

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MICHELI REGINA ETGES

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA SAÚDE
SUPLEMENTAR: percepções das usuárias**

Porto Alegre

2007

MICHELI REGINA ETGES

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR: percepções
das usuárias**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof. Dra. Dora Lúcia de Oliveira

Porto Alegre

2007

RESUMO

A assistência à saúde realizada pela saúde suplementar no Brasil alcança elevada magnitude quando considerado o número de beneficiários de tal subsetor de saúde, cerca de 42 milhões de pessoas. Conhecer a atenção pré-natal neste subsetor é pertinente tanto pela representatividade que o conjunto de mulheres usuárias dos serviços possui neste subsetor quanto pelas altas taxas brasileiras de mortalidade materna e neonatal, as quais sofrem influência do tipo de atendimento prestado às gestantes durante a atenção pré-natal. Assim, o objetivo do presente estudo consiste em conhecer a percepção de mulheres que vivenciaram a atenção pré-natal nos serviços de saúde do subsetor suplementar sobre a qualidade desta atenção. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com dez sujeitos e analisadas através de uma categorização descritiva. Os resultados mostram que, para as entrevistadas, não há diferença significativa entre as concepções de qualidade idealizadas para um serviço de saúde, seja ele público ou privado, ou ainda, um serviço que se situe no contexto de práticas em saúde em geral ou especificamente no campo do pré-natal. Especificadamente na atenção pré-natal, a percepção das entrevistadas sobre a qualidade do atendimento recebido foi referida como satisfatória, na medida em que supriu suas necessidades e expectativas. Suas experiências permitiram considerar que a atenção pré-natal no subsetor suplementar está sendo realizada, em parte, conforme as recomendações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

Descritores: Saúde suplementar; Cuidado pré-natal; Qualidade da assistência à saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Caracterização das entrevistadas.....27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Questões Norteadoras	9
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 Saúde Suplementar.....	10
3.2 Atenção Pré-Natal	14
3.3 Qualidade em Saúde.....	17
4 CAMINHO METODOLÓGICO	21
4.1 Tipo de Estudo	21
4.2 Campo de Estudo.....	21
4.3 Sujeitos do Estudo	22
4.4 Coleta de Dados	23
4.5 Análise dos Dados	24
4.6 Aspectos Éticos	24
5 COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	26
5.1 Descrição dos sujeitos participantes do estudo	26
5.2 Concepções de ‘qualidade dos serviços de saúde’ e ‘qualidade da atenção pré-natal’	29
5.3 Experiências na atenção pré-natal do subsector suplementar: com a palavra as usuárias	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista.....	61
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62

ANEXO – Carta de Aprovação do GPPG.....63

1 INTRODUÇÃO

A saúde suplementar é caracterizada por atividades de assistência à saúde realizadas por instituições privadas e destinadas à população que possua planos e seguros de saúde. A atenção em saúde desenvolvida em instituições privadas de saúde é contemplada na Constituição Federal de 1988, afirmando que a assistência à saúde pode ser livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988). Segundo a Lei Orgânica da Saúde (LOS), essa assistência deve estar direcionada à promoção, proteção e recuperação da saúde da população que a acessa (BRASIL, 1990) e o funcionamento dos serviços privados deve corresponder aos princípios éticos e às normas expedidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Na década de 80, em virtude da renúncia das competências do Estado na área de saúde, evidenciada pelo racionamento das ações de saúde e pela redução da qualidade dos serviços públicos de saúde, os serviços privados começaram a expandir seu campo de atuação. Essa expansão se deu através da comercialização de planos de saúde por empresas privadas, que buscavam atingir indivíduos insatisfeitos com os serviços públicos de saúde e que tivessem condições de custear as alternativas de assistência privada à saúde (FARIAS, 2001).

Em 1998, é promulgada a Lei 9.656, com o objetivo de regular a saúde suplementar e, em 2000, através da Lei 9.961, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (OCKÉ-REIS, 2003), com o objetivo principal de promover a concorrência e assegurar os direitos do consumidor (BRASIL, 2000c). Além disso, tem competência para incentivar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2000c).

A saúde suplementar contava, em dezembro de 2005, de acordo com dados do Sistema de Informações de Beneficiários/ANS com 42 milhões e 64 mil beneficiários (BRASIL, 2006c), ou seja, 22,84% da população brasileira (BRASIL, 2006c). O atendimento aos seus beneficiários compreende aproximadamente duas mil empresas operadoras e milhares de profissionais (BRASIL, 2006c). Os números evidenciam a ampla magnitude da assistência provida pela saúde suplementar no Sistema de Saúde Brasileiro.

Neste cenário, a saúde suplementar constitui um campo de pesquisa amplo e necessário, principalmente, no tocante às experiências dos usuários do sistema e a sua percepção com relação à qualidade dos serviços.

Segundo o Caderno de Informação de Saúde Suplementar (2006a), do total de beneficiários no Brasil, 53,42% são mulheres, sendo que esse índice é maior ainda nos contratos individuais, onde 59,01% dos beneficiários são mulheres.

No Rio Grande do Sul, aproximadamente 19% da população geral do estado utiliza os serviços do subsetor suplementar, sendo que, desse contingente, 42% residem em Porto Alegre e 30% são mulheres na faixa etária reprodutiva (BRASIL, 2006d). Cerca de 59% dos atendimentos no subsetor suplementar no estado do Rio Grande do Sul são obstétricos (BRASIL, 2006b), o que indica a importância do atendimento pré-natal e ao parto no contexto do segmento privado de atenção à saúde no Brasil.

Neste sentido, o presente trabalho busca conhecer as experiências das mulheres usuárias da saúde suplementar durante o processo de atenção pré-natal, no que diz respeito às suas percepções sobre a qualidade dessa atenção.

Além da questão da representatividade da população feminina que acessa o sistema, o enfoque na atenção obstétrica é também pertinente em função das altas taxas brasileiras de mortalidade materna e neonatal. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS, 2005), a mortalidade materna foi estimada, em 2001, em 63,6 óbitos por causas maternas por cem mil nascidos vivos e, no caso das crianças, 18,3 a cada mil nascidos vivos morrem antes de 28 dias. Em 2001, as taxas de mortalidade infantil no Brasil chegaram a 27,4%, apresentando fortes desigualdades entre as regiões do país, uma vez que alcançava os 43% no Nordeste e 16,4% na região Sul (OPAS, 2005). Essas taxas poderiam ser diminuídas com a melhoria da cobertura e da qualidade da atenção pré-natal, tanto nos serviços privados quanto nos públicos. A atenção pré-natal consiste em um momento fundamental para a garantia de saúde materna e fetal. Essa atenção deve ser qualificada, garantindo condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. Além disto, é imprescindível que a atenção pré-natal extrapole o campo da assistência, desenvolvendo, também, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2005b).

Pesquisar o atendimento prestado às mulheres no pré-natal no contexto dos serviços privados é, portanto, importante para dar visibilidade à qualidade desta atenção, o que deve interessar tanto aos usuários/usuárias destes serviços quanto aos profissionais da saúde.

A relevância específica do estudo para a enfermagem se relaciona à representatividade dos hospitais privados, os quais correspondem a 65% do total de hospitais brasileiros (OPAS, 2005) como campo de trabalho para enfermeiras. Embora, na maior parte

dos casos, as enfermeiras não atuam diretamente no campo da saúde suplementar, uma vez que ainda não é garantida a sua posição como profissionais autônomas, a enfermagem integra a equipe de saúde dentro de instituições e organizações privadas prestadoras de serviços. O estudo do subsetor suplementar deve fornecer, assim, subsídios para que as enfermeiras que participam destas equipes conheçam melhor a lógica que vem orientando o funcionamento dos serviços em que se acham inseridas. Este conhecimento é fundamental para o posicionamento crítico da enfermagem em relação ao atendimento que vem sendo prestado à população, do qual são partícipes e, portanto, responsáveis.

