

QUEM SÃO AS MULHERES E PORQUE VÃO PROCURAR O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL DAS UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO¹

WHO ARE THE WOMEN AND WHY DO THEY SEEK THE PRE NATAL ASSISTANCE IN THE HEALTH UNITS OF RIBEIRÃO PRETO-S.P
QUIENES SON LAS MUJERES Y PORQUE VAN A BUSCAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA PRENATAL

*Maria das Dores do Vale Oba²
Maria Solange Guarino Tavares³*

RESUMO: Este estudo foi realizado em duas Unidades Básicas Distritais de Saúde de Ribeirão Preto-S.P., localizadas na região central e oeste do município e que realizam atendimento às gestantes. Objetivo do trabalho foi conhecer e identificar os motivos e o perfil das mulheres que utilizam estes serviços. Utiliza-se a abordagem qualitativa. Observa-se que os motivos da procura ao atendimento pré-natal foram: proximidade da Unidade de Saúde às residências, necessidade de acompanhamento médico, oportunidade de utilizar as tecnologias disponíveis (ultra-sonografia, exames de análise clínicas, odontologia, medicamentos e etc.) e a preocupação em ter um encaminhamento médico ao hospital para realizar o parto. O perfil das mulheres que utilizam estas Unidades Básicas Distritais de Saúde foram de: baixa escolaridade e renda familiar e sem nenhum tipo de convênio médico e, portanto, elas dependem única e exclusivamente do Sistema Único de Saúde, para o acompanhamento no pré-natal, resolução do parto e seguimento no puerpério.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica, assistência pré-natal, saúde da mulher

INTRODUÇÃO

Um acompanhamento pré-natal de qualidade já demonstrou a sua eficácia na assistência à saúde da mulher e concepto, no que diz respeito às taxas de morbi-mortalidade, entretanto ainda hoje apresenta deficiência tanto na extensão como no padrão de qualidade (Marcon, 1997). Este acompanhamento tem como objetivo a prevenção, a terapêutica e o atendimento as necessidades sentidas pelas gestantes, de maneira que contribua para que ao termino da gravidez a mulher e seu feto estejam em boas condições de saúde (Vanin et al., 1990).

Sabe-se que a morbi-mortalidade materna inclui uma ampla gama de causas. Pode-se

¹Trabalho apresentado no 9º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem-Vitória-Espírito Santo/1997 e no The International Council of Nurses, London, 1999. Parte da dissertação de mestrado: "Assistência Pré-Natal: uma assistência integral ou fragmentada?," apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP em 1996, com apoio financeiro do CNPq.

² Dotoranda do Programa Interunidades da EE-USP e EERP-USP, Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, enfermeira e gerente do Ambulatório Regional de Especialidade-NGA-59 da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-S.P.

³ Prof.^a Doutora em Enfermagem e Titular do Centro de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro-Uberaba-Minas Gerais e orientadora do Programa.

dizer que as causas de infecções bacterianas, abortos e complicações no trabalho de parto são as mais importantes deste período. Também são comuns a anemia, as hemorragias e a eclâmpsia. Com a evolução destas morbidades a mulher e o concepto correm risco de vida. A evolução destas morbidades irá depender da qualidade, disponibilidade e aceitação dos programas de pré-natal, e de que o parto seja assistido por pessoal capacitado (Finger, 1994).

No ano de 1985, 75% das grávidas no Brasil tiveram assistência pré-natal. No entanto, apenas 53% das mulheres mais pobres realizaram o acompanhamento, enquanto que 98% das mulheres das camadas privilegiadas o fizeram (Vanin et al., 1990).

Assim nesta pesquisa tem-se por objetivo:

-Conhecer e identificar os motivos e o perfil das mulheres, que utilizam a assistência pré-natal na rede pública de saúde no município de Ribeirão Preto-S.P.

