

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Trajetórias de mulheres com excesso de peso no cuidado pré-natal”

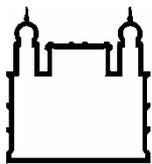
por

Evelyne Florido Lobato Cavalcante

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça

Rio de Janeiro, junho2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Trajetórias de mulheres com excesso de peso no cuidado pré-natal”

apresentada por

Evelyne Florido Lobato Cavalcante

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Roseni Pinheiro

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 28 de junho 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C376 Cavalcante, Evelyne Florido Lobato
Trajetórias de mulheres com excesso de peso no cuidado pré-natal. / Evelyne Florido Lobato Cavalcante. -- 2011.
103 f. : graf.

Orientador: Mendonça, Maria Helena Magalhães de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Obesidade. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 618.24

AGRADECIMENTOS

A fase da minha vida que constitui o mestrado me trouxe diversas questões e entendimentos, em um ciclo que sempre recolocava mais questões e entendimentos, apesar de os últimos nem sempre estarem presentes. Mas acredito que o aprendizado pessoal seja talvez o maior ganho que acumulei neste período.

Em 2009, iniciei o mestrado em duas escolas com uma grande dúvida por qual optar. Uma delas representava uma meta já pensada e sonhada desde o início da graduação, e a outra um lugar que abarcava pessoas e referenciais que me aproximaram do campo da Saúde Pública.

Tendo em vista os diversos momentos tenho muitos agradecimentos.

À Deus, por tudo!

Aos meus pais, Jaime e Marli, por sempre confiarem nas minhas escolhas, tornando-as possíveis, e por vezes acreditarem mais em mim que eu mesma.

Ao meu marido, parceiro e amigo, Iury, pelo estímulo, carinho e confiança. Obrigada pelo entendimento nos diversos momentos, como quando precisei fazer resenhas e relatórios em plena lua de mel e outros momentos de lazer, e por sempre alegrar a nossa vida.

À minha sogra e amiga, Dayse, que me proporcionou a felicidade e a sustentação que representam a minha família aqui no Rio de Janeiro. Obrigada pelas orações e por todos os almoços de domingo, com toda a família reunida.

Aos amigos do mestrado, que serão carinhosamente lembrados para sempre. Agradeço o apoio, as conversas, as trocas de ideias, as comemorações, o carinho nos preparativos para o chá de panela e casamento, as caronas, e o entretenimento na fila para o almoço.

Ao meu primeiro orientador, Miguel Murat (em memória), pela compreensão no início do mestrado, quando cursava disciplinas em duas escolas.

À minha orientadora, Maria Helena, que já em agosto de 2009, em meio aos preparativos finais para o casamento, acolheu, no sentido mais completo do termo, a mim e ao meu projeto, sem restrições. Agradeço a compreensão e as importantes contribuições para a realização deste trabalho.

Aos professores da ENSP e da Faculdade de Nutrição da UFF, que muito contribuíram para minha formação, em especial à Claudia March, que me apresentou ao

campo da Saúde Pública, me “adotou”, orientou e desorientou durante a graduação, e tanto me incentivou ao mestrado.

Às professoras Roseni Pinheiro e Cristiani Machado que gentilmente aceitaram participar da banca de qualificação do projeto e da defesa desta dissertação.

Aos profissionais das unidades de saúde e às usuárias que gentilmente aceitaram conversar e dividir um pouco de suas histórias.

À todos que torceram, se preocuparam e, com carinho, me perguntavam constantemente sobre o andamento do mestrado.

O que foi pra mim contar pra você? O que eu vou te dizer? Ah, seria... A esperança de que tenha transformações nas questões que não estão corretas, talvez. A esperança que não fique só pra Fiocruz, entendeu! Que chegue ao ouvido de pessoas que venham a ajudar o módulo a crescer cada vez mais, a ter o espaço que ele merece. Essa seria a frase adequada. Por isso que eu te contei isso.

(Usuária C-MMF1)

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.

(Bertold Brecht)

RESUMO

A proposta deste trabalho foi conhecer as trajetórias e as demandas de mulheres que apresentaram excesso de peso na gestação na sua busca por cuidados de saúde na atenção básica de Niterói, e a partir da história dessas mulheres pensar elementos que compõem o cuidado em saúde no município, em particular numa regional de saúde. Assim, propõe entender a usuária como foco da análise, visto que é ela quem vivencia o cuidado, baseando-se na abordagem qualitativa, fundamentada na hermenêutica-dialética. Foram analisados os prontuários e realizadas entrevistas com usuárias de uma Policlínica Comunitária e de módulos do Programa Médico de Família referenciados a esta. A análise das falas das mulheres entrevistadas no puerpério mostra-nos que os serviços ofertados pelo sistema de saúde podem ser questionados quanto ao princípio da integralidade que definimos e defendemos. Apresentamos a discussão em três dimensões para análise, a saber: percepção sobre a saúde e o corpo; organização dos serviços; e conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde. Apresentar e refletir sobre as trajetórias empreendidas por essas mulheres que realizaram o pré-natal e o parto na rede pública na perspectiva da Integralidade permitiu identificar barreiras dos serviços e fronteiras existentes entre os níveis de atenção do sistema de saúde. Os resultados apontaram diferenças e singularidades relacionadas à percepção quanto ao peso e cuidado com a saúde antes da gestação, durante e após o parto, com um predomínio por postergar a preocupação com o peso para o pós-parto. As narrativas demonstram que os serviços e as práticas profissionais não estão organizados de modo a responder às necessidades demandadas pelas usuárias, interferindo na Integralidade. A ultrassonografia com imagem impressa aparece como uma necessidade criada, que não sendo oferecida pelo SUS, estimula a utilização do serviço privado. Tendo em vista os desafios e limitações apontados nas falas das usuárias, acreditamos que a pesquisa oferece subsídios aos profissionais e à gestão para o entendimento das trajetórias empreendidas pelas usuárias e suas demandas a fim de pensar um cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal organizado em torno das suas necessidades.

Palavras-chave: Trajetórias assistenciais, integralidade, cuidado pré-natal, obesidade, atenção básica.

ABSTRACT

The purpose of this study was to understand the trajectories and the demands of women who were overweight during pregnancy in their search for health care in primary care of Niterói, and from the history of these women, thinking components of the health care in the county, particularly in a regional health. Thus, we propose to understand the user as the focus of analysis since it is those who experience the care, based on a qualitative approach, grounded in dialectical hermeneutics. The medical records and interviews with users of a Community Polyclinic and modules of the Family Doctor Program referenced to this. The speech of the women interviewed postpartum shows us that the services offered by the health system can be questioned about the principle of Integrality we define and defend. We discuss in three dimensions for analysis, namely: perception of health and body, organization of services and knowledge and practices of health professionals. To present and reflect on the paths taken by these women who had prenatal care and childbirth in the public perspective in Completeness allowed us to identify barriers and service boundaries between the care levels of the health system. The results showed differences and singularities related to the perception of weight and health care before pregnancy, during and after childbirth, with a predominance of postponing the weight concern for post-partum. The narratives demonstrate that the services and professional practices are not organized to respond to the needs required by users, interfering Integrality. Ultrasonography with printed image appears as a need created, not being offered by the SUS, encourages the use of private service. Given the challenges and constraints highlighted in the speeches of the users, we believe that the research offers support to professionals and management to understand the paths taken by users and their demands in order to think a women's healthcare in pregnancy and puerperium organized around their needs.

Keywords: Care pathways, Integrality, prenatal care, obesity, primary care.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
I INTRODUÇÃO.....	12
II REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 O Cuidado Pré-natal	16
2.2 A utilização dos itinerários terapêuticos como ferramenta avaliativa.....	21
2.3 A valorização das necessidades dos usuários na busca da integralidade do cuidado em saúde	24
III OBJETIVOS.....	30
IV TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	31
4.1 Cenário do estudo	31
4.2 Coleta dos dados e Sujeitos de Pesquisa	35
4.3 Questões Éticas.....	37
4.4 Análise dos dados	37
V APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
5.1 Sujeitos de pesquisa e suas trajetórias no ciclo gravídico-puerperal.....	40
Usuária A – PCSA	40
Usuária B – PCSA.....	43
Usuária C – MMF1	44
Usuária D – MMF2	46
Usuária E – MMF2	48
Usuária F – MMF2.....	50
5.2 Percepção sobre a saúde e o corpo dos sujeitos de pesquisa.....	51
5.3 Análise das trajetórias assistenciais na dimensão da organização dos serviços.....	61
5.4 Análise das trajetórias assistenciais na dimensão dos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.....	74

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
VII REFERÊNCIAS	84
VIII ANEXOS	88
IX APÊNDICES.....	93

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros:

Quadro 1 - Características sócio econômicas das entrevistadas

Quadro 2 – Avaliação do ganho de peso das usuárias durante a gestação

Quadro 3 – Características de acompanhamento e risco das entrevistadas

Quadro 4 – Características referentes ao parto dos sujeitos de pesquisa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DPP - Data Provável do Parto

EN – Estado nutricional

GBT – Grupo Básico de Trabalho

HEAL – Hospital Estadual Azevedo Lima

HUAP – Hospital Universitário Antônio Pedro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

IMS/UERJ – Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro

IOM – *Institute of Medicine*

LAPPIS – Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde

MMF – Módulo Médico de Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PC – Policlínica Comunitária

PCSA – Policlínica Comunitária Dr. Sérgio Arouca

PEMS – Policlínica de Especialidades Malu Sampaio

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMF – Programa Médico de Família

PN – Pré-natal

MMF1 – MMF Viradouro

MMF2 – MMF Souza Soares

PSF – Programa de Saúde da Família

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TIG – Teste Imunológico de Gravidez

UBS – Unidade Básica de Saúde

I INTRODUÇÃO

O ideário da Reforma Sanitária Brasileira, que pensa a saúde como um direito, se traduz nos princípios e diretrizes como universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, e participação dos cidadãos. A integralidade da atenção vem ganhando força em diversos debates do campo de práticas e saberes da saúde coletiva, na busca por um sistema que seja capaz de atender às necessidades de saúde da população, individual e coletivamente.

Entretanto, até hoje percebemos uma lógica do modelo hegemônico ainda operante nos serviços de saúde, centralizado em tecnologias duras e ações individuais, muitas vezes, de baixa efetividade, em meio a um processo de trabalho fragmentado que resulta em um sistema em que os princípios acima mencionados, ainda não estão garantidos em sua plenitude, em que pese a normatização que busca implementar as diretrizes.

A reorientação do modelo tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde surge nesse cenário e ainda constitui um desafio para os diversos atores sociais envolvidos, o que perpassa, entre outras ações, a reorganização da Atenção Básica e os programas de medicina familiar¹.

A Atenção Básica em Saúde representa um papel chave na integração e coordenação do cuidado a fim de efetivar a integralidade, e papel primordial para a qualidade global do sistema, tendo em vista sua aposta enquanto uma estratégia que visa orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população, tendo o modelo de Saúde da Família como prioritário e substitutivo para a organização da atenção básica².

O cuidado pré-natal tem um grande potencial de avaliação da qualidade da ABS e tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e filhos, sendo importante ser estudado, pois mesmo com os avanços dos últimos anos, em que a atenção materno-infantil vem sendo sempre objeto prioritário das políticas de Estado, devido à sua representação na saúde pública, as mortalidades materna e neonatal continuam sendo problemas sociais relevantes no país³.

Esse dado sugere a necessidade de avaliação e investimento constantes da assistência pré-natal, das políticas e programas relacionados, e dos serviços de saúde em seus diferentes níveis, assim como o planejamento e implementação de estratégias de

intervenção para a redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal, e melhoria da qualidade de vida da população assistida.

O cuidado pré-natal envolve uma série de serviços e tecnologias que abarcam os diferentes níveis de complexidade dentro do sistema de saúde e representa um ciclo na vida do usuário, no caso a gestante, devido às intensas mudanças fisiológicas e emocionais, em que se exacerbam um conjunto de necessidades e demandas, já identificado historicamente, que se refere a um dado de subjetividade nesse cuidado.

Esse conjunto, apesar de se referir a certo pacote básico de procedimentos que devem ser cumpridos durante o pré-natal, é também muito subjetivo, porque depende em grande parte da interpretação das necessidades de saúde da mulher, que comemora ou lamenta um resultado positivo de gravidez. A mulher não abandona sua identidade de gênero diante do fato da gravidez, contudo os serviços de saúde e a população em geral assim a percebem e, por consequência, algumas vezes, elas próprias.

Nesse sentido apresenta-se uma necessidade real de comprometimento de diversos setores e profissionais para a melhoria da qualidade da atenção não só ao pré-natal, como ao parto e ao puerpério em todo o país, buscando um projeto terapêutico cuidador que envolva o trabalho multiprofissional e a participação do usuário na busca por um atendimento humanizado, resolutivo e integral⁴.

Ainda nesse contexto de representação da gravidez o sobrepeso e a obesidade aparecem durante a gestação como um importante fator de risco para mãe e bebê, podendo expor de que forma as usuárias lidam com essa questão, bem como de que maneira os serviços disponibilizam os cuidados de promoção, prevenção e assistência a essas mulheres.

Uma das inspirações deste estudo foi dar continuidade a um estudo preliminar realizado durante a graduação em Nutrição da pesquisadora, em uma Policlínica Comunitária do SUS em Niterói, no ano de 2008⁵.

Neste estudo nota-se uma avaliação positiva da atenção pré-natal da unidade, sob a perspectiva das gestantes e profissionais de saúde do setor de pré-natal, que pode ser resultante da responsabilização pelo cuidado oferecido às usuárias. Contudo, foram questionados alguns aspectos relacionados ao serviço como, por exemplo, o acesso à unidade, a demora dos resultados dos exames e a insuficiência do número de profissionais em relação à demanda apresentada. Segundo o estudo, os espaços relacionais, a partir do acolhimento às gestantes, de uma boa escuta com criação de vínculo profissional-usuário e responsabilização pelo cuidado, levam a atenção pré-natal

daquela unidade a ser avaliada como um serviço de qualidade que é oferecido às usuárias do SUS.

Essa positividade em relação ao serviço aparece apesar do cuidado à saúde da gestante encontrar problemas que se relacionam à integralidade das ações, a partir do momento em que não é garantida a integralidade do cuidado em saúde, no que envolve a demanda da atenção em saúde “extramuros” da unidade, assim como dentro da própria unidade, na integração de outros setores com a atenção pré-natal⁵.

O estudo de Lobato⁵ permitiu ainda observar que algumas gestantes cadastradas no Programa Médico de Família frequentavam o serviço de pré-natal da Policlínica, apesar deste ser oferecido nos módulos do PMF, apresentando-se, portanto, duas portas de entrada no sistema de saúde em Niterói, levantando a necessidade de ampliar a discussão de avaliação da atenção pré-natal para os demais contextos organizacionais da ABS em Niterói, visto que o município é uma das referências em saúde da família no Brasil.

O presente estudo busca aprofundar questões que se apresentaram no estudo anterior, sendo realizado na mesma região, entretanto incluindo os módulos do PMF, e contribuir para a melhoria da atenção ao pré-natal e ao parto na ABS, a partir da escuta de quem utiliza os serviços. Para isso faz uso de uma abordagem qualitativa a partir da construção de itinerários terapêuticos propostos por autores como Pinheiro, Silva Júnior, Gerhardt, entre outros, a fim de analisar a percepção de mulheres com sobrepeso ou obesidade quanto à assistência ao pré-natal e ao parto em diferentes contextos organizacionais da ABS em uma regional do município de Niterói. A escolha da estratégia de pesquisa se deve ao lugar que o usuário representa enquanto cidadão que utiliza o serviço e, por isso, ator “avaliador em potencial”⁶.

O estudo e análise do percurso da usuária são focos da pesquisa, a partir das seguintes hipóteses:

- a) Há limites relacionados ao cuidado em saúde, principalmente no que se refere ao acesso às tecnologias de saúde;
- b) Não é estabelecida uma linha de cuidado da gestante e, principalmente uma linha de cuidado da mulher, que resulta no não estabelecimento de uma articulação entre as diferentes ações e serviços no sistema de saúde, com prejuízo para a integralidade do cuidado à saúde da mulher.

A integralidade ganha uma dimensão central na análise da pesquisa que visa contribuir na difícil adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades dos usuários⁶, principalmente no que diz respeito a um cuidado integral à saúde da mulher, tendo em vista que o ciclo gravídico puerperal envolve múltiplas mulheres e múltiplas maternidades⁷, necessitando que profissionais e gestores estejam preparados para esse olhar e tendo em vista que a municipalização e o fortalecimento da ABS representam importantes estratégias para ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde.

II REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Cuidado Pré-Natal

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde limitando-se à gestação e ao parto, na preocupação de melhorar os indicadores de saúde infantil, com ações dirigidas apenas à função reprodutora da mulher^{3,8}. As ações direcionadas aos problemas de saúde da mulher adotavam um enfoque reducionista, que desconsiderava as questões culturais e de gênero, que influenciam no adoecimento das mulheres.

A crítica do movimento feminista e de profissionais de saúde estimulou o surgimento de um novo olhar na atenção à saúde da mulher, contribuindo para a instituição, pelo Ministério da Saúde, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este incorporava conceitos que, à época, norteavam a formulação do SUS, estimulando ações imbuídas de novas percepções, a fim de oferecer uma atenção mais ampla e integral à saúde da mulher. As novas práticas necessitavam capacitação dos profissionais da rede básica, buscando a incorporação dessa nova visão e o estabelecimento efetivo dessas novas ações^{3,9}.

Entretanto, Serruya *et al.*⁸ (p.1282) observam que “mesmo nos serviços que realizam o conjunto das atividades como preconizadas pelo PAISM, há questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados”.

O programa vem enfrentando problemas na implementação efetiva das ações propostas, com mudanças a partir de 1998, com a saúde da mulher sendo considerada uma das prioridades do governo. Entretanto, há uma forte ênfase na redução da mortalidade materna, e pouco investimento na atuação das diversas áreas da saúde da mulher³. Contudo, mesmo sendo a saúde reprodutiva uma prioridade nas políticas públicas brasileiras, estudos apontam que ainda é incipiente o cuidado na atenção pré-natal e puerperal.

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), anunciando um modelo humanizado de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Entretanto, o cuidado a gestantes constitui-se ainda um desafio para a assistência. O Ministério da Saúde³ destaca que somente pequena parcela

das gestantes inscritas no Programa de Humanização consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco³. (p.10)

A atenção pré-natal deve ter como objetivo a precocidade do ingresso (até 120 dias da gestação/4º mês), visando a intervenções preventivas ou terapêuticas, e a periodicidade dos atendimentos, encerrando-se apenas após a consulta de puerpério, ou seja, não há possibilidade de haver “alta” do pré-natal e este só está concluído após a certificação do bem-estar da mãe e do recém-nascido após o parto.

O Ministério da Saúde³ estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre, onde ocorre a maior parte das intercorrências. Quando se faz necessária referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, pela equipe de atenção básica, responsável pela continuidade e acompanhamento do cuidado em saúde.

A gravidez é um período de constantes mudanças fisiológicas e emocionais para a mulher. Essas mudanças são vivenciadas de maneira distinta e podem gerar medos e dúvidas. Esses fatores devem ser explorados pelos profissionais de saúde no momento da escuta e troca de experiências, a fim de compreender o processo gestacional olhando cada mulher em sua singularidade.

Nesse período de tantas incertezas e fantasias é papel do profissional de saúde acolher essa mãe, esclarecendo suas dúvidas e informando-a. Entretanto, é papel da rede de saúde promover “estratégias que viabilizem o ingresso precoce das gestantes no pré-natal, que garantam a oferta e o acesso aos serviços e, principalmente, que promovam melhorias na qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal”¹⁰. (p.178)

Faz-se necessária a articulação dos serviços da rede de saúde para a garantia de um projeto terapêutico eficiente que ofereça um acompanhamento do percurso da gestante na rede, garantindo o seu fluxo em todos os serviços necessários,

principalmente no momento do parto, no sentido de formar uma responsabilização da rede quanto ao parto, que constitui grande preocupação das gestantes.

A qualidade da assistência pré-natal tem relação estreita com os níveis de saúde das mães e filhos, representando um momento oportuno à promoção, prevenção e recuperação da saúde ou detecção de patologias em tempo precoce, a fim de permitir o desenvolvimento saudável do bebê e reduzir os riscos da gestante. Por já fazer parte do imaginário da população, o cuidado pré-natal pode representar também uma oportunidade de trazer a mulher para o serviço de saúde e continuar ou iniciar o cuidado em saúde não só da gestante e depois do recém-nascido, mas daquela mulher durante o pré-natal e por toda a sua vida.

2.1.1 A questão do sobrepeso e da obesidade na gestação: um problema de saúde pública

Com a transição nutricional que ocorreu no país, salientando um aumento nas últimas décadas da prevalência de sobrepeso e obesidade, que estão associadas e constituem fator de risco para outras doenças, como a hipertensão e o diabetes, o panorama brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado um desafio importante para a saúde pública. A magnitude da obesidade no Brasil e no mundo define este agravo como uma pandemia, que atinge países desenvolvidos e em desenvolvimento¹¹.

Segundo dados do IBGE de 2004, 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos brasileiros são obesos, com prevalência mais alta nas regiões Sul e Sudeste do país. Diversos estudos identificam fatores relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher, como a idade da menarca, o ganho de peso gestacional, o número de filhos, o intervalo interpartal, entre outros, como fatores propensos a maior vulnerabilidade ao ganho excessivo de peso¹¹.

O excesso de peso materno constitui fator de risco para prematuridade, hipertensão arterial, diabetes gestacional, estando também relacionado à demanda por partos cesáreos e complicações cirúrgicas, tornando-se a obesidade gestacional um importante problema de saúde pública, visto que contribui para a morbimortalidade materna e fetal¹¹.

A gestação é um momento vulnerável para a mulher devido às intensas modificações estruturais e funcionais no seu organismo a fim de garantir um ambiente

propício à manutenção do feto em formação. A gravidez leva a um aumento da demanda energética, tornando-se necessários ajustes na dieta para regular o metabolismo materno, promover o crescimento fetal e preparar a mulher para o parto e a lactação¹².

O campo da saúde tem valorizado, historicamente, práticas centradas no corpo funcional biológico, deixando de perceber o sujeito, sua história e seu contexto de vida, o que se agrava em relação à mulher “pela perspectiva reducionista que a vê apenas como mãe em potencial”¹¹. (p.68)

Segundo Stulbach *et al.*¹³, o ganho excessivo de peso durante a gestação pode ocasionar retenção de peso pós-parto e contribuir para a obesidade. Contudo, como a gestação costuma ser foco tanto para os serviços de saúde quanto para a mulher, faz-se necessário

“buscar apreender os significados que cada mulher constrói sobre o seu corpo, bem como sobre sua imagem corporal durante a gravidez. Assim sendo, o que seria classificado cientificamente como obesidade, distúrbio que agrega uma série de riscos para outras doenças, nem sempre é percebido como tal. [...]. Somente a informação sobre o excesso de peso como doença parece não ser suficiente para promover uma mudança de comportamento e uma percepção corporal que facilite a adesão às orientações alimentares”¹¹. (p.69)

As percepções e atitudes dos sujeitos diante de uma doença ou risco envolve certa complexidade, visto que variam historicamente e de formas distintas em diferentes grupos, de acordo com as crenças, comportamentos, que levam a uma busca precoce ou tardia pelo atendimento em saúde ou a não buscá-lo.

Assim, é preciso atentar-se à heterogeneidade e diferentes percepções quanto ao excesso de peso, contextualizando a mulher no ciclo gravídico-puerperal, a partir da sua história de vida e ambiente em que vive, percebendo-a para além da mãe e do sobrepeso/obesidade, o que implica estratégias e propostas de intervenção diferenciadas, individual e coletivamente.

2.1.2 Acompanhamento do estado nutricional na gestação

O diagnóstico nutricional gestacional objetiva a identificação das mulheres sob risco no início da gestação, com vistas a detectar oportunamente aquelas que apresentam um ganho de peso insuficiente ou excessivo para a idade gestacional,

permitindo a definição de condutas que visem à melhora do estado nutricional materno, bem como suas condições para o parto e o peso do recém-nascido.

Algumas características maternas estão associadas ao ganho de peso durante a gestação, como o estado nutricional pré-gestacional, consumo energético, escolaridade, idade, presença de companheiro, intervalo interpartal, trabalho fora de casa¹³.

O Ministério da Saúde preconiza que toda gestante deve ter seu estado nutricional avaliado durante a gestação como rotina do pré-natal e recomenda que as mulheres com diagnóstico de excesso de peso gestacional sejam consideradas gestantes de risco, devendo receber “atenção diferenciada, com orientação alimentar e avaliação clínica e laboratorial específica, assim como ser referenciadas para avaliação especializada com o nutricionista”¹¹. (p.68)

A avaliação do ganho de massa corporal deve ocorrer em todas as consultas, a fim de acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar a adequação deste em função do estado nutricional pré-gestacional ou do IMC calculado a partir da medição realizada até a 13ª semana gestacional. Não sendo possível, a avaliação da gestante é iniciada com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana de gestação. O Índice de Massa Corporal (IMC) é estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em kg/m².

O Ministério da Saúde adota as recomendações adaptadas do *Institute of Medicine* (IOM) e os critérios propostos por Atalah *et al.* para avaliar o estado nutricional das gestantes (Anexos I, II e III). Os serviços de saúde utilizam um gráfico de acompanhamento do estado nutricional, que mostra a curva de IMC segundo semana gestacional, geralmente com uma cópia no prontuário e outra no cartão da gestante (Anexo IV)¹⁴.

Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante, com base no cálculo do IMC, permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidiar a previsão do ganho de peso até o final da gestação. Para isso, deve-se utilizar a recomendação do ganho de peso por idade gestacional do IOM (1995). Esta informação deve ser fornecida à gestante e o ganho de peso deve ser pactuado e reavaliado a cada consulta.

Para o diagnóstico nutricional de gestantes é utilizado o IMC por semana gestacional, conforme sugerido por Atalah *et al.* (1997), sendo possível realizar esse diagnóstico em qualquer momento da gestação, possibilitando também o

monitoramento do estado nutricional por meio do cartão da gestante¹¹. O registro do estado nutricional deverá ser feito no SISVAN¹ e no Cartão da Gestante.

A avaliação do estado nutricional gestacional fornece informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e nutrição, entretanto ressalta-se a importância da realização de procedimentos complementares conforme a necessidade de cada gestante¹⁴.

O ganho adequado de peso reduz os riscos na gestação e parto para mãe e filho, sendo o diagnóstico e acompanhamento nutricional da gestante um procedimento de grande utilidade para intervir precocemente e prevenir possíveis intercorrências relacionadas ao ganho de peso excessivo, o que demonstra a importância dessas ações na rotina do pré-natal, qualificando a atenção prestada^{11,13}.

2.2 A utilização dos itinerários terapêuticos como ferramenta avaliativa

Nos últimos anos começa a se observar a necessidade de reconhecer a centralidade do usuário no que se refere aos cuidados com a sua saúde e o seu adoecer, de uma perspectiva mais abrangente e social da doença, que valoriza o papel do usuário enquanto sujeito desejante, o que pode promover uma maior efetividade e qualidade da escolha terapêutica⁶. Alguns programas específicos, constituídos historicamente numa linha hegemônica, tem se reorganizado pontualmente nesta perspectiva orientada para o usuário e a continuidade/coordenação do cuidado, como alguns serviços maternos e de saúde infantil¹⁵, entretanto, constituindo-se ainda experiências pontuais.

Um projeto terapêutico eficiente baseia-se na busca da identificação das necessidades de saúde, com negociação das ações propostas com o usuário, em que o profissional faz um convite ao cuidado, estabelecendo assim pactos na gestão conjunta do cuidado em saúde, a partir de uma escuta qualificada, oferecendo espaço ao diálogo e reconhecendo o cuidado como uma ação imersa de reciprocidade, em um momento de encontro, conhecimento e escuta do outro⁴. O Relatório Mundial sobre Cuidados Primários de Saúde¹⁶ (p.50) salienta a orientação do cuidado para a pessoa, reforçando

¹ O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) consiste em um sistema de informação usado para tomada de decisão nas ações de alimentação e nutrição e promoção da saúde¹⁴. Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o SISVAN é um dos sistemas que deve ter uma alimentação regular para evitar a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica¹⁵.

que esse deslocamento da doença favorece a relação de confiança e aumenta a conformidade, bem como a efetividade da conduta terapêutica, e nomeia essa chamada gestão conjunta do cuidado em saúde de “método clínico com participação democrática”.

A importante participação do usuário torna-se clara nesse processo de prática, visto que a simples terapêutica recomendada, se não pactuada, se não orientada na busca de uma ação integral, buscando apreender os significados, desejos e demandas do outro, pode não ser cumprida nem efetiva, levando-se em consideração a autonomia do usuário em buscar o que lhe parece apropriado, construindo o seu percurso dentro e fora do sistema de saúde na sua busca por cuidado, o que gera, muitas vezes, uma duplicidade deste¹⁶.

Bonet *et al.*¹⁷ falam sobre o usuário não ser uma entidade passiva ou um objeto a que se destinam as políticas, colocando-o como um sujeito ativo, que imprime uma lógica própria de utilização e fluxo nos serviços de saúde, desenhando assim a sua trajetória de busca de cuidados em saúde. Portanto, inserir o usuário no cenário da avaliação dos sistemas e serviços de saúde seria assumi-lo enquanto sujeito ativo na gestão do cuidado de sua saúde, confirmando a potencialidade deste enquanto um dos atores dessas práticas.

Cabe salientar que tendo em vista a “polissemia conceitual e metodológica” da avaliação em saúde, Vieira da Silva¹⁸ (p.16) apresenta a necessidade de ampliação do conceito apresentado por Contandriopoulos *et al.* (1997), de que “a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção”, defendendo esta como um julgamento sobre as práticas sociais, o que envolveria diferentes saberes e métodos. Daí a importância de se “pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários”, como propõe Cecílio¹⁹ (p.87).

E nesse contexto, o LAPPIS (Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde – IMS/UERJ), em parceria com diversas instituições, vem propondo práticas de avaliação em saúde na perspectiva do usuário, levando em conta a necessidade de avaliar as práticas a partir dos sujeitos implicados no cuidado em saúde, a fim de pensar uma análise sobre os itinerários terapêuticos, tendo em conta que “esses processos não se circunscrevem apenas aos indivíduos que agem, mas às redes de relações sociais que são construídas nessa atuação, as quais configuram o imaginário sobre o tratamento demandado”⁶. (p.48). Assim, colocar o usuário na centralidade da análise, trazendo a sua busca por cuidados de saúde, que nem sempre obedece à lógica

formal dos serviços, mas é, muitas vezes, influenciada por esta, expondo demandas, ofertas e barreiras. Ou seja,

trazendo para a centralidade da análise o indivíduo enquanto sujeito singular na busca por cuidados de saúde, mas que também se encontra inserido num sistema simbólico que, ao mesmo tempo em que limita, potencializa suas escolhas.¹⁷ (p.241)

Bellato *et al.*²⁰ fazem um mapeamento da produção bibliográfica sobre itinerário terapêutico, destacando sua potencialidade enquanto tecnologia avaliativa para compreensão do cotidiano em saúde a partir da dimensão da experiência.

As experiências das pessoas vivendo em situações de adoecimento/sofrimento formam estórias que expressam suas escolhas e/ou de seu grupo social. Através destas escolhas, as pessoas vão definindo e percorrendo um determinado itinerário terapêutico para reduzirem um desconforto físico ou emocional.²¹ (p.335)

Assim, entende-se por itinerário terapêutico os caminhos percorridos pelo usuário na sua busca por cuidados na tentativa de resolver seus problemas de saúde, o que envolve as diversas ações e serviços a que recorreu, encaminhado ou por conta própria, mesmo quando não se concretiza o atendimento, dentro ou fora do sistema formal de saúde, procurando expressar a trajetória percorrida a fim de melhor visualizar demandas, ofertas e barreiras.

Pinheiro e Silva Júnior⁶ (p.40) salientam o cuidado como uma relação intersubjetiva que “além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e inclusão do saber, dos desejos e das demandas como necessidades do outro”, em um processo em que o usuário vivencia a necessidade e, ao mesmo tempo, gere o seu cuidado em saúde. Contudo, vale lembrar que as necessidades podem não estar explícitas e não ser reconhecidas ou valorizadas pelas partes.

Como tecnologia avaliativa centrada no usuário, o IT permite avançar na compreensão dos sentidos da integralidade e resolutividade no SUS, a partir de quem vivencia a necessidade de saúde, gerenciando ao mesmo tempo seu cuidado.²² (p.189)

Neste trabalho, assim como em estudos de Silveira *et al.*²³, Almeida²⁴ e outros, optamos pelo exame das trajetórias assistenciais, e chamaremos assim a partir daqui, por

ênfatizar o percurso de usuários dentro do sistema formal de saúde, sem dar conta de aprofundar os aspectos relacionados ao itinerário.

Apresentar e refletir as trajetórias de mulheres que realizaram o pré-natal e o parto na rede pública poderia apontar as fronteiras existentes entre os níveis de atenção do sistema de saúde, tendo a integralidade e o cuidado como eixos do processo avaliativo.

2.3 A valorização das necessidades dos usuários na busca da integralidade do cuidado em saúde

Entendemos que qualquer possibilidade de mudança e aprimoramento dos serviços de saúde no sentido de melhoria da qualidade da atenção prestada se faz na conjugação dos saberes e práticas de todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, definido por Cecílio e Merhy²⁵ como “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa”. (p.198)

Aqui entendendo o cuidado como “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser”, respeitando-se as alteridades.²⁶ (p.40)

Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas mais integrativas, com a garantia do usuário participar ativamente da decisão sobre a melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada. (...). O cuidado como uma relação intersubjetiva se desenvolve num tempo contínuo e, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e inclusão do saber, dos desejos e das demandas como necessidades do outro. (p.40)

Entretanto, ainda percebemos a lógica hegemônica operante nos serviços de saúde, em meio a um processo de trabalho fragmentado, reflexo de uma formação ineficiente para lidar com as necessidades de saúde da população aliadas ao conceito de cuidados primários em saúde.

Cecílio²⁷ trabalha as necessidades de saúde como um conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde, podendo ser organizadas em quatro grandes conjuntos de necessidades.

O primeiro aponta para o fato de se ter “boas condições de vida”, relacionando tanto os fatores externos quanto o modo de vida das pessoas, tendo em vista que “a

maneira como se vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde”²⁷. (p.114). Para buscar atingir esse conjunto de necessidades é necessário um trabalho intersetorial, já que sua abrangência extrapola o setor saúde e envolve uma concepção mais abrangente do processo saúde-doença.

O segundo conjunto trata da necessidade do acesso e consumo a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida. Aqui, Cecílio²⁷ (p.114-115) questiona a hierarquização e complexidade das tecnologias duras, leve-duras e leves^{II} trabalhando com a ideia de que “o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento em que vive”, podendo ser adequado o acesso a diferentes abordagens terapêuticas.

O terceiro conjunto de necessidades relaciona-se à criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional de saúde; vínculo sendo adotado enquanto referência e relação de confiança.

O quarto conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa desenvolver sua autonomia, reconhecendo que informação e educação em saúde constituem apenas parte do processo que levaria à satisfação de suas necessidades.

Segundo Cecílio²⁷ (p.115), “a demanda é, em boa medida, as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem”. Enquanto a demanda aponta para consultas médicas ou o consumo de tecnologias duras, características marcantes do modelo assistencial hegemônico, as necessidades podem ser outras, como grupos de educação em saúde ou a combinação dessas ações.

Poderíamos trabalhar com a imagem de que, quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde”, que caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível²⁷. (p.115)

O autor ressalta a potencialidade do reconhecimento das necessidades dos usuários na ampliação da capacidade de intervenção e baseado em Stotz (1991), alerta para o fato de as necessidades serem social e historicamente construídas, mas passíveis de serem captadas e trabalhadas individualmente.

^{II} Tecnologias duras: aquelas relacionadas aos recursos materiais, como equipamentos; tecnologias leve-duras: aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia; tecnologias leves: aquelas que permitem operar os processos relacionais do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário²⁸.

Alves²⁹ ressalta, entretanto, que mais que apenas reconhecer necessidades, o papel essencial do profissional de saúde, hoje, seria reconhecer sim, o outro, e o dar voz, enquanto sujeito de si, permitindo e estimulando que este participe da escolha e definição da conduta ou do projeto terapêutico adequado à sua saúde. Talvez isso possa ser representado, como propõe Mattos³⁰ (p.1413), por “apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro”, o que, entretanto não faz do profissional em questão um *super-herói*, que resolverá todos os problemas ou salvará quem ali for buscar ajuda.

Note-se que não se trata de apreender tudo; não se trata de uma postura holística. Trata-se mais de um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção (ou melhor, de um projeto terapêutico) capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde³⁰. (p.1413)

Para Merhy³¹, mesmo que inconscientemente a resposta à prática profissional em saúde deve ser colocar-se no lugar de usuário, o que para o autor é inerente ao campo da saúde, visto que todos somos usuários. Mas no momento do encontro ressalta-se reconhecer, sobretudo, um espaço de intersubjetividade, onde o relacionamento do profissional se faz com o usuário enquanto sujeito e não objeto³⁰.

Portanto, a noção de cuidado que é entendida aqui está fortemente relacionada à integralidade, tomada como eixo de análise neste trabalho, e que se relaciona à materialização da saúde como direito e como serviço³².

Tomar a integralidade como paradigma conceitual para definição de determinantes sociais e avaliação em saúde exige-nos a centralidade dos usuários em suas redes sociais, que incluem a rede de serviço de saúde, na luta por direitos³³. (p.23)

A complexidade do termo integralidade está atrelada a uma gama de conceitos e sua implementação constitui, segundo Ferreira³⁴, o maior desafio das práticas em saúde. Apesar da integralidade das ações de saúde já ser objeto de discussão desde a década de 70, pelo Movimento Sanitário, a sua efetiva implementação esbarra em questões tradicionalmente construídas e herdadas de um modelo curativo e especializado, que atua de forma fragmentada sobre o indivíduo.

Alves²⁹ aponta o princípio da integralidade como aquele que mais confronta a racionalidade hegemônica do sistema de saúde e Mattos²⁸ o aponta como o menos

aparente nos avanços do SUS dos últimos anos, representando um limite crítico à almejada transformação das práticas em saúde e do sistema.

Mattos³⁵ defende que as definições dos princípios e diretrizes do SUS não são estáticas. Para o autor a integralidade não representa apenas um desses princípios do SUS, mas uma bandeira de luta, até hoje, pois carrega um conjunto de valores e ideais que moveram e movem os que militam por uma saúde pública, resolutiva e de qualidade e que “independentemente de seus múltiplos sentidos, integralidade tem a ver com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos”. (p.778)

Cecílio²⁷ trabalha com a integralidade em diferentes dimensões: aquela que se dá dentro dos serviços de saúde, a partir da escuta cuidadosa das necessidades de saúde da população pela equipe multiprofissional e organização do cuidado dentro da unidade; e aquela que se dá na articulação de cada unidade com a rede de saúde e outros setores, reconhecendo que as ações de promoção da saúde que mais geram impactos são aquelas que combinam medidas de incentivo, proteção e apoio a hábitos e atitudes saudáveis.

Assim, a integralidade assume conceitos que incorporam ações em dois níveis, o circulante dentro de um serviço e o que opera na rede, estabelecendo-se uma interação entre os dois e englobando aquelas ações que extrapolam o setor saúde, não deixando, todavia, de influenciá-lo. Mostra-se, portanto, em vários sentidos, sendo traduzidas também em outros conceitos como acolhimento, vínculo e responsabilização e qualidade da atenção¹.

Pinheiro, Ferla e Silva Jr.³² propõem um referencial analítico para compreender a integralidade da atenção à saúde da população a partir de três dimensões de análise: relativa à organização dos serviços; aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores; e às políticas governamentais, com participação da população na sua formulação. Utilizaremos neste estudo as duas primeiras dimensões de análise da integralidade propostas por estes autores, aliadas a alguns conceitos que as complementam e que já começamos a descrever neste capítulo.

A integralidade entendida na organização dos serviços tem no acesso o seu ponto de partida. Relaciona-se à necessidade de garantir acesso aos diferentes níveis de sofisticação tecnológica que são demandados em cada situação, visando à resolubilidade do atendimento prestado, mas sem desconsiderar a influência da valorização das necessidades de saúde da população.³²

Reconhecendo, entretanto, que a garantia do acesso não garante a integralidade, visto que esta depende de um conjunto de ações que extrapolam o espaço singular dos serviços, exigindo a integração destes, bem como de suas ações, com vistas a uma organização do sistema de saúde de forma a dar resposta às necessidades. Assim, compreendendo o objetivo da saúde para além da dimensão biológica da doença, almeja-se a capacidade do serviço de responder demandas não só biológicas, mas também sociais e psicológicas.^{32, 23}

Com base nesta dimensão da integralidade, procuraremos detectar, a partir do percurso da usuária no sistema de saúde, os pontos críticos deste e os indicadores de acessibilidade aos serviços, recursos e tecnologias de saúde, entendendo por acessibilidade “a relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelo serviço”, podendo os recursos de poder estar relacionados a características econômicas, sociais e culturais; e os obstáculos, a características geográficas, organizacionais e econômicas¹⁸.

Na dimensão relativa aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde, a integralidade é entendida “como um dispositivo político, de críticas de poderes e saberes instituídos por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos, nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde”³² (p.276). Por isso, é compreendida como um termo plural, ético, democrático e como um processo de construção social, que permitiria pautar relações mais horizontais entre os sujeitos implicados no cuidado em saúde.

Tem o diálogo como um de seus elementos constitutivos, visto que está revelada nesta dimensão a partir do encontro entre profissional e usuário, da interação, que implica uma atitude ou pró-ação por parte do profissional. Portanto, a responsabilidade da sua realização está centrada neste momento no profissional e relacionada à forma ou postura com que estes respondem àqueles que os procuram, realizando-se uma boa prática, para além do bom exercício da medicina, o que revela a necessidade de outras habilidades e competências, além do conhecimento técnico³². O que novamente nos remonta à necessidade de uma percepção abrangente dos profissionais sobre o conjunto de necessidades dos usuários. E neste estudo, buscar entender como os profissionais apreendem as diversas necessidades das mulheres no momento do pré-natal, como mulher e como gestante.

Assim, cabe aqui observar a operacionalização da integralidade através dos conceitos de acolhimento, vínculo e responsabilização, sendo importante conceituar

estes termos, que remetem à concepção de um atendimento humanizado em saúde e reúne um conjunto de saberes e tecnologias.

O acolhimento relaciona-se intimamente a uma escuta atenta e qualificada, tanto para com os usuários quanto na relação combinada de usuários, equipes e gestores de saúde. Silva Júnior e Mascarenhas¹ nos apontam o acolhimento em três dimensões não independentes: como postura, como técnica e como princípio de reorientação dos serviços.

Como postura, o acolhimento estabelece uma relação profissional-usuário embasada num processo de diálogo, humanizado e acolhedor, em que o profissional procura escutar e interpretar as necessidades do usuário, numa relação de solidariedade com o sofrimento do outro. Prática que também deve se estabelecer entre as equipes e gestores e, conseqüentemente, entre o usuário e a equipe multiprofissional ou rede de serviços na promoção de um cuidado articulado e integral.

Como técnica, o acolhimento vem organizar as ações a partir da inserção do conhecimento técnico dos diversos profissionais da saúde na assistência, potencializando suas contribuições e fortalecendo o trabalho em equipe.

Como princípio de reorientação dos serviços, os autores colocam o acolhimento como detentor de uma proposta que deve ser a base da organização, da capacitação permanente e do acompanhamento do processo de trabalho em saúde, pensado inclusive no nível de gestão.

O conceito de vínculo surge no encontro ou relacionamento entre profissional e usuário em que há possibilidade de permitir uma troca, a fim de conhecer as necessidades de saúde daquele indivíduo. Também se refere à continuidade do cuidado de um usuário ou população a um determinado profissional ou equipe de saúde, o que nos remete ao modelo de medicina familiar, em que cada equipe é responsável por uma população definida. A responsabilização da equipe ou profissional pelo cuidado permitiria um acompanhamento mais aproximado do projeto terapêutico individual, fortalecendo as relações interpessoais.^{1, 36}

Sendo assim, as trajetórias terapêuticas são uma ferramenta importante para a compreensão das reais necessidades dos pacientes e fornecem subsídios para uma adequada organização dos serviços que atenda aos princípios da integralidade e das necessidades de saúde dos indivíduos³⁷. (p.201)

III OBJETIVOS

Geral

- ✓ Analisar as trajetórias assistenciais de mulheres com sobrepeso ou obesidade na atenção ao pré-natal e ao parto, na perspectiva da integralidade do cuidado, a partir da percepção das usuárias de uma regional de saúde de Niterói.

Específicos

- ✓ Conhecer as trajetórias e demandas das gestantes na sua busca por cuidados de saúde
- ✓ Conhecer os fatores que influenciaram as suas escolhas pelas unidades de atendimento, bem como seus desejos e expectativas com relação à saúde e ao corpo
- ✓ Identificar em que medida a oferta e a organização dos serviços disponibilizada às usuárias no cuidado pré-natal está orientada às suas necessidades

IV TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, a partir das práticas e do olhar dos sujeitos implicados no cuidado em saúde, a fim de abarcar aspectos subjetivos que não estariam contemplados em dados estatísticos³⁸.

Essa escolha deve-se à necessidade de aproximar as reflexões acerca da realidade que permeia o setor saúde a partir de um olhar social que se propõe a entender o significado e a singularidade dos fenômenos que envolvem direito e acesso à saúde e das relações sociais interpretadas nas falas dos sujeitos. Segundo Pinheiro e Martins³⁹ (p.10), “é importante compreender como o usuário organiza suas representações, seus sistemas de classificações, suas decisões sobre cuidados e seu modo próprio de avaliar a ação em saúde”.

Pinheiro e Silva Júnior⁶ defendem uma prática avaliativa centrada no usuário, reconhecendo este como “avaliador em potencial”, que tendo como objeto a integralidade do cuidado busca compreender na interação dos atores envolvidos a relação entre demanda e oferta de cuidado em saúde e a participação do usuário na definição do projeto terapêutico voltado às suas necessidades na busca por uma resposta qualificada.

Nesse sentido, o exame das trajetórias assistenciais das usuárias, entrevistadas após o parto, possibilitaria conhecer os caminhos percorridos e as demandas na sua busca por cuidados de saúde durante a gravidez até o parto, buscando compreender os fatores que influenciaram as suas escolhas, seus desejos e expectativas.

4.1 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Niterói, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, com foco no cuidado pré-natal oferecido na atenção básica da regional de saúde de Santa Rosa, que tem sua área de abrangência nos bairros de Icaraí, Ingá, Santa Rosa, Viradouro, Vital Brazil. A escolha por essa regional deve-se, conforme justificado no início do trabalho, à aproximação da pesquisadora desde a graduação, enquanto campo de estágio e de trabalho para a monografia⁵.

Tendo em vista uma melhor compreensão do campo de estudo seguem algumas características do município de Niterói e da organização do seu sistema de saúde.

4.1.1 Niterói

O município de Niterói está localizado na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, com população de 459.451 habitantes, segundo o CENSO/2000. Possui a segunda maior capacidade instalada do setor saúde do estado do Rio de Janeiro, herança de sua época como capital, antes da fusão dos Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, atraindo a demanda de muitos municípios vizinhos, principalmente São Gonçalo⁴⁰.

Desde a década de 80, a organização dos serviços de saúde de Niterói vem sendo pautada em uma proposta baseada em princípios da Reforma Sanitária como integração, hierarquização e regionalização dos serviços, com um grande esforço do município em estruturar seu sistema de saúde.

O município foi um dos protagonistas na área, tendo implementado o Projeto Niterói, em 1982. Com este, buscou-se regionalizar os serviços e melhorar o perfil de morbimortalidade da população. Em 1987, com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), diversos municípios, inclusive Niterói, assinaram convênios de municipalização, o que propiciou às secretarias municipais de saúde a gestão da maior parte do sistema de saúde local. Em 1989, o secretário executivo do Projeto Niterói é convidado para o cargo de secretário municipal de saúde, trazendo outros profissionais do Projeto para a secretaria municipal de saúde e iniciando-se uma parceria com os profissionais de Cuba, quando Niterói enfrenta duas epidemias de dengue e de meningite^{36, 41}.

A ABS do município está estruturada em regionais, que incluem Policlínicas Comunitárias (PC), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Módulos Médico de Família (MMF). As regionais têm como referência a posição estratégica das Policlínicas Comunitárias e sua missão de agregar os equipamentos de saúde e de outros setores afins.

O PMF surgiu em Niterói, em 1992, a partir da adaptação da experiência cubana de medicina familiar, em caráter suplementar ao sistema de saúde, dando ênfase à atenção primária, em cogestão com as associações de moradores, pautado em uma concepção humanística do processo saúde-doença que percebe o sujeito inserido na comunidade.

As Policlínicas Comunitárias surgiram em um contexto de reorganização dos serviços, oferecendo atenção básica e constituindo unidades de primeira referência para

as UBS e para os módulos do PMF de sua área de abrangência. Estão distribuídas por regiões, enquanto as UBS estão distribuídas por toda a cidade⁴¹. As Policlínicas Comunitárias oferecem serviços de imunização, assistência básica em clínica geral, pediatria, gineco/obstetrícia, dermatologia, endocrinologia, cardiologia, neurologia, nutrição, fonoaudiologia, saúde mental, odontologia, ambulatório de pequenas cirurgias e alguns exames de análises clínicas e de imagens, sendo que algumas possuem também Serviço de Pronto Atendimento⁴².

Os MMF contam com equipes de profissionais de saúde com um médico generalista e um auxiliar de enfermagem e oferecem assistência geral básica. As unidades básicas, além dessas ações, contam, em geral, também com um conjunto de profissionais médicos que incluem clínico geral, pediatra, ginecologista e obstetra, dentre outros; assim como outros profissionais de nível superior – odontologia, fonoaudiologia, nutricionista, serviço social, psicólogos, dentre outros.

O segundo nível de atenção é composto por Ambulatórios e Policlínicas de Especialidades, que oferecem assistência especializada e alguns exames de média complexidade; e o terceiro nível de atenção contempla hospitais municipais que oferecem leitos de clínica geral e cirurgia, além de ambulatórios de especialidades, exames e serviço de pronto atendimento; e também pelo Hospital Universitário Antônio Pedro e o Hospital Estadual Azevedo Lima, que mesmo não municipalizados, oferecem vagas para a central de marcações do município.

O sistema de saúde também dispõe de laboratório de saúde pública, que oferece exames de doenças de vigilância epidemiológica e laboratórios de análises clínicas regionalizados, sendo referência para os MMF, as UBS e as Policlínicas Comunitárias e de Especialidades.

A partir da experiência do Programa Médico de Família de Niterói, juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, surge em 1994, o Programa de Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da atenção básica no país.

Mascarenhas⁴¹ destaca a constituição de uma rede municipal norteadas pelos princípios da APS, bem como o processo de municipalização e a implementação do projeto Niterói, impulsionado pelas AIS, como algumas iniciativas que levaram à implantação, em 1992, do PMF.

O PMF propõe uma reorientação do modelo assistencial, atuando como uma das portas de entrada do sistema de saúde, oferecendo ações integrais com enfoque na promoção e prevenção da saúde. O programa é direcionado aos residentes de áreas de

maior risco social, representando segmentos populacionais mais vulneráveis e que apresentam dificuldades no acesso às tecnologias de saúde⁴⁰.

As comunidades são divididas geograficamente em setores, em que cada equipe básica, composta por um médico e um auxiliar de enfermagem, acompanha cerca de 250 famílias, considerando a família o núcleo central da atenção à saúde. As equipes trabalham em período integral realizando atividades dentro e fora dos módulos, como atendimento individual, visitas domiciliares e hospitalares e ações de educação em saúde. O trabalho das equipes básicas é acompanhado por um coordenador e por uma equipe multiprofissional, que compõem um Grupo Básico de Trabalho (GBT), e pela associação de moradores local⁴¹.

Assim, o Programa Médico de Família objetiva organizar o acesso aos serviços de saúde, na perspectiva de uma atenção integral, com ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, e propõe manter um acompanhamento contínuo do processo de saúde-doença e do percurso do usuário na rede de serviços, propiciando ações intersetoriais para a melhora dos níveis de saúde da população, tendo na Policlínica Comunitária de sua regional uma primeira referência para acompanhamento dos casos que exigem um olhar especializado.

A regional de Santa Rosa abrange a Policlínica Comunitária Dr. Sérgio Arouca (PCSA) e os módulos do PMF que se localizam nas comunidades dos bairros desta regional. Entretanto, parece haver um esforço do município em transformar algumas UBS em PC, o que já ocorre na prática na regional de Santa Rosa, com a UBS de Jurujuba, que funciona como uma PC e é referência para alguns bairros desta regional.

Portanto, seis módulos do PMF têm a PCSA como referência e constituem o cenário desta pesquisa, a saber: MMF Souza Soares; MMF Vital Brazil; MMF do Viradouro; MMF Cavalão; MMF do Morro do Ingá (Palácio); MMF da Cutia. Os módulos da Cutia e do Viradouro funcionam, hoje, por questões de violência, na sede da PCSA e os demais, possuem sede própria nas proximidades das comunidades. Por sugestão da coordenação dos módulos do PMF da regional, devido também às condições de violência nas comunidades durante a realização do estudo, dois módulos não foram analisados, os módulos do Morro do Ingá e do Cavalão.

Portanto, o estudo se deu a partir da PCSA e de quatro módulos do PMF referenciados a esta, buscando analisar a integralidade destes serviços no que se refere ao cuidado pré-natal, bem como com os serviços ditos de maior nível de complexidade, quando das intercorrências e parto.

4.2 Coleta dos dados e Sujeitos de Pesquisa

No primeiro momento da pesquisa de campo, realizado no final do mês de maio de 2010, foram resgatados, na Policlínica e nos módulos estudados, os prontuários de gestantes com data provável do parto (DPP) entre os meses de junho e agosto, a fim de avaliar aquelas que apresentaram desde a entrada no serviço de pré-natal ou no seu curso algum grau de sobrepeso/obesidade gestacional, conforme classificação utilizada pelo Ministério da Saúde, possibilitando a seleção dos sujeitos de pesquisa. Os dados dos prontuários foram utilizados posteriormente para complementar as informações obtidas a partir das entrevistas.

O sobrepeso e a obesidade integram o objeto do estudo, dado o impacto que o ganho excessivo de peso pode provocar aos desfechos gestacionais, como a possibilidade de desenvolvimento de diabetes gestacional, alterações na pressão arterial e sua influência no tipo de parto, entre outros. Observar o sobrepeso, além da obesidade, justifica-se pela importância do controle e acompanhamento do estado nutricional da gestante, optando por um diagnóstico que não a enquadre diretamente como gestante de alto risco, o que teoricamente a encaminharia para o nível secundário de atenção do município, no caso a Policlínica de Especialidades, ou para o hospital.

Das dificuldades do trabalho de campo vale ressaltar a insuficiência de dados nos prontuários no momento da coleta inicial, em particular a ausência de informações referentes à estatura das mulheres nos módulos, o que impossibilitou o diagnóstico nutricional de algumas gestantes no momento da seleção.

A análise dos prontuários possibilitou a seleção das mulheres a serem entrevistadas. No módulo da Cutia não havia gestantes, no momento da seleção. Dos 121 prontuários analisados em todas as unidades, 11 mulheres preenchiam os critérios de seleção da amostra, que foram os seguintes:

- a) mulheres em acompanhamento pré-natal na PCSA e nos módulos pesquisados;
- b) mulheres que apresentaram sobrepeso ou obesidade em algum momento da gestação, desde o ingresso no serviço de pré-natal até o momento da análise dos prontuários.

Os critérios de exclusão do estudo foram mulheres menores de 18 anos ou que apresentaram gestação múltipla, o que interfere no ganho de peso gestacional e, portanto, na classificação do estado nutricional da gestante. Além daquelas que

apresentavam data do parto prevista para além do período de trabalho de campo, limitado a três meses, ou com insuficiência de dados nos prontuários, principalmente registros de altura, o que impossibilitou o diagnóstico do estado nutricional no momento da coleta.

Na observação de campo e interação com os profissionais foi possível identificar um caso importante de uma usuária que não tinha altura ou diagnóstico nutricional relatados no seu prontuário, mas foi indicada tanto pela médica do módulo responsável pelo seu acompanhamento quanto pela nutricionista da PCSA, ambas referindo o diagnóstico de obesidade da usuária. Esta, inclusive, foi a única gestante dos módulos a ser encaminhada para a nutricionista.

Assim que a pesquisa de campo foi iniciada e os objetivos apresentados aos funcionários, a nutricionista da PCSA informou à pesquisadora que havia atendido uma gestante do módulo, jovem, obesa, pesando cerca de 100 kg, apresentando diabetes gestacional, ressaltando que só ao final da gestação havia sido encaminhada a ela. Chegando ao módulo, ao explicar a pesquisa e os critérios de seleção, esta usuária foi logo lembrada pela médica como um sujeito de pesquisa, que disse: *“Ah, eu tenho uma para você!”*, descrevendo-a assim como fez a nutricionista. Por essas razões, optamos por inserir a usuária como sujeito de pesquisa.

Desse universo de onze mulheres selecionadas, apenas seis foram entrevistadas, sendo duas da PCSA, uma do Módulo do Viradouro (MMF1), com sede na PCSA; e três do Módulo de Souza Soares (MMF2), com sede própria próxima à comunidade, localizada a dois quarteirões da PCSA. Das seis mulheres entrevistadas, para as quais o diagnóstico era claro e as medidas de prontuário confirmavam o risco, quatro apresentaram obesidade e duas apresentaram sobrepeso desde o ingresso no pré-natal.

As perdas caracterizaram as dificuldades do trabalho de campo, visto que o índice de faltas na visita de puerpério é alto, pois a mãe tem que trazer a criança, o que dificulta a locomoção, além da insegurança relativa ao bem estar da criança, dependendo de como esta passou a noite. Acrescenta-se aí o desgaste daquelas que peregrinaram entre módulo-casa-maternidade por conta dos alarmes falsos quanto ao parto. Portanto, houve uma dificuldade de acompanhamento da agenda, visto que o tempo entre as remarcações e atendimento foi curto. Uma das perdas deu-se devido à transferência de uma das equipes do Módulo do Vital Brazil para outro módulo.

Na Policlínica, as entrevistas foram realizadas na primeira consulta após o parto, sendo recomendado às gestantes que seja agendada para uma semana a 15 dias após o parto. Nos módulos, realizamos as entrevistas na consulta da criança devido à dificuldade em acompanhar o agendamento das consultas e que requereu diversas idas às unidades.

As entrevistas seguiram roteiro que sugere temas, objetivos e perguntas (ver apêndice I) e foram realizadas pela própria pesquisadora antes ou após o atendimento da usuária na primeira visita de puerpério ou da criança, nas instalações das unidades de saúde, sendo gravadas e transcritas para posterior análise.

4.3 Questões Éticas

O estudo seguiu as normas das pesquisas envolvendo seres humanos por meio da resolução nº196/96⁴³ e complementares, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e o projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública.

As mulheres entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) e foram informadas quanto aos objetivos e finalidades da pesquisa, bem como da gravação da entrevista.

4.4 Análise dos dados

Por ser objeto da pesquisa o ser humano, suas relações com o outro e a forma como as avalia (e/ou percebe), e sendo essas impressões tão complexas e repletas de singularidade, é preciso fazer uso de técnicas que interpretem de maneira crítica todo o conteúdo subjetivo que abarca o assunto.

Minayo³⁸ propõe a abordagem hermenêutica-dialética como um “caminho do pensamento” para tratar o material qualitativo. A hermenêutica e a dialética consideram a subjetividade do material qualitativo e tornam o estudo compreensivo e crítico, buscando tornar possível compreender o outro e compreender-se neste e, ao mesmo tempo, contrariar as percepções a fim de aproximá-las da realidade social estudada. Esta abordagem permite que além do roteiro o pesquisador interaja com o sujeito de sua investigação buscando compreender sua visão, aprofundando sua percepção na dinâmica proposta.

A abordagem hermenêutica-dialética busca contextualizar teorias propostas pelas ciências, propondo a valorização das complementaridades e oposições da hermenêutica e da dialética que, segundo Minayo³⁸ (p.168):

(a) Ambas trazem em seu núcleo a idéia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas; (b) Ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; (c) Ambas questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; (d) Ambas ultrapassam as tarefas de serem simples ferramentas para o pensamento e (e) Ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho.

No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica.

O primeiro passo para a análise do material de estudo foi buscar conhecer o perfil dos sujeitos da pesquisa e suas trajetórias no ciclo gravídico-puerperal.

O segundo momento de análise do material qualitativo se iniciou pela ordenação dos dados, onde se buscou uma prévia organização e ordenação tanto das entrevistas transcritas quanto do material coletado dos prontuários e da observação de campo dos grupos e serviços estudados.

Em seguida, na fase denominada classificação de dados, Minayo³⁸ sugere, devido à complexidade desse momento, que seja constituído pelas seguintes etapas:

- a) Leitura horizontal e exaustiva das entrevistas, buscando as ideias centrais expressas pelos sujeitos, formando categorias de significados. As ideias centrais foram organizadas a partir dos temas propostos no Roteiro de Entrevista (Apêndice II), que contribuem na investigação da trajetória percorrida pelas usuárias, bem como os desejos e expectativas que a configuram.
- b) Leitura transversal de cada grupo, fazendo recortes em unidades de sentido e alocando-os nas diversas categorias empíricas ou teóricas, no caso as duas dimensões propostas para pensar a Integralidade – da organização dos serviços; e dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores –, além da percepção do corpo e do cuidado com o mesmo, buscando aproximar falas e materiais semelhantes, fazendo uma sistematização desses dados.
- c) Análise final, em busca da lógica interna dos sujeitos e das relações existentes entre eles, assim como das categorias estabelecidas e a percepção destas.

No capítulo V que segue apresentam-se os resultados deste trabalho e sua discussão a luz das referências utilizadas.

V APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados do estudo, iniciando pela construção de um contexto que possibilite a aproximação dos leitores com os sujeitos de pesquisa, sendo importante salientar que os relatos apresentados constituem um material compreensivo, que não pretende representar a realidade concreta dessas mulheres, mas apoiar a análise de algumas dimensões que integram o debate sobre as trajetórias traçadas por mulheres sob os cuidados da atenção pré-natal integral para atender suas necessidades. Complementam estes relatos, esquemas das trajetórias assistenciais das usuárias visando uma melhor visualização da busca de cuidados, que incluímos no Apêndice III.

Identificamos três dimensões para análise desse material - percepção sobre a saúde e o corpo; organização dos serviços; e conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.

5.1 Sujeitos de pesquisa e suas trajetórias no ciclo gravídico-puerperal

USUÁRIA A - PCSA

A usuária A tem 33 anos e mora com o marido, uma filha e o bebê. Hoje, seu contexto familiar é diferente daquele vivenciado na primeira gravidez, quando não morava com o companheiro, que é pai das suas duas filhas. A usuária relata que a primeira gravidez foi acidental e que, devido ao pouco amadurecimento e por estar solteira, não aproveitou o suficiente a primeira gestação, sendo sua relação com a gravidez e a primeira filha muito diferente desta, em que vive com o companheiro e que “*escolheu*” engravidar. Diversas vezes relatou a vontade, sua e do marido, de “*acertar e corrigir*”, neste momento, tudo o que consideram que erraram no momento da gestação e do nascimento da primeira filha do casal.

Cursou o Ensino Médio completo. Atualmente não trabalha, mas já atuou como autônoma. O companheiro é o provedor da casa e sua principal referência, além de sua mãe.

É usuária da PCSA e já frequentava a unidade antes de iniciar o cuidado pré-natal, visto que não estava mais “assegurada” por um plano de saúde como na primeira gestação. Ressalta a demora entre a marcação de consultas e o atendimento para as

especialidades da unidade antes da gravidez na PCSA, o que a deixou receosa com relação ao acompanhamento pré-natal no serviço público, mas relata surpresa com relação à agilidade para marcação de consultas e atendimento neste setor da unidade.

Sofreu um aborto espontâneo em dezembro de 2008, menos de um ano antes do início desta gestação. Naquele momento, não sabendo que estava grávida, procurou o HUAP após sangramento intenso. Lá foi informada pela médica que não poderia ser realizada a limpeza ali, visto que o “*correto*” seria procurar a maternidade Alzira Reis. Entretanto, a médica, por conta própria, decidiu realizar o cuidado ali mesmo e, segundo a usuária, relatou que foi chamada atenção por seu superior. Este fato já aponta o conhecimento experimentado da restrição de atendimento do setor de pré-natal do HUAP (Hospital Universitário Antônio Pedro), que foi confirmado na fala de outras usuárias, e que vai direcionar a procura espontânea bem como o encaminhamento para o HEAL (Hospital Estadual Azevedo Lima) nas intercorrências durante a gestação.

Após o aborto, procurou o ginecologista da PCSA para realizar exames, visto que gostaria de engravidar novamente. Fica representado em sua fala o reconhecimento da necessidade do cuidado da saúde da mulher, entretanto mostra-se evidente o incômodo criado por essa necessidade.

Vim, eu tive que vim (na PCSA), pra saber se *tava* tudo bem. (...) que eu tive que fazer preventivo, um monte de coisas, que é um saco né, cuidar disso.
(Usuária A – PCSA)

Quando desconfiou da gravidez fez o teste em laboratório particular e obteve o resultado positivo no mesmo dia. Então, procurou a recepção da PCSA e foi direcionada ao setor de pré-natal, onde obteve atendimento instantâneo.

Precisou ir ao HEAL cerca de 4 a 5 vezes devido às intercorrências relacionadas ao aumento de peso e consequente aumento da pressão arterial, além de uma consulta à especialidade de otorrinolaringologia. Foi necessário procurar o hospital diversas vezes devido à ausência da obstetra por motivo de férias estendido por licença médica, o que provocou restrição no número de atendimentos/dia no serviço de pré-natal durante este período, atendimento este que estava sendo revezado, pelo que parece a contragosto, entre os ginecologistas da unidade. Esta discussão será retomada no item 5.3.

Realizou todos os exames no serviço público, à exceção da ultrassonografia. A primeira ultrassonografia foi realizada no serviço privado e a segunda no público.

Precisou fazer uma terceira, encaminhada pela obstetra da PCSA, que suspeitava de perda de líquido de acordo com dados do segundo exame. Entretanto, não conseguiu fazer a terceira pelo SUS, porque teve o pedido negado por estagiários/residentes do HUAP por falta de informações suficientes no encaminhamento da obstetra que justificassem novo exame.

Como não tinha recursos para custear um novo exame no serviço privado, visto que no primeiro exame foi necessário pegar um empréstimo com a mãe, o medo e a ansiedade aliados à espera que o feriado prolongado imporia a motivaram a buscar a Maternidade Alzira Reis, onde optaram por realizar o parto imediatamente devido a suspeita de perda de líquido que não poderia ser confirmada, já que a maternidade não possui equipamento de ultrassonografia.

Na entrevista, a usuária se mostrou muito confortável para falar, portanto esta correu livremente, com pouca interferência da pesquisadora. A mãe, que a apoiava nos primeiros dias após o nascimento da criança, bem como esta e a primeira filha estavam presentes na consulta de puerpério.

Relação com o peso:

A usuária A estava acima do peso antes da gestação e insatisfeita com a situação, mas iniciou uma dieta como participante do grupo Vigilantes do Peso^{III} e refere que já estava “*emagrecendo direitinho já*”. Ao engravidar abandonou o grupo alegando que não adiantava fazer dieta já que engordaria de qualquer maneira.

Iniciou o pré-natal com diagnóstico de obesidade e apresentou um ganho acentuado de peso durante a gestação. Já no seu primeiro dia de acompanhamento pré-natal, realizou consulta com a obstetra e, posteriormente, com a nutricionista, referindo um ganho de 4 kg em 15 dias (no momento estava na 14ª semana gestacional), e um histórico de ganho ponderal de cerca de 30 kg em gestação anterior.

Retornou à consulta de Nutrição apenas na 36ª/37ª semana gestacional, segundo ela “*Quando o bicho estava pegando!*”, e mais uma vez na visita de puerpério. Nos dois retornos a procura foi estimulada pela obstetra, que já havia retornado das férias/licença.

^{III} O “Vigilantes do Peso” é uma organização que faz parte da *Weight Watchers* (organização mundial) e oferece programas de emagrecimento. Apesar de o programa ser desenvolvido por profissionais da área da saúde, não é uma organização médica.

USUÁRIA B - PCSA

A usuária B tem 44 anos. É empregada doméstica e mora na casa em que trabalha junto com o bebê. Esta é a primeira gravidez e está separada do pai da criança, que foi seu companheiro, mas quando engravidou já estavam separados. O pai soube da gravidez, mas não a aceitou e até a data da entrevista ainda não tinha visto a criança, além de não ter participado de nenhum momento da gestação.

A gravidez foi uma surpresa, visto que não fazia uso de medidas contraceptivas há muitos anos e nunca havia engravidado. A usuária relata o desejo de ter filhos na juventude e afirma muita surpresa, pensando, em um primeiro momento, ser um engano o resultado positivo de gravidez.

A usuária parecia muito envergonhada com a entrevista e com a própria gravidez, que ocorreu depois dos 40 anos, após estar separada de seu companheiro, parecendo um pouco desconfortável ao falar sobre o assunto. Assumiu, durante a entrevista, uma postura muito tímida, cabeça baixa, parecendo nervosa, evitando olhar nos olhos da pesquisadora, sentada de lado na cadeira e dando respostas curtas às perguntas, havendo necessidade de interlocução constante com a pesquisadora.

Não concluiu o ensino fundamental e sempre trabalhou como doméstica. Tem uma irmã e uma amiga como principais referências e foram estas que a estimularam a buscar o acompanhamento pré-natal, visto que antes da gestação não frequentava nenhuma unidade básica de saúde, procurando o pronto socorro/hospital, geralmente o HUAP, se houvesse qualquer problema mais grave de saúde.

Ingressou na PCSA para o pré-natal porque era próximo da casa da patroa, onde reside, entretanto já havia iniciado o acompanhamento em uma unidade básica de São Gonçalo, próxima à residência de uma amiga, que agendou e a incentivou a frequentar o pré-natal, onde era atendida pelas enfermeiras, devido à ausência de médicos. Novamente influenciada pela amiga e por sua irmã, que estavam preocupadas com os riscos relativos à idade, bem como quanto ao tipo de assistência, decidiu buscar acompanhamento na PCSA, onde seria atendida por um profissional de Medicina.

Iniciou o pré-natal na PCSA com quase quatro meses de gestação, não apresentando dificuldade no ingresso à unidade e tendo a primeira consulta marcada para três dias após o primeiro contato com a unidade.

Fez acompanhamento concomitante na PCSA e na Policlínica de Especialidades Malu Sampaio (PEMS) por ser considerada gestante de risco, devido à idade, encaminhada pela obstetra da PCSA.

Não teve nenhuma intercorrência durante a gravidez, não sendo necessário buscar outras unidades senão em caso de realização de exames, e na primeira vez que sentiu maior incômodo (dor) foi ao HEAL, já estando no momento do parto.

Na PCSA, frequentou consultas com a nutricionista do pré-natal e com a dentista que atende as gestantes encaminhadas. Relata que aderiu às orientações da nutricionista e que isto a ajudou a sentir-se melhor principalmente à noite, quando sentia maior indisposição por ingerir um volume alto de alimentos. Foi atendida pela obstetra da PCSA apenas uma vez antes das férias desta e no final da gravidez, quando a profissional já havia retornado.

Fez todos os exames no serviço público, inclusive a ultrassonografia, não conseguindo realizar apenas a última, que se referia a um exame mais detalhado do feto.

Relação com o peso:

Estava acima do peso antes da gravidez e fazendo ginástica, mas desistiu dos exercícios quando soube que estava grávida. Relata que não aumentou muito o apetite e que o aumento de peso se deu devido à paralização dos exercícios físicos.

Iniciou o pré-natal com diagnóstico de sobrepeso. Não ganhou peso excessivo durante a gestação, mas pareceu ter se incomodado tanto com a representação da gravidez quanto com as consequentes mudanças corporais, relatando que não saía muito de casa devido à dor e frio da época, e reclamando que as roupas não serviam mais, o que era ruim na hora de escolher algo para vestir, fazendo com que evitasse os passeios.

Realizou apenas duas consultas com a nutricionista, sendo uma no ingresso do pré-natal e outra na visita de puerpério, ambas por indicação da obstetra.

USUÁRIA C – MMF1

A usuária C tem 34 anos. Coursou o ensino superior completo, mas não trabalha atualmente, tendo atuado apenas informalmente. É casada há quatro anos e mora na casa da mãe, com a irmã, sobrinhos, marido e o bebê. A irmã e os sobrinhos chegaram ao módulo antes da usuária no dia da consulta do bebê, em que foi realizada a entrevista, e ficaram esperando-a chegar com o bebê. A família parece muito unida, sendo grande referência para ela.

Esta foi a primeira gravidez da usuária que vinha tentando engravidar há certo tempo e, segundo ela, foi muito cobrada pela família e muito desejada por todos. Tinha conhecimento do risco de uma gravidez devido à obesidade e síndrome hipertensiva, e esperava engravidar o quanto antes devido à relação destes fatores de risco com a idade.

Tomava medicação para a hipertensão antes da gestação, mas parou por indicação médica, que a orientou que tentasse controlar o peso. Voltou a tomar a medicação na gravidez, também por orientação médica, devido ao aumento de peso.

É usuária do MMF do Viradouro (MMF1 - sede na PCSA) desde 1998 e tem este como referência por gostar do atendimento recebido e já conhecer o esquema de territorialização da assistência à saúde no município.

Fez o teste de gravidez no serviço privado e alega que precisou fazer o teste de urina como norma para ingresso no pré-natal do módulo.

Só vim aqui, falei que tinha feito teste de gravidez, é, no particular, teste sanguíneo, e aí havia constatado que estava grávida e tal e aí a enfermeira falou: “Oh, seguindo as normas né, do pré-natal, você vai ter que fazer exame do xixi, aí você vai fazer, vai comprovar que você está grávida, aí vamos marcar a sua consulta e você vai começar a fazer o seu pré-natal”. Foi assim, tranquilo. (Usuária C – MMF1)

Fez uma ultrassonografia no serviço público e como recebeu apenas o papel do laudo, sem as imagens do feto, decidi fazer outra no serviço privado. Entende que o laudo contém as informações de que a médica precisava, mas queria ver e ter as fotos.

Nas intercorrências, devido à hipertensão, sempre buscava o módulo, que tinha como referência, buscando o hospital apenas para o parto. Ia constantemente ao módulo para aferir a pressão arterial.

Estava em um churrasco no município de São Gonçalo quando se sentiu mal e os amigos e familiares a levaram para o hospital mais próximo do local (Hospital da Mulher), onde foi realizado o parto.

Gostaria de ter feito a ligadura, visto que não deseja outro filho devido aos gastos necessários e aos riscos da gestação, mas não conseguiu, segundo ela, porque os médicos alegaram ser o seu primeiro filho e sendo ela menor que 35 anos poderia se arrepende posteriormente. Entretanto, só conversou sobre o assunto na hora do parto, não relatando esse desejo durante o pré-natal para os profissionais do módulo.

Relação com o peso:

A usuária C relata que sempre foi obesa. Há alguns anos foi encaminhada pelo módulo para acompanhamento do estado nutricional em um grupo de obesidade da PCSA. Entretanto, justifica sua descontinuidade do grupo alegando a vontade de comer determinados lanches em excesso e certo relaxamento quanto ao peso. Além disso, ressalta a preferência por um atendimento individual com maior privacidade, reconhecendo o grupo como um apoio terapêutico, que não é bem aproveitado por todas as pessoas.

Iniciou o pré-natal com diagnóstico de obesidade. Não frequentou consultas com a nutricionista.

USUÁRIA D – MMF2

A usuária D tem 24 anos. Hoje, mora com o companheiro e o bebê. Tem um filho de 9 anos, de outro relacionamento, que mora com a sua mãe.

Cursou o ensino fundamental completo. Não trabalha atualmente, mas já trabalhou informalmente. Quando engravidou estava começando a procurar emprego e morava com a mãe e o primeiro filho, sendo a mãe a provedora da casa. Nesta gravidez, que foi inesperada, a mãe conversou com ela e o atual companheiro dizendo que ajudaria, mas não criaria outra criança.

Muitas vezes usa as expressões “*com a benção de Deus*”, “*graças a Deus*”, no sentido que parece de vencer uma etapa, em que passada a fase de aceitação, tanto dela e da mãe, as coisas começaram a se ajustar.

Ah, a minha mãe ficou *meia* chateada, (...) disse que não ia sustentar mais, que ela podia até ajudar. Mas agora, minha filha, é uma *paparicação* danada, não pode nem espirrar. Ela é sempre assim, reclama, mas quando chega é outra coisa! (Usuária D)

Na primeira gestação em 2001 foi usuária do MMF de Souza Soares (MMF2) quando iniciou o pré-natal já no terceiro trimestre gestacional, aos sete meses, convencida por uma vizinha.

Na gestação atual tentou ingressar na PCSA antes de iniciar o pré-natal no módulo, devido à indicação de amigas, que disseram que a obstetra de lá era muito boa. Chegou a agendar consulta na PCSA, entretanto, como a obstetra se encontrava de férias e teria que ser atendida por outro profissional, optou por fazer o acompanhamento

no módulo, devido também à proximidade de casa, ressaltando a dificuldade e o incômodo para locomoção no segundo e terceiro trimestres gestacionais.

Tem prontuário na PCSA desde o nascimento, em 1986, tendo um papel anexado ao prontuário sinalizando que é cadastrada no MMF. Sofreu dois abortos entre os dois partos, iniciando o pré-natal na PCSA com a mesma obstetra que atende hoje na unidade, onde refere um aborto anterior induzido, e mais tarde abandona o pré-natal devido a um aborto espontâneo, de acordo com a usuária.

Iniciou o atual pré-natal no módulo ainda no primeiro trimestre, com 11 semanas de gestação. Fez o teste de gravidez no serviço privado e os exames de rotina do pré-natal no serviço público. Fez duas ultrassonografias no serviço privado.

Depois do diagnóstico de diabetes gestacional, na 33^a/34^a semana, foi encaminhada à nutricionista da PCSA, que pediu encaminhamento para pré-natal de risco na PEMS, de acordo com dados do prontuário. Retornando ao módulo, é encaminhada à PEMS onde foi atendida três vezes por um profissional de Medicina, segundo informações do prontuário do módulo, onde continuou sendo acompanhada. Relata não ter sido acompanhada por nutricionista na PEMS.

Precisou ir ao hospital diversas vezes, principalmente nas duas semanas anteriores ao parto, quando sentia contrações constantes. A usuária buscava o módulo, era então direcionada ao hospital, que constatando colo fechado e batimento normal pedia que retornasse se as contrações piorassem. Voltava ao módulo e era novamente direcionada ao hospital, fazendo esse trajeto algumas vezes. Nessas idas e vindas buscou atendimento para o parto no HEAL e no HUAP.

O marido a acompanhava ao hospital nas primeiras vezes em que foi buscar o HEAL, direcionada pela médica do módulo, que acreditava que o bebê nasceria antes de completar as 40 semanas. Como os retornos do hospital foram recorrentes, ela passou a ir sozinha, relatando a insatisfação do companheiro e o gasto de passagem.

A entrevista foi iniciada na sala de imunização e curativos do módulo e foi interrompida diversas vezes por profissionais e também pela médica para atendimento, sendo prejudicada no primeiro momento devido à presença de muito ruído, pois o módulo estava muito cheio nesse dia, com muitas crianças, que esperavam atendimento ou acompanhavam os pais, brincando no pátio, que ficava bem em frente à sala (mesmo fechando a janela havia muito barulho).

Após o atendimento, a continuidade da entrevista foi na sala de pesagem infantil do módulo, ainda com pouca privacidade devido às divisões das salas. Antes de

a entrevista ser interrompida para consulta médica, a usuária foi questionada sobre o acesso a outros profissionais, não referindo a consulta com a nutricionista da PCSA, que já era do conhecimento da pesquisadora, pois o caso desta usuária havia sido comentado pela nutricionista e pela médica do módulo. Ao retornar para a entrevista, a médica, na frente da usuária, me diz: “*Ela tem uma novidade pra te contar, hein*”. Quando inicio a entrevista, a usuária diz que a novidade a que médica se referia era que ela havia se esquecido de dizer que tinha ido à consulta com a nutricionista, referindo que a médica a informou que a pesquisadora também era nutricionista.

Relação com o peso:

Estava acima do peso antes da gravidez e fazendo uso de chás e remédios para emagrecer, além de caminhadas junto com a prima, que indicou os remédios. Parou com os remédios e a atividade física quando soube que estava grávida.

Engordou excessivamente durante a gestação e quando foi diagnosticada diabetes gestacional recebeu encaminhamento para a nutricionista na PCSA.

USUÁRIA E – MMF2

A usuária E tem 29 anos, mora com o marido, que é sua principal referência, e mais dois filhos, de 8 e 5 anos. É baiana e seus dois primeiros filhos nasceram na Bahia, onde ainda mora toda sua família. A família do marido mora em Niterói, mas não mantém contato estreito.

Cursou o Ensino Médio completo. Não trabalha atualmente, mas já trabalhou como cuidadora de idoso. O marido é o provedor da casa.

Não esperava essa gravidez, que ocorreu na troca do método contraceptivo injetável trimestral para o mensal, que segundo ela era o responsável pelo seu aumento de peso. No início da gestação relata dificuldade de ganho de peso, por isso a preocupação da médica se concentrou inicialmente no ganho de peso, situação que se configurou diferente das demais, que apresentaram ganho de peso excessivo, à exceção da usuária B, que apresentava sobrepeso, mas com ganho de peso adequado durante a gestação.

É usuária do MMF de Souza Soares (MMF2) desde 2008 e tem este como referência. Já frequentava a unidade antes da gestação, parecendo ter o módulo como referência para a resolução dos problemas de saúde de sua família. Frequenta mais para

levar os filhos, mas costuma procurar o módulo para realizar o exame preventivo ginecológico uma vez ao ano.

Iniciou o pré-natal com 3 meses, pois não sabia que estava grávida devido à continuidade do ciclo menstrual. Ela foi buscar o módulo depois que amigos e o marido desconfiaram da gravidez.

Realizou três ultrassonografias no serviço privado e nenhuma no público, pois já sabia que neste não poderia ter as fotos do bebê para guardar.

A ultra eu fazia particular, entendeu, eu pagava pra poder fazer. (Usuária E – MMF2)

Tinha sempre o módulo como referência e nas intercorrências era onde procurava resolução, buscando o HEAL quando encaminhada ou direcionada pela médica do módulo nas intercorrências do final da gestação. Optava pelo HEAL por já saber da restrição do HUAP no caso de internação, e por ouvir bons relatos de pessoas que fizeram o parto no HEAL.

O marido é sua principal referência e a acompanhava ao hospital. Ressalta a importância de saber que o esposo estava acompanhando o parto, o que a deixou menos nervosa, contribuindo inclusive, segundo ela, para o controle da pressão arterial.

A entrevista foi realizada na sala de pesagem do módulo com pouca privacidade devido às divisões das salas. Entretanto, a usuária foi receptiva e apresentou uma fala mais livre.

Relação com o peso:

A usuária E estava incomodada com o peso, que estava acima do considerado como ideal por ela, e diz que era devido ao medicamento contraceptivo injetável que utilizava mensalmente. Ela fez o pedido de troca para o injetável trimestral e nessa troca foi informada que deveria evitar relações sexuais, entretanto ela relata que esqueceu e acredita que foi nesse momento que engravidou. Tem problemas com o contraceptivo oral que a faz sentir sintomas de gravidez.

Apesar do diagnóstico de sobrepeso, os sintomas iniciais da gravidez (enjoo, náuseas, falta de apetite), que segundo ela permaneceram durante toda a gestação, tal como ocorreu com as duas primeiras, gerou perda de peso nos primeiros meses de gravidez. Por isso, relata que a orientação da médica estava apoiada na preocupação

com esta perda de peso, que não deve ocorrer durante a gestação. A pressão ficou alta durante a gestação, mas controlou com a alimentação.

Não frequentou consultas com a nutricionista.

USUÁRIA F – MMF2

A usuária F tem 34 anos. Morava no Rio com a mãe e o companheiro, mas depois do falecimento da mãe entrou em depressão e quando conseguiu comprar uma casa perto da família foi morar em Niterói.

Atualmente, mora com o companheiro, o bebê e outros familiares, totalizando treze pessoas na casa da irmã. Todos moravam no Morro do Bumba, onde ocorreu o trágico desmoronamento com as chuvas de 2010, quando perdeu sua casa. A casa da irmã não caiu, mas foi interditada pela Defesa Civil, entretanto, a família retornou a casa. Relata que ainda nem tinha acabado de pagar a casa em que morava. Recebe benefício do aluguel social da prefeitura devido ao desmoronamento e relata que o mesmo costuma atrasar, e às vezes a prefeitura paga dois meses de uma só vez, impossibilitando assumir um compromisso de aluguel de algum espaço.

Morou em dois abrigos depois do desmoronamento. O primeiro era em uma escola, mas tiveram que ser realocados em outro local. Neste, devido à rigidez com relação aos horários e saídas do abrigo, não quis ficar. Por conta disso, retornou para a área de risco e mora com a irmã, em um dos cômodos da casa, que foi cedido para que ela morasse com o marido e o bebê. Este cômodo é utilizado para cozinhar e é onde os três dormem. O banheiro é compartilhado por todos da casa.

Cursou até a 5ª série e não trabalha atualmente. Já trabalhou, mas sempre informalmente, sendo o último emprego em uma loja. O marido é o provedor da família e a renda familiar é complementada agora pelo aluguel social.

A gravidez, que foi a primeira, foi muito desejada e recebeu apoio de toda a família.

É hipertensa e era atendida no posto de saúde em Campos Elíseos, no Rio. Em Niterói ainda não tinha buscado nenhuma unidade de saúde antes da gestação. Quando soube que estava grávida, duas vizinhas indicaram a PCSA para acompanhamento pré-natal. Ela chegou a ir à PCSA, entretanto não foi à consulta, que foi agendada apenas para um mês depois, devido à restrição no número de atendimentos pelas férias da obstetra, e nesse período ocorreu a tragédia.

No primeiro abrigo a usuária foi atendida pela médica do módulo, que pediu que ela fosse a este se cadastrar e iniciar o pré-natal. Diz que não teve problemas com relação a nenhum exame no módulo. Quanto à ultrassonografia, já havia feito uma primeira particular antes do desmoraamento e fez mais duas, também particulares, porque perdeu o dia marcado pelo SUS e porque também preferiu fazer com o médico que tinha realizado a primeira.

Não foi a nenhum profissional fora do módulo. Também não apresentou nenhuma intercorrência durante a gestação, portanto não precisou buscar atendimento em outras unidades.

O parto ocorreu no HEAL, sendo indicação da médica do módulo e única opção devido à hipertensão, apesar dos amigos a alertarem que “*lá era açougue, que era ruim*”. Segundo ela o parto ocorreu sem intercorrências. Depois do parto foi a uma reunião de planejamento familiar no módulo.

Em sua fala relembra o desespero que foi a tragédia, contudo sem vitimar-se. Ressalta que recebeu muito apoio no abrigo, pois ganhou muita coisa e que o sonho que anteriormente era morar perto da família, agora é morar longe dos morros.

O pessoal ajudou muito, ganhei muita fralda, tenho fralda até hoje. (Usuária F)

Relação com o peso:

A usuária F diz que sempre foi “*gordinha*”, mas que havia perdido algum peso devido à depressão após o falecimento da mãe. Não fazia acompanhamento dessa depressão que relata, mas diz que estar perto da família a fez sentir-se muito melhor e esquecer um pouco o sofrimento, apesar da lembrança constante.

Iniciou o pré-natal com diagnóstico de obesidade, apresentando um ganho acentuado de peso durante a gestação. Não frequentou consultas com a nutricionista e estava em uso de Metildopa para controle da hipertensão.

5.2 Percepção sobre a saúde e o corpo dos sujeitos de pesquisa

O material empírico apontou singularidades e diferenças na vida das mulheres que participaram da pesquisa, tanto social, quanto com relação à saúde e à gravidez.

As entrevistadas apresentaram idades e níveis de escolaridade diferenciados. As falas mais críticas com relação ao serviço foram daquelas com maior nível de escolaridade.

Apenas a usuária B não é casada, sendo um dado interessante que esta é a única que trabalha dentre as entrevistadas, sendo responsável pela renda familiar. Todas as demais nunca trabalharam com vínculo empregatício e o fizeram apenas de forma autônoma. Têm o marido como provedor da família, com mais ou menos auxílio dos familiares.

Quadro 1 - Características sócio econômicas das entrevistadas

Usuária	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Ocupação	Responsável pela renda familiar
A	33	Ensino médio	Casada	Não	Marido
B	44	Ensino fundamental incompleto	Separada	Doméstica	Própria
C	34	Ensino superior	Casada	Não	Marido
D	24	Ensino fundamental	Casada	Não	Marido
E	29	Ensino médio	Casada	Não	Marido
F	34	Ensino fundamental incompleto	Casada	Não	Marido + benefício

Metade das usuárias (A, C e F) teve uma gravidez desejada, embora não planejada, enquanto as outras foram inesperadas. Segundo o Ministério da Saúde³ (p.15), “pelo menos metade das gestações não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas”. O não planejamento e preparo para a gestação é comum e deve-se a diversos motivos, entre eles a falta de informação, que pode ser evitada através de um trabalho educativo no âmbito da saúde da mulher.

A avaliação pré-concepcional, além de um exame ginecológico completo e alguns exames laboratoriais, pode incluir ações específicas quanto aos hábitos e o estilo de vida, visando minimizar os riscos para mãe e bebê. No caso de mulheres obesas ou com doenças crônicas pré-existentes, como hipertensão e diabetes *mellitus*, pode ser realizada uma orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional materno e do bebê, e das condições para o parto.³

Entretanto, a busca pelos serviços de saúde ainda se dá, de forma geral, por meio de atividades de tratamento em detrimento daquelas relacionadas à promoção e prevenção. Isso tanto na perspectiva da oferta de serviços pelas unidades de saúde,

como pela demanda da população, que muitas vezes se molda à oferta. Soma-se ainda a falta de profissionais em número suficiente, bem como as habilidades e competências necessárias a um profissional de saúde, principalmente aquele que atua na atenção básica. Mas voltaremos a essa discussão adiante.

Percebemos que a busca pelas unidades de saúde antes da gestação para todas as usuárias, à exceção da usuária B, ocorria sempre por consultas ginecológicas ou, em alguns casos, para controle da pressão arterial. Apenas a usuária B não frequentava nenhuma unidade de saúde, buscando o hospital apenas quando apresentava alguma emergência.

A procura pelo cuidado pré-natal foi espontânea em todos os casos, com o diferencial da usuária F, que foi captada por uma das médicas do MMF2 no abrigo, mas já havia tentado ingresso por conta própria anteriormente na PCSA. É notável a importância da proximidade e incentivo da família ou amigos, influenciando diretamente a busca pelo cuidado em saúde e mesmo a sugestão de dado serviço já utilizado.

O peso excessivo antes da gravidez incomodava a todas as usuárias entrevistadas. Três delas (Usuárias A, B e D) estavam fazendo atividade física e/ou dieta antes da gravidez, mas descontinuaram após a comprovação desta, considerando quase impossível associar a gestação com qualquer controle sobre o corpo e seus desejos.

A usuária A, que participava do “Vigilantes do Peso”, referiu que abandonou o grupo quando confirmou a gestação, visto que a gravidez a faria engordar de qualquer maneira, permitindo-se assim um relaxamento quanto à sua alimentação e imagem corporal.

Eu emagreci rapidinho (no grupo), mas aí quando você descobre que você está grávida, você não quer fechar a boca né. Porque você *tá* fazendo dieta pra emagrecer, já tinha perdido 7 kg já, já *tava* fininha já. Aí depois que eu descobri que eu *tava* grávida, pô, você sabe que você vai engordar... braço, perna, tudo (...). Você vai e fala: ‘Aí que saco! Vou comer!’. Você relaxa. Mas agora eu já fechei a boca de novo! (Usuária A - PCSA)

Em estudo de sobre hábitos alimentares de gestantes obesas, observou-se certa liberação na ingestão de alimentos por parte das mulheres pela condição de estarem grávidas, verificando-se uma tentativa de adiar a preocupação com a imagem corporal e

o controle da alimentação para o pós-parto, confirmando a gravidez como o foco da atenção (Rito *apud* MS¹¹).

Parece ainda presente no imaginário de certas mulheres a ideia da gravidez associada ao ganho de peso elevado e uma forma física arredondada, que há décadas atrás era sinônimo de saúde, já que a gestante deveria, segundo o ditado popular “comer por dois”. Portanto, neste período, que tem data de término, ou seja, durante os nove meses de gestação, a vaidade e a preocupação com a imagem corporal e a saúde são colocados em segundo plano.

Apesar disso, é possível notar, em certos casos, o constrangimento gerado pelo excesso de peso associado à gestação que ocasiona certa frustração pelo não reconhecimento desta por outras pessoas.

Porque eu tô gordinha, então é outro problema de pessoa obesa, as pessoas identificarem que aquilo é gravidez, porque elas acham que aquilo é só banha mesmo, é só gordura. (Usuária C – MMF1)

O momento de se vestirem para um passeio, por exemplo, é outro fator de constrangimento presente na fala da maioria. O fato de as roupas que usava antes não servirem, junto à percepção de mudança de sua imagem corporal, que tem relação estreita com a aceitação da gravidez, afetam a mulher, mexendo com a vaidade e, algumas vezes, gerando uma reclusão neste período.

Fiquei tipo assim, porque a gente tenta emagrecer depois engorda de uma hora pra outra, sei lá. É muito ruim você querer comprar as coisas e não dar. Você então fica constrangida mesmo. Roupa, assim... porque tá grávida aí não pode usar isso, usar aquilo, porque ficava apertada, tudo apertava, era uns vestido tudo esquisito, não podia usar as minha roupas, minhas bermudas, que tudo aperta. Ai é muito ruim ficar gorda! Deus me livre! (Usuária D – MMF2)

A gestante D comenta a frustração vivida no início da gravidez, momento em que se sentia motivada a emagrecer e a buscar um emprego. Estava fazendo caminhadas com a prima que a indicou o uso de remédios fitoterápicos, antes da gestação. Ela relata que não contou à médica sobre o uso desses medicamentos, mas assim que soube da gravidez interrompeu o uso.

Importante salientar a participação e influência de amigos e familiares nas questões relacionadas à alimentação, assunto rotineiro e que parece ser de conhecimento

do senso comum em alguns aspectos, visto que todos sabem algo sobre alimentação, e a mídia televisionada e escrita atua fortemente na divulgação de materiais de todo tipo que se relacionam ao assunto, já que é um tema modista e vendável.

Faz-se necessário um alerta com relação ao perigo da ingestão de inibidores de apetite, bem como de produtos fitoterápicos, que prometem emagrecimento, e da forma como estes são divulgados, vendidos e/ou utilizados. No caso desta usuária, ela relata que ingeriu alguns chás e remédios fitoterápicos sem acompanhamento profissional, já que tanto ela quanto a prima eram amigas de um funcionário de uma farmácia de manipulação. Ela não sabia dizer ao certo, qual era o produto ou as substâncias que continham, seu único conhecimento era que vinha fazendo efeito para a prima, portanto o produto deveria ser bom para ela também, e sendo o produto natural não faria mal.

Nossa, até quando eu *tava* grávida uma vez de três meses, aí, como eu fiquei gorda, muito gorda, mais do que eu fiquei agora dessa vez, muito gorda mesmo. Olha que eu ia comprar uma roupa e nada dava. O que? Comprei remédio na hora. Porque quando me dá na telha eu tomo remédio mesmo e rapidinho eu emagreço. É só ter força de vontade né, se quiser emagrecer, é só ter força de vontade! (Usuária D – MMF2)

Portanto, é preciso atentar-se ao uso habitual, desinformado e desacompanhado de produtos para auxiliar o emagrecimento, principalmente aqueles chamados “naturais”, usados comumente.

Mas assim como outras desculpas para iniciar uma dieta, a gravidez parece funcionar como uma espécie tal, onde é permitido e aceito social e culturalmente que a mulher engorde, havendo certa naturalização do fato para não enfrentar a situação, o que reforça o risco. Assim, algumas gestantes permitem-se o consumo exagerado de determinados alimentos altamente calóricos, postergando o cuidado com o corpo para o pós-parto.

Ih, chocolate! Comia muito! Se fosse em Niterói (centro da cidade) eram duas barras. E comia sozinha, não dava pra ninguém! (...) era depois da Páscoa, chocolate demais, não parava de comer chocolate. (...). Era salgadinho, açai todo dia, italiano todo dia, açai todo dia, aí por isso que eu fiquei gorda! (Usuária D – MMF2)

A preocupação com o peso corporal, que não foi aparente durante a gestação, constituiu o principal foco de atenção da maioria das mulheres entrevistadas após o

parto, tendo na informação do aleitamento materno como contribuinte para a perda de peso da mulher uma das motivações para a continuidade dessa prática.

Nos módulos, onde não foi identificado nos prontuários ou nas falas das usuárias um planejamento adequado do ganho de peso em todas as consultas durante a gestação, bem como dados sobre o diagnóstico nutricional dessas mulheres, um caso chamou a atenção quanto ao próprio reconhecimento pela usuária da condição de obesidade. A usuária D foi encaminhada à nutricionista da PCSA apenas no final da gestação, quando foi diagnosticado a diabetes gestacional. Somente neste momento a usuária tomou conhecimento da condição de obesidade, necessitando que a nutricionista mostrasse no gráfico de acompanhamento nutricional da gestante (Anexo IV), que a sua curva de IMC segundo a semana gestacional demonstrava que ela estaria no campo “O”, que indicava seu estado nutricional como obesidade. Ao receber a informação de que estava obesa diz ter se assustado e assumido um sentimento de vergonha.

Eu assustei, como é que fala assim que eu *tô* obesa? (Risos.). Fiquei com vergonha! Ah, fiquei! Aí ela pegou aquela linhazinha e falou assim: “Olha aqui como você *tá*, *tá* no ‘O’, de obesa”. Eu falei ‘Ai, meu Deus!’. Eu não sabia que eu *tava* obesa. (Risos). Que eu fui por causa da glicose. A médica aqui falava: “Vamos manear nas coisas, que não pode comer isso, se não eu vou te mandar pra nutricionista”. Aí ficou falando, falando que ia mandar, até que ela pegou e mandou. (Usuária D – MMF2)

Percebe-se, neste caso, uma confusão inclusive quanto ao que vem a ser esse limite que denota a situação de obesidade, bem como a intensidade que assume o diagnóstico. Parece que o impacto do diagnóstico e mesmo as palavras obesa e obesidade reforçam a denotação do risco. O estudo de Rito *apud* MS¹¹ identificou que as gestantes obesas faziam uso de diversos adjetivos, como "cheinha", "gordinha", "pouco mais de peso" e "forte", para expressar a percepção corporal da obesidade, utilizando o termo obesa apenas em situações consideradas por elas como limite, como ultrapassar os 100 kg, dado os significados que assumem os números redondos.

Mas antes de que eu fiquei grávida eu *tava* com 83, que eu fiquei grávida ano passado, aí eu fui e perdi né, tive um aborto espontâneo, aí eu fiquei com o peso normal. Aí três meses depois eu engravidei dele, aí eu *tava* com 83, aí eu cheguei e *tava* com 95, aí *tava* muito alto, *tava* obesa, aí tinha emagrecer muito, uns vinte quilo, 12 quilo. Isso já é obesidade? É? (Usuária D – MMF2)

Entretanto, esse desconhecimento não foi percebido na fala de outras usuárias, reforçando que o diagnóstico e a informação são insuficientes para lidar com questões tão complexas como aquelas que envolvem mudanças de comportamento, sendo necessário “pensar estratégias facilitadoras para o cuidado nutricional da gestante obesa e do conceito”, que contribuam para a adesão às orientações alimentares.¹¹ (p. 69)

Ah sim, ela (nutricionista) me indicou, ela falou pra eu fazer as coisas mais light, mas não dá, quando você tá grávida, você não tá nem aí pra isso! (Usuária A - PCSA)

A médica sempre pedia que eu segurasse a boca, mas eu não obedecia nada. Chegava em casa eu comia tudo, eu tinha muita fome! (Usuária F – MMF2)

Algumas usuárias reconhecem o risco que a escolha por não seguir as orientações alimentares ou por descontinuarem a dieta e a rotina de exercícios físicos acarretou, e de que forma isso contribuiu para as intercorrências que ocorreram durante a gestação.

Ah, não, é um saco, depois que você para, você fica uma bolinha de novo, aí eu disse ‘Ah, não!’. Aí (nome da nutricionista) até chamou minha atenção, eu disse ‘Ah, não quero!’. E por isso eu tive problema, minha pressão foi lá *pras cucuias*, subi, fui parar no hospital, tive até com medo de eclâmpsia, né? Eu tive pressão alta, tive inflamação também. Mas assim... também eu não me arrependo não, continuei comendo! (Usuária A - PCSA)

Enquanto para certas mulheres não há nenhuma mudança no comportamento alimentar durante a gravidez e até certo relaxamento, para outras o relaxamento relacionado ao cuidado com a saúde e a alimentação que apresentavam antes da gravidez ameniza-se um pouco, dando lugar à preocupação e à responsabilidade quanto à saúde de outro ser, que é o seu bebê.

Chama atenção também, quando se trata dessa responsabilidade para com o bebê, o cuidado com determinados sintomas, como uma dor de cabeça, por exemplo, fato relatado por algumas usuárias como frequentemente automedicado, mas que durante a gestação assume um peso maior e estimula a procura por aconselhamento médico.

Aprendi (com a gestação) que a gente não se cuida direito como a gente deve né, a gente dá muito pouca atenção pro nosso corpo. Quando a gente tá grávida a gente aprende a dar mais valor aos pequenos detalhes, passa a dar

mais atenção na alimentação, presta mais atenção numa dor de cabeça que a gente sente, que a gente às vezes nem liga, pensa que é coisa boba, toma um remédio, e vai ver talvez não seja. (Usuária C – MMF1)

Portanto, durante a gestação as modificações alimentares também são estimuladas pela interferência na vida do outro, enquanto que normalmente as escolhas alimentares e de cuidados parecem afetar somente a própria pessoa.

Porque eu tenho essa consciência que afeta o bebê né. Então as coisas que eu te falei que é muito bom, já estou um certo tempo sem comer. Não comi nada disso não, me alimentei saudável. Também que meu neném nasceu bem, não teve nada, cólica, nada disso. Não teve nada mesmo, graças a Deus! Porque a minha preocupação não era mais comigo, era com o meu neném, então é mais fácil você se conscientizar a fazer aquilo ali que a médica disse. (Usuária C – MMF1)

Algumas usuárias sentiram maior vontade de ingestão de determinados alimentos e um aumento no apetite, este último já esperado devido ao aumento das necessidades energéticas durante a gestação. Entretanto os famosos desejos de grávida não foram observados, apesar de relatarem uma maior vontade de ingerir alimentos gordurosos que já faziam parte de sua alimentação.

Desejo maluco eu não tinha não. Esse negócio de comer terra, não! Só um *croissant!* (Risos). (Usuária D – MMF2)

Sabe-se que a dieta para perda de peso não é aconselhável às gestantes, mesmo aquelas com diagnóstico nutricional de sobrepeso ou obesidade, visto que durante a gestação as necessidades energéticas estão aumentadas e faz-se necessário um incremento na dieta para desenvolvimento saudável da mãe e do feto. Mas isso não deve ser confundido ao necessário controle da ingestão alimentar e ingestão ponderada de determinados grupos de alimentos para esta gestante com excesso de peso que, para manter um desenvolvimento saudável do bebê e reduzir os riscos materno e fetal para a gestação e o parto, apresenta uma margem de recomendação de ganho de peso durante a gestação diferente daquelas recomendadas para gestantes consideradas eutróficas, isto é, com diagnóstico nutricional normal ou adequado. Por isso, o Ministério da Saúde recomenda que o planejamento do ganho de peso gestacional seja realizado de acordo com o estado nutricional inicial da gestante (Anexo III).

Na pesquisa, as usuárias B e E apresentaram diagnóstico nutricional de sobrepeso no início do pré-natal e as demais apresentaram obesidade. As usuárias com sobrepeso apresentaram ganho de peso total na gestação dentro dos valores recomendados para gestantes com esse diagnóstico. Entretanto, as demais usuárias, diagnosticadas com obesidade, apresentaram ganho de peso total superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (Anexo III), que seria de até 7 kg.

Quadro 2 – Avaliação do ganho de peso das usuárias durante a gestação

Usuária	Diagnóstico Nutricional “Pré-Gestacional”	Recomendação de ganho de peso total na gestação (IOM)	Ganho de peso na gestação*
A	Obesidade	7kg	15,9kg**
B	Sobrepeso	7kg – 11,5kg	6,4kg
C	Obesidade	7kg	9,1kg
D	Obesidade	7kg	10,5kg
E	Sobrepeso	7kg – 11,5kg	7kg
F	Obesidade	7kg	19,6kg

* Este valor refere-se ao ganho de peso desde o ingresso no pré-natal, que ocorreu para a maioria das gestantes no segundo trimestre gestacional, portanto não contempla o ganho anterior ao ingresso.

** Acréscimo de pelo menos 4kg no início da gestação, referenciado pela usuária (informação da 1ª consulta - prontuário).

Na PCSA, a adesão à consulta de Nutrição se mostra muito relacionada à indicação da obstetra. As duas usuárias da unidade frequentaram as consultas de Nutrição no primeiro acompanhamento pré-natal, após a consulta com a obstetra, sendo atendidas na sala ao lado e sem espera, já que saindo do atendimento com a obstetra, inicia-se o atendimento com a nutricionista.

É que ela (obstetra) falou pra *mim* passar aqui (na sala da Nutrição) né, e conversar com ela (nutricionista). Aí eu passei aqui e ela fez esse negócio de alimentação, o quê que eu devia de comer, que seria bom, passar um óleo na pele, coisa assim. (Usuária B - PCSA)

Vale ressaltar a baixa adesão às consultas de Nutrição, mesmo entre aquelas usuárias da PCSA, que apesar de reconhecerem a importância das orientações nutricionais, ambas (usuárias A e B) só retornaram à Nutrição no final da gestação, quando a obstetra retornou de férias e as incentivou a ir à nutricionista na sequência da consulta médica.

Para a usuária B foi importante conversar sobre alimentação, o que a ajudou no controle do peso e do intestino, mas alega que não frequentava a Nutrição sempre, porque necessitaria dispor de mais um tempo na unidade de saúde e, assim, acumularia os afazeres domésticos na casa da patroa. Como apresentava sobrepeso e vinha ganhando peso dentro das recomendações, e, principalmente, pela falta de tempo e o não estímulo à frequência das consultas de Nutrição por parte dos ginecologistas que substituíam a obstetra, optou por não buscar esse cuidado.

Assim como a usuária B, a usuária A só retornou à consulta de Nutrição no final da gestação (36ª semana), quando encaminhada pela obstetra, que já havia retornado de férias, e com as intercorrências relacionadas ao ganho acentuado de peso mais recorrentes. A postura de estímulo da obstetra a adesão às consultas de Nutrição demonstra um processo de trabalho integrado entre estes profissionais, que também denota a importância do vínculo e confiança na obstetra, que representa a figura central do acompanhamento pré-natal da PCSA.

Ah, eu só fui mesmo assim (na nutricionista) quando o negócio *tava* pegando. Quando eu comecei a fazer esse negócio aqui, como é que chama, de gestante, o pré-natal, eu fui. Ela mandou eu fazer, só que eu não obedeci nada. Porque não dava, grávida não dá. (Usuária A - PCSA)

É, eu fui só uma vez, aí depois eu tive que voltar nela, porque aí a doutora voltou né (obstetra que estava em férias). É, porque as outras (ginecologistas) que *tavam* aqui, não *tavam* nem aí né. Aí foi aquilo né, uma *bosta*! (Usuária A - PCSA)

Quanto ao tipo de parto, alguns estudos apontam uma maior tendência para parto cesáreo em mulheres obesas, o que também se observa nesta pesquisa. Apenas a Usuária F teve parto normal, entretanto, muitas relataram a vontade de ter realizado este tipo de parto pelo envolvimento e necessidade de vivenciar todos os momentos da gestação, incluindo as dores, ou para evitar os inconvenientes da cesariana, como a anestesia e a recuperação pós-parto.

Meu sonho era ter tido parto normal, mas... (Usuária A – PCSA)

Na consulta de puerpério, assim como na primeira consulta do pré-natal, as usuárias da PCSA, após a consulta com a obstetra, vão à consulta com a nutricionista, o

que parece ter como explicação a necessidade reconhecida por elas de perda/recuperação mais rápida do seu peso habitual, além do incentivo da obstetra.

A perda de peso após o parto parece animar as mulheres e até mesmo estimular a amamentação, pelo menos nos primeiros meses após o parto.

Mas sei que agora eu tô perdendo rapidinho, amamentando... (Usuária D)

A preocupação com o corpo, mais do que com a saúde, e a cobrança sua e/ou do marido em relação à recuperação da forma física após o parto parecem representar um estímulo à perda de peso. Em estudo de Rito *apud* MS¹¹, essa cobrança quanto à perda de peso por parte dos companheiros não foi verificada, observando-se uma preferência destes por corpos arredondados, quadris largos e coxas grossas.

Porque quando você tá grávida, você não tá nem aí se você tá engordando, se você tá comendo lata de leite condensado, bolo, você não tá nem aí, você já tá bolinha mesmo! Mas agora tem que emagrecer né, meu marido é muito lindo, tenho que ficar filezinho de novo, senão fica enchendo a minha paciência! Mas enche mesmo, você não tem noção, enche muito! (Usuária A - PCSA)

A Usuária F, devido aos transtornos pelos quais passou durante a gestação e o parto, refere ter chegado a uma conclusão que reforça a sua escolha por não ter mais filhos.

Eu vi quando os médicos conversavam: “Ah, gordinha, é muita camada de gordura, é dificultoso!”, foi esse termo que ela usou: “É dificultoso pra pegar o neném, não consigo pegar o neném”, então foi bem trabalhoso. Eu acabei chegando à conclusão que obesidade e gestação não combinam muito não, que é muito difícil. (Usuária C – MMF1)

5.3 Análise das trajetórias assistenciais na dimensão da organização dos serviços

Acesso e acolhimento

O ingresso no cuidado pré-natal, tanto na PCSA quanto nos módulos, ocorreu no segundo trimestre gestacional para a maioria das usuárias, sem grandes dificuldades quanto ao acesso e a inserção no programa de atenção. As gestantes alegaram, para explicar a procura tardia, que o fluxo “menstrual” não havia sido interrompido, por isso

não desconfiaram de imediato da gravidez, demorando assim a iniciar o acompanhamento pré-natal.

Quadro 3 – Características de acompanhamento e risco das entrevistadas

Usuária	Ingresso no Pré-natal	Local de Acompanhamento Pré-natal / Risco	Risco A	Risco B	Atendimento com nutricionista
A	15sem / 2ºT	PCSA	Obesidade	Aumento da pressão arterial	Sim
B	19sem / 2ºT	PCSA / PEMS	Sobrepeso	Idade	Sim
C	19sem / 2ºT	MMF1	Obesidade	Hipertensão	Não
D	11sem / 1ºT	MMF2 / PEMS	“Obesidade”*	Diabetes gestacional	Sim
E	17sem / 2ºT	MMF2	Sobrepeso	Aumento da pressão arterial**	Não
F	15sem / 2ºT	MMF2	Obesidade	Hipertensão	Não

* Sem registro de estatura.

** Pré-eclâmpsia em gestação anterior.

Notou-se que a maioria das usuárias realizou o teste de gravidez em serviço particular antes mesmo de buscar um profissional de saúde ou qualquer unidade de saúde pública. Apenas as usuárias B e E fizeram o exame pelo SUS. A usuária C já havia feito o teste de gravidez no serviço privado, mas alega que precisou fazer o exame de urina para iniciar o acompanhamento pré-natal, já que esta seria uma norma do módulo, fato que pode levar a um atraso do início do pré-natal, além de uma duplicidade desnecessária de métodos de investigação. Essa norma não se confirma para outras unidades.

Na PCSA, a marcação da primeira consulta é realizada diretamente com a auxiliar de enfermagem ou a nutricionista do serviço de pré-natal, que fazem também o pedido de TIG, não sendo necessário entrar na fila da recepção. A marcação das demais consultas de acompanhamento é feita a cada consulta pela auxiliar de enfermagem e anotada no cartão da gestante. A agilidade da resposta ao ingresso no serviço parece dar segurança à usuária.

Fui lá na recepção e o pessoal falou que era aqui mesmo, aí chegou aqui a menina já colocou meu cartão e já começou a marcar e fazer o atendimento na mesma hora. Mandou eu fazer uma fichinha e na mesma hora já me atendeu. Eu achei muito legal isso. (Usuária A)

Todas as usuárias reconhecem a prioridade dada à gestante em relação ao tempo entre marcação de consulta e atendimento, e à realização e resultado de exames, ressaltando a demora entre os procedimentos nos serviços utilizados antes da gestação. Entretanto, na PCSA, esse tempo e essa disponibilidade, que se mostravam favoráveis ao bom acompanhamento das gestantes, tornaram-se uma barreira de acesso tanto para as consultas relacionadas às intercorrências quanto para novos ingressos no momento em que a obstetra responsável pelo pré-natal da unidade entrou em férias, seguida por licença médica, fato que pode se agravar com a possibilidade de não retornar por motivo de aposentadoria. Estranho não existir uma política de reposição de profissional e sem substituição nas férias da obstetra, como observado em pesquisa anterior de Lobato⁵, em que a unidade fica sem acompanhamento pré-natal ou com um atendimento precário, o que é um limite ao cuidado pré-natal contínuo e de qualidade oferecido pela PCSA.

Este evento provoca demora para o agendamento da primeira consulta que geralmente é feito em poucos dias, conforme apresentaram as usuárias A e B, que iniciaram o cuidado pré-natal ainda antes das férias da obstetra. Já as usuárias D e F buscaram primeiramente a PCSA, sempre por indicação de outras usuárias satisfeitas com o atendimento da obstetra, mas ao terem a primeira consulta agendada para cerca de um mês, devido à ausência da obstetra, motivaram-se a realizar o acompanhamento em outra unidade - MMF2.

Além da proximidade e algum conhecimento sobre a territorialização dos serviços de saúde no município, um dos critérios de escolha das gestantes pelas unidades de saúde para acompanhamento pré-natal foi a indicação da unidade, por outras usuárias, amigas ou vizinhas, mas, principalmente, a indicação do profissional responsável pelo cuidado. Na realidade, o que se nota é que existem diversas portas de entrada no sistema de saúde, que não obedecem necessariamente sua racionalidade.

A busca pelo atendimento nas unidades foi espontânea em todos os casos, à exceção da usuária F, que foi captada em um abrigo para os moradores do Morro do Bumba, em razão das chuvas de abril de 2010, que provocaram desmoronamento na comunidade. Entretanto, antes da tragédia, já havia buscado a PCSA. Não fosse a

ausência da obstetra, duas usuárias do MMF2 provavelmente seriam acompanhadas na PCSA.

A Usuária A (PCSA) relata ter se sentido bem cuidada durante o pré-natal apenas enquanto foi acompanhada pela obstetra, e deixa bem clara a indignação quanto ao atendimento prestado pelos médicos ginecologistas da unidade enquanto a obstetra estava de férias/licença. Foi insistente nisso, retornando ao assunto em vários momentos da entrevista, parecendo um momento de desabafo, entretanto desacreditado, já que referiu algumas vezes que sabia que uma pesquisa não daria conta de responder a essas questões, mas que devido à gentileza com que foi abordada pela pesquisadora continuaria a entrevista.

O vínculo com a obstetra na PCSA foi apresentado como fator importante para o acompanhamento pré-natal, sendo este profissional tanto da perspectiva individual quanto da especialidade uma referência na regional de saúde, justificando a procura da unidade como uma porta de entrada, mesmo quando haja cadastro na medicina de família. O relato da usuária D ainda indica que a PCSA é uma unidade tradicional, na qual possuía prontuário desde o nascimento.

A usuária A relata que uma das ginecologistas, que substituía a obstetra, a atendeu deixando clara a sua insatisfação em prestar atendimento às gestantes, dizendo que era ginecologista e não obstetra e que não gostava de atender gestantes, mostrando-se indisponível ao diálogo. Com isso, a usuária se sentiu ofendida e mal cuidada.

Porque ninguém atendia direito, foi passado de mão em mão, toda semana tinha uma pessoa aqui pro atendimento e todas as pessoas que atenderam aqui, sinceramente, atendiam com uma má vontade danada. E tinha até uma que, (...), cara, você acredita que ela teve a coragem de falar na minha cara que não gostava de gestante? Eu achei um absurdo, eu sentada ali, tirando a pressão, a pessoa entra num lugar, você quer ser atendido bem né, mas você não quer entrar num lugar, numa sala, uma médica falar na tua cara que detesta gestante, né. Eu cheguei aqui, aí ela tirou minha pressão, aí eu fui perguntar as coisas pra ela, e ela: “Ai, detesto gestante, detesto atender! Eu não sou médica obstetra, eu sou ginecologista! Eu não gosto!”. E eu acho um absurdo né! Eu só não fui fazer reclamação nessa ouvidoria né, que fala, porque como eu estava toda inchada já, *tava* cansativo pra mim, mas eu *tava* com uma vontade danada de ir lá. (Usuária A - PCSA)

Na observação de campo constataram-se junto aos profissionais do serviço de pré-natal da PCSA relatos de esvaziamento deste durante a ausência da obstetra, apontando restrição à qualidade do atendimento oferecido e conseqüentemente como

fator preponderante para a busca de outros serviços pelas usuárias, muitas vezes induzidas pelos funcionários da PCSA. Os próprios profissionais ressaltam que recebiam queixas de diversas gestantes quanto ao atendimento recebido, e que algumas saíam chorando da consulta médica.

Com a ausência da obstetra na PCSA, os ginecologistas que ficaram encarregados de acompanhar as gestantes restringiram o número de atendimentos/dia no serviço de pré-natal, rejeitando as urgências. Com isso, as usuárias precisavam buscar o hospital em qualquer intercorrência. A usuária A precisou buscar o hospital diversas vezes por não conseguir encaixe de urgência na PCSA. Faz-se necessário, portanto, levantar um questionamento quanto à gestão da unidade na resolução de um problema que não é recente, bem como quanto à postura dos profissionais ginecologistas.

Como relatado no estudo de Lobato, nos últimos anos, houve um incremento de antigos usuários de planos de saúde no público que frequenta a PCSA. A usuária A é um exemplo e em sua fala nota-se uma descrença no acompanhamento pré-natal oferecido no SUS, visto que já frequentava outros setores da unidade, entretanto, surpreende-se com o atendimento acolhedor da obstetra. Isso demonstra uma desconfiança histórica da com relação ao serviço, mas que parece ser superada ou minimizada, na percepção do usuário, pela postura que o profissional assume no atendimento.

Quando eu fiquei grávida e precisei disso aqui pra ser atendida, inclusive eu achei que eu ia passar mal, mas não, o atendimento foi bem rápido, com a Doutora (nome da obstetra), que inclusive eu gostei muito dela, sabe. Só que depois que ela entrou de férias aí que sujou, aí que eu achei um horror, entendeu. (Usuária A - PCSA)

A usuária sentiu-se descuidada e tentou ser acompanhada no hospital, mas a informaram que este só atendia urgências e que ela deveria ser acompanhada no posto de saúde. O não acolhimento das necessidades no PCSA na ausência da obstetra induziu a uma trajetória errática e frustrante por parte da usuária.

A busca da resolubilidade

Outro aspecto relativo ao não atendimento da necessidade da usuária aparece muito fortemente quando se trata do acesso a ultrassonografia e teste de gravidez, que denotam uma relação público-privado aparente. Quanto ao segundo, as usuárias

apontam para a necessidade de uma confirmação mais ágil da gravidez, visto que o resultado do exame de sangue em laboratório particular costuma ficar pronto no mesmo dia. A ultrassonografia, que não é realizada em nenhuma das unidades estudadas, aparece como uma necessidade criada, indicando que se pondere entre o necessário e o desejável, até que ponto é luxo ou igualdade de direitos, pois a restrição acaba induzindo uma livre procura e um gasto no setor privado.

A realização do exame por mais de uma vez fora do SUS por todas as usuárias, salienta uma preocupação não só quanto à saúde do feto, ou seja, para saber que está tudo bem com o seu bebê numa linguagem menos técnica, que difere do laudo avaliado pelo médico, mas um também interesse pelas primeiras fotos do seu bebê como recordação e, pela imagem, ver que está tudo bem. O exame realizado pelo SUS, não oferece o exame de imagem impressa.

Nota-se que as usuárias compreendem que o laudo do SUS fornece todas as informações relacionadas à saúde e ao desenvolvimento do feto, necessários para que a médica da unidade de atenção avalie a situação, mas elas necessitam ver a imagem/foto do bebê para afirmarem, a seu modo, a existência e a saúde deste.

Porque a daqui é só um papel (...) quando terminou a mulher me deu um papel, assim (mostrando o papel do termo de consentimento). Aí eu perguntei ‘quando é que eu venho buscar?’. Porque eu pensei que eu fosse ver o neném né, porque eu não vi neném, não vi nada, só sei que tinha bebê na minha barriga porque ela botou pra eu escutar o coração, senão nem sabia. Aí ela: “Ah, não, o seu resultado é esse aí”. Aí eu achei estranho, mas eu vim e entreguei pra ela (médica do módulo), que ali tinha todas as referências relacionadas ao feto, mas eu não vi nada. Aí ela falou: “Olha, se você quiser fazer no particular, você faz no particular”. Aí depois eu fiz no particular. (Usuária C – MMF1).

Segundo o MS³ (p.29) “a não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal”, visto que não há comprovação científica de que a sua realização rotineira tenha qualquer efeito sobre a morbimortalidade perinatal ou materna, apontando que em situações específicas como gestações de alto risco, a indicação da ultrassonografia se mostra necessária e efetiva. Entretanto, todo o aparato tecnológico bem como o marketing envolvido que permeiam o setor privado induz o imaginário da população a desejar um produto com qualidade diferenciada. Não se trata apenas de guardar a imagem, mas acompanhar a mesma durante o exame, conforme relato abaixo.

E não tinha aquela televisãozinha, monitor né, não tinha aquele monitor pra gente poder ver o bebê. O monitor ficava, como eu vou dizer, era uma máquina, uma peça extremamente antiga que é utilizada. Não sei se aquilo é o normal de todos os postos de saúde. Então é uma máquina bem antiga, você vê que aquilo é antigo e fica de frente pra ela, ela é a única pessoa que tá vendo o feto, porque eu tô deitada aqui e a máquina tá aqui, a única coisa que eu tive acesso foi isso que eu te falei, eu ouvi o coração do neném, só. Então eu acho bem ruim, a questão da ultrassonografia na parte pública é bem ruim. (Usuária C – MMF1).

A usuária E fez todos os exames pelo módulo, exceto a ultra, alegando que queria guardar as fotos do feto como recordação, realizando o exame por três vezes no serviço privado. Importante perceber a naturalização da lógica de consumo desta tecnologia que ganha uma dimensão que extrapola a inicialmente proposta.

A ultra eu fazia particular, entendeu, eu pagava pra poder fazer. (...). Não é que eu não consegui, é que na verdade eu queria ver as fotinhas e quando é pelo SUS eles não te dão. Só dão laudo escrito, entendeu, com o resultado. (...). Eu fiz 3, fiz 3 (ultrassonografias). Fiz com três, fiz com seis e fiz com nove (meses). Pra ver as fotinhas né, é a única, não tem mais, então vamos guardar o que puder! (Usuária E – MMF2)

Este exame foi apontado pela maioria das usuárias como um dos principais pontos críticos do pré-natal no sistema público de saúde. As usuárias relatam não ter tido problema algum com os vários exames que realizaram no serviço público durante a gestação, mesmo com o tempo de espera pelos resultados, devido à prioridade reservada às gestantes.

A ultrassonografia representa um limite do ponto de vista do acompanhamento da gestação e do desenvolvimento do feto para algumas gestantes. Isto fez, por exemplo, a Usuária A buscar a maternidade antes das contrações, e em sua percepção induziu o tipo de parto. Durante o acompanhamento ela fez uma ultra no serviço privado e outra no público e nesta última, o exame apontou perda de líquido, diante do que a obstetra da PCSA solicitou novo exame para confirmação. Contudo, a usuária não conseguiu realiza-lo no HUAP, que alegou falta de dados que comprovassem a necessidade da realização de novo exame na solicitação apresentada. Como era véspera de feriado, o medo e a ansiedade levaram a gestante a procurar a Maternidade Alzira Reis que por não possuir equipamento de ultrassonografia, optou pelo parto cesáreo, o que foi contra a grande expectativa e desejo por um parto normal pela usuária.

A Usuária B fez todas as ultras no público, mas não conseguiu fazer um exame mais detalhado do feto. A falta de remédios básicos na farmácia da PCSA, como

aqueles que tratam a candidíase, frequente em mulheres grávidas, também é apontada como um dos pontos que necessitam melhora.

Quando se trata das intercorrências gestacionais o Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL) e o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) são os hospitais de referência no município de Niterói para encaminhamento/direcionamento destas para atendimento bem como para o parto. Entretanto, já é do conhecimento público a restrição de atendimento que ocorre no HUAP, que atende apenas gestantes de alto risco. A busca pelo HEAL, apesar de mais distante, como primeira unidade de referência das usuárias se dá pela garantia do atendimento, evitando a peregrinação, caso houvesse uma negativa deste no HUAP.

(...) o Antônio Pedro *tava* com aquele problema de não poder atender que... entende. Então por precaução era melhor a gente ir pra lá, que lá a gente já sabia que ia ser atendida, entendeu. Lá só é um pouquinho distante, mas... (Usuária E – MMF2).

Isto ocorre tanto na tentativa de resolução das intercorrências quanto na busca de unidade para o parto, que tem como opção a Maternidade Alzira Reis, caso a usuária não apresente risco relacionado ao parto, como uma síndrome hipertensiva.

Mas dentre as usuárias entrevistadas, parece que todas tinham as unidades em que faziam o acompanhamento pré-natal como primeira referência e a busca pelos hospitais se deu, em sua maioria, por encaminhamento, exceção no caso da usuária A, por não encontrar atendimento de urgência na PCSA durante as férias da obstetra.

O acesso à maternidade para o parto não apresentou grandes barreiras à maioria das usuárias, até porque elas burlam aquelas já conhecidas, como o caso do HUAP. A usuária D precisou ir diversas vezes à maternidade já que, devido ao peso e intercorrências, a médica acreditava que sua gestação não completaria as 40 semanas e a direcionava ao hospital, que não a internava por ela não apresentar dilatação suficiente, gerando diversos retornos em uma peregrinação pelos hospitais da rede em busca de resposta.

É, porque sempre ia e não era. E nisso vai gastando dinheiro de passagem, passagem, passagem, toda hora voltava. Teve um dia que eu fui duas, três vezes numa semana só. (...). E eu já tava ficando nervosa, porque tava passando mal e não quiseram me internar, e ela (a médica do módulo): “(Nome da usuária), pelo amor de Deus, eu não aguento mais te ver aqui, tá na hora, vai”. Aí eu já tinha ido no Azevedo Lima, aí fui no Antônio Pedro

também, mas falaram: “Não tá na hora, tem que esperar”. Foi sinistro! (Usuária D – MMF2)

O HEAL se confirmou novamente como primeira referência, agora para o parto, quando se apresenta alguma situação de risco como a hipertensão ou a idade da mãe. Por isso, foi a unidade procurada por três dentre as seis mulheres. A procura pelo HUAP ocorria quando a usuária não conseguia resposta em outras unidades. A escolha da unidade para o parto está relacionada também à influência de amigos, apesar de a proximidade do local na hora das contrações ter sido um dos motivos de procura. Duas usuárias tiveram seus bebês na Maternidade Alzira Reis, muito indicada por outras mulheres amigas das usuárias, que já realizaram partos na unidade; três no HEAL e uma no município de São Gonçalo, onde a gestante estava participando de uma festa.

(...) porque a referência de lá (Maternidade Alzira Reis) é sempre muito boa, o pessoal sempre fala muito bem de lá daquele hospital, o pessoal sempre: “Ah, vai pra lá, porque lá é bom, o pessoal te trata bem”. Algumas pessoas que já tinham ganhado me falaram, aí eu fui conferir...(risos). (Usuária E – MMF2)

Vale ressaltar a preocupação de uma das usuárias quanto ao possível fechamento ou transferência da Maternidade Alzira Reis.

(...) a maternidade lá é muito boa, a Alzira Reis, pena que eu ouvi falar né, que vai fechar né, por falta de verba, é uma pena porque ó, sinceramente, até as pessoas que limpam o chão lá, elas falam com você direito, desde a pediatria, o psicólogo... Outra coisa! Eu gostei muito! (Usuária A – PCSA)

Condições de atendimento e práticas assistenciais

Das seis mulheres que participaram do estudo apenas a usuária E, que apresentava sobrepeso, teve o seu bebê de parto normal. A usuária B, que também apresentava sobrepeso, teve parto cesáreo porque o bebê estava sentado, já tendo conhecimento do tipo de parto antes deste devido à ultrassonografia. As demais apresentavam um quadro de obesidade e tiveram partos cesáreos devido aos riscos, conforme apresentado no quadro 4. Entretanto, ficou evidente nos discursos da maioria das usuárias a vontade de ter o seu bebê de parto normal. O maior índice de partos cesáreos em mulheres obesas é confirmado por diversos estudos, como o de Kac⁴⁴, devido aos riscos apresentados.

Com relação ao parto, o uso da anestesia na preparação para o parto cesáreo foi a maior reclamação das usuárias que passaram por este tipo de parto. Elas relatam que receberam a anestesia diversas vezes, o que aumentava o nervosismo do momento, e que ouviram os profissionais comentando que haveria certa dificuldade para aplicação da anestesia em gestantes obesas. As usuárias relataram a rispidez do profissional responsável pela aplicação da anestesia como um fator que aumentava o nervosismo do momento.

Tive problema só na hora de dar a anestesia, que ele furou milhões de vezes, eu já estava ficando estressada porque eles ficam te furando e, sei lá, falam que eles podem errar e a gente ficar parálitica né, sei lá. Falam tantas coisas que eu nem sei nem se é verdade né, mas a gente fica preocupada né. (Usuária C – MMF1)

Quadro 4 – Características referentes ao parto dos sujeitos de pesquisa

Usuária	Local do Parto	Tipo de parto	Motivo
A	Mat. Alzira Reis	Cesáreo	Suspeita de perda de líquido
B	HEAL	Cesáreo	Bebê sentado
C	Hosp. Mulher de São Gonçalo	Cesáreo	Pressão
D	HEAL	Cesáreo	Bebê muito grande
E	Mat. Alzira Reis	Normal	
F	HEAL	Cesáreo	Pré-eclâmpsia

As usuárias dos módulos, em geral, mantinham vínculo fortemente estabelecido com a unidade durante o pré-natal, procurando por outras unidades apenas com encaminhamento/direcionamento médico, sendo possível notar o conhecimento da territorialização dos serviços, seus limites e barreiras pelos usuários, devido à sua experiência de procura por cuidados de saúde, em termos de um acompanhamento preferencial na atenção básica.

Eu gosto do atendimento (no módulo) e é melhor do que eu ir pra uma emergência. No caso, por exemplo, se for buscar o Antônio Pedro, a maioria dos médicos não tem atendimento. Se for buscar o CPN, aquele que fica atrás do Antônio Pedro, não tem. Automaticamente eles já mandam você procurar o módulo da sua área, do seu local. Então eu não tenho porque sair daqui pra buscar outro lugar. É mais fácil aqui. (Usuária C – MMF1)

O fato de o PMF1 ter sede na PCSA, devido às condições de violência da comunidade em que estava instalado anteriormente, parece representar uma condição

que garante de certo modo o acesso ao módulo, já que em outras unidades que vivenciam essa situação de violência, algumas vezes o módulo precisa ser fechado devido a tiroteios.

Esse já é o terceiro local que ele (módulo) fica. O primeiro ponto era bem crítico o local, tinha ocasião de a gente tá com médico marcado e não poder ir porque *tava* tendo tiroteio. Aí mudou pra outro ponto, o mesmo problema. Aí, graças a Deus, mudou pra cá, aí fica na tranquilidade. Você não corre o risco de não ser atendido. (Usuária C – MMF1).

Entretanto, essa condição de funcionamento dos módulos no espaço da PCSA, gera alguns transtornos. O primeiro está relacionado ao espaço físico disponível para as equipes trabalharem. Funciona na Policlínica o MMF da Cutia, com apenas uma equipe; e o MMF do Viradouro, com quatro equipes que dividem um pequeno espaço no térreo da unidade. À tarde, como o movimento na PCSA é menor, os médicos dos módulos utilizam qualquer sala vaga da unidade para atendimento. Esse deslocamento em busca de maior comodidade e privacidade é percebido pela usuária do módulo, que reconhece o esforço dos médicos dada a condição do espaço.

(...) eu acho o espaço bem ruim, inadequado, não vou dizer ruim, inadequado é a palavra correta. Porque fica ali espremidinho, o espaço pra verificar pressão, é ali, tudo apertadinho E elas ficam ali se mobilizando, não sei nem como o médico consegue trabalhar num espaço desses né. Eles estão de parabéns pelo esforço deles, porque trabalhar no espaço que eles trabalham é, eu diria, até estressante né. Então eles têm que ter uma paciência pra lidar com a gente, que já chega estressado. Mas de positivo aqui seria a atenção e de negativo seria o espaço. (Usuária C – MMF1)

Outra questão relacionada ao funcionamento do módulo no espaço da PCSA seria a dificuldade de reconhecimento, pela usuária do módulo, sobre as responsabilidades e serviços oferecidos por cada unidade, já que ambas funcionam no mesmo espaço. A fala da usuária demonstra o conhecimento da organização dos serviços do ponto de vista do usuário.

Não sei se eu *tô* certa não né, mas tem o posto né, Arouca, não sei o nome né, que antigamente era o posto Vital Brazil; e o que me atende, que é um dentro do outro, vamos dizer assim né. (Usuária C – MMF1)

Fora o atendimento da médica do módulo, a usuária diz não saber o que é do módulo ou da PCSA, como o teste do pezinho, as vacinações, a pediatria e outras especialidades que utiliza dentro da unidade.

(...) a minha filhinha fez o teste de pezinho aqui, demorado, mas veio o resultado. (...). Ela fez todas as vacinas dela, ela tem feito aqui. A atenção que é dada ao bebê junto à mãe é muito boa, ela é atendida, a (nome da médica do módulo) atende a mim e a ela, mas ela é atendida também por outra pediatra, que eu já não sei se é pediatra geral do módulo ou se é daqui, mas tem a pediatra que atende ela, aqui na salinha do lado. Fez um exame também do olho, acho que é isso, tem o exame que foi feito com a fono, tudo feito aqui, então bem legal. Porque eu lembro que na época do meu sobrinho teve que procurar a APAE pra fazer teste do pezinho, agora a APAE não faz mais, outro exame tinha que fazer não sei onde. Aqui não, é tudo aqui. (Usuária C – MMF1)

A usuária C, cadastrada no módulo que tem sede na PCSA, refere que já participou de um grupo de obesidade com as nutricionistas da PCSA, encaminhada pela médica do módulo há alguns anos. Mas parou de frequentá-lo indicando a preferência por um atendimento individual, ressaltando assim a necessidade de certa privacidade proporcionada pelo atendimento individual.

(...) porque as pessoas se sentem constrangidas expondo seus problemas na frente dos outros, porque tem gente que não se assume como obeso e falar no grupão às vezes é difícil. Porque ali todo mundo junto, nem todos falam, a maioria só escuta, nem todo mundo se coloca. Quando tá só você e a médica de porta fechada, trancada, é mais fácil você se colocar. A pessoa se solta um pouco mais. (Usuária C – MMF1)

Essa tentativa de encaminhamento de uma usuária do módulo do Viradouro para atividades de Nutrição da PCSA é importante enquanto recurso. Contudo, grupos grandes fomentam atividades de promoção e prevenção, mas podem limitar as características e o espaço individual indispensáveis à terapêutica de alguns usuários, necessitando uma articulação das práticas com vistas a um cuidado mais integral.

O Ministério da Saúde recomenda que as gestantes consideradas de risco sejam acompanhadas tanto pela unidade básica quanto pelo atendimento especializado. A usuária B, além de realizar o cuidado pré-natal na PCSA, também foi acompanhada na Policlínica de Especialidades Malu Sampaio (PEMS), visto que já tinha mais de 40 anos e por isso teve sua gravidez considerada de risco.

A usuária D (MMF2) também frequentou a PEMS, entretanto apenas no final da gestação, quando foi encaminhada à nutricionista da PCSA, que solicitou ao módulo

o encaminhamento da gestante ao pré-natal de risco da PEMS. Contudo, essa usuária só foi encaminhada à PCSA para consulta de Nutrição na 33/34ª semana gestacional, estágio em que já apresentava um ganho acentuado de peso. Soma-se a isso, a ausência do diagnóstico nutricional e de um planejamento adequado do ganho de peso total na gestação, o que parece ter ocorrido com todas as usuárias dos módulos, comprometendo seu estado nutricional e de saúde.

Nos módulos o acompanhamento do ganho de peso da gestante é realizado pelos médicos, com referência para acompanhamento conjunto com a nutricionista em casos específicos. Entretanto, o acompanhamento nutricional foi um dos nós apresentados no cuidado pré-natal dos módulos.

Ah, falou, falou que eu tinha que ficar na média. Quando chegou a noventa e pouco ela falou que eu tinha que fazer não aquela “*dieeeta*”, mas ela falou: “Você só pode engordar seis quilos”. Mas nunca eu engordo só seis quilos. Aí eu não respeitava, aí por isso que ela falava que ia me mandar pra nutricionista. Ela falava que eu tinha que ganhar só um quilo por mês. Mas eu nunca ganhava um quilo só, eram dois, três. (Usuária D – MMF2)

Nestas unidades, a ausência de um registro de planejamento de ganho de peso e da adequação deste a cada consulta dado o ganho corporal, bem como do diagnóstico da obesidade, a partir das orientações do Ministério da Saúde (Anexos), no caso da usuária D, como já discutimos, geraram dificuldades na compreensão da condição de risco do seu estado nutricional. Pesa aqui a ausência dos registros de estatura proporcionando o diagnóstico e marcando o risco.

Somente após o diagnóstico confirmado de diabetes gestacional, a Usuária D foi encaminhada à nutricionista que a orientou e, imediatamente, referiu encaminhamento para a PEMS como gestante de risco. O MMF2 então encaminhou a usuária, que por frequentar consultas nas duas unidades (módulo e risco) e, neste momento, precisar buscar o hospital diversas vezes devido às contrações, não retornou à Nutrição da PCSA nem foi atendida por nutricionista na PEMS.

É, porque eu só fui descobrir esse negócio da diabetes logo no final, aí fui uma vez só, aí não voltei não. (...) Ela (a nutricionista) pediu pra eu voltar lá, mas logo depois eu não parava mais em médico, passando mal. (Usuária D – MMF2)

Nota-se que apenas o ganho acentuado e acelerado de peso não é condição para o encaminhamento para a Nutrição. Neste caso, o que provocou o encaminhamento foi o agravamento da situação pelo diagnóstico de diabetes gestacional. É necessário questionar, portanto, qual o significado, na prática, de a Policlínica ser a primeira referência para os módulos e de que forma se dá a integração desses serviços, em unidades que geograficamente são próximas e deveriam complementar-se.

A usuária D, quando questionada sobre a importância de ter ido à nutricionista desde o começo da gestação reforça que achava que não precisava, visto que não sabia da sua condição de obesidade e que esperava a indicação da médica se fosse necessário.

Não, esperei ela mandar, que eu não *tava* precisando ainda né. Ela me orientava o que eu tinha que comer, só que eu engordava muito rápido. (...). Eu não sabia que eu *tava* obesa. (Risos). Que eu fui por causa da glicose. A médica aqui falava: “Vamos maneirar nas coisas, que não pode comer isso, se não eu vou te mandar pra nutricionista”. Aí ficou falando, falando que ia mandar, até que ela pegou e mandou. (Usuária D – MMF2)

Percebemos que o princípio da integralidade não é garantido nas diversas ações e serviços do sistema de saúde, mesmo no âmbito de cada unidade, bem como na articulação entre as unidades básicas e destas com os hospitais e Policlínicas de Especialidades.

Na questão do acompanhamento nutricional dos usuários cabe levantar a importância da proposta de modelo de medicina familiar, ressaltando que a obesidade é um grave problema de saúde pública e condição de risco para diversas outras doenças que acometem a população, portanto o espaço dos módulos deveria ser um espaço privilegiado à prevenção deste agravo, na tentativa de simplesmente não reproduzir o modelo tecnoassistencial.

Numa população que a cada dia mais cresce o número de obesos e a perda de peso é almejada por tantos, mesmo que de forma destorcida na busca por um emagrecimento rápido, os espaços de saúde precisam estar preparados a lidar com a situação, procurando intervir precocemente em lugar de tratar sintomas e doenças já estabelecidas.

5.4 Análise das trajetórias assistenciais na dimensão dos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde

Na observação de campo as funcionárias do serviço de pré-natal da PCSA pareceram muito receptivas com as gestantes, bem como com a pesquisadora, parecendo haver uma relação entre profissionais e usuárias bem estabelecida neste setor, o que, entretanto, não ocorreu com os ginecologistas que substituíram a obstetra durante o período em que esteve ausente por férias e licença médica.

O vínculo e a confiança na obstetra foram apresentados como fatores importantes para o acompanhamento pré-natal na PCSA, e a sua ausência representou uma ruptura do cuidado oferecido. A Usuária A, em diversos momentos da entrevista, demonstra essa quebra e a dificuldade de estabelecer novo vínculo com profissionais que não estavam dispostos ao cuidado e ao diálogo, reforçando o diferencial humano na qualidade da assistência.

O atendimento é assim muito, as pessoas tratam você assim com bastante educação, entendeu. (...). Só com a Doutora (nome da obstetra). Depois que ela saiu de férias aí eu fiquei meio assim, perdeu meio que assim o encanto. (Usuária A - PCSA)

A usuária ressalta os diversos sentimentos em relação ao atendimento no serviço durante o seu acompanhamento. Num primeiro momento suas expectativas quanto ao cuidado pré-natal eram baixas, devido à sua experiência na unidade, mas o acolhimento recebido pelos funcionários do serviço a surpreendeu. E com os ginecologistas vivenciou a frustração de ruptura do cuidado e passar a precisar peregrinar no sistema de saúde.

Na busca pela resolução dos seus problemas procurou criar um vínculo com o hospital e tentou ser acompanhada ali, mas a informaram que este só atendia urgências e que ela deveria ser acompanhada no posto de saúde. Assim, é possível notar a necessidade do usuário de estabelecer um vínculo com um profissional e com uma unidade.

Ah, eu tipo assim, eu queria ter tido o pré-natal direitinho, entendeu, eu queria ter ficado numa médica só, entendeu, não queria ter rodado por aí. Isso aí que acabou. Acho que na hora da necessidade né, eu fui parar lá no Azevedo Lima, pô, na hora que você mais precisa você vai pra um outro hospital, tem médico te tratando mal, uma falta de respeito. (Usuária A – PCSA)

O acompanhamento pré-natal tanto na Policlínica quanto nos módulos é fortemente centrado no médico e nas consultas médicas, sendo pontuais ou ausentes a realização de grupos de promoção e outras atividades alternativas. No MMF2, as gestantes participaram de uma palestra sobre aleitamento materno, realizada na quadra ao lado da unidade por profissionais do Banco de Leite Humano do HUAP. Na PCSA e no MMF1, as usuárias não participaram de nenhuma atividade.

No final da pesquisa de campo, uma funcionária da PCSA iniciou um grupo, no pátio da unidade, com as gestantes que esperavam pelo atendimento médico, com participação da nutricionista, que se ausentava quando tinha alguma gestante para atendimento após consulta com a obstetra. Entretanto, a funcionária saiu da unidade e o grupo foi descontinuado.

A realização de grupos de sala de espera ou práticas alternativas mostra-se muito dependente de uma estrutura física e, mais fortemente, da vontade ou habilidade do profissional de saúde, bem como de tempo disponível para essas práticas, a fim de romper uma lógica individual e curativa.

O vínculo com os profissionais dos módulos foi muito valorizado pelas usuárias. A fixação e responsabilização de uma equipe por uma comunidade, facilitando o acompanhamento individual, e a própria busca dos profissionais pelo usuário em sua residência, como ocorre nos módulos, parece representar uma maior atenção e valorização do cuidado para as usuárias.

Eles cobram no caso, a gente, se você sumir, por exemplo, tem um acompanhamento. Por exemplo, se você vai num lugar pra você atender com um médico qualquer, vamos supor né, ele não te cobra tanto a sua presença, se você não voltar não tem problema pra eles né, no caso. Pelos menos é a experiência que eu tenho. Já no médico de família eu venho, por exemplo, hoje, aí o dia que a minha pressão tá 17 e não sei quanto, aí ela passa a medicação e fala pra eu voltar daqui a 15 dias. Se eu não voltar, aí a enfermeira vai no local aonde eu moro, quer saber porque eu não vim, então a atenção é muito maior, bem melhor. (Usuária C – MMF1).

Na fala da usuária é possível notar que o pacote de serviços ou a “cesta de necessidades” trazidas pelos usuários abarca todas as tecnologias a que nos referimos anteriormente, tanto àquelas que envolvem o campo relacional, do diálogo, do sentir-se ouvido, quanto àquelas que envolvem a organização dos serviços e a garantia do acesso.

É toda atenção que é dada a gente, porque realmente tem um acompanhamento. Porque é muito ruim quando você vai num lugar e não é

bem tratado, não é bem recebido, o resultado leva um ano pra chegar. Então o positivo é a atenção que nos é dada. (Usuária C – MMF1).

Uma questão que se coloca aqui seria quanto à percepção dos profissionais sobre o conjunto de necessidades dos usuários. Entendemos que a proposta do PMF abre um espaço privilegiado para o investimento de um acompanhamento nos moldes da promoção e prevenção da saúde e, por isso, deveria pensar a obesidade e as formas de emagrecimento como pontos-chave para trabalhar com a população.

O diálogo foi muito valorizado pelas usuárias, que diferenciam o cuidado recebido nas unidades daquele oferecido nos hospitais quando das intercorrências, relatando não se sentirem acolhidas no ambiente hospitalar.

Ah, lá é meio diferente né, porque tem gente que não tem paciência e faz com ignorância né. Mas aqui não teve problema não. No hospital, que dependendo da pessoa e do dia... No atendimento mesmo, são grossos, não tratam bem as pessoas. (...). Por isso que eu falo, se queria ter essa profissão né... (Usuária D – MMF2)

A necessidade de ser ouvida para além da gestação ou do sintoma de intercorrência fica representada na fala de muitas usuárias, contribuindo para a criação de vínculo e relação de confiança.

Ela conversa, ela parece até psicóloga, que ela conversa. (...) É bom demais, porque eu *perturbo ela* até hoje. (...) Ela é uma boa pessoa, o que a gente fala com ela, ela dá uma orientação, sempre conversou comigo, sempre me aconselhou. Eu *adoro ela!* (Usuária D – MMF2)

Todo mundo, a doutora é super dez comigo! Sempre que eu venho aqui, que não tô marcada, ela me atende, se for coisa de muita urgência, 'oh, doutora, tô precisando falar com a senhora, aconteceu isso, isso e isso', ela me atende, ela nunca me disse que não vai me atender não, entendeu. Só se ela não tiver aqui mesmo, aí a moça que sempre me atende antes deu ir pra consulta, que é a (nome da auxiliar de enfermagem), ela diz: "Oh, ela não tá aqui hoje, se você quiser vir aqui amanhã, eu dou uma encaixadinha pra você um horário, mas você vai ter que aguardar um pouquinho". (Usuária E – MMF2)

Com relação às auxiliares de enfermagem do MMF2, a receptividade não foi tão aparente como nas outras unidades. A Usuária F, quando perguntada dos funcionários do módulo diz que "umas tratam você melhor que outras" ou que dependendo do dia e do humor das funcionárias você era mais bem tratado.

O vínculo com o profissional e a relação de confiança estabelecida contribuiu para a criação de vínculo com os módulos, fazendo com que a unidade básica constituísse a primeira referência no caso das intercorrências, com encaminhamento para os hospitais quando necessário.

Vinha aqui no posto, falava com a médica, com a Doutora (nome da médica), ela me dizia se precisava ir ou não pra emergência, se precisava ela me mandava ir, se não precisava ela resolvia aqui mesmo. (Usuária E – MMF2)

Devido ao cuidado e ao vínculo estabelecido no acompanhamento pré-natal é possível notar certa insegurança após a consulta do puerpério e baixa no serviço de pré-natal, que parece representar uma quebra de vínculo. A usuária A apresenta uma preocupação com o seu acompanhamento posterior, que é resultado da ausência de uma linha de cuidado à saúde da mulher, visto que as unidades básicas ainda trabalham com programas e ações específicas e não integradas.

Já podia ela mesma encaminhar, sabe, pra outro ginecologista, porque eu tenho que continuar o tratamento pra saber se tá tudo direitinho já dentro do útero. É só ir ali e marcar também, mas já podia ser, não sei, ela própria, não sei, ela própria continuar, por mais um tempo, eu não sei, eu acho que seria legal também. (Usuária A – PCSA)

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste trabalho foi conhecer as trajetórias e as demandas das gestantes na sua busca por cuidados de saúde na atenção básica de Niterói e a partir da história dessas mulheres pensar elementos que compõem o cuidado em saúde no município, em particular numa regional de saúde. Assim, propõe entender a usuária como foco da análise, visto que é ela quem vivencia o cuidado.

A análise das falas das seis mulheres entrevistadas, apresentando, durante a gestação, diagnóstico de sobrepeso ou obesidade, mostra-nos que os serviços ofertados pelo sistema de saúde podem ser questionados quanto ao princípio da integralidade que definimos e defendemos, confirmando as hipóteses iniciais do trabalho apresentadas no Capítulo I, de que há limites relacionados ao cuidado em saúde, e que o sistema não estabelece uma linha de cuidado à saúde da mulher ou uma linha de cuidado da gestante.

Gostaríamos de ressaltar que a opção de entrevistar as mulheres após o parto a fim de entender a complexidade dos processos vivenciados por toda sua trajetória no cuidado pré-natal foi importante, sendo adequada a opção das trajetórias assistenciais. Entretanto recomendamos encontros com as usuárias nos diversos estágios do cuidado gestacional a fim de aprofundar o entendimento de suas demandas e expectativas que se encontram em constante dinâmica nesse processo. A realização de entrevistas durante a gestação possibilita, além de um melhor acesso às usuárias no puerpério, buscar conhecer a intensidade dos significados presentes no discurso da gestante em relação às expectativas que envolvem o parto, por exemplo. Percebemos que a usuária entende o momento do puerpério como uma “etapa vencida”, e por isso podemos ter perdido um pouco da intensidade dos significados presentes no discurso da gestante em relação às suas expectativas. Para Favoreto e Ferreira, utilizar a experiência e os significados do adoecer como foco das práticas terapêuticas envolve grande complexidade, visto que

(...) representa uma realidade que está sempre em fluxo. Nesse movimento, as razões ou representações que os indivíduos formulam para explicar suas ações e práticas são continuamente corrigidas, refinadas ou desviadas de seu original, na medida em que a ação em progresso revela dimensões da situação que antes eram desconhecidas²¹ (p.334).

As trajetórias possibilitaram a percepção de experiências que se tornaram marcantes devido aos obstáculos relacionados aos serviços, expondo limites ao cuidado em saúde. Algumas necessidades foram apresentadas por essas mulheres como pontos críticos do sistema de saúde como o acesso à ultrassonografia e a outras especialidades.

A ultrassonografia aparece como uma necessidade criada que favorece a busca pelo serviço privado, assim como o teste de gravidez devido à agilidade de resposta. Quase todas as usuárias fizeram a ultra no serviço público e no privado, salientando a existência da diferenciação entre as práticas do sistema de saúde público brasileiro e das instituições privadas, sem compreenderem necessariamente seu caráter complementar ou suplementar.

Para o Ministério da Saúde a necessidade ou não da realização da ultrassonografia durante o pré-natal é baseada em evidências, enquanto para as usuárias essa necessidade é de outra ordem. Todas elas realizaram o exame mais de uma vez e apenas uma o fez apenas pelo serviço público. As unidades fazem o direcionamento para a realização do exame pelo SUS, mas a “escolha” das usuárias pelo serviço privado se dá pela necessidade de visualizar e guardar a imagem do feto. Ressalta-se aqui a autonomia das usuárias que empreendem determinadas trajetórias a fim de garantir suas necessidades.

O aparato tecnológico envolvido e as características que permeiam a sociedade de valorização do exame enquanto imagem/foto, para além do objetivo principal que seria de contribuir na verificação da saúde do bebê, criam uma necessidade que deixa de ser luxo para assumir condição de essencial no cuidado pré-natal. Tão essencial que é possível perceber o desdobramento dessas mulheres a fim de garantir o acesso ao exame, às vezes em diversos estágios da gestação, com o objetivo, de grande importância para elas, de guardar as fotos desses momentos, disponíveis apenas durante os 9 meses ou 40 semanas gestacionais e que não se repetirão para o mesmo indivíduo. A investigação do sexo bebê não apareceu nas falas como um dos objetivos da ultrassonografia, talvez já por sua naturalização.

Houve queixa quanto à demora entre marcação e atendimento fora do pré-natal, mas mesmo com a prioridade das gestantes referenciada por todas as usuárias é possível perceber limites e barreiras no cuidado pré-natal, que resultam no não estabelecimento de uma articulação entre as diferentes ações e serviços no sistema de saúde, com prejuízo para a integralidade do cuidado à saúde da gestante e mulher. A ausência da constituição de uma linha de cuidado à saúde da mulher nos serviços e no sistema de

saúde é reconhecida pelas usuárias que no momento da baixa do pré-natal na consulta de puerpério, sentem-se inseguras porque percebem que perderão a prioridade relatada, representando uma menor resolubilidade.

As duas usuárias da PCSA não têm cadastro nos módulos do PMF da regional. A usuária A foi cadastrada quando morava com a mãe em outra regional, mas frequentou pouco e agora mora longe. A hipótese, levantada em estudo anterior⁵, de busca do pré-natal fora dos módulos devido aos médicos dessas unidades não serem especialistas (ginecologista/obstetra), não foi confirmada ou representada aqui, apesar de duas usuárias do MMF2 terem buscado a PCSA primeiramente. Entretanto, a escolha da PCSA pelas usuárias do módulo para o acompanhamento pré-natal parece ter ocorrido mais pela indicação de outras usuárias quanto ao diferencial do atendimento e acolhimento da obstetra, não dependendo diretamente de sua especialidade médica.

O que ocorre, na prática, é que existem diversas portas de entrada que independem da racionalidade do sistema de saúde. A organização dos serviços de saúde de Niterói já coloca duas portas de entrada com níveis de complexidade diferentes, mas que compõem a atenção básica. Se por um lado a PCSA oferece maior segurança às usuárias, visto que ofereceria um maior leque de serviços, por outro lado não cria um vínculo forte com a unidade, estando este relacionado ao acolhimento da obstetra. Nos módulos esse vínculo com a unidade é mais aparente e forte.

O cuidado pré-natal mostrou-se fortemente centrado no médico, com baixa adesão a outros profissionais como a nutricionista, mesmo na PCSA, e nas atividades curativas, contrariando a proposta de inversão do modelo na atenção básica e, principalmente, os pressupostos da Saúde da Família. A referência das usuárias dos módulos para a nutricionista da PCSA ocorreu em apenas um dos casos e tardiamente, cabendo questionar se existem dificuldades de encaminhamento para a Nutrição impostas pela PCSA, ou se por parte da gestão dos módulos há restrição formal ou informal quanto a esse encaminhamento, ou ainda se este não ocorre por escolha dos médicos do módulo.

A questão da promoção e da prevenção da obesidade e, conseqüentemente, dos riscos e doenças relacionados, precisam ser centrais no planejamento das ações das unidades básicas, em especial no PMF. É necessário investir no controle deste agravo em detrimento de ações pontuais quanto aos sintomas decorrentes. No caso das mulheres faz-se necessário apoiá-las neste controle, tendo em vista que a mídia e a indústria oferecem tantas facilidades que podem tornar-se prejudiciais quando isoladas

de um acompanhamento profissional, e questionar a preocupação e a forma como os profissionais dos módulos lidam com o diagnóstico e o tratamento nutricional, tendo em vista os riscos decorrentes e preocupando-se com a mulher para além da gestação.

Nesse sentido, a gestão local precisa viabilizar a integração dos serviços, constituindo efetivamente a PC como primeira referência para os módulos, pactuando ações específicas de apoio, incluindo aqui aquelas relacionadas ao cuidado nutricional da população. Aos profissionais mostra-se necessário buscar apreender as diversas necessidades das mulheres no momento do pré-natal, como mulher e como gestante, e quanto à questão do peso, apesar de não ser uma preocupação durante a gestação, parece ter destaque no pós-parto, momento que pode ser aproveitado para firmar os laços da usuária com a unidade em lugar de simplesmente mudar o foco para a criança.

Pensar que o controle de peso é uma necessidade tanto do ponto de vista da saúde pública quanto uma preocupação estética de grande parcela da sociedade, em especial as mulheres, é um importante indício de que os serviços precisam assumir essa necessidade e buscar formar uma rede de apoio e de cuidado, investindo na promoção da saúde e prevenção da obesidade, afirmando assim uma efetiva mudança no modelo de atenção à saúde.

A fala das mulheres em relação aos profissionais demonstra que elas não estão à procura apenas de competência técnica, afirmando que o acolhimento, a escuta, o vínculo, a humanização do atendimento e a responsabilização são atributos que diferenciam o cuidado, devendo permear as práticas dos profissionais de saúde. Entretanto, os relatos denunciam práticas descompromissadas com estes atributos e com os valores da Integralidade, bem como com as necessidades das usuárias em diversos momentos, também nas unidades básicas, mas principalmente nos hospitais quando das intercorrências ou quanto à prática do anestesista.

Uma questão muito importante a ser destacada é a repetição de uma ruptura no cuidado pré-natal oferecido na PCSA sempre que a obstetra entra em férias, devido à ausência de uma política de reposição de profissional, fato que não consegue ser solucionado pela gestão da unidade. Este fato se compromete e torna-se cada vez mais urgente sua solução dado o fato de que a obstetra está prestes a se aposentar, necessitando uma organização da assistência a fim de que os problemas a tempo anunciados não voltem a se repetir, causando prejuízos ao cuidado pré-natal ofertado na unidade.

Com relação aos hospitais acessados nas intercorrências, bem como no parto, lembramos a concentração e conseqüente sobrecarga no HEAL, hospital estadual que constitui primeira referência de direcionamento dos usuários em geral e das gestantes, visto que o HUAP restringiu seu atendimento para gestantes de alto risco. Chama atenção a ausência de uma rede de atenção no município que garanta uma atenção integral à saúde da mulher e da gestante.

Na questão dos encaminhamentos, observamos que as usuárias incorporaram este termo, utilizando-os diversas vezes em suas falas, quando na realidade o que parece ocorrer é um direcionamento, já que o sistema não garante o acesso, como no caso das ultrassonografias que as usuárias A e B não conseguiram acessar no final da gestação.

Tendo em vista os desafios e limitações apontados nas falas das usuárias quanto à organização dos serviços e conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde, que acabam interferindo na Integralidade, acreditamos que a pesquisa oferece subsídios aos profissionais e à gestão para o entendimento das trajetórias empreendidas pelas usuárias e suas demandas a fim de pensar um cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal organizado em torno das suas necessidades. Salientando que a educação permanente em saúde pode ser um instrumento que favorece a superação das lacunas herdadas de um processo formativo marcado por uma lógica centrada na doença e não no sujeito²⁴.

Para que as ações de saúde sejam além de eficazes, também integradoras, os profissionais de saúde precisam estar conscientes de seu papel e dispostos a ouvir e atender às reais necessidades dos usuários. Para que os serviços operacionalizem a proposta do cuidado em saúde faz-se necessário capacitar os profissionais de saúde incentivando a reflexão do seu processo de trabalho e, vale destacar, “viabilizar a oferta integral de ações de saúde adequada às necessidades da população”⁴⁵ (p.114).

VII REFERÊNCIAS

1. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos R. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, ABRASCO; 2005. p. 241-258.
2. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, *et al.* Saúde da Família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral da atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009;14(3):783-794.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. (Org.) O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 125- 134.
5. Lobato EF. O cuidado à gestante no SUS de Niterói: análise de uma unidade de saúde. 2008. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Nutrição, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2008.
6. Pinheiro R, Silva Júnior AG. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Pinheiro R, Martins PH (Orgs.). Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem multicêntrica. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009. p. 9-12.
7. Ceccim RB, Stedile NLR. Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a rede assistencial, In: Stedile NLR, Ceccim RB. (Orgs.). Saúde da mulher e o ensino das profissões da área da saúde: demandas e aprendizados à integração com a rede de cuidado. Caxias do Sul: EDUCS, 2007. p.11-27.
8. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004,set-out;20(5):1281-1289.
9. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade. Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 39-64.
10. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006,jan;22(1):173-179.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p.

12. Assunção PL, Melo ASO, Gondim SSR, Benício MHD, Amorim MMR, Cardoso MAA. Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2007;10(3):352-60.
13. Stulbach TE, Benício MHD, Adreazza R, Kono S. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2007;10(1):99-108.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008.*
16. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca*. Geneva, 2008.
17. Bonet O. *et al.* Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: Pinheiro R, Martins PH (Orgs.). *Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem multicêntrica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009. p. 241-250.
18. Vieira da Silva LM, Fomigli VLA. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: Hartz ZMA. (Org.). *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas*. Salvador: UDFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 15-39.
19. Cecílio LC. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 1997, jul-set;13(3):469-478.
20. Bellato R, Araújo LMS, Castro P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva Jr AG, Mattos RA (Orgs.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2008. p. 167-188.
21. Favoreto CAO, Ferreira DC. Processo clínico-terapêutico e as mediações entre sujeitos do cuidado: afinal, de que protagonista estamos falando?. In: Pinheiro R, Martins PH (Orgs.). *Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem multicêntrica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009. p. 333-346.
22. Bellato *et al.* Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: Pinheiro R, Martins PH (Orgs.). *Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem multicêntrica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009. p. 187-194.

23. Silveira *et al.* Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: Pinheiro R, Silva Jr AG, Mattos RA (Orgs.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2008. p. 215-224.
24. Almeida SB. A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2009.
25. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. (Orgs.). *Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 197-210.
26. Pinheiro R, Silva Jr AG. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Pinheiro R, Martins PH (Orgs.). *Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem multicêntrica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009. p. 37-52.
27. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 113-26.
28. Merhy E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
29. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005,fev;9(16):39-52.
30. Mattos, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004,set-out;20(5):1411-1416.
31. Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005. p. 195-206.
32. Pinheiro R, Ferla AA, Silva Júnior AG. A integralidade na atenção à saúde da população. In: Marins JJN *et al.* (Orgs.) *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
33. Pinheiro R, Martins PH. Construindo caminhos analíticos e integralizando a solidariedade de conhecimentos: operacionalização da pesquisa. In: Pinheiro R, Martins PH (Orgs.). *Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem multicêntrica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009. p. 27-36.
34. Ferreira AS. Competências gerenciais para as unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004;9(2):69-76.

35. Mattos RA. Princípios do Sistema único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, p.771-80, 2009.
36. Hubner LC, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS / Niterói. *Physis*, 2007;17(1):173-191.
37. Gerhardt TE, Rotoli A, Riquinho DL. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: Pinheiro R, Silva Jr AG, Mattos RA(Orgs.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2008. p. 197-214.
38. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ªed. São Paulo: Hucitec, 2007.
39. Pinheiro R, Martins PH. Apresentação. In: Pinheiro R, Martins PH (Orgs.). *Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem multicêntrica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009. p. 9-14.
40. Senna M, Cohen MM. Modelo Assistencial e Estratégia Saúde da Família no nível local: Análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002;7(3):523-535.
41. Mascarenhas MTM. *Avaliando a implementação da atenção básica no município de Niterói (RJ)*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
42. Sá PK. *A integralidade da atenção no Programa Médico de Família de Niterói – Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2003. 115 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
43. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996.
44. Kac G et al. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 7 (3): 271-280, jul. / set., 2007.
45. Silva Júnior AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. (Org.). *Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 113-28.

VIII ANEXOS

ANEXO I
PONTOS DE CORTE PARA DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
ESTABELECIDOS PARA ADULTOS

Para diagnóstico do estado nutricional pré-gestacional

IMC (kg/m ²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado/Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

ANEXO II
AVALIAÇÃO DO EN DA GESTANTE SEGUNDO IMC POR SEMANA
GESTACIONAL

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC ≤	Adequado (A) IMC entre		Sobrepeso (S) IMC entre		Obesidade (O) IMC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,10	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

Fonte: Atalah E *et al.* *Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas.* Revista Médica de Chile, 125(12):1429-1436, 1997.

ANEXO III

GANHO DE PESO (KG) RECOMENDADO DURANTE A GESTAÇÃO

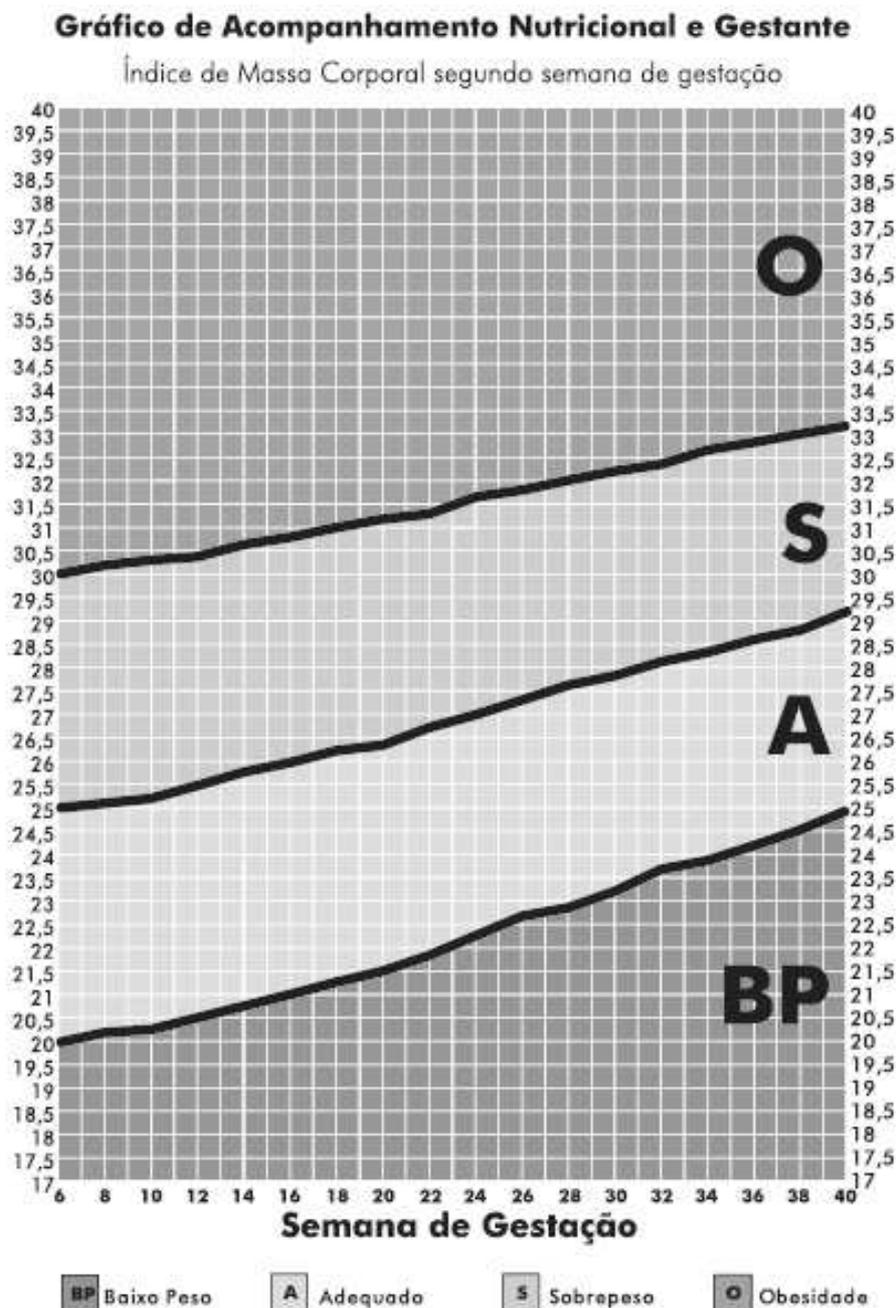
SEGUNDO ESTADO NUTRICIONAL INICIAL

Estado Nutricional Inicial IMC	Ganho de peso total no 1º trimestre (kg)	Ganho de peso semanal médio no 2º e 3º trimestres (kg)	Ganho de peso total na gestação (kg)
Baixo Peso	2,3	0,5	12,5 – 18,0
Adequado	1,6	0,4	11,5 – 16,0
Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 – 11,5
Obesidade		0,3	7

Fonte: Institute of Medicine. *Nutrition during pregnancy*. Washington DC. National Academy Press, 1990. World Health Organization - WHO. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.

ANEXO IV

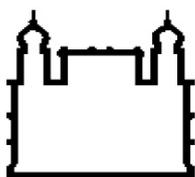
CURVA DE IMC SEGUNDO SEMANA GESTACIONAL



Fonte: Institute of Medicine. *Nutrition during pregnancy*. Washington DC. National Academy Press, 1990. World Health Organization. *Infants and children*. In: *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. Geneva: n° 854, 1995. Atalah E *et al.* *Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas*. Revista Médica de Chile, 125(12):1429-1436, 1997.

IX APÊNDICES

APÊNDICE I



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “Trajetórias de Mulheres do Pré-natal ao Parto na Atenção Básica de uma Regional do Município de Niterói”.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em nos dar uma entrevista, que será gravada, sobre o seu percurso no sistema de saúde durante o pré-natal e o parto.

Os objetivos deste estudo são conhecer e analisar os caminhos percorridos por mulheres na atenção ao pré-natal e ao parto em instituições de saúde do município de Niterói, a fim de contribuir para a melhoria do cuidado à mulher durante a gestação e o parto.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, relacionados ao desconforto ou constrangimento em responder determinadas perguntas. Entretanto você não é obrigado a respondê-las. Em contrapartida, este estudo busca contribuir para a melhoria da atenção à saúde da mulher de acordo com as necessidades de cuidado deste grupo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Após o término do estudo, as informações ficarão guardadas com a pesquisadora, armazenadas de forma segura e protegidas contra revelação não autorizada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Evelyne Florido Lobato Cavalcante

Endereço e telefone da Pesquisadora principal Evelyne Lobato – (21) 9198 3929 e do **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP**: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Andar Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ / CEP. 21041-210 - Tel e Fax - (21) 2598-2863 - cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Niterói, _____ de _____ de 2010.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE II
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Apresentação inicial da pesquisadora e do objetivo da pesquisa à entrevistada.

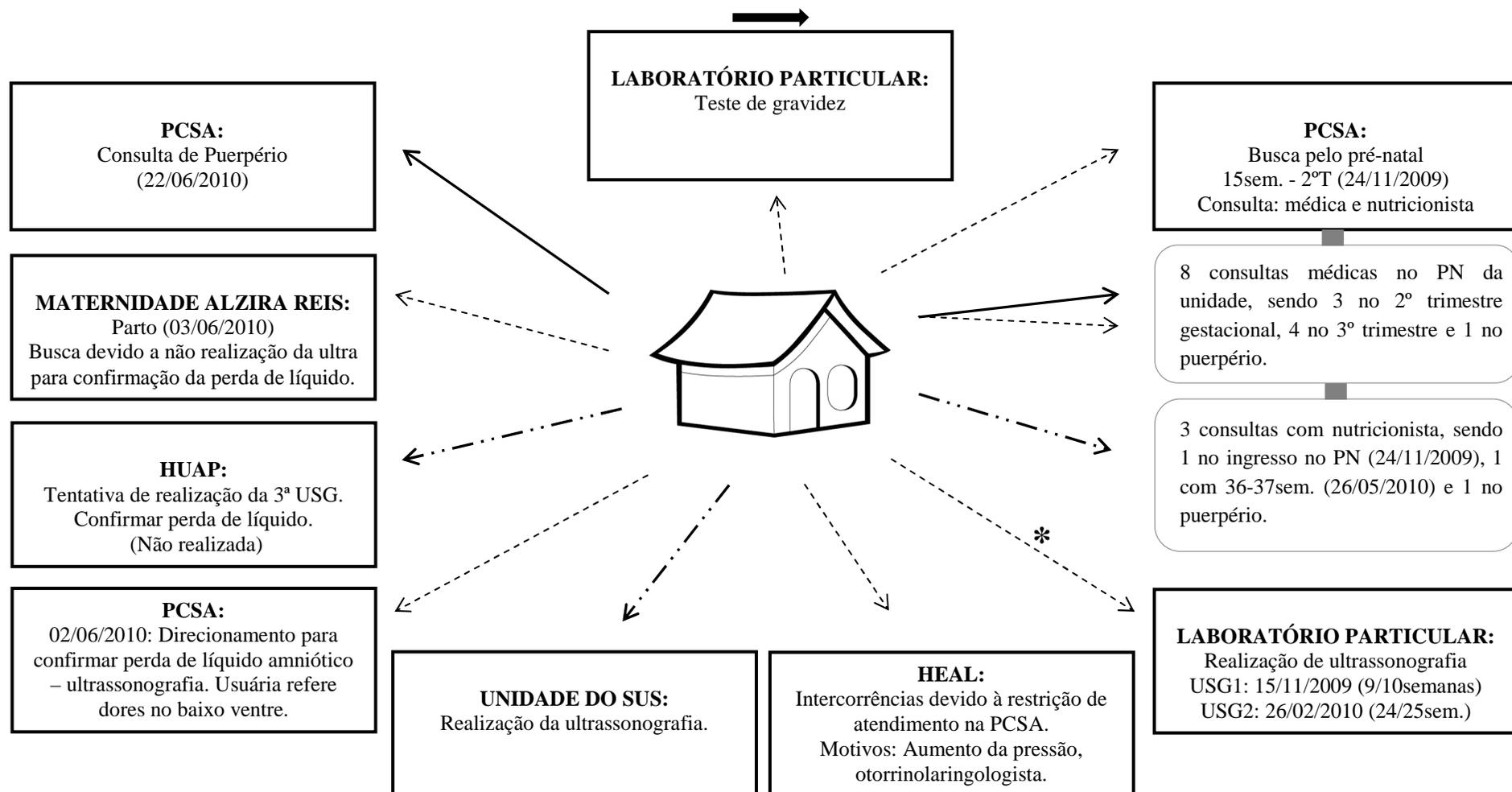
TEMAS	OBJETIVOS	PERGUNTAS
Dados de identificação	- Identificação da usuária	Nome, Idade/Data de nascimento, Escolaridade, Ocupação (Trabalha? Em quê? O trabalho é formal?), Situação conjugal e familiar (Onde mora? Com quem? Companheiro?).
A “escolha” e o ingresso nas unidades de saúde	- Conhecer se a usuária tem uma história anterior na unidade ou se ingressou apenas para o pré-natal - Identificar se a usuária da PC tem cadastro no MMF - Conhecer se a usuária encontrou alguma dificuldade para ingressar na unidade ou serviço de pré-natal	1. Antes do pré-natal você era atendida nessa unidade? (Na Policlínica, verificar se tem cadastro no PMF.) 2. Por que escolheu essa unidade para fazer o pré-natal? 3. Como foi para marcar a primeira consulta? Encontrou alguma dificuldade para iniciar o pré-natal? Em que mês da gestação iniciou o pré-natal?
A descoberta da gravidez e as repercussões em sua vida	- Conhecer a percepção das mulheres sobre a gravidez e as expectativas da chegada do bebê	4. Como foi a descoberta da gravidez? O que significou essa gravidez para você? Que impacto teve para sua vida? (Explorar caso seja a primeira ou não. No segundo caso, procurar levantar semelhanças e diferenças entre eventos ou a especificidade do mesmo.) 5. Como é a relação dos amigos e familiares?
As demandas de saúde e sua relação com as	- Conhecer sobre o acesso/ acessibilidade aos serviços e ações de saúde no pré-natal - Identificar as facilidades e dificuldades de	6. Como foi sua experiência de atendimento no serviço de saúde? 7. Desde o início do seu pré-natal, a quais profissionais você teve acesso? Conte como foi a relação com cada um desses e o que foi positivo ou

unidades de saúde	<p>acesso/acessibilidade encontradas pela usuária</p> <p>-Identificar, a partir da fala das usuárias, como se dá a relação profissional-usuário, se há presença de acolhimento e vínculo/responsabilização.</p>	<p>negativo. Como se deu o diálogo com os profissionais? Eles foram receptivos?</p> <p>8. Desde o início do seu pré-natal, a quais exames você teve acesso? Conte como foi cada um desses exames e o que foi positivo ou negativo.</p>
	<p>- Conhecer a trajetória externa à unidade e identificar as barreiras</p> <p>- Identificar se a usuária mantém vínculo com a unidade/profissionais quando se depara com problemas da gestação</p>	<p>9. Você teve algum problema durante a gravidez? Precisou procurar outros serviços, como hospitais? Como foi isto?</p>
Acompanhamento do estado nutricional	<p>- Conhecer a percepção das mulheres quanto ao seu corpo antes e ao ganho de peso depois da gestação</p> <p>- Identificar se a usuária recebeu orientações quanto ao ganho de peso</p> <p>- Conhecer como se responsabilizou quanto ao ganho excessivo de peso</p> <p>- Identificar que profissional fez o acompanhamento do estado nutricional</p>	<p>10. Antes da gestação, como considerava seu peso? (Normal, acima ou abaixo do esperado?)</p> <p>11. Foi orientada quanto ao ganho de peso durante a gestação?</p> <p>12. Como foi receber a informação de acima do peso durante a gravidez? Quando se deu? Precisou ter mais atenção com a gravidez por conta disso? Precisou mudar os hábitos alimentares? Exercícios físicos? Foi estimulada? Como se responsabilizou por este fato?</p> <p>13. No caso do PMF, qual profissional fez esse acompanhamento? Frequentou consultas com a nutricionista? Acredita que esse acompanhamento foi importante, como ele ajudou? Caso negativo, foi escolha sua não seguir acompanhamento específico?</p>
	<p>- Identificar se a usuária foi informada sobre grupos de apoio e se participou.</p>	<p>14. Participou de grupos de gestantes?</p>
Demandas,	<p>- Identificar possíveis barreiras de acesso ao</p>	<p>15. Como foi o parto? Houve conversa sobre o tipo de parto, foi pactuado?</p>

necessidades e expectativas em relação ao parto	parto - Identificar o tipo de parto e se houve conversa e participação da usuária na escolha - Identificar se houveram problemas com a mulher e o bebê durante o parto	Tinha alguma indicação de maternidade? Foi conhecer algum serviço? Foi recebida na primeira maternidade? Teve algum problema com você ou com o bebê?
Desejos e expectativas em relação ao serviço	- Identificar se os desejos e expectativas das mulheres foram atendidos	16. Você se sentiu bem acompanhada durante o pré-natal? Aprendeu algo de novo? 17. Você considera que teve acesso a tudo o que necessitava do serviço de saúde desde que ficou grávida? Caso negativo, o que você gostaria de ter tido acesso e não teve?
Considerações finais	- Compreender o que significou esse olhar para trás	18. O que significou para você contar a sua história? O que faria de novo? O que gostaria de mudar?
	- Proporcionar mais um momento para as colocações da usuária antes do fechamento da entrevista.	19. Você gostaria de falar sobre algo que eu não tenha perguntado antes?

APÊNDICE III.A

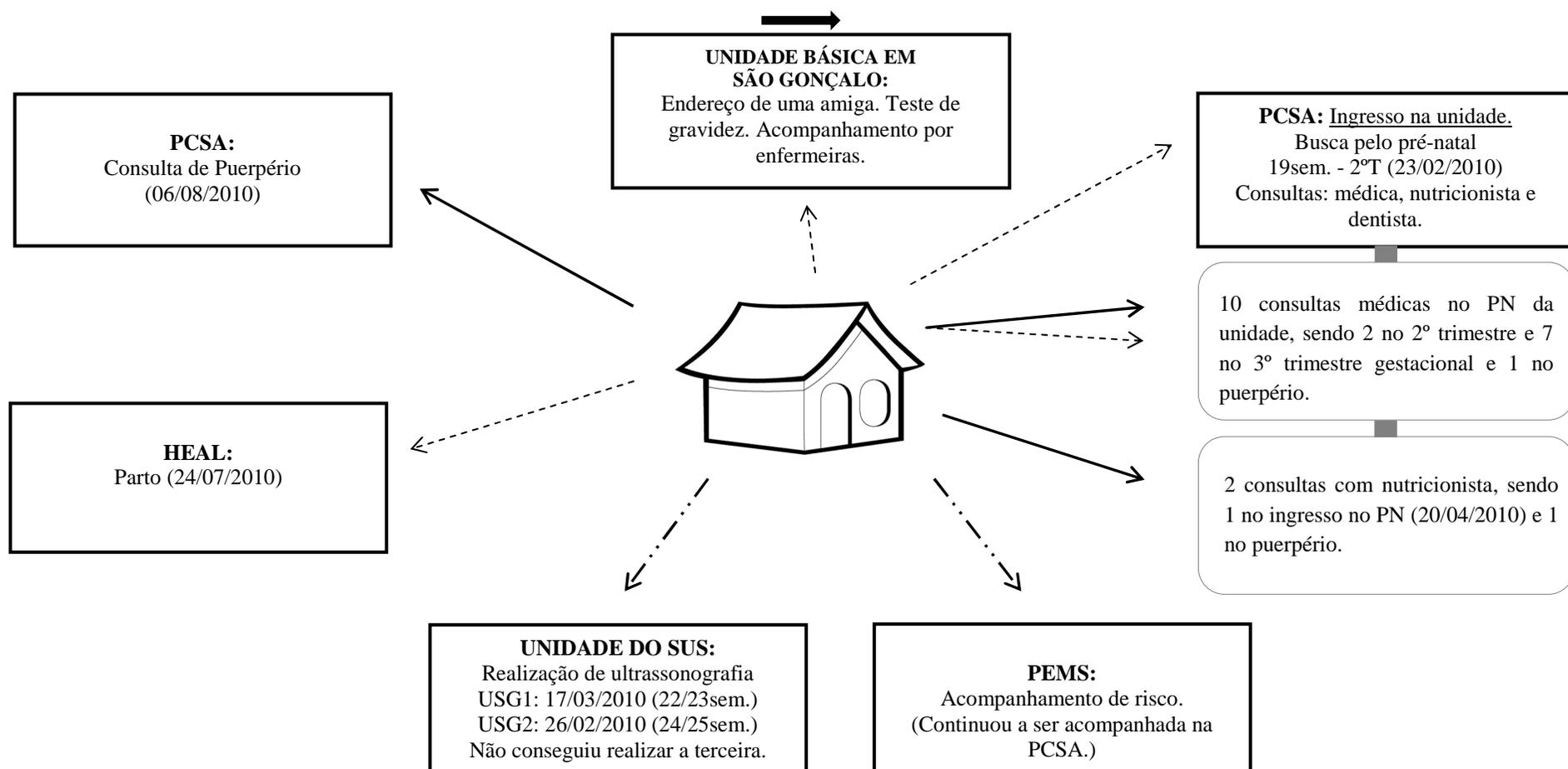
TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL USUÁRIA A – PCSA

**Legenda:**

- > Busca de cuidado por conta própria
- > Busca de cuidado para retorno
- · · -> Encaminhamento/direcionamento médico
- * Encaminhamento/direcionamento para o SUS

APÊNDICE III.B

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL USUÁRIA B – PCSA



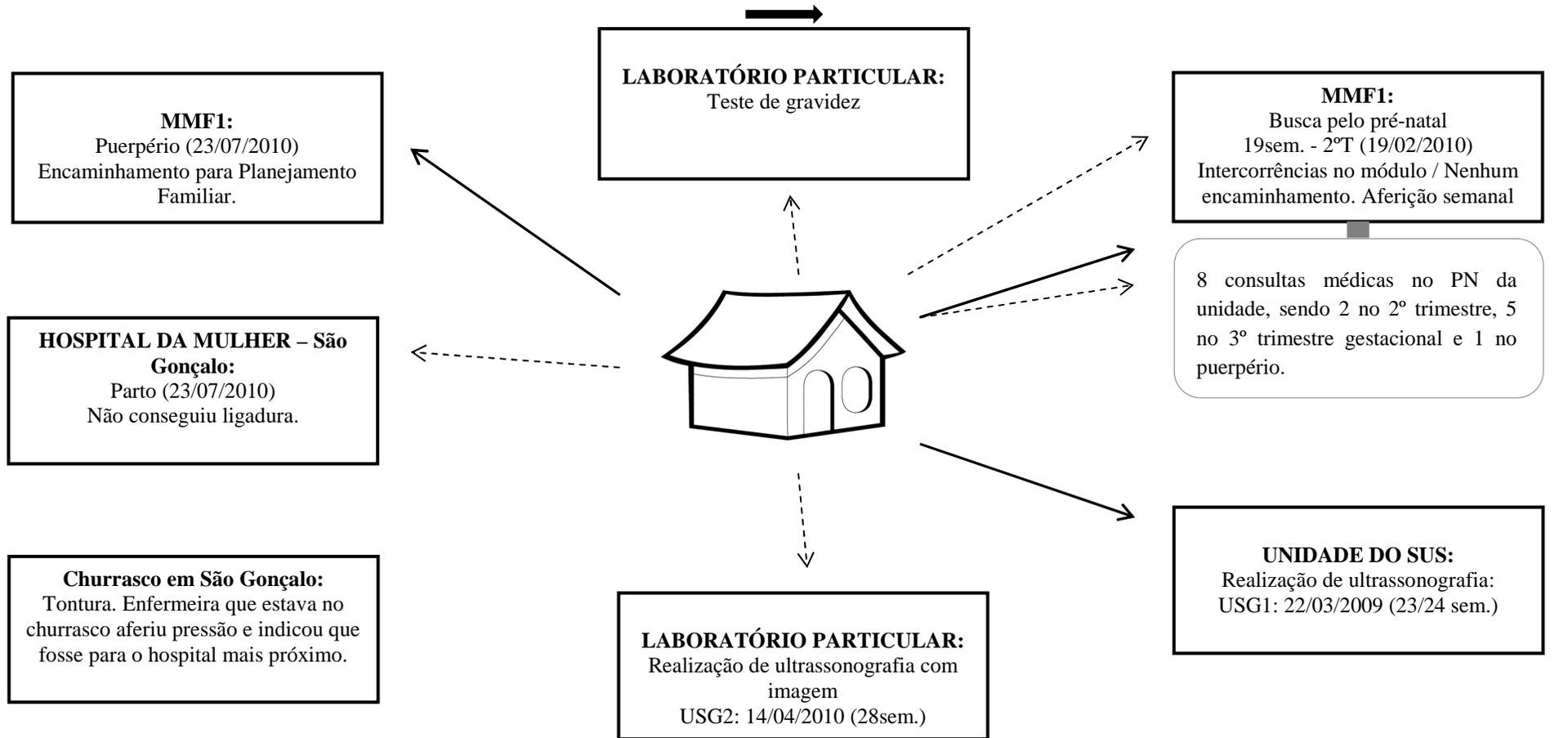
Legenda:

- > Busca de cuidado por conta própria
- > Busca de cuidado para retorno
- · · -> Encaminhamento/direcionamento médico

Usuária B (doméstica) mora na casa da patroa com o bebê

APÊNDICE III.C

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL USUÁRIA C – MMF1

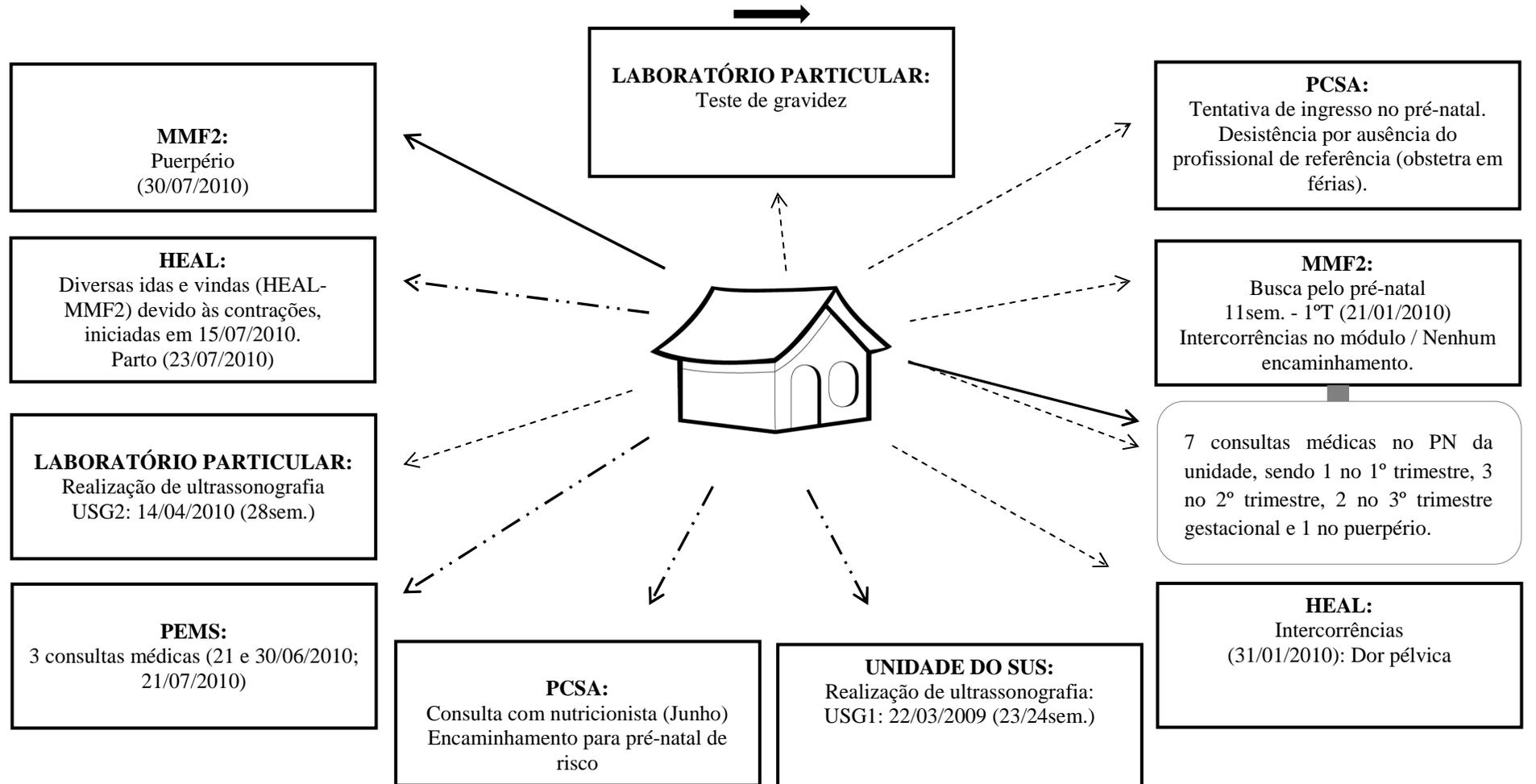


Legenda:

- ➔ Busca de cuidado por conta própria
- ➔ Busca de cuidado para retorno
- · · - ➔ Encaminhamento/direcionamento médico

APÊNDICE III.D

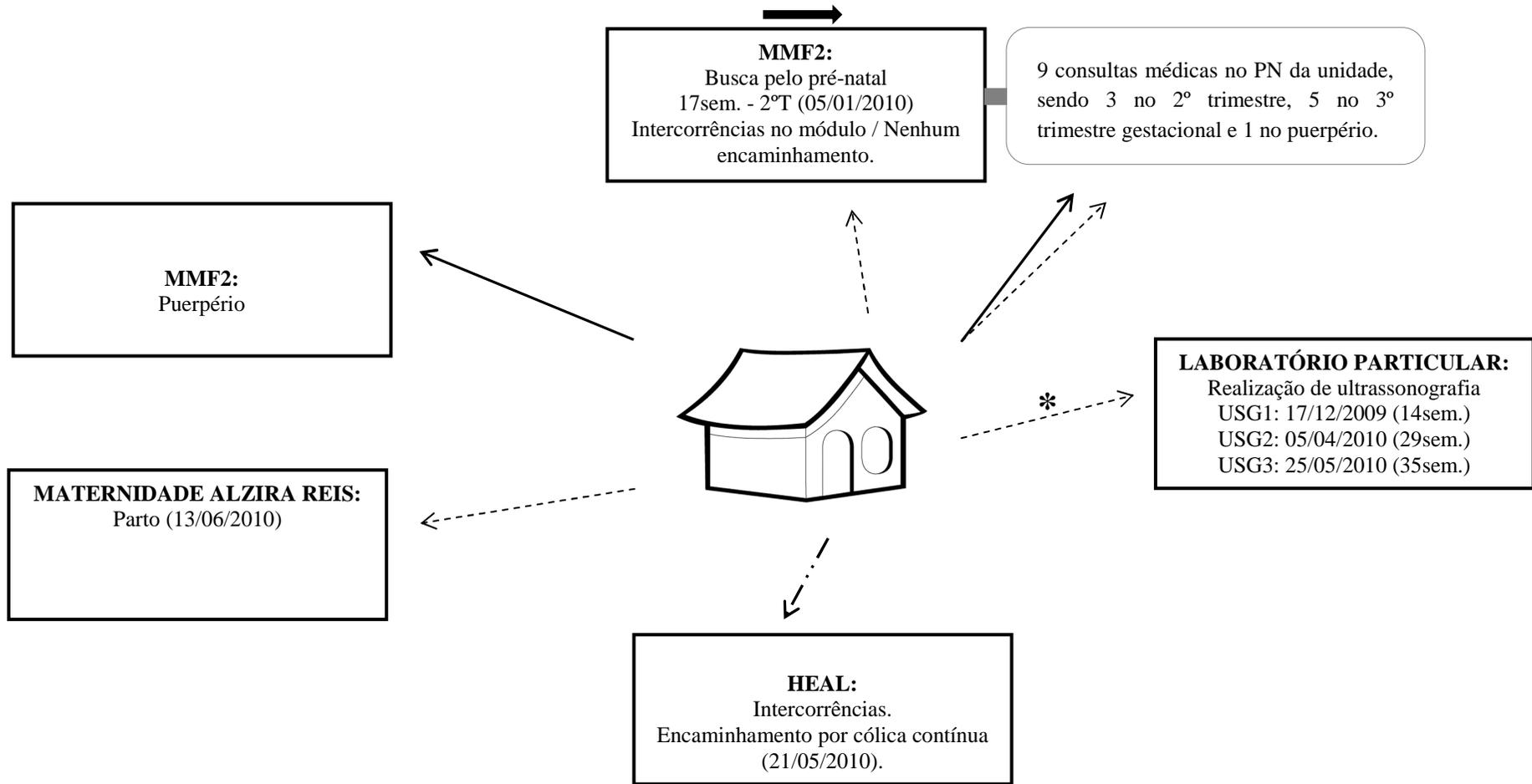
TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL USUÁRIA D – MMF2

**Legenda:**

- > Busca de cuidado por conta própria
- > Busca de cuidado para retorno
- · · -> Encaminhamento/direcionamento médico

APÊNDICE III.E

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL USUÁRIA E – MMF2



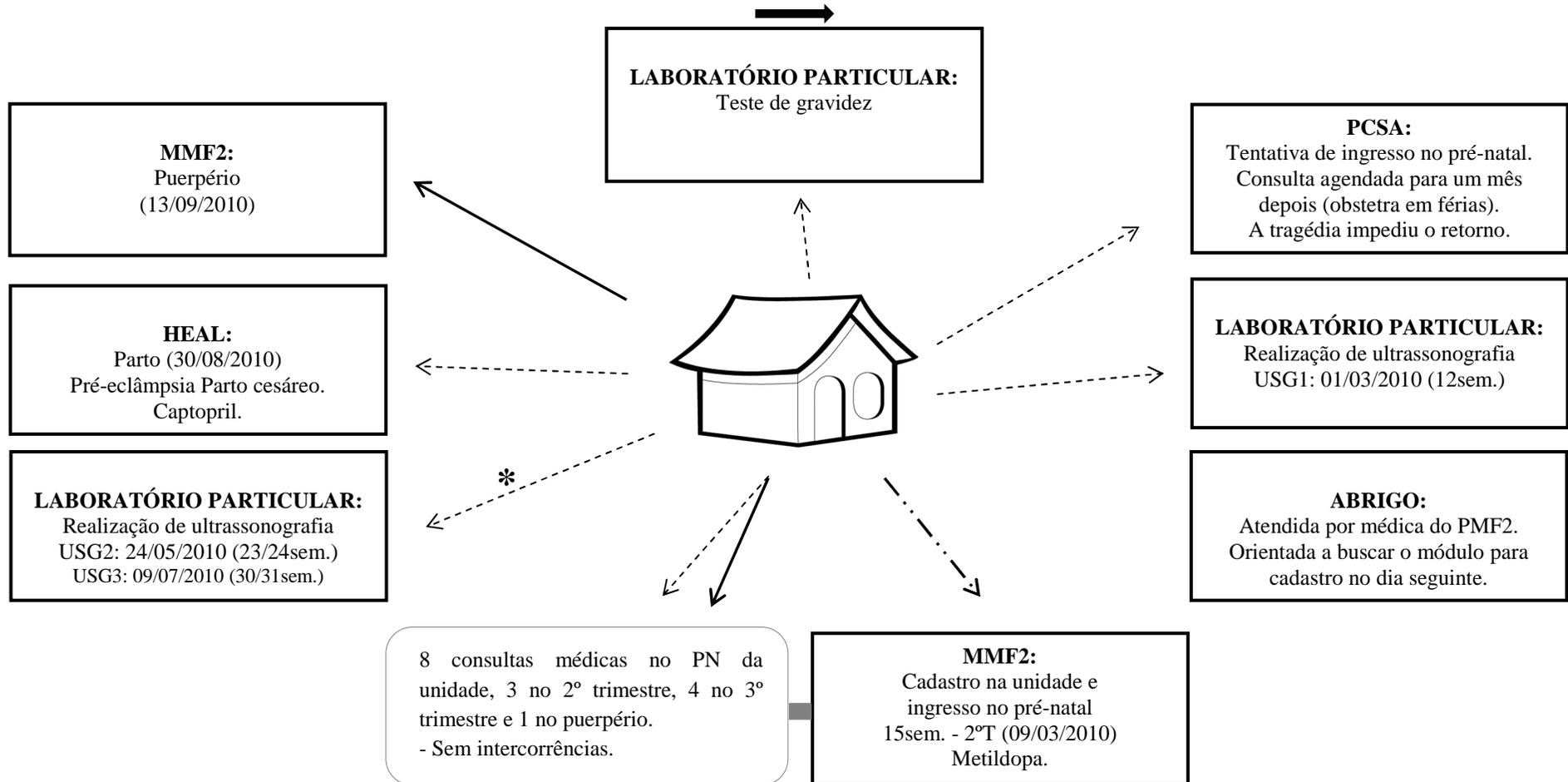
Legenda:

- > Busca de cuidado por conta própria
- > Busca de cuidado para retorno
- · · -> Encaminhamento/direcionamento médico
- * Encaminhamento/direcionamento para o SUS

Usuária E, marido, 2 filhos, bebê

APÊNDICE III.F

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL USUÁRIA F – MMF2



Legenda:

- > Busca de cuidado por conta própria
- > Busca de cuidado para retorno
- · · -> Encaminhamento/direcionamento médico
- * Encaminhamento/direcionamento para o SUS

Usuária F, marido, bebê e familiares