2 OBJETIVOS

A seguir apresenta-se o objetivo e as questões norteadoras do presente estudo.

2.1 Objetivo Geral

- Conhecer a percepção de mulheres que vivenciaram a atenção pré-natal em serviços do subsetor de saúde suplementar sobre a qualidade desta atenção.

2.2 Questões Norteadoras

- Quais as experiências destas mulheres enquanto sujeitos da atenção pré-natal no contexto da saúde suplementar?

- Como elas qualificam esta atenção?

- Quais as suas concepções de ‘qualidade dos serviços de saúde’ e ‘qualidade da atenção pré-natal’?

3 REVISÃO DE LITERATURA

Tendo em conta os objetivos do presente estudo, foram considerados como seus eixos teóricos: saúde suplementar, atenção pré-natal e qualidade em saúde. Uma revisão da literatura sobre tais temáticas é importante, na medida em que é na literatura que se encontram os subsídios para a construção e justificativa do objeto de pesquisa, além do suporte para a análise e interpretação dos dados.

3.1 Saúde Suplementar

O Sistema de Saúde, no Brasil, está composto pelos segmentos público e privado. O subsetor público-estatal compreende as ações e serviços próprios do SUS, ou seja, serviços prestados pelo Estado. No setor privado, temos o subsetor complementar e suplementar. O subsetor complementar se caracteriza por atuar de forma a complementar a assistência prestada pelo SUS, através da assinatura de convênios ou contratos, assegurados pela LOS 8.080/90, passando a integrar o sistema público e devendo, então, seguir as diretrizes e princípios que norteiam o SUS (BRASIL, 1990).

Já a saúde suplementar é caracterizada pela assistência na qual o financiamento é unicamente exercido pelo usuário, regendo-se assim, por princípios de direito privado (REIS, 2003). O subsetor de saúde suplementar é constituído por três elementos: as operadoras, os prestadores de serviço e os beneficiários (PINTO; SORANZ, 2004). Segundo a Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, no seu artigo 1º, operadoras são “pessoas jurídicas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidades de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato” de plano privado de assistência à saúde (BRASIL, 2001, p.1) Nesse contexto, os prestadores de serviços são médicos, dentistas e outros profissionais, além de hospitais, laboratórios e clínicas que oferecem seus serviços às operadoras de planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2006a). Beneficiário refere-se ao indivíduo que possui plano privado de assistência à saúde através de um contrato realizado com uma operadora (BRASIL, 2006a).

O campo do subsetor de saúde suplementar compreende aproximadamente 2.723 organizações de planos privados de saúde, 3.650 prestadores de serviços, exceto clínicas de

diagnóstico, consultórios e congêneres, uma quantia de 32.252 planos privados de saúde para uma população de 35 milhões de consumidores, que movimentam cerca de R\$ 23 bilhões anualmente (VIEIRA; VILARINHO, 2004).

No contexto histórico da saúde suplementar no Brasil, a percepção econômica de mercado na área de assistência à saúde iniciou em 1930 e fortaleceu-se no final da década de 1950 (VILARINHO, 2003). Em 1923 são criadas, através da lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), sistema de previdência social que direcionava a assistência médica aos trabalhadores empregados em empresas de estrada de ferro. Essa assistência médica das CAP's provinha, em boa parte, da locação de períodos de trabalho de médicos privados em seus consultórios (VILARINHO, 2003). Em 1930, Getúlio Vargas unificou as CAP's e incorporou todos os trabalhadores do mercado formal urbano nos chamados Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), que eram os únicos provedores de assistência médica do país, afora algumas entidades filantrópicas (VILARINHO, 2003).

A partir dos anos 50, inicia o processo de industrialização no país, com a instalação de empresas estrangeiras no parque industrial brasileiro, ocorrendo, concomitantemente, a impulsão do setor privado de saúde autônomo, através de sua contratação para garantir a assistência médica aos empregados destas corporações estrangeiras. Isto resultou no estímulo à formação das primeiras organizações privadas, voltadas à prestação de serviços de saúde (VILARINHO, 2003).

No regime militar ocorre novo estímulo ao crescimento do setor privado de saúde, através do Decreto-Lei nº200, que permitia ao estado a contratação de serviços de empresas médicas para a implantação de projetos e programas de responsabilidade do Estado (VILARINHO, 2003). Assim, segundo Vilarinho (2003), ocorreu um conjunto de ações, tanto de setores privados como públicos, que induziu a criação de um modelo assistencial médico-hospitalar direcionado a um segmento da população de mão-de-obra especializada, de alta renda e com capacidade de pressão política.

Mais tarde, a partir da década de 1970, o fracasso do governo brasileiro em prover uma assistência de saúde de qualidade, em função de restrições econômicas ocasionadas pela crise do petróleo em 1978, levando a uma ruptura de vários convênios e contratos existentes com a rede privada, aliado aos baixos investimentos em saúde, acabou ocasionando uma generalização do mercado dos planos de saúde (OCKÉ-REIS, 2003).

No final da década de 1980 e início da de 1990, apesar da implantação do SUS e da sua proposta de universalização do acesso aos serviços de saúde, as dificuldades de acesso e a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público de saúde originaram um

distanciamento entre esses serviços e a classe média e um conseqüente crescimento do mercado de serviços da saúde suplementar (PINTO; SORANZ, 2004). Segundo Ocké-Reis (2003, p.2) este representou “a impotência do SUS em manter e atrair para si os trabalhadores mais qualificados e cobertos pelo antigo sistema de seguro social”, os quais ficaram à mercê do mercado do subsetor de saúde suplementar.

O crescimento do subsetor de saúde suplementar, aliado à liberdade de ação do mercado, provocou preocupação no governo federal quanto à formação de oligopólios e de cartéis entre as empresas privadas (VIEIRA; VILARINHO, 2004). Assim, como os planos de saúde sempre atuaram sem nenhuma normatização que fornecesse parâmetros assistenciais ou econômicos, com exceção do modelo de seguro-saúde, a necessidade de se legislar e fiscalizar as atividades da saúde suplementar, através da ANS, tornou-se importante nas políticas públicas, o que, de certa forma, seguiu o Código de Defesa do Consumidor, instituído em 1991 (OCKÉ-REIS, 2003).

Segundo Malta *et al.* (2004), a atuação da ANS pode ser definida em três categorias: a primeira, voltada para a regulação da sustentabilidade financeira das operadoras; a segunda, para os direitos do consumidor; e a terceira tendo como centro a questão dos produtos ofertados pela saúde suplementar.

A criação da ANS buscou a padronização dos serviços ofertados, a fiscalização da padronização de riscos praticada por algumas operadoras, por meio da criação do Plano de Referência (PINTO; SORANZ, 2004). Antes da lei 9.656/98, que passa a regular a assistência à saúde no âmbito do subsetor suplementar e, conseqüentemente, cria o Plano de Referência, o tipo de cobertura dos planos de saúde era estipulada por um contrato assinado entre a operadora e a pessoa que desejava adquirir o plano. Isso possibilitava à operadora excluir de seus contratos doenças crônico-degenerativas, infecciosas e tratamentos de alto custo, permitindo, também, a imposição de limites quanto ao tempo de internação e a utilização de certos procedimentos pelos indivíduos contratantes dos planos (PINTO; SORANZ, 2004).

No Brasil, o mercado da saúde suplementar é composto pelas seguintes modalidades de pré-pagamento: as seguradoras de saúde, as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas e as entidades de autogestão (OCKÉ-REIS, 2003). Este mercado é caracterizado pela concentração, na qual cerca de 80% dos beneficiários possuem contrato com aproximadamente 12% das operadoras, sendo que na região Sudeste se encontra 95% desses beneficiários (VILARINHO, 2003).

Atualmente, a ANS vem tentando desenvolver diretrizes que induzam as operadoras a se responsabilizar pela integralidade e qualificação do cuidado contribuindo,

assim, para a elevação dos níveis de saúde dos indivíduos contratantes de planos de saúde (JORGE, 2006). Entre as ações que buscam este desenvolvimento estão incluídos o estímulo aos Modelos de Atenção Integral à Saúde (promoção, proteção à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças), a implantação de programas de promoção à saúde e à prevenção de risco e doenças, à articulação com o Ministério da Saúde em projetos que estimulem o parto natural e a adoção de cadernetas de saúde da criança, à indução da melhoria da qualidade da atenção através do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e a revisão dos critérios para o registro e monitoramento dos planos de saúde (JORGE, 2006).

Apesar da importância dos objetivos propostos, as entidades civis organizadas acreditam que a ANS não vem cumprindo seus objetivos (OCKÉ-REIS, 2003). A ANS “[...] vem se transformando cada vez mais em uma figura de retórica, com os limites de cobertura, os tetos de utilização, os aumentos abusivos e o descredenciamento dos prestadores.” (OCKÉ-REIS, 2003, p.5).

Neste sentido, as prestadoras alegam que as permissões de aumento das mensalidades sancionadas pelo governo federal não estão cobrindo os custos e responsabilizam o poder judiciário por liminares que as obrigam a custear coberturas não incluídas nos planos anteriores à regulamentação da saúde suplementar (OCKÉ-REIS, 2003). Já os médicos reivindicam melhores honorários, além de criticar a interferência das prestadoras no processo de trabalho. Apesar das críticas, os gestores da ANS acreditam estar promovendo, de forma eficiente, as condições econômicas e assistenciais para a atuação das operadoras no mercado (OCKÉ-REIS, 2003).

A criação da ANS e a importância de se destacar essa agência de regulação do subsetor suplementar, no presente estudo, torna-se relevante na medida em que se conhece a cobertura que tal subsetor possui na assistência à saúde dos brasileiros.

Considerando o perfil de cobertura dos planos privados de assistência à saúde no Brasil, é possível que exista uma predominância da população feminina entre os usuários dos serviços de saúde suplementar, com destaque para mulheres em idade fértil, cujo contingente chega a alcançar de 30 a 62% no Estado de São Paulo e de 13 a 48% no Rio de Janeiro (PINTO; SORANZ, 2004). O perfil de cobertura também sofre influência de outras três variáveis: renda, cor e escolaridade (PINTO; SORANZ, 2004). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD), no Brasil, a cobertura de planos privados é de 2,6% para famílias com renda até um salário mínimo, sobe para 4,8% nas famílias com renda entre um e cinco salários mínimos e alcança 76,0% para famílias que possuem uma renda acima de vinte salários mínimos (BRASIL, 2000a). A mesma pesquisa

demonstrou uma associação positiva entre ser branco e ser possuidor de um plano de saúde. Enquanto para indivíduos brancos os índices de cobertura oscilam entre 32,4% e 45,5%, para indivíduos de raça negra e parda as taxas de cobertura ficam entre 15% e 25%. A escolaridade constitui outra variável determinante na taxa de cobertura de planos privados de saúde. Esta aumenta conforme o grau de escolaridade dos indivíduos. Enquanto as pessoas com até quatro anos de estudo apresentam uma taxa de cobertura de planos privados de assistência à saúde entre 14% e 28%, para aquelas com escolaridade acima de oito anos tais índices apontam para uma elevação da cobertura entre 44% e 52% (BRASIL, 2000a).

Assim, considerando que, no Brasil, a predominância de usuários do subsetor de saúde suplementar é do sexo feminino, a partir dos 20 anos, com um total de 22.520.748 beneficiários, contra 19.931.319 beneficiários do sexo masculino (BRASIL, 2005a), supõe-se que a cobertura da atenção pré-natal e obstétrica seja significativamente alta, uma vez que os planos privados que possuem cobertura médico-hospitalar com obstetrícia chegam a 2.708.906 nos planos individuais e 11.666.312 nos planos coletivos de um total de 6.109.632 e 20.872.83 milhões (BRASIL, 2005a), respectivamente, consistindo num campo amplo e necessário de pesquisa.

3.2 Atenção Pré-Natal

A atenção pré-natal consiste no acompanhamento das mulheres no período de gestação e tem como objetivo proporcionar o bom andamento da gestação, identificando o mais precocemente as condições que possam elevar as chances da gestação ter uma evolução desfavorável (BUCHABQUI *et al.*, 2006).

No Brasil, a assistência a gestante, constitui-se numa das atividades realizadas há mais tempo nos serviços de saúde pública. Essa assistência, porém, permanece sendo um desafio, tanto no que diz respeito à busca por qualidade, quanto com relação aos princípios que norteiam esta prática, os quais continuam centrados num modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004b). Esse modelo segue uma padronização do cuidado, na qual a assistência toma ares de produto, seguindo uma linha de produção que visa não atrapalhar a ordem médica, o que conduz a uma forma de organização e interação entre profissional de saúde e paciente baseada em princípios mercadológicos e de produtos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

Apesar de a atenção pré-natal ter estado sempre no alvo das ações praticadas pelos serviços de saúde, questões como o acesso aos serviços de saúde em algumas regiões, a qualidade da atenção prestada, a continuidade do cuidado do pré-natal até o momento do parto, assim como as altas taxas de mortalidade materna e perinatal, são problemas importantes que permanecem merecendo atenção (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004b).

Segundo Serruya, Lago e Cecatti (2004a), considerando que a possibilidade de acesso aos serviços de saúde consiste na primeira etapa para a realização do acompanhamento pré-natal, esse acesso possui variáveis que influenciam no início do acompanhamento pré-natal, os quais seriam: o local da residência da mulher, a região do país que esta mulher reside e a escolaridade. O argumento de Serruya, Lago e Cecatti (2004a) é reforçado pelos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, que concluiu que 14,3% das mulheres brasileiras que tiveram filhos nos 5 anos anteriores à pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal, sendo que 7,6% residiam na cidade e 30,3% no campo (BEMFAM, 1997). A mesma pesquisa demonstrou que o Rio de Janeiro possuía o menor índice de gestantes sem acompanhamento, 3,8%, enquanto que na região Nordeste este número alcançava 25,2% e, na região Norte, 17,1%. Em relação à escolaridade, 42,6% das mulheres sem acompanhamento pré-natal eram analfabetas e 27% possuíam de um a três anos de estudo, totalizando 69,6%. Estes dados evidenciaram a exclusão do acesso ao pré-natal, no Brasil, de mulheres que residiam nas zonas rurais, nas regiões mais pobres e que possuíam menor índice de escolaridade (BEMFAM, 1997).

Segundo dados do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2002 43,7% das mulheres brasileiras declararam ter feito sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto que em 2004, este índice chegava a 52% (BRASIL, 2004). Apesar de os índices de cobertura do pré-natal estarem aumentando, ainda são considerados baixos (COIMBRA *et al.*, 2003).

Neste sentido, é interessante notar que os métodos mais difundidos para avaliar a cobertura da assistência pré-natal consideram como item avaliativo, o mês de início do acompanhamento, a idade gestacional e o número de consultas realizadas (COIMBRA *et al.*, 2003). Assim, relegam-se a um segundo plano estudos sobre a qualidade das consultas, que poderiam fornecer dados mais fidedignos sobre o processo da atenção pré-natal (COUTINHO *et al.*, 2003). Uma outra questão importante para a avaliação da atenção pré-natal realizada hoje, no Brasil, relaciona-se ao alto índice de mortes de mulheres por causas maternas. Em 2002, o Ministério da Saúde estimou a taxa de mortalidade materna no Brasil em 75,3 a cada cem mil nascidos vivos (IBGE, 2002). Tais mortes poderiam ser evitadas com uma assistência pré-natal de qualidade e garantia de acesso aos serviços de saúde (BEMFAM, 1997).

Conforme recomendações de organismos oficiais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), o pré-natal deve iniciar precocemente, ter cobertura universal, ser realizado periodicamente e atender questões preventivas e curativas, sendo também observado um número mínimo de consultas (COIMBRA *et al.*, 2003). O MS preconiza um número mínimo de seis consultas pré-natais para gestantes sem fatores de risco, e com início até o quarto mês de gestação, sendo que o intervalo entre as consultas não deve superar oito semanas (BRASIL, 2000b). Ainda segundo o MS, a atenção pré-natal efetiva deve contemplar os seguintes elementos:

“captação precoce da gestante na comunidade; controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamento e instrumental mínimos; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contra-referência; avaliação das ações da assistência pré-natal.” (BRASIL, 2000b, p.8)

O pré-natal também se constitui num dos momentos mais apropriados para a promoção de saúde (ESPIRITO SANTO; MORETTO, 2005). Na Carta de Ottawa, resultado da primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, o conceito de promoção de saúde é definido como o processo pelo qual os indivíduos de uma comunidade são capacitados para operar sobre sua saúde, buscando a melhoria da sua qualidade de vida e da sua saúde, através do controle de suas ações (OPAS, 1986). Considerando que a gestação é um período de mudanças físicas, sociais e psicológicas para a mulher, que podem gerar problemas de saúde (BRASIL, 2000b), é um período da vida da mulher em que ações de promoção da saúde são de suma importância (OPAS, 1986). Neste sentido, o esclarecimento de dúvidas e o intercâmbio de informações entre a gestante e o profissional de saúde constituem um momento essencial para a compreensão do processo gestacional (BRASIL, 2000b), bem como de satisfação para a mãe e a família.

No campo da promoção da saúde, a educação é uma das ações mais centrais e seu objetivo deve tomar como referência uma concepção de saúde mais ampla do que a perspectiva que embasa o paradigma biomédico. Nessa direção, saúde no contexto da promoção da saúde não é apenas ausência de doença, mas um recurso para a vida (OLIVEIRA, 2005). Com base nesta noção ampliada de saúde foi criado, em 2000, no Brasil, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que além de propor estratégias para assegurar a melhoria do acesso, da qualidade e da cobertura da atenção pré-natal, na perspectiva dos direitos de cidadania, bem como na diminuição das taxas de morbi-

mortalidade materna e perinatal, traz como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente do pré-natal, enfatizando uma visão da mulher como ser único, complexo e com autonomia (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

A proposta do PHPN defende os direitos da gestante, em especial com relação ao direito à informação, ao compartilhamento com o profissional das decisões e responsabilidades para com ela e com enfoque na prevenção. A proposta de humanização do PHPN pode ser considerada como princípio da qualidade na atenção pré-natal, uma vez que a má qualidade desta atenção pode estar relacionada à falta de humanização nas práticas em saúde. Um exemplo desta afirmação seria a falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, através da ‘alta’ do pré-natal, quando é neste período que se têm as maiores probabilidades de intercorrências obstétricas determinantes nos resultados maternos e perinatais (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

Em função da amplitude dos significados de qualidade, não é fácil estabelecer critérios que permitam a avaliação da qualidade da atenção pré-natal. Com relação especificamente à qualidade da atenção pré-natal, o que se reconhece é que o número de consultas de forma isolada não garante tal qualidade (TREVISAN *et al.*, 2002; COUTINHO *et al.*, 2003).

Pelo exposto até aqui, há que se indagar: que modelo assistencial está sendo utilizado na atenção pré-natal realizada nos serviços do subsetor suplementar? Será um modelo pautado na conduta humanizadora, proposta pelo PHPN, e em práticas assistenciais que integrem, além de ações curativas e preventivas, também ações de promoção da saúde? Mas este não é o objetivo do presente estudo, e sim, um questionamento lançado para a reflexão sobre o assunto. Se o número de consultas, por si só, não é indicativo satisfatório para a avaliação da qualidade da atenção que está sendo prestada às gestantes, que outros critérios são significativos e possibilitam avaliar essa qualidade? Talvez, antes de passar a refletir sobre estes questionamentos, seja importante conhecer como a literatura conceitua “qualidade em saúde”, tema que orienta a abordagem a seguir.

3.3 Qualidade em Saúde

Tentar definir qualidade em saúde é um grande desafio, já que esta se caracteriza por um conjunto de fatores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e

valores sociais inerentes a cada ser (FEKETE, 2000). Como referem Uchimura e Bosi (2002) encontramos na própria literatura diferentes definições de qualidade, cada qual baseada em características e perspectivas individuais, o que evidencia seu caráter pluridimensional. Esta pluridimensionalidade do significado de qualidade dos serviços de saúde tem origem em pelo menos dois pontos: em primeiro lugar envolve vários aspectos e dimensões tanto subjetivos quanto objetivos e, em segundo, varia conforme o grupo ou atores sociais que se relacionam com o serviço em questão (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Para Donabedian *et al.* (1992), qualidade em saúde apresenta três dimensões: o conhecimento técnico-científico, a relação interpessoal entre profissional de saúde e o paciente e amenidades, que seriam as condições de conforto e estética da infra-estrutura e a presença de equipamentos no local onde ocorre a prestação do cuidado.

Segundo Burmester (1997), a qualidade em saúde é um conceito fácil de se entender, mas difícil de se definir, é algo que todos conhecem o significado, mas que varia de indivíduo para indivíduo. Com frequência, a qualidade em saúde é avaliada muito mais pela personalidade ou o comportamento das pessoas que prestam atenção em saúde do que pela sua capacidade técnica, mais difíceis de se julgar. Farias (2001) apresenta argumento semelhante, quando afirma que, não tendo o paciente conhecimento técnico-científico para avaliar as intervenções praticadas pelo profissional, ele tende a valorizar a relação interpessoal que se estabelece entre ele como usuário e o profissional de saúde que o atende.

Em 1990, Donabedian em seu artigo *Os sete Pilares da Qualidade*, define qualidade a partir dos seguintes atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

- Eficácia: significa a habilidade de se produzir melhorias na saúde e no bem-estar do paciente, seria o que melhor se pode fazer nas condições possíveis e considerando a situação do paciente.
- Efetividade: é o grau em que o cuidado alcança o nível de melhoria da saúde estipulada como alcançável pela eficácia.
- Eficiência: é a relação entre o custo econômico e a melhoria real na saúde alcançada. Se duas estratégias de cuidado possuem a mesma eficácia e efetividade, a mais eficiente é a de menor custo.
- Otimização: é a tentativa de se avaliar benefícios não muito claros que custariam um valor muito elevado, o que faria com que tal benefício perdesse sua razão de ser. Seria buscar o maior benefício que se possa ter com uma determinada prática.

- Aceitabilidade: é o cuidado de atenção à saúde respeitando os valores, expectativas e desejos do paciente e de sua família.
- Legitimidade: refere-se à forma como o cuidado é visto pela comunidade ou sociedade em geral, ou seja, se ele é aceito ou não.
- Eqüidade: é a determinação do que é, adequado e justo, na distribuição dos cuidados e benefícios entre os membros de uma população, comunidade ou sociedade.

Segundo Silva e Formigli (1994), esses atributos consistem em características das práticas de saúde e de sua forma organizacional, podendo ser reunidas em 5 grupos relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos, com o resultado das ações e práticas de saúde, com os custos gerados por essas ações, com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente e com a percepção dos usuários em relação a estas práticas.

A idéia de qualidade tem estado presente na maioria das avaliações de serviços de saúde, dentre estas, a mais conhecida, segundo Novaes (2000), está a de Donabedian que se relaciona à atenção médica e envolve os sete componentes já citados, os quais se relacionam de forma complexa para a determinação da qualidade em saúde.

A qualidade em saúde vem ganhando destaque na avaliação dos serviços desde a década de 1960, principalmente nos países desenvolvidos, onde a própria expansão destes serviços serviu para que passassem a ser vistos como produtos e, portanto, passíveis de padronização da sua qualidade. Embora esse destaque da qualidade tenha ocorrido mais intensamente no setor privado, também se fez presente no setor público, como parte da luta pela promoção dos direitos sociais e dos movimentos dos consumidores (NOVAES, 2000).

No Brasil, segundo Novaes (2000), a avaliação em saúde, vem destacando-se no setor público pelo interesse das avaliações de programas e, em menor escala, pelas avaliações de qualidade e tecnologia, enquanto que no setor privado isto vem ocorrendo em função da predominância de interesses nas propostas de gestão e garantia da qualidade. Assim, dada a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde ofertados pelo setor de saúde suplementar é criado, em 2005, pela ANS, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar que visa, através de um processo de regulação do setor, qualificar o papel dos atores envolvidos (operadoras, prestadores de serviço, beneficiários e a própria ANS) para a construção de um setor que seja centrado no usuário, que realize atividades de promoção à saúde, bem como de prevenção a doenças e que observe os princípios de integralidade e resolutividade (BRASIL, 2006c).

Como referido na literatura, no contexto do subsetor de saúde suplementar ainda são muito incipientes as avaliações da qualidade da atenção pré-natal, quase sempre baseadas no número de consultas e não no conteúdo destas consultas. A análise desse conteúdo pode traduzir, de forma mais eficiente, a qualidade da atenção pré-natal oferecida, tanto pelo SUS, quanto pelo subsetor de saúde suplementar (COUTINHO *et al.*, 2003).

Assim, conhecer as experiências das usuárias dos serviços do subsetor suplementar na atenção pré-natal pode contribuir para uma avaliação da qualidade desta atenção. Além disto, a análise do seu entendimento sobre ‘qualidade em saúde’, em especial no contexto da atenção pré-natal prestada às gestantes pelos serviços do subsetor suplementar, também pode servir de subsídio para evidenciar o potencial das usuárias destes serviços para o exercício do controle social e, conseqüentemente, contribuir para a organização e redimensionamento das políticas de saúde no Brasil, em particular as que têm relação com o subsetor suplementar e com o modelo assistencial que vem orientando a atenção pré-natal neste contexto. Controle social, aqui, assume um sentido para além de suas definições aplicadas na área da sociologia, ciências políticas e econômicas. O termo é definido, no presente trabalho, como a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas de saúde, a fim de orientá-las para que atendam as demandas e interesses da sociedade e, assim, firmar o controle da sociedade sobre o Estado (CORREIA, 2000). Como refere Correia (2000), ao trazer as demandas da sociedade, de forma a exigir que sejam atendidas, o controle social possibilita a ampliação e melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Assim, espera-se que este estudo contribua para a busca desta melhoria, evidenciando as expectativas e necessidades de um grupo de usuárias do Sistema de Saúde Brasileiro.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Segundo Minayo *et al.* (1997, p.16), “[...] a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.” É esta perspectiva que orienta a descrição do caminho metodológico percorrido para a realização deste estudo, que será desenvolvida a seguir.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa deve-se ao fato desta se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO *et al.*, 1997). Além disso, ela permite um “[...] trabalho com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes[...]” (MINAYO *et al.*, 1997, p. 21) que possibilita aprofundar relações, processos e fenômenos.

Os estudos exploratórios, como referem Polit e Hungler (1995), têm como principal objetivo explorar as dimensões de um determinado problema, a forma como ele se manifesta e se relaciona com outros fatores, aumentando a experiência do pesquisador sobre este, enquanto que o estudo descritivo possibilita ao pesquisador observar, descrever e classificar aspectos desse problema.

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA. A Unidade foi inaugurada no ano de 2004, por meio de convênio entre Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, visando o desenvolvimento conjunto de ações em atenção primária à saúde. Dessa forma, desenvolve ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde, bem como de prevenção, diagnóstico e tratamento de

problemas de saúde em geral, os quais não necessitam um maior nível de complexidade do serviço.

Pertencente ao Distrito Sanitário Centro, a UBS Santa Cecília/HCPA possui uma área de abrangência delimitada pelos seguintes logradouros: Ramiro Barcelos, São Luiz, Princesa Isabel, São Francisco, Euclides da Cunha, Ipiranga, Chile, Rivera, Barão do Amazonas, Dona Oti, Carazinho, Antônio Carneiro Pinto, Nilópolis, Jaime Telles, Passo da Pátria, Vicente da Fontoura, Santa Cecília, Álvaro Alvim, Paulino Teixeira e Protásio Alves. Conta com uma população de aproximadamente quarenta mil habitantes na sua área de abrangência.

A área física da UBS localiza-se na Rua São Manoel, número 543, e conta com hall de entrada, recepção, 01 sala para agentes de saúde, 01 sala de aula utilizada para reuniões e grupos, 01 consultório dentário, 01 sala de avaliação e orientação nutricional, 01 sala de procedimentos, 01 sala para coleta de sangue e procedimentos cirúrgicos pequenos, 01 sala de curativo, 01 sala de vacinas, 01 sala de almoxarifado, 01 sala de arquivo, 01 sala para acolhimento, 13 consultórios utilizados pela Enfermagem, Medicina e Nutrição, 02 banheiros destinados aos usuários, vestiário masculino e feminino, 01 sala de lanche, 01 sala para esterilização de materiais odontológicos, 01 sala de expurgo, 01 sala de materiais de higienização, 01 sala de roupa suja, 01 sala de resíduos.

A equipe de saúde possui funcionários advindos tanto do HCPA quanto da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, além de mais três equipes de Estratégia de Saúde da Família, contratados por meio da FAURGS. Além disso, possui professores da Universidade Federal do Rio Grandes do Sul (UFRGS) e acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Farmácia também da UFRGS, que realizam atividades acadêmicas nesta unidade e prestam assistência direta aos usuários da UBS.

4.3 Sujeitos do Estudo

Tendo em vista que a demanda atendida pela UBS Santa Cecília/HCPA, bem como a população da sua área de abrangência, corresponde a um nível sócio-econômico médio e alto, aliado a experiências da pesquisadora neste serviço, advindas de outros estágios, a UBS foi considerada como contexto propício para se encontrar mulheres que realizaram pré-natal no subsetor suplementar, em função de que muitas das usuárias da UBS fizeram pré-

natal em serviços privados e procuram a UBS para a realização de vacinas e do teste do pezinho de seus filhos.

A abordagem das mulheres para saber se havia utilizado o subsetor de saúde suplementar na atenção pré-natal foi realizada antes dos procedimentos de Imunizações e Teste do Pezinho do bebê. As mulheres que confirmaram a realização do pré-natal no subsetor suplementar foram convidadas a participar da pesquisa.

Para a seleção da amostra foram considerados como critérios de inclusão:

- a utilização dos serviços da UBS
- ter feito o acompanhamento pré-natal por planos ou seguros de saúde;
- ter tido seu filho no máximo há noventa dias.

Foi considerado como critério de exclusão ter realizado duas ou menos consultas de pré-natal no subsetor suplementar.

Participaram da pesquisa um total de dez mulheres, utilizando-se o critério de saturação de dados para determinar o tamanho final da amostra. Como referem Polit e Hungler (1995), a saturação refere-se ao momento em que os dados coletados passam a se tornar repetitivos para o pesquisador. Para Minayo *et al.* (1997), a pesquisa qualitativa não se fundamenta no critério numérico para assegurar sua representatividade e sim na amostra que permite abranger a totalidade do problema de investigação nas suas múltiplas dimensões (MINAYO *et al.*, 1997).

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada que, segundo Triviños (1987), possibilita a liberdade de ação em direção ao tema que se busca compreender, valoriza a presença do pesquisador e oferece ao entrevistado a espontaneidade necessária ao enriquecimento da investigação (Apêndice A).

As mulheres foram entrevistadas no momento de sua preferência, ou seja, enquanto algumas o fizeram antes da realização das imunizações ou teste do pezinho de seu filho (a), outras preferiram respondê-la após esses procedimentos. As entrevistas foram realizadas na sala destinada aos procedimentos de imunização e teste do pezinho, sendo que nela permaneciam somente a pesquisadora e a entrevistada. Em casos eventuais também

esteve presente algum familiar da entrevistada. A pesquisadora permaneceu no campo nos períodos da manhã e tarde para encontrar participantes.

Como forma de garantir a fidedignidade das informações coletadas, as entrevistas foram gravadas num aparelho de áudio MP3 e transcritas para posterior análise, procedimentos autorizados, por escrito, pelas entrevistadas.

4.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada através da categorização descritiva proposta por Lüdke e André (1986). Como referem estas autoras, o primeiro passo para proceder à análise foi construir um conjunto de categorias, sendo que a primeira classificação dos dados foi baseada no referencial teórico, o que exigiu uma leitura exaustiva do material e uma impregnação de seu conteúdo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Após essas leituras sucessivas, as informações foram codificadas, o que resultou num conjunto inicial de categorias que foram reexaminadas ao longo da análise (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Conforme afirmam as autoras, a categorização não esgotou a análise. Ao longo do processo analítico buscou-se superar a simples descrição e acrescentar algo à discussão já existente, realizando conexões e relações que possibilitassem novas explicações e interpretações. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Para auxiliar na organização dos dados para a análise, foi utilizado o software QSR NVIVO 2.0, um programa voltado para a pesquisa qualitativa de dados. Foi através deste software que os dados foram agrupados e categorizados o que, além de diminuir o tempo normalmente gasto com este processo, permitiu operar e agrupar dados que possuíam algo em comum e realizar ligações e cruzamentos destes dados (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

4.6 Aspectos Éticos

As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e, as que aceitaram dele participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No

Termo constavam os objetivos do estudo, a forma voluntária de participação, a possibilidade de desistência desta participação a qualquer momento e a garantia do anonimato, entre outras informações pertinentes (Apêndice B). O Termo foi entregue em duas vias, no momento da concordância da mulher em participar do estudo, sendo que, depois de assinadas, uma das vias ficou em posse da participante e a outra com a pesquisadora.

A pasta com as gravações das entrevistas foi eliminada após a transcrição das mesmas, e as transcrições permanecerão com a pesquisadora pelo período de cinco anos, quando serão, também, eliminadas. Para manter o anonimato das participantes, o relatório da pesquisa utiliza pseudônimos nos trechos de entrevistas empregados como evidências empíricas para ilustrar a análise.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.(ANEXO)

5 COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A partir das falas das entrevistadas, emergiram duas grandes categorias, assim denominadas:

- Concepções de qualidade dos serviços de saúde e qualidade da atenção pré-natal;
- Experiências na atenção pré-natal do subsetor suplementar: com a palavra, as usuárias.

A seguir será realizada a caracterização dos sujeitos participantes do estudo e, após, o conteúdo destas categorias será descrito e analisado.

5.1 Descrição dos sujeitos participantes do estudo

A média de idade das entrevistadas foi de 29 anos, o mínimo sendo 19 e o máximo 40 anos. A escolaridade mínima referida foi Ensino Médio completo e a máxima chega à Pós-Graduação. Grande parte das entrevistadas declarou-se como de raça branca. Foram citados diferentes planos de saúde mas, a modalidade de operadora mais citada foi a cooperativa médica. Com exceção de uma entrevistada, os planos de saúde das participantes tinham cobertura ambulatorial e hospitalar, incluindo assistência obstétrica.

Estas informações corroboram os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) (1998), que indicam que a adesão a planos de saúde pode ser até duas vezes maior entre indivíduos de raça branca que entre negros e pardos. Segundo a mesma pesquisa, a escolaridade também influencia na determinação de possuir ou não planos de saúde. Entre as pessoas com até 4 anos de estudo a cobertura foi de 14% a 28%, e para pessoas com mais de 8 anos de estudo, chegou de 44% a 52% (BRASIL, 2000a). No caso das participantes da presente pesquisa, este dado de que a possibilidade de possuir plano de saúde aumenta com a escolaridade se confirmou, pois todas elas possuíam no mínimo 11 anos de estudo.

Quanto aos tipos de planos de saúde, os dados encontrados na presente pesquisa diferem do que é referido pelos dados da ANS. Embora segundo dados da ANS, 37,9% dos

beneficiários sejam ligados a operadoras do tipo medicina de grupo¹, o plano de saúde mais citado pelas entrevistadas do presente estudo é do tipo cooperativas médicas², e que detém, segundo dados da ANS, 32,1% dos beneficiários de planos de saúde. O tipo de contratação do plano pode ser individual/familiar³ ou coletivo⁴. Segundo dados da ANS, 68,6% dos beneficiários possuem planos de assistência médica por meio de contratação do tipo coletivo (BRASIL, 2006a), fato corroborado pelos dados da presente pesquisa. Em relação ao tipo de segmentação assistencial⁵, a maioria dos planos das participantes possui segmentação ambulatorial e hospitalar, o que, igualmente, reforça os dados da ANS. Segundo o Caderno de Informações da Saúde Suplementar (BRASIL, 2006a), aproximadamente 69,8% dos beneficiários possui o plano com segmentação ambulatorial + hospitalar.

O quadro abaixo apresenta, a caracterização das entrevistadas.

Identificação	Idade	Raça	Escolaridade	Modalidade da operadora	Tipo de Plano	Tipo de cobertura
Participante 1 (P1)	24	Branca	Superior Incompleto	Cooperativa Médica	Coletivo	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)
Participante 2 (P2)	40	Negra	Superior Completo	Cooperativa Médica	Coletivo	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)

¹ Medicina de grupo: todas as entidades que comercializam planos privados de assistência à saúde e não se enquadram nas seguintes modalidades: autogestão, cooperativas médica ou odontológica e seguradora especializada em saúde (BRASIL, 2006a, p. 18).

² Cooperativa médica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. (BRASIL, 2006a, p. 18)

³ Contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar). (BRASIL, 2006a, p.20)

⁴ Contrato assinado entre uma pessoa jurídica e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde da massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou de sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante. (BRASIL, 2006a, p. 20)

⁵ A segmentação assistencial é o enquadramento dos planos decorrente da combinação de coberturas do mesmo, sendo uma delas a ambulatorial + hospitalar com obstetrícia. (BRASIL, 2006a, p.19)

Participante 3 (P3)	34	Branca	Superior Completo	Cooperativa Médica	Coletivo	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)
Participante 4 (P4)	27	Branca	Médio Completo	Medicina de Grupo	Familiar	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)
Participante 5 (P5)	31	Branca	Superior Incompleto	Cooperativa Médica	Coletivo	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)
Participante 6 (P6)	19	Branca	Médio Completo	Medicina de Grupo	Coletivo	Ambulatorial
Participante 7 (P7)	29	Branca	Pós- Graduação	Seguradora Especializada em Saúde ⁶	Coletivo	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)
Participante 8 (P8)	29	Branca	Superior Incompleto	Autogestão ⁷	Familiar	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)
Participante 9 (P9)	27	Branca	Superior Incompleto	Autogestão	Coletivo	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)
Participante 10 (P10)	30	Branca	Pós- Graduação	Autogestão	Familiar	Ambulatorial + Hospitalar (com obstetrícia)

QUADRO 1- Caracterização das entrevistadas

⁶ Seguradora especializada em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades (BRASIL, 2006a, p. 18).

⁷ Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes (BRASIL, 2006a, p.18).

5.2 Concepções de ‘qualidade dos serviços de saúde’ e ‘qualidade da atenção pré-natal’

Apesar de o interesse principal da pesquisa ter sido o de conhecer a percepção de mulheres que vivenciaram a atenção pré-natal em serviços do subsetor de saúde suplementar sobre a qualidade desta atenção, o que indica o enfoque na qualidade da atenção pré-natal, não foi possível reduzir a análise às concepções de qualidade especificamente no contexto da atenção pré-natal. Ao falarem das suas experiências como usuárias dos serviços, as entrevistadas também fizeram referência à qualidade da atenção em saúde, desde um ponto de vista mais geral, o que indica que há uma interdependência entre concepções mais amplas e entendimentos aplicados a contextos e experiências mais específicas de atendimento em saúde.

Considerando-se a pluralidade de significados do termo qualidade encontrada na literatura, o objetivo não foi avaliar a adequação desta ou daquela concepção, mas sim explorar a diversidade de significados do termo, evidenciando e analisando os diversos elementos que constituem, de forma idealizada, as concepções de qualidade dos serviços de saúde e qualidade da atenção pré-natal de um grupo específico de atores sociais que, através de experiências particulares, passaram a conceber sua própria idéia sobre o que seja qualidade nos serviços de saúde.

As informações analisadas foram interpretadas como referentes a compreensões idealizadas do que seja ‘qualidade dos serviços de saúde’ e ‘qualidade da atenção pré-natal’, o que não significa que os critérios utilizados pelas entrevistadas para definir, a priori, esta qualidade, foram por elas identificados apenas como características das suas recentes experiências como usuárias do pré-natal nos serviços do subsetor suplementar. A análise destas experiências da qualidade desta atenção será desenvolvida em outro tópico.

Segundo Uchimura e Bosi (2002), a definição de qualidade é organizada por meio de perspectivas particulares que conduzem às mais variadas dimensões ou sentidos, que podem ser tanto de natureza objetiva quanto subjetiva. Nesse sentido, cabe expor que a qualidade assume caráter objetivo quando se relaciona a “instrumentos, formas, técnicas e métodos” (DEMO, 1999, p.9) que buscam mensurá-la e permitir sua generalização (UCHIMURA; BOSI, 2002). Porém, há de se atentar que este método, embora seja freqüentemente o mais encontrado na literatura, pode induzir a uma visão reducionista da qualidade em saúde, por considerá-la unicamente em seus elementos ou componentes. Na sua dimensão subjetiva, a qualidade tem a ver com as vivências, emoções e sentimentos, os quais

não se podem quantificar, tendo em vista sua individualidade. Talvez por esse motivo, buscar a compreensão subjetiva de qualidade se distancie tanto da perspectiva clássica da cientificidade, uma vez que, ao admitirmos a subjetividade, nos confrontamos com os próprios pressupostos teóricos que norteiam nosso entendimento de realidade através da busca quase que exclusiva da objetividade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Considerando o exposto acima, o enfoque do presente estudo recai sobre a dimensão subjetiva da qualidade. Emerge das falas das entrevistadas o que significa ser atendida em um serviço de saúde de qualidade, significado que se constitui nas experiências por elas vividas e no que reconhecem como elementos positivos e negativos destas experiências.

Na definição do que confere qualidade ao atendimento em um serviço de saúde, um dos elementos que ganhou destaque nos depoimentos foi o nível de acolhimento dos serviços, configurado no sentido de “atenção”. Assim, a atenção, pensada enquanto prática do acolhimento, parece consistir, para as usuárias, como uma das premissas básicas para um serviço de qualidade, envolvendo todos os seus atores, desde o contato com a recepção do serviço até o contato com o profissional que realizará o atendimento.

Acho que em primeiro lugar atenção, se tiver atenção contigo, já pode confiar na pessoa. Agora se tu chega num lugar e a pessoa não te dá a mínima atenção tu já vai achar que foi mal atendida. (P6)

Tem que ter atenção das pessoas [...] um envolvimento das pessoas, não te tratarem como um objeto [...]. (P9)

Nas falas, percebe-se a relevância que um “gesto ou palavra que demonstra consideração, amabilidade” (ATENÇÃO, 1999, p.222), por parte dos profissionais que prestam os atendimentos nos serviços de saúde, tem para as entrevistadas, o que denota que, embora sem mencionar a palavra acolhimento, suas concepções sobre qualidade de atendimento estão baseadas numa noção de acolhimento compartilhada pelo senso comum. Como refere Merhy (1994, p.138), o acolhimento se constitui através de “uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam”. Este elemento humanizador do acolhimento é reiterado na literatura por outros autores. Para Silva Junior e Mascarenhas

(2005), por exemplo, o acolhimento pressupõe uma atitude humanizada por parte dos serviços de saúde no recebimento, escuta e forma de abordagem dos usuários e de suas demandas, com o objetivo de estabelecer uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre profissionais e usuários dos serviços.

Juntamente com a atenção recebida, as entrevistadas destacaram outros elementos de um atendimento em saúde de qualidade, todos eles, de certa forma, característicos do que se tem entendido por acolhimento. Nas falas abaixo percebe-se uma ênfase na importância da postura de quem atende na constituição de um atendimento de qualidade:

Olha, talvez a simpatia das pessoas conte bastante [...] Mas, mais é pelo (modo) como a pessoa te recebe, porque geralmente nos postos, hospitais tu vai ter que ser atendida de alguma maneira, então vai, depender muito de como a pessoa te recebe mesmo.(P1)

Começando bem do começo, educação das pessoas que falam contigo [...] eu acho que educação, depois simpatia, depois confiança, atenção, desprendimento para atender quem tu tá atendendo[...] (P8).

A relevância da atitude do indivíduo que atende para com aquele que busca atendimento em saúde de qualidade e a expressão significativa desta atitude na produção do acolhimento é igualmente destacada na literatura. Conforme Merhy (2006), o acolhimento se constitui no encontro de um trabalhador de saúde e um usuário e nas relações de vínculo e determinados compromissos que são estabelecidos nestes encontros. Na prática do acolhimento se articulam todos estes elementos com a finalidade de criação de intervenções em prol do controle do sofrimento, enquanto doença, e/ou a produção de saúde.

A resolutividade dos serviços de saúde, sugerida acima por Merhy (2006) como um dos elementos constituintes do acolhimento, também aparece nas entrevistas como atributo da qualidade dos serviços de saúde.

Educação, cordialidade, atenção, resolutividade nos problemas das pessoas. Conversa, orienta, encaminha e isso eu acho que tem que ter. (P5)

A relação entre acolhimento e resolutividade é expressa de forma clara por Ramos e Lima (2003, p.29) quando conceituam acolhimento como “a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas”.

A análise dos depoimentos sugere que as entrevistadas entendem resolutividade de forma ampliada, ou seja, para além da simples erradicação dos problemas de saúde que tenham apresentado ou que venham a apresentar no futuro e seus devidos encaminhamentos. Resolutividade, para elas, parece ser compreendida segundo a lógica do acolhimento, a qual preza pela escuta, responsabilização e compromisso dos serviços e dos profissionais com os usuários. Como lembra Silva Junior (2001), acolhimento é uma forma humanizadora de tratar toda a demanda, dar resposta a esta; discriminar riscos, urgências e emergências, encaminhando a opções de intervenção e gerando informações e oferta de novas opções tecnológicas de intervenção.

A prática do acolhimento também pode ser considerada como uma nova forma de organização dos serviços de saúde, sejam eles privados ou públicos, nos quais se possa reformular os processos de trabalho e a normatização dos serviços de saúde, através da oferta de soluções e respostas aos problemas identificados (MALTA; MERHY, 2002). Como referem Silva Junior e Mascarenhas (2005, p. 243) o acolhimento também consiste num “disparador de reflexões e mudanças” sobre a organização dos serviços de saúde, bem como sobre os saberes vêm sendo ou deixando de ser praticados para melhorar a qualidade das ações de saúde.

Outro elemento que, para as entrevistadas, é um atributo da qualidade dos serviços de saúde, ou seja, é um elemento constituinte das suas concepções sobre esta qualidade, é o tempo de espera nos serviços de saúde, tanto para a realização de consultas, quanto para a marcação de algum procedimento. As falas a seguir (referentes a um trecho das entrevistas em que enfatizam o que caracterizaria um serviço ou um atendimento de má qualidade) ilustram a concepção de má qualidade baseada no tempo.

demora (no atendimento) um pouco, acho que ninguém gosta de esperar muito. (P1)

Eu acho que o tempo que levam para te atender que às vezes tu vai e fica uma hora, duas horas para ser atendida né. (P6)

O tempo de espera pelo atendimento aparece nos depoimentos de forma recorrente, como um dos critérios para a definição de qualidade dos serviços. A idéia é que, quanto maior o tempo de espera, menor é a qualidade do atendimento nos serviços. O tempo de espera para o atendimento também é valorizado por usuários dos serviços de saúde em outros contextos. Segundo pesquisa realizada no município de Pelotas, por Kloetzel et al. (1998), uma espera prolongada demais aparece como motivo “número um” de insatisfação dos usuários de serviços de saúde. Farias (2001) apresenta argumento semelhante ao afirmar que a imagem descrita por todos os informantes, numa de suas pesquisas, mostra que a espera por longas filas para conseguir uma senha, que possibilita o atendimento de um médico, consiste no ponto negativo mais consensual quando comparados os discursos dos entrevistados em relação aos serviços públicos e privados.

Na presente pesquisa, é no tempo de espera para marcação de consultas ou procedimentos que surgem as diferenças entre a qualidade do atendimento em serviços públicos e privados, até então não referidas. As falas, a seguir, ilustram a percepção das entrevistadas sobre a diferença que faz o critério ‘tempo’ na definição da qualidade de atendimento nos dois contextos:

Eu acho que pontualidade assim né, de, por exemplo, daqui a pouco eu precisar fazer um exame e não esperar tanto assim para fazer né, a gente escuta falar que o SUS tem isso. Que lá pelas tantas não tem essa imediatez assim do atendimento. (P7)

[...] meu problema com o SUS é a demora do atendimento, vão marcar consulta para séculos depois, não vou conseguir depois com o mesmo médico, vou ter que me deslocar pra algum outro hospital entendeu? (P4)

Esta representação de que o SUS possui como característica a demora do atendimento e da marcação de consultas poderia ser uma das interfaces da expressão citada por Aciole (2006) como antinomia público x privado. Dentro do âmbito da saúde, esta relação entre público e privado parece criar uma dicotomia. Dessa dicotomia emergem dois pólos específicos que se relacionam com as práticas adotadas por cada uma dessas esferas, criando-se assim, o que Aciole (2006, p. 21) refere como “binômio medicina x saúde pública”. Ainda

segundo Aciole (2006, p. 21), “tal polarização tem dificultado o necessário diálogo entre elas e tem conduzido a uma falsa dicotomia que separa público de privado: o primeiro associado às práticas de saúde pública; o segundo, às da medicina hegemônica”.

Nesse sentido, é possível identificar nas próprias falas das entrevistadas a dicotomia que estes subsistemas assumem diante do predomínio de valores positivos ou negativos destinados a um ou outro subsistema (ACIOLE, 2006). É neste pensamento ideológico que se encontra a distância entre ser usuário do sistema público x ser beneficiário de planos de saúde do sistema privado, ou seja, a antinomia do público x privado, “que se estrutura a partir de pares opostos: preventivo x curativo, rede básica x hospital, ações coletivas x ação individual, saúde pública x medicina, liberdade de escolha *versus* controle e agilidade e eficiência *versus* burocracia, descaso, filas e regulação” (ACIOLE, 2006, p. 9). Dessa forma, poder-se-á cogitar que a relação público x privado para os atores sociais de ambos os subsistemas, produz uma relação de valores que qualifica um serviço em detrimento da desqualificação do outro, mesmo que essa não tenha sido vivenciada de forma direta, como é o caso da afirmativa “a gente escuta falar que o SUS tem isso” (P7).

Já na fala da P4, quando essa refere que não conseguiria atendimento com o mesmo profissional utilizando o SUS, percebe-se esta interdependência entre a representação dos serviços privados e dos serviços públicos de saúde sugerida por Aciole (2006). Ao assinalar que este tipo de atendimento não seria possível no SUS, a fala permite subentender que tal atendimento seja encontrado no privado. Além disso, a fala fornece subsídios para a reflexão sobre a questão da integralidade, ou melhor, da possibilidade da sua inexistência nos serviços de saúde. Ao não conseguir a continuidade de atendimento com um mesmo profissional, o usuário necessita a cada consulta reiniciar o processo de conhecimento e estabelecimento da confiança no novo cuidador, ou seja, tentar novamente criar um vínculo com este profissional. Vínculo aqui é entendido com Merhy (1994, p.138) como a situação em que o profissional de saúde se torna referência para o paciente através do estabelecimento de “relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro (...)”. Nesse sentido, como referem Silva Junior e Mascarenhas (2005), a criação do vínculo e seu fortalecimento, proporcionado pela continuidade do atendimento com o mesmo profissional, resultaria numa maior efetividade das intervenções indicadas, apresentando maior adesão ao tratamento e às medidas promocionais e preventivas. Segundo Acurcio, Cherchiglia e Santos (1992), esta continuidade refere-se ao tratamento dentro de uma perspectiva integral do cuidado, no qual o paciente recebe as ações e serviços na seqüência e intervalos adequados. A análise dos dados sugere que a essência das

manifestações das entrevistadas e dos autores é a valorização da integralidade nos atendimentos em saúde e a busca da qualidade destes atendimentos, o que demonstra sintonia entre os objetivos deste estudo e as demandas sociais.

A valorização da continuidade na prestação dos cuidados em saúde também é destacada pela entrevistada P4, especificadamente em relação ao pré-natal.

[...] eu falei para o meu marido, eu tô pagando o plano há 1 ano já, porque eu quero poder fazer com ele, com aquele ali, que me atendeu, que me conhece, que tá me cuidando desde o começo, que tem o meu histórico e eu vou chegar lá e vou fazer (parto) que nem SUS? (P4)

Para a mulher, que passa por diversos estágios emocionais durante a gestação, como a ambivalência de querer e não querer ser mãe e a mudança e aceitação desta sua nova identidade (MALDONADO, 1997), parece natural que ela queira realizar o acompanhamento pré-natal com o mesmo profissional que assistir o parto, uma vez que este possivelmente a conheça e possa atender suas necessidades de forma mais ampla. O conhecimento do profissional que realiza o pré-natal sobre os medos e ansiedades da gestante, vividos anteriormente ou durante a gestação, favorece não só o vínculo entre eles mas, também, a compreensão dos sentimentos da gestante e da sua família, o que pode contribuir para a prevenção de problemas e para a escolha adequada da abordagem das situações que envolvem a gestação. É bastante provável que desse vínculo resulte segurança, tanto para o profissional quanto para a gestante. Nos momentos cruciais da gestação, o conhecimento mútuo que define o vínculo poderá ser decisivo na realização de um parto seguro.

Esta segurança que o acompanhamento com o mesmo profissional possibilita a gestante sentir, também é referida por P5 como encontrada na atenção pré-natal realizada no subsetor suplementar, ressaltando novamente a dicotomia entre público-estatal x privada, já analisada anteriormente.

[...] fiz o plano pensando em fazer o pré-natal no privado. Por quê? Segurança. [...], segurança na hora do parto, acho que é o temor de todas as mães chegar na hora do parto e ir para um hospital, pra outro... (P5)

Como refere Farias (2001), a segurança consiste numa experiência subjetiva que reflete a interação entre características próprias de cada sujeito (psicológicas, socioculturais, econômicas) e um dado contexto, ou seja, a segurança pode ser percebida de forