, Pazerio LC. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1993 a 1995. Rev Bras Ginecol Obstet. [periódico on-line]. 1998 [acesso 4 jan 2010]; 20(1): 13-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031998000100003&lng=pt
18. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1998.
19. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.29-88.

Endereço para correspondência:

Profª. Maria do Vale Oba
Curso de Enfermagem
Universidade Paulista – Araraquara
Av. Alberto Benassi, 200 – Parque Laranjeiras
Araraquara-SP, CEP 14804-300
Brasil

E-mail: mariaoba@hotmail.com

Recebido em 18 de janeiro de 2010
Aceito em 11 de março de 2010