

PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E POLÍTICAS DE ATENDIMENTO À MULHER GRÁVIDA: estrutura de atendimento à saúde num bairro da cidade de Manaus – AM.

Gislane dos Santos Campos
Faculdade Metropolitana de Manaus
gislanecampos@gmail.com

RESUMO

Neste trabalho buscou-se fazer uma abordagem descritiva sobre a estrutura de atendimento às mulheres grávidas num determinado bairro da cidade de Manaus, relacionando tal atendimento às políticas públicas que definem o direito à saúde das mesmas. Para tanto, fez-se um levantamento literário acerca do tema, bem como, utilizou-se dados de entrevista de usuárias do sistema de saúde. Deste modo, procurou-se avaliar como estão disponibilizados os serviços de atendimento a saúde, fato que auxilia também no entendimento de como o processo saúde/doença ocorre, bem como verificar a efetivação dos direitos resguardados legalmente pelas mulheres. Assim, identificou-se elementos divergentes entre as relações estabelecidas no atendimento às grávidas e ao plano descritivo das políticas públicas associados a esse atendimento. A análise pautou-se também no estudo de gênero, buscando analisar o aspecto relacional da apropriação do espaço e sua influência na saúde de grávidas, procurando levar em consideração além dos determinismos biológicos. Portanto, na análise dos procedimentos referentes às estruturas assistenciais de saúde o que se evidencia é a negação do acesso aos direitos sociais por meio de serviços de baixa qualidade. Seja no âmbito hospitalar ou na atenção primária à saúde materna, encontram-se dificuldades, pois, o atendimento de fato existe, porém contraditoriamente, apenas no papel, isto porque o termo humanização atribuído pelo Ministério da Saúde, com raras exceções, são adotadas, sendo que a maior parte dos profissionais de saúde seguem procedimentos com base em relações sociais tradicionais que expressam desigualdades e desvalorização para com a vida humana.

Palavras-chave – Atendimento à saúde, espaço, mulher grávida e políticas públicas.

ABSTRACT

In this study we sought to make a descriptive approach to the structure of care to pregnant women in a certain neighborhood of the city of Manaus, relating to public service such policies that define the same right to health. As such, there is a literary survey on the topic as well, we used interview data from users of the health system. Thus, we sought to evaluate how services are made available to health care, a fact that also helps in understanding how the health/disease process occurs, as well as to verify the effectiveness of the rights legally safeguarded by women. This way, we identified divergent elements between the relations established in care for pregnant and descriptive terms of public policy associated with this service. The analysis also was based on the study of gender, trying to analyze the relational aspect of appropriation of space and its influence on the health of pregnant, attempting to take into consideration in addition to biological determinism. Therefore, the analysis of procedures relating to health care structures which can be seen is the denial of access to social rights through low quality of services. In the hospitals or the primary maternal health care, there are difficulties because the service does exist, however contradictorily, only on the paper, this is because the term humanization assigned by the Ministry of Health, with rare exceptions, are adopted, being that most of the health professionals has been followed procedures based on traditional social relations that express inequalities and devaluation toward human life.

Keywords – Health care, space, pregnant women and public policy.

INTRODUÇÃO

Para fazer uma abordagem Geográfica do atendimento à saúde da mulher grávida relacionado ao desempenho do papel das políticas públicas no processo saúde/doença, demanda-se uma atenção específica quanto ao modo de efetivação que as unidades de atendimento se propõem a atender e como elas são realizadas de fato.

Esse trabalho buscou identificar elementos divergentes entre as relações estabelecidas no atendimento às grávidas e ao plano descritivo das políticas públicas associados a esse atendimento.

Assim, foi-se feito levantamento literário acerca do tema e utilização de dados de entrevista de usuárias do sistema de saúde. Dessa forma, a análise pautou-se também no estudo de gênero, buscando analisar não as diferenças físicas, mas aspecto relacional da apropriação do espaço e sua inferência no âmbito da saúde de grávidas. E, por esse aspecto, os estudos sobre gênero e saúde impõem levar em consideração novos paradigmas para além dos determinismos biológicos e dessa forma esse “novo conceito propiciou o alargamento do campo de conhecimento sobre os esquemas tradicionais de análise de dominação” (COSTA, 2001, p.114).

Na análise dos procedimentos referentes às estruturas assistenciais de saúde o que se vê é a negação do acesso a direitos sociais por meio dos serviços de baixa qualidade seja no âmbito hospitalar ou na atenção primária, incorporado à questão do gênero feminino e à saúde materna permite sua avaliação através da diferenciação de seu acesso e uso, ou seja, no âmbito relacional com a produção do espaço. Deste modo, objetivou-se descrever e discutir sobre a estrutura de atendimento às mulheres grávidas num determinado bairro da cidade de Manaus, relacionando tal atendimento às políticas públicas que definem o direito à saúde das mesmas.

CONDIÇÕES CONTEMPORÂNEAS DAS MULHERES – MATERNIDADE E SAÚDE.

Por milênios, o corpo da mulher fora vigiado pela Igreja e por alienistas; hoje seu algoz é também o capitalismo (LIMA, 2009).

Com a consolidação do capitalismo e a inserção da mulher ao mercado de trabalho surgiram mudanças expressivas nos moldes da organização do gênero dentro do ambiente de trabalho. Relegadas antes apenas ao espaço privado, a mulher passa a ser incorporada ao mercado como forma de exploração de sua mão-de-obra, pois, seu acesso ao ambiente público ainda guardava o estereótipo das diferenças sexuais biológicas.

Segundo Pinheiro (2008) a introdução das máquinas no processo de produção tornou a força muscular dispensável, propiciando a inserção de mulheres no processo produtivo, o que lhe inseriu outra utilidade, como produtora de bens materiais de consumo e reprodutora de braços fabris por sua condição de procriar.

Essas transformações estruturais de mercado facilitaram a exploração do feminino enquanto força de trabalho “barata”. Por sua condição de responsável pelos cuidados familiares com o lar e os filhos, as mulheres passam a ocupar postos desqualificados e menores remunerados. A opressão à mulher “vem do sistema de classe sexual que se inicia na família biológica e se expande na divisão sexual hierárquica da sociedade e nos papéis sexuais que são atribuídos a um e outros” (MARIA CRUZ, 2005 *Apud* LIMA, 2009, p. 15).

Foi a partir da década de 1960 por meio dos movimentos feministas ocorridos neste período, que se permitiu a formulação de bases teóricas para sustentação da crítica ao androcentrismo. Aliado às lutas por igualdade de direitos, os estudos sobre a mulher tornaram-se referência teórica na orientação da área de saúde reprodutiva.

“A proteção da saúde materno-infantil no Brasil teve seu marco principal na década de 1920, utilizando como referência a reforma sanitária de Carlos Chagas” (DUARTE e ANDRADE, 2008, p.133). Com a criação do Ministério da Saúde em 1953 foram coordenadas

campanhas de assistência materno-infantil em todo o Brasil, mas foi na década de 1970, por meio do documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que se estabeleceu programa de assistência ao parto, ao puerpério e à gravidez de alto risco.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2001, p.15).

Em 1984 o Ministério da Saúde implementa o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que estabelecia assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, independente da situação de gravidez já que os programas anteriores se limitavam ao atendimento gravídico-puerperal (OSIS, 1998). “[...] A luta por direitos reprodutivos era entendida como própria da mulher, embasando um conjunto de serviços que viria a se consolidar como Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PAISM), [...] (COSTA, 2001, p. 112).

De acordo com Costa (2001) a avaliação quanto aos resultados do PAISM apontam para os problemas gerados por sua arquitetura ao recriar as obrigações femininas dentro de seu ciclo de reprodução assim, o conseqüente apartamento masculino dessa experiência, que deveria ser comum a ambos os sexos, e muito embora, os índices de mortalidade materna e perinatal houvessem diminuído inicialmente, um novo aumento fez questionar sua eficiência. As análises referentes ao PAISM originaram mudanças que culminou com a construção em 2003 da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Uma das principais estratégias pauta-se na “humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal, com destaque para o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)” (DUARTE e ANDRADE, 2008, p.134).

Considerado como produto, condição e meio das relações sociais o espaço urbano (CARLOS, 2001) incorporado à questão do gênero feminino e à saúde materna permite sua avaliação através da diferenciação de seu acesso e uso cotidiano.

Assim, na análise dos procedimentos referentes às estruturas assistenciais de saúde o que se vê é a negação do acesso a direitos sociais por meio dos serviços de baixa qualidade seja no âmbito hospitalar ou na atenção primária.

O termo humanização atribuído pelo Ministério da Saúde ao PHPN com intuito de melhorar as condições de atendimento, por meio da mudança de atitude dos profissionais que assistem as mulheres grávidas e puérperas, com raras exceções são adotadas. Porém, a maior parte dos profissionais de saúde adotam procedimentos com base em tradicionais relações sociais de classe, raça e gênero que expressam desigualdades pela desvalorização continuada da vida humana (COSTA, 2001).

É fundamental que os profissionais criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, principalmente a gestante trabalhadora, que contribui para a manutenção financeira da família e divide o tempo entre o trabalho e a assistência à saúde (DUARTE e ANDRADE, 2008, p.134).

De acordo com Costa (2001) as redefinições dos padrões de proteção social, sobretudo no setor público, impostas pelas prescrições neoliberais, subordinadas àquelas condições materiais e espirituais, têm reforçado, com apoio de muitos, a privatização dos serviços. A autora também ressalta que as condições perversas advindas de tais prescrições neoliberais estão igualmente impostas no ato de tratar, pois na área de saúde reprodutiva, a “assistência prestada ao ciclo gravídico-puerperal pelo Sistema Único de Saúde deformou-se, numa intensa fragmentação” (COSTA, 2001, p.119) que levam mulheres com poucos recursos financeiros e de

alto risco, à perambulação de hospital em hospital em busca de atendimento. Tem-se o caso da R. A. T., 34 anos, 7^a gravidez, que no quinto mês de gestação, sentiu leve sangramento e notou que seu bebê não estava se movimentando, esse motivo a levou a procurar uma maternidade, na qual descobriu que havia perdido seu bebê, porém para confirmar era necessário fazer um exame de ultrassonografia e nesse hospital não havia equipamento, fora encaminhada para outra maternidade centro de referência em Manaus, fez o exame, contudo, o médico prescreveu o medicamento para que a mesma utilizasse em casa. Não conformada com o tratamento fornecido ao seu caso, procurou outra maternidade, no qual foi finalmente atendida com os procedimentos adequados a seu problema, sua peregrinação durou dois dias. Essa mesma fragmentação é encontrada na atenção primária, e dentro deste quadro de “atendimento”, também está o atendimento dos diferentes médicos que assistem a grávida durante todo seu período gestacional, dificultando a adesão desta ao programa de atendimento pré-natal.

O bairro Jorge Teixeira apesar de não possuir estruturas das mais adequadas, comporta um núcleo assistencial voltado à saúde da mulher, porém, a demanda é intensa e a insuficiência do atendimento médico é absurdamente constante. Exemplificando, a consulta para ginecologista obstetra é agendada no início de cada mês para a grávida ser assistida entre 30 e 60 dias depois. Isto porque a médica presta serviço em outros postos de saúde dentro da cidade. Este assunto geraria outra discussão profunda acerca da qualidade e quantidade do atendimento à saúde, haja vista, que entre as maiores reclamações referentes à consulta médica está na rapidez das consultas, contraditoriamente ao tempo de espera para isto.

É importante ressaltar que as dificuldades no atendimento, desmotivam as mulheres a cuidarem melhor de sua saúde e das grávidas a continuarem seu acompanhamento pré-natal.

CARACTERÍSTICAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE NO BAIRRO JORGE TEIXEIRA EM MANAUS-AM

Para ter um melhor entendimento acerca das doenças socialmente produzidas é necessário verificar como elas se processam na coletividade, e não só pelo estudo de suas características nos indivíduos. Assim, não é estudando apenas as especialidades apresentadas no indivíduo que se compreenderão os processos que envolvem as doenças, pois sua natureza social se apresenta no modo constitutivo de adoecer e ocorrem por motivos diversos dentro de um quadro conjuntural específico favorável a enfermidade.

Neste caso, avaliar como estão disponibilizados os serviços de atendimento a saúde auxilia também no entendimento de como o processo saúde/doença ocorre dentro de um bairro, por exemplo. Aqui buscou-se descrever também a distribuição espacial do atendimento de saúde dentro do bairro Jorge Teixeira localizado na zona leste da cidade de Manaus – Amazonas. Na figura 01, estão demonstrados os pontos de atendimentos dentro do bairro Jorge Teixeira. Estes pontos de atendimentos dividem-se em módulos de saúde, unidades básicas de saúde, policlínicas e unidades de saúde da família, compondo 10 (dez) postos de atendimento de saúde.

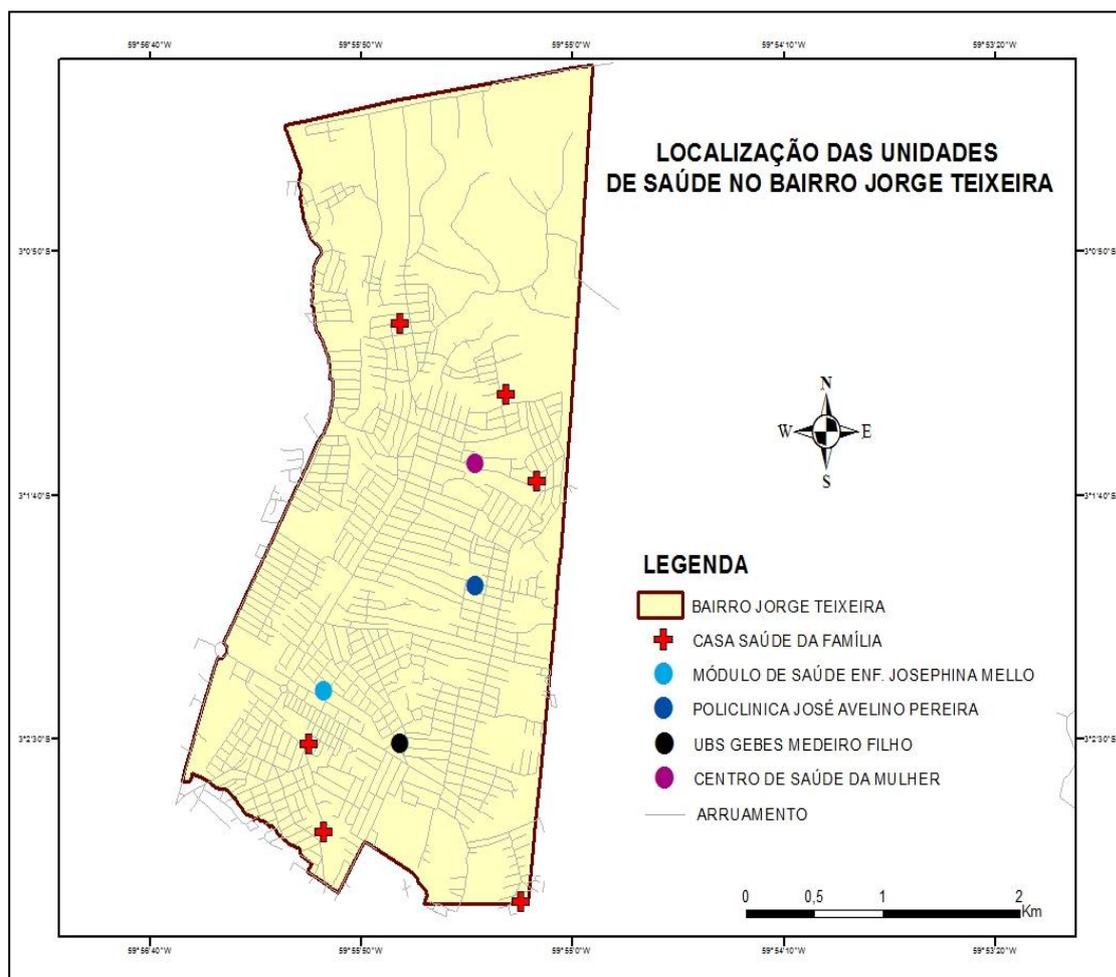


Figura 01: Distribuição das Unidades de Saúde no Bairro Jorge Teixeira.
 Fonte: Prefeitura Municipal de Manaus, 2005; Coleta em trabalho de campo.

Dentro do perímetro do bairro Jorge Teixeira, como se apresentou na figura 01 estão distribuídos o Distrito de Saúde Leste (DISA LESTE) e os postos de atendimento que na figura 02 estão discriminados:

DISTRIBUIÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE NO BAIRRO JORGE TEIXEIRA		
MÓDULO	Módulo de Saúde da Família Enfª Josephina de Mello	Rua Cupiúba, 232, Jorge Teixeira I
UBS/PA	Dr. Gebes Medeiros Filho	Rua dos Pirarucus, Nº 100, Jorge Teixeira III
POLICLÍNICA	Dr. José Avelino Pereira	Rua Cravinho, 13, João Paulo II (2ª etapa).
UBS	Casa de saúde da mulher Dr. Waldir Bugalho de Medeiros	Rua 07 de Setembro, S/N, Jorge Teixeira IV
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	L-01	Rua Sumaré, s/nº - Valparaíso
	L-02	Aglomerado Gergelim - João Paulo II (3ª etapa), s/nº
	L-13	Rua Q, nº 97 - Loteamento Santa Inês
	L-21	Rua São Paulo, s/nº - Jorge Teixeira (4ª etapa - Cidade

		Alta)
	L-22	Rua das Tulipas, s/nº - Jorge Teixeira (1ª Etapa)
	L-26	Rua das Angélicas, nº 08 – Jorge Teixeira I

Figura 02: Distribuição do atendimento à saúde no bairro Jorge Teixeira.

Fonte: Secretária Municipal de Saúde – DISA Leste, 2011.

De acordo com a distribuição dos serviços de atendimento à saúde demonstrados na figura 02 observa-se a utilização de diferentes nomenclaturas para operacionalização das ações prestadas. Essas nomenclaturas compõem as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde e são regulamentadas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95. Diário Oficial da União de 29 jan e NOAS – SUS 01/2002 (Portaria MS/GM n. 373. Diário Oficial da União 2002; 27 fev) na organização da regionalização da assistência à saúde no Brasil.

A descentralização do SUS em 1988 previu um contato maior com a realidade social, política e administrativa do País, e com suas especificidades regionais. Através do pacto de responsabilidades assumido em 2006 pelas três esferas administrativas, federal, estadual e municipal, as diretrizes operacionais pactuadas têm como meta alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

Baseado em princípios doutrinários de universalidade, a equidade e a integralidade, a criação do SUS apontou como principais diretrizes organizacionais, a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios: a municipalização.

Por isso, ao longo do seu processo de consolidação, estados e municípios vêm assumindo novas responsabilidades na provisão de serviços de saúde.

A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde e trazia como ideia-força, para um novo desenho organizacional, a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade — equidade e integralidade de ações — às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada (GONDIM *et al*, 2008, p.4).

A principal meta dessa estratégia é a tentativa de transformar os municípios em unidades gestoras promovendo a identificação e a busca de soluções para os “problemas de saúde com os lugares onde eles acontecem” (ANDRADE, 2002, p.10). Unido ao processo de regionalização e municipalização surge a proposta de estruturação dos Distritos Sanitários funcionando como uma tática operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde.

Essa unidade organizacional mínima do sistema de saúde deveria ter uma “base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior” (GONDIM *et al*, 2008, p.6), tendo a capacidade de resolver todas as necessidades em saúde da população de seu território.

A implantação dos distritos sanitários em Manaus iniciou-se apenas em 2005 e implicou na reestruturação das áreas de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) na cidade. A distritalização culminou na união das redes de assistência das gestões estaduais e municipais que conviviam num paralelismo competitivo por divergências políticas-administrativas (SILVA *et al*, 2010).

O PSF foi criado junto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Sua estratégia é definida a partir de um recorte territorial correspondente à área de atuação

das equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro do número de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas) (BRASIL, 2006), podendo compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas.

Em Manaus a gestão de atendimento à saúde nos bairros está vinculada aos Distritos de Saúde (DISA) divididos em quatro regiões norte, sul, leste e oeste. A atenção prioritária de gerenciamento dos distritos concernentes ao atendimento dos postos de saúde a ele vinculado está voltada para o cuidado da saúde individual e coletiva de caráter preventivo, assistência ambulatorial especializada e atenção emergencial.

O DISA Leste possui vários postos de atendimento à saúde dentro de sua delimitação territorial agrupando vários bairros neste perímetro. No Bairro Jorge Teixeira, esses postos de atendimentos estão divididos entre as casinhas do PSF, policlínica e módulo de saúde da família.

Esse modo de atendimento nos remete reflexão da discussão sobre a fragmentação do serviço de saúde, mas principalmente a humanização prevista neste atendimento onde grande parte dos profissionais de saúde adotam procedimentos que desvalorizam a vida humana.

A Policlínica José Avelino Pereira passou por um longo período de reforma, e ao ser reativada suas novas instalações abrigaram serviços de atenção básica e odontológica. Contudo, a grande demanda populacional do bairro que necessita de seus serviços, faz com que se comercializem as vagas na fila que se forma nas primeiras horas da manhã.

As queixas das grávidas neste caso são a respeito de sua inserção ao programa pré-natal, visto que a quantidade de gestantes que procuram o serviço são maiores que o número disponibilizado para o primeiro atendimento. M.S.C., 33 anos, 7ª gravidez, afirma que “só consegue atendimento médico porque mora perto do posto de saúde, e vai para a fila antes de amanhecer, de outro jeito, não seria possível”.

A falta de médicos para atender a população moradora do Jorge Teixeira é evidente e constantemente presente nas reclamações das mulheres. A casa de saúde da mulher Waldir Bugalho, por exemplo, era para ser um centro de referência dentro do distrito de saúde, porém o que se evidencia são mulheres à margem de um serviço deficiente no qual a espera pelo atendimento clínico pode levar até dois meses, sendo que sua consulta após esse longo período de espera, pode ser efetivada em apenas 5 minutos. A. N. P., 25 anos, 4ª gravidez, apesar de morar mais próximo a Casa de Saúde da Mulher preferia ir na UBS Gebes Medeiros Filho, porque a médica deste posto disponibilizava mais atenção ao seu caso, verifica-se a sensibilização pelo qual a mulher em estado gestacional passa.

Há uma exceção, as Casas de Saúde da Família (CFS) espalhadas pelo bairro são um dos serviços de saúde que mais auxiliam as mulheres dentro do conjunto geral de atendimento básico. G. C. Z., 18 anos, 1ª gestação infectada pelo plasmódio da malária, afirma que “as agentes vêm todo mês pra fazer o exame de malária”.

O início da operacionalização em Manaus do PSF foi nos anos de 1999 e 2000 com a instalação das Casas Médico da Família (PMF) tendo como “objetivo inicial estender a cobertura da atenção em saúde, por meio das ações básicas restritas às famílias residentes em áreas desassistidas” (SILVA *et al* 2010, p.596).

Embora inicialmente não tenham sido adotadas as diretrizes nacionais previstas pelo Ministério da Saúde por relutância do gestor municipal da época, em 2001 o PSF fora reestruturado a fim de tornar-se equivalente com as normas nacionais, e “facilitar seu reconhecimento pelo Ministério da Saúde e fazer jus aos incentivos financeiros do Piso da Atenção Básica (PAB) variável” (SILVA *et al*, 2010, p.596).

Ainda que nas documentações apresentassem prioridades no planejamento em saúde no município de Manaus, as ações adotadas pelo dirigente municipal da época de sua implementação mostraram o contrário.

Apesar das muitas afirmações documentais de que a AB representava uma prioridade no planejamento em saúde no município de Manaus, elas não se confirmaram nem no conjunto das ações programadas para o município nem na alocação de recursos

humanos. Por exemplo, para o período estudado, as Unidades de Saúde da Família (USF) representavam 70% de unidades da rede de serviços, mas contavam com apenas 34% da mão de obra de nível superior alocada no sistema municipal de saúde. Os dados evidenciaram também que, em 2004, do total de repasses do Ministério da Saúde, 28,3% foram destinados à AB, um percentual mais elevado que os 10,9% do orçamento municipal para a saúde que foram aplicados em AB (SILVA, *et al* 2010, p.597).

No do bairro Jorge Teixeira localizam-se seis unidades do PSF. As equipes das unidades de saúde são compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e sete a doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cada ACS fica responsável em cadastrar um número determinado de famílias. Este número fica em torno de 150 famílias ou 750 pessoas dentro do território de abrangência do agente. Este deve pertencer à comunidade onde realiza seu trabalho. Neste sentido, entende-se porque as grávidas, principalmente as mais jovens tenham preferência por este atendimento. O trabalho dos ACS é essencial na detecção das enfermidades, pois o contato direto com a família faz com que haja mais confiança paciente / profissional de saúde facilitando a continuidade do tratamento quando detectado algum problema de saúde.

Silva *et al* (2010), descrevem o estudo de análise dos sete anos de implantação do PSF em Manaus, no qual procura contextualizar sua a gênese no município, suas características, contradições e limitações, investigando se o programa construiu apenas uma trajetória de extensão de cobertura ou contribuiu efetivamente para a reorganização do modelo de atenção básica à saúde. Neste sentido, identifica-se que suas conclusões não são distantes dos apontamentos indicados pelas grávidas arroladas neste estudo.

Segundo relato das grávidas, dentre as dificuldades por elas enfrentadas dentro do programa de atenção a saúde está o atendimento especializado, pois nem sempre se pode contar com a figura do médico (sendo muitas vezes substituída pela enfermeira), a falta de medicamentos e exames também são constantes em suas queixas. De acordo com o trabalho de Silva *et al* (2010), a precarização dos vínculos empregatícios aliados a falta de profissionais qualificados tornam o sistema carente neste tipo de assistência. S. C. A., 33 anos, 6ª gravidez, diz que é sempre a agente de saúde que faz seu atendimento, só consulta com o médico quando vai na Policlínica José Avelino.

Em contrapartida o trabalho dos ACS sempre foi elogiado pelas assistidas. Destaque também no relato do estudo de Silva *et al* (2010), no qual se faz este paralelo. A ênfase do trabalho dos ACS se efetiva por este conhecer bem os problemas de saúde da população atendida, e por manter um bom relacionamento com as famílias sob seus cuidados. Assim, tem-se até aqui, apenas um pequeno perfil descritivo dos serviços de saúde ofertados dentro do bairro Jorge Teixeira como parte do entendimento do processo saúde/doença das grávidas.

Mesmo estando no mesmo distrito gestor a organização dos serviços de atendimento à saúde do Jorge Teixeira é deficiente em sua estruturação, principalmente quando se refere ao atendimento médico, evidenciando que a falta deste profissional desestrutura todas as ações e práticas pré-estabelecidas, por mais que as mesmas sejam permeadas de sustentação metodológicas.

Ainda de acordo com Silva *et al* (2010), os entraves dos modelos de Atendimento Básico são reflexos dos conflitos das gestões nas duas redes de atendimentos (estadual e municipal) que disputavam a hegemonia na prestação de seus serviços. Esta situação se apresenta na penalização dos usuários de saúde que necessita de maior efetividade na atenção voltada a saúde.

Portanto, verifica-se aqui a importância de analisar a relação do processo de adoecer com o espaço de atendimento, não apenas das mulheres grávidas, mas numa contextualização geral, haja vista que o processo saúde/doença possui características biológicas, como também uma natureza humana que se revela por meio da vida em sociedade produzida e reproduzida no espaço que é produto do meio. Para Carlos (2001, p.11), “o espaço é condição, meio e produto da realização da sociedade” que ao produzir sua existência reproduz continuamente o seu próprio espaço, este se materializa nas formas de apropriação e utilização. Sendo assim, avaliar a

efetividade das políticas de atendimento às grávidas possibilita verificar que adoecer não está apenas ligado a um contexto socioeconômico, mas também com seus aspectos infraestruturais de atendimento à saúde, bem como, ao atendimento humanizado ao qual tem sua plenitude de direitos que são resguardados pelos instrumentos legais, mas que infelizmente por diferentes fatores lhe são negados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na abordagem sobre a estrutura de atendimento às mulheres grávidas relacionando às políticas públicas que definem o direito à saúde das mesmas argumentou-se sobre vivenciar espacialmente toda a estrutura social a qual lhe resguarda os instrumentos legais e que é negligenciada pelos que deveriam aplicá-los. Nota-se assim, que há elementos divergentes entre as relações estabelecidas no atendimento às grávidas e ao plano descritivo das políticas públicas associados a esse atendimento. A mulher, mesmo com todas as conquistas de ordem social ainda sofre com sua constituição biológica no que se refere ao fato de procriar, pois as mesmas passam por dificuldades, em atendimentos de baixa qualidade, seja no âmbito hospitalar ou na atenção primária à saúde materna. O bairro Jorge Teixeira apesar de não possuir estruturas das mais adequadas, comporta um núcleo assistencial voltado à saúde da mulher, porém, a demanda é intensa e a insuficiência do atendimento médico é constante, obrigando as mesmas a perambularem em busca de serviços de saúde que atendam suas necessidades, fazendo com que as desmotivem a cuidarem melhor de sua saúde e das grávidas a continuarem seu acompanhamento pré-natal. É preciso ter qualidade de vida que correspondam à satisfação das necessidades básicas e não básicas, materiais e imateriais, pois adoecer não está apenas ligado a um contexto socioeconômico. O direito a cuidar da saúde está resguardado a todo cidadão pelos instrumentos legais. É preciso fazer valer tal premissa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. 5.^a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010, p. 119-123.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Editora MS, 2006.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. *Espaço-tempo na metrópole: A fragmentação da vida cotidiana*. São Paulo: Contexto, 2001.

COSTA, Suely Gomes. Saúde, gênero e representações sociais. In: MURARO, Rose Marie; PUPPIN, Andrea Brandão. *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Faperj, 2001, p. 112-123.

DUARTE, Sebastião Júnior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. O Significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, vol. 17, n.º 2, 2008, p. 132-139.

GONDIM, Grácia M. M; MONKEN, Maurício; ROJAS, Luisa Iñiguez; BARCELLOS, Christovam; PEITER, Paulo; NAVARRO, Marli; GRACIE, Renata. O território da saúde: A

organização do sistema de saúde e a territorialização. In: *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema, novas questões. *Terra livre*, 17: 155-170, 2001.

LIMA, Vivian Silva. *Produzidas no Polo industrial de Manaus: experiências de mulheres trabalhadoras*. Brasília, 2009. Dissertação. Mestrado no Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica e Cultura. Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, UNB.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):25-32, 1998.

PINHEIRO, Lady Mariana Siqueira. *As mulheres do Prosamim: gênero, ambiente e cidade*. Manaus, 2008. Dissertação. Mestrado em Ciências Ambientais na Amazônia. PGCASA/CCA/Ufam.