MEDOTOLOGIA

Os dados deste estudo fazem parte da Dissertação de Mestrado: "*Assistência pré-natal: uma assistência integral ou fragmentada?*" (Oba, 1996), que foi apreciado pela comissão de ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, sendo realizado no mês de janeiro de 1996, em duas Unidades Básicas Distritais de Saúde, que prestam atendimentos de pré-natal, localizadas na região central e oeste do município de Ribeirão Preto-S.P.

A unidade de saúde da região oeste é um Centro de Saúde Escola, que se destina ao ensino e pesquisa na área médica e de enfermagem, localizada em uma área de grandes bolsões de miséria e a unidade de saúde da região central era um antigo Pronto Socorro Municipal, próximo da estação rodoviária, que após reforma iniciou o atendimento nas áreas básicas programáticas (gineco-obstetrícia, clínica-médica, odontológica e enfermagem), especialidades e pronto atendimento.

Considerando o objetivo da investigação, optou-se pela abordagem qualitativa, uma vez que esta privilegia os sujeitos sociais, os quais detêm as informações, que o investigador pretende conhecer (Minayo, 1994). Utilizou-se uma questão norteadora: "**Por que iniciou o pré-natal ?**".

Os sujeitos sociais desta pesquisa foram: a clientela (sete gestantes) e os profissionais de saúde (três) de cada Unidade Básica Distrital de Saúde. Como critério de inclusão optou-se pelo profissional e cliente, que participavam da assistência pré-natal no momento da investigação.

Foram entrevistados 20 sujeitos sociais (um médico ginecologista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e sete gestantes de cada unidade de saúde), pois segundo Minayo (1994) deve-se efetuar entrevistas em número suficiente, que permita uma certa reincidência de informações, assim como, a garantia de que estas contenham o conjunto das expressões dos vários elementos informantes.

Elegeu-se a técnica de entrevista semi-estruturada e análise documental (prontuários e manuais das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal referentes a assistência pré-natal) como instrumento de coleta de dados. As entrevistas e as gravações foram realizadas após as autorizações dos sujeitos sociais e posteriormente transcritas. Tendo uma duração de trinta minutos cada entrevista.

Procurou-se verificar as informações contidas nos 14 prontuários, que possibilitassem identificar a clientela de mulheres gestantes, que utilizavam os serviços de pré-natal nestas Unidades Básicas Distritais de Saúde. Os dados registrados nos prontuários foram confrontados com as informações obtidas nas entrevistas. Através da análise dos depoimentos dos sujeitos sociais e dos discursos oficiais emergiram os motivos pelos quais as gestantes procuravam estes serviços de saúde.

RESULTADOS

Observa-se que a faixa etária predominante das usuárias da Unidade Básica Distrital na região central foi de 24 a 31 anos em 57% e na Unidade Básica Distrital da região oeste, 57 % das usuárias tinham de 18 a 23 anos. O estado civil solteira predominou em 57% das gestantes entrevistadas na Unidade Básica Distrital de Saúde da região central e na Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste o estado civil de maior incidência foi casada(86%).

Os dados das entrevistas apontavam apenas uma gestante da Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste do município possuía seguro saúde(86%) e na Unidade Básica Distrital de Saúde da região central as usuárias em 100% não possuíam nenhum convênio médico. *Oba e Tavares* (1996) em sua investigação constaram que 96% das gestantes em acompanhamento pré-natal não possuíam convênio médico.

"O acesso desigual da população aos serviços de saúde tem origem na inserção diferenciada dos trabalhadores no mercado de trabalho. A base racional para esse fato repousa na concepção do direito como um privilégio vinculado à contribuição previdenciária e/ou seguro saúde privados. Fundada nesta mesma argumentação, estabelece-se a divisão entre população assalariada e não assalariada, sendo que esta última é orientada para o setor público e filantrópico" (*Nogueira, 1994, p. 27*).

A escolaridade predominante foi primário incompleto em 71% das gestantes nas Unidades Básicas Distritais de Saúde pesquisadas. Quanto a naturalidade, 43% eram do Estado de São Paulo na Unidade Básica Distrital de Saúde da região central e em 57% na Unidade Básicas Distrital da região oeste.

"Pode-se afirmar que o grau de instrução das mulheres apresenta uma forte relação com sua participação na população economicamente ativa(PEA), ou seja, quanto maior o nível de instrução maior a probabilidade da mulher trabalhar fora de casa" (*Rosemberg, 1994, p.53*).

As usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região central ocupavam o mercado de trabalho em 43% na categoria doméstica ou similar, assalariadas e com uma renda familiar de quatro vezes ou mais o salário mínimo. Na Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste as usuárias não participavam de nenhuma atividade economicamente ativa em 86%, com uma renda familiar de duas vezes o salário mínimo. Estes dados se assemelham aos encontrados por *Oba e Tavares* (1996).

"Do ponto de vista do mercado de trabalho, as mulheres enfrentam várias dificuldades quando vão trabalhar: um leque mais estreito de ocupação do que os homens e ganham menos do que eles. As trabalhadoras concentram-se no setor terciário da economia e, dentro dele, no ramo de serviços, onde se encontram alguns dos empregos de mais baixo prestígio e remuneração, como o emprego doméstico" (*Bruschini, 1994, p.72-73*).

Segundo *Bruschini* (1994), o que interfere na participação das mulheres no mercado de trabalho são as responsabilidades com a guarda, cuidado e educação dos filhos na família, além da insuficiência de equipamentos coletivos(como as creches) e dos rendimentos obtidos serem insuficientes, para cobrir os custos com formas remuneradas de cuidado infantil.

As gestantes destes serviços iniciaram os seus pré-natais no primeiro trimestre gestacional, em 43% na Unidade Básica Distrital de Saúde da região central e, em 57%, na Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste.

Observa-se que a maioria das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, período adequado para um levantamento das necessidades e/ou alterações, que possam influenciar negativamente no transcorrer da própria gestação, parto e puerpério, bem como nas condições do embrião/feto.

No momento da pesquisa, 57% das usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região central encontravam no terceiro trimestre. Na Unidade Básica Distrital de Saúde da

região oeste 57% das gestantes estavam no segundo trimestre.

Observa-se que em 100% dos registros dos prontuários da Unidade Básica Distrital de Saúde da região central não haviam dados referentes a: procedência, escolaridade, ocupação, relação de emprego, renda familiar, estado civil, tempo de residência e patologia anterior à gestação ou patologias de outras gestações; já na Unidade Básica Distrital da região oeste, só não existia registro referente à renda familiar.

O registro deve incluir: nome completo, endereço, número de matrícula, serviço, data e hora de entrada, nome do médico, detalhes da responsabilidade financeira, sexo e estado civil, profissão e empregador, diagnóstico, atendimento anterior (Dugas, 1984).

Para Tanaka (1995), esta situação sugere que a supervisão do ciclo gravídico esteja sendo realizada sem um adequado registro dessas condições, o que pode estar comprometendo a integridade e a continuidade da assistência.

Desta amostra, 71% eram multigesta. Observa-se que 80% das usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região central apresentavam de uma a duas paridades e na Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste 60% das gestantes possuíam de duas a três paridades. No momento da entrevistadas Unidades Básicas Distritais de Saúde 80% das usuárias possuíam até dois filhos vivos.

Quanto às resoluções dos partos das gestantes usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região central 60% foram normais e na Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste foram 100% normais. Dados da pesquisa de Oba e Tavares (1998) demonstrou que as resoluções dos partos foram 52% normais.

Apesar de ser fisiológico e natural o parto por via vaginal, a hospitalização e o maior domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenções, resultando um aumento de operações cesarianas, como forma de resolução da gravidez. O risco relativo da operação cesariana e a evidência de sua indicação desnecessária faz com que a mulher corra risco de vida (Tavares, 1996).

Dados do Ministério da Saúde, indicam que 44,1% dos partos realizados nos hospitais públicos e conveniados ao INAMPS foram cesarianas e grande parte delas por meio de indicação abusiva (Nogueira, 1994).

Segundo Carranza (1994), isto é consequência direta do tipo de atenção obstétrica oferecida no país, já que não se trabalha em equipe e não se conta com a ajuda de parteiras, o médico deve acompanhar todo o trabalho de parto de sua paciente, trabalho que pode se estender por várias horas, principalmente nas primigestas.

A operação cesariana tem-se apresentado como uma alternativa mais tentadora, já que pode-se planejar com antecedência e em horários mais convenientes, a internação. Além do seu caráter ambíguo, ao utilizar da operação cesariana, para dissimular a esterilização feminina, uma vez que, o Sistema Único de Saúde até 1999 não pagava por este procedimento.

A prática cada vez mais escassa de atenção ao parto vaginal, leva os médicos mais jovens, a ter uma familiaridade cada vez menor com esse procedimento, o que acarreta insegurança e os levam a praticar a cesariana com mais segurança (Carranza, 1994).

Observa-se que em 43% das usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região central possuíam de uma a nove consultas de pré-natal e em 57% das usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste de cinco a nove consultas.

Todas as gestantes deveriam começar as consultas de pré-natal antes do terceiro mês de gravidez, e realizar pelo menos seis consultas até o parto, entretanto dados do Ministério da Saúde apontam que somente 53% das gestantes têm acompanhamento pré-natal de quatro consultas durante a gestação (Nogueira, 1994).

As normas do Ministério da Saúde recomenda, que toda mulher em período de gestação deve comparecer no mínimo de seis vezes nas consultas pré-natais e realizar os exames laboratoriais de rotina, tais como: tipagem sanguínea e do fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL),

exame de urina rotina e dosagem de hemoglobina. (Carranza, 1994)

Verifica-se que em 100% das usuárias destes serviços foram solicitados exames de ultra-sonografia. Dos exames de ultra-sonografias registrados, observa-se que 43% foram realizados no segundo trimestre nas usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região central, sendo estes solicitados mais de uma vez em 57% das gestantes em seguimento neste serviço.

Na Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste este exame foi realizado em 57% no primeiro e terceiro trimestre. Destes, 57% foram solicitados mais de uma vez, mas muitas vezes sem especificar a causa desta indicação. Observa-se um certa coincidência da solicitação do primeiro exame com o período de diagnóstico da gestação.

Observa-se uma procura aos serviços que solicitam o exame de ultra-sonografia no início da gestação (primeiro trimestre), e percebe-se que este exame passou a ser utilizado no diagnóstico gestacional em detrimento do diagnóstico clínico.

Embora os discursos oficiais da Secretaria de Estado da Saúde(1986) e da Secretaria Municipal da Saúde(1993) preconizem que a primeira consulta pré-natal deva ser a mais precoce possível, nesta ocasião deve ser feita a anamnese geral e específica, exame físico geral e tocoginecológico, coleta de citologia dupla, quando indicado, o exame colposcópico.

O que se verificou na prática foi que em 43 % dos prontuários pesquisados na Unidade Básica Distrital de Saúde da região central, não havia registro sobre a realização de exames citológicos, enquanto que na Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste 100% dos prontuários analisados têm registros da realização deste procedimento.

Dos exames citológicos registrados nos prontuários e das entrevistas realizadas na Unidade Básica Distrital de Saúde da região central, observa-se que 50% destes foram solicitados no segundo trimestre e na Unidade Distrital Básica de Saúde da região oeste, 57 % dos exames citológicos foram solicitados no primeiro trimestre.

Em 71% das usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região central foram solicitados exames de análise clínica no segundo trimestre e nas usuárias da Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste foram solicitados no primeiro trimestre gestacional em 57%. Com uma prevalência de seis a oito exames por gestante. Identifica-se que os exames mais solicitados foram: hemograma completo, tipagem e fator Rh, VDRL, urina rotina, glicemia, parasitológico de fezes.

Apesar da documentação oficial da Secretaria Municipal da Saúde(1993) estabelecer que o exame de VDRL deve-se ser solicitado trimestralmente; glicemia para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal e na 28ª semana, e em caso de alteração, a solicitação de GTT, na prática, o exame de VDRL foi requisitado apenas uma vez no início do pré-natal e nem todas as gestantes, principalmente da Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste tinham solicitação do exame de glicemia.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconiza o registro da conduta referente ao esquema anti-tetânico e/ou encaminhamento para sala de vacina, mas nos prontuários analisados das usuárias da Unidade Básica Distrital da região central em 100% não constavam nenhuma informação sobre a imunização anti-tetânica, anterior ou atual. Na Unidade Básica Distrital de Saúde da região oeste em 57% dos prontuários não constava esta informação.

Observa-se uma certa dicotomia entre as atividades desenvolvidas na assistência pré-natal e o setor de imunização, que registrava em outro impresso à aplicação da vacina anti-tetânica, ou seja, não utilizava o espaço existente na carteira de gestante, para esta finalidade. Também não se efetuava registro nos prontuários das gestantes em relação a conduta adotada a esse respeito.

Estes dados também foram constatados por Oba e Tavares (1998), onde verificou-se uma certa desvalorização quanto a informação da imunização anti-tetânica nos registros em prontuários das gestantes.

"No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, há um número aproximado de trezentos casos de tétano neonatal por ano. Este número é reflexo tanto de um controle pré-natal incompleto (cerca de 20% das mulheres grávidas estariam sendo vacinadas com toxóide tetânico ao nível nacional, uma taxa inexplicável em um país onde 61,9% das mulheres comparecem a consultas pré-natais), como de uma inadequada atenção ao parto" (Carranza, 1994, p.109).

Tanaka (1995) em seu estudo sobre a mortalidade materna, relata que alguns prontuários médicos ou fichas clínicas de serviços ambulatoriais de atenção pré-natal, apresentaram um registro pobre ou mesmo inexistente, quanto às informações referentes às condições clínicas das gestantes.

Este fato também foi constatado na análise das informações existentes nos prontuários das mulheres em acompanhamento de pré-natal no município de Ribeirão Preto, onde verificou-se que os registros possuíam informações incompletas e/ou incompreensíveis na quase totalidade das informações existentes. Neste caso, questiona-se a qualidade destas informações para memória deste acervo e para a própria seqüência da assistência (Oba e Tavares, 1998).

Nos prontuários analisados nestas duas Unidades Básicas Distritais de Saúde este fato novamente foi constatado, ou seja, registros deficientes ou inexistência de informações referentes às condições clínicas das gestantes, caracterizando uma prática impessoal, institucionalizada e sem vínculo.

O registro representa a comunicação escrita dos fatores essenciais, de forma a manter uma história contínua dos acontecimentos ocorridos durante um certo período. Assim, o registro é um instrumento de comunicação importante na interligação entre os serviços, constituindo a memória e material de referência e aperfeiçoamento (ensino e pesquisa), apresenta um perfil epidemiológico do atendimento, bem como a incidência e a prevalência de determinados tipos de agravos na saúde.

Acredita-se que os serviços de assistência à saúde devem ser supervisionados com o objetivo de se obter informações das condições de estruturação das políticas de saúde vigentes no país (Testa et al., 1992).

Ao analisar as sínteses dos depoimentos das entrevistas e dos discursos oficiais do programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, observa-se que os motivos da procura ao atendimento pré-natal para as gestantes foram:

- proximidade da Unidade Básica Distrital de Saúde de suas residências
- necessidade de acompanhamento médico
- para evitar de ter problemas com criança e mãe
- o bom atendimento
- por ter vários médicos e várias especialidades
- para ter mais pedido de exame de ultra-sonografia
- a existência de ultra-som, laboratório e fornecimento de medicamento

Para os profissionais de saúde, os motivos da procura das mulheres ao atendimento pré-natal foram:

- a hipótese de gravidez, geralmente a partir do segundo ao quarto mês
- por não ter convênio médico
- necessidade de acompanhamento médico
- proximidade da Unidade Básica Distrital de Saúde de suas residências
- pelo fornecimento de remédios
- por ter atendimento à gestante de alto risco
- por ter atendimento odontológico
- preocupação em ter um encaminhamento médico ao hospital para realizar o parto
- o bom atendimento
- para evitar problemas com a criança e com a mãe

- pela influência das propagandas

Como podemos observar nesta fala abaixo:

...quando elas vem procurar para fazer o pré-natal, elas já verbalizam a preocupação de ter o nené no hospital. Para arrumar um jeito de ter, porque elas já chegaram a conclusão, que o SUS está em falência, e com esta preocupação de saber onde elas vão ter o nené ...Porque elas sabem, que a UBS é a porta de entrada e elas vão precisar de um papel, para mostrar ao médico, que alguém arrumou algum lugar, para ela ter o nené. E não importa aonde né....mas agora elas ficam tão aflitas em saber, que enquanto elas não tiverem nove centímetro de dilatação não vão ter nenhum hospital que vai pegar né. E que só vai ter um hospital, quando tiver em trabalho de parto mesmo e isso deixa elas muito aflitas, pois só vai ter hospital, quando tiver nascendo mesmo, muitas retornam até vai achando, que está com contração e as vezes até está, mas está com apenas quatro centímetro de dilatação e vai e volta e isso é muito stressante de mais né . Ah! vou perder o nené ?

Os motivos da procura das mulheres à assistência pré-natal, preconizados nos documentos oficiais municipal(1993) e estadual(1986) foram:

- prestar cuidados à saúde da mulher no ciclo gravídico de maneira precoce, contínua e periódica, garantindo boa qualidade do atendimento a toda gestante
- atender a todas as gestantes da área programática

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil das mulheres que utilizam estas Unidades Básicas Distritais de Saúde foram de: baixa escolaridade e renda familiar, sem nenhum tipo de convênio médico e, portanto, elas dependem única e exclusivamente do Sistema Único de Saúde, para o acompanhamento no pré-natal, resolução do parto e seguimento no puerpério.

Tanto as gestantes como os profissionais destas Unidades Básicas Distritais de Saúde identificavam como motivo da procura, a proximidade da Unidade Básica Distrital de Saúde das residências das usuárias, confirmando a proposta de divisão do atendimento por áreas geográficas, onde as Unidades Básicas Distritais de Saúde seriam referências, tanto para o atendimento à população de sua área de abrangência, como para aquelas referenciadas.

Para as mulheres os serviços estão oferecendo um bom atendimento nas duas unidades estudadas. Apesar disso, no discurso dos profissionais, que atuam na área, o enfoque não aparece com tanta ênfase, mas sim, coerentemente, o enfoque por eles colocado estavam: na inexistência de convênio, ao oferecimento de medicamentos e outros exames, assim como o encaminhamento ao hospital.

Os profissionais de saúde reconhecem o vínculo da boa assistência ligado à medicalização, à existência de infra-estrutura laboratorial, de exames subsidiários e garantia do leito hospitalar, para o parto através da guia de referência.

Assegurar a boa qualidade do atendimento e a prevenção, detecção e o controle dos fatores de riscos, que possam afetar à saúde da mulher e o desenvolvimento adequado da gestação aparece nas falas tanto das mulheres como dos profissionais. Este é o primeiro motivo proposto nos documentos oficiais.

Embora as documentações oficiais da Secretaria de Estado da Saúde (SÃO PAULO, 1986) e da Secretaria Municipal da Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 1993) estabeleçam, que a procura deva ser de maneira precoce, contínua e periódica, atendendo a todas as gestantes da sua área programática, observa-se que na Unidade Básica Distrital de Saúde da região central, a informatização do agendamento não permite o acesso precoce das gestantes ao serviço de saúde, uma vez que a agenda informatizada não estabelecia atendimento por atividades programáticas e sim consultas por especialidades médicas. Desta forma, a mulher gestante, ou não, é mais um número de prontuário neste agendamento.

"Talvez a forma de agendamento centralizado nas especialidades médicas venha atender a uma necessidade do Sistema Único de Saúde do município de Ribeirão Preto, cuja dinâmica do atendimento é de pronto-atendimento, ou seja, uma medicina de queixas-conduta, com articulação entre público e privado e altos investimentos tecnológicos, sem levar em conta que todas as gestantes devem ser atendidas em suas áreas programáticas" (Oba e Tavares, 1997, p.39).

Para Sass et al. (1995) observa-se uma inversão nas prioridades das ações de saúde, onde o atendimento primário e preventivo são colocados em segundo plano. Tal sistematização exige custo operacional muitas vezes maior que o necessário para a instalação e o funcionamento de ambulatórios, além de contribuir pouco para qualidade de saúde da população. Parece que os programas de saúde nos países subdesenvolvidos dão especial ênfase ao atendimento hospitalar, não merecendo atenção proporcional ao atendimento primário, excluindo, assim, grande número de mulheres da assistência pré-natal.

Almeida (1991) em seu estudo realizado no período em que a municipalização estava sendo implantada no município de Ribeirão Preto-S.P. em 1991, relata que o modelo de saúde na rede básica tem o predomínio do pronto-atendimento em suas Unidades Básicas de Saúde, cuja atividade central é a consulta médica. Parece ser ainda o direcionamento dado às atividades e à dinâmica dos serviços.

Para Ferriani (1994), a dinâmica do atendimento à população nas Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto-S.P., tem sido o pronto-atendimento, que não se fundamenta na história clínica dos pacientes, mas, sim, no problema e na queixa apresentada.

Oba (1996) relata em seu estudo sobre a assistência pré-natal, que as mulheres deparam com um atendimento, onde assistência médica é prática hegemônica e as consultas são basicamente em cima de queixas, condutas e realização de exames complementares. Não existe tempo nem espaço para fala e/ou questionamento das mulheres. A visão que se tem desta mulher está ligada aos aspectos biológicos e fragmentados.

Apesar do Plano Municipal de Saúde de 1994 apresentar as diretrizes políticas e garantir no artigo 115 inciso II, a organização dos programas de saúde segundo a realidade epidemiológica e populacional do município, garantindo um serviço de boa qualidade, o que se observa é a dicotomia entre o discurso oficial e a prática institucionalizada no que se refere ao acompanhamento pré-natal.

ABSTRACT: The present article presents the sociological analysis of the nursing profession, focussing the specificities of the profession on the basis of the component elements of a profession, according to the theoretical system of the sociology of professions. At the end of the 20th century and the beginning of the new millenium, nursing faces crucial questions for the profession, which bring back the need to restructure the strategic considerations that make up the political agenda of the nursing profession. Specific knowledge, professional qualification, particularities of the work process, monopoly of the professional exercise, and the configuration of the hierarchy of the nursing team are some of the items dealt within this article. As one of the essential professions in the health area, nursing needs to reach the next century with a new perspective, knowing how and in which conditions it will develop in a context of paradigmatic changes. Considering this new context, a political agenda for nursing professionals will have to contemplate the several aspects that make up a profession, that is, specific knowledge, exclusive labor market, form of organization, among others.

KEYWORDS: nursing profession, profession and health, specific aspects of nursing, nursing and work

RESUMEN: Este estudio fue realizado en dos Unidades Básicas Distritales de Salud en Ribeirão Preto- SP que están localizadas en la región central y oeste del municipio y dan asistencia a las gestantes. El objetivo del trabajo ha sido conocer e identificar los motivos y el perfil de las mujeres que utilizan esos servicios. Se ha utilizado el enfoque cualitativo. Se observa que los motivos de la búsqueda de una atención/asistencia prenatales han sido: proximidad de la Unidad de Salud a las casas de las mujeres, necesidad de un acompañamiento médico, oportunidad de utilizar las tecnologías disponibles (ultrasonografía, exámenes de análisis clínicos, odontología, medicamentos, etc.) y la preocupación para que la parturienta sea encaminada por un médico al hospital para realizar el parto. El perfil de las mujeres que utilizan esas Unidades Básicas es: índice muy bajo de escolaridad, poca renta familiar y ningún tipo de convenio médico, con lo cual dependen única y exclusivamente del Sistema Único de Salud para darles la asistencia y cuidados prenatales, para el momento del parto y en el consecuente puerperio.

PALABRAS CLAVE: enfermería obstétrica, asistencia prenatal y salud de la mujer

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.C.P. *O trabalho de enfermagem e a sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva-rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1991. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BRUSCHINI, C. O trabalho da mulher no Brasil: tendência recentes. In: SAFFIOTI, H.I.B. & VARGAS, M.M.(Org.) *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. p. 63-93.
- CARRANZA, M. Saúde reprodutiva da mulher brasileira. In: SAFFIOTI, H.I.B. & VARGAS, M.M.(Org.) *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1994. p. 95-150.
- DUGAS, B. W. *Enfermagem Prática*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.
- FERRIANI, M.G.C. *Percepções dos atores sociais que utilizam o Programa de Assistência de Saúde Escolar (PROASE) no Município de Ribeirão Preto: análise crítica*. Ribeirão Preto, 1994. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FINGER, W.R. Milone afectadas por morbididades maternas. *Network En Español*, Abril, p.08-12, 1994.
- MARCON, S.S. "Flashes" de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.5, n.4, p.43-54, 1997.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.
- NOGUEIRA, M.I. *Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.
- OBA, M.D.V. *Assistência pré-natal: uma assistência integral ou fragmentada?* Ribeirão Preto, 1996. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- OBA, M.D.V.; TAVARES, M.S.G. As mulheres e os receios vivenciados em sua trajetória obstétricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.49, n.4, p.569-580, 1996.
- _____. Assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-S.P.: sugestões e recomendações para ações futuras. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.16, n.1/3, p.35-42, 1997.

- _____. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto-S.P. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p.53-61, 1998.
- RIBEIRÃO PRETO. Secretária Municipal da Saúde. *Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher*, Ribeirão Preto, 1993. (mimeogr.)
- _____. Secretaria Municipal da Saúde. Equipe Técnica. *Plano Diretor de Saúde do Município de Ribeirão Preto-1994*, Ribeirão Preto, 1994.
- ROSEMBERG, F. A educação de mulheres jovens e adultas no Brasil. In: SAFFIOTI, H.I.B.; VARGAS, M. (Org.) *Mulher Brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. p.27-62.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Subprograma de Saúde da Mulher. Pré-natal*. São Paulo, 1986. v.2.
- SASS, N. et al. Pré-natal a melhor arma na prevenção da mortalidade materna por hipertensão arterial. *Femina*, v.23, p.851-856, 1995.
- TANAKA, A. C. d'A. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- TAVARES, M.S.G. *Reflexão crítica: a assistência à mulher no parto*. Trabalho apresentado no 1º Seminário sobre nascimento e parto no Estado de São Paulo. São Paulo, 12 a 14 de junho/96 (mimeogr.).
- TESTA, M. et al. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- VANIN, C. et al. Acompanhamento de gestação e puerpério. In: DUCAN, B. et al. *Medicina ambulatorial*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 117-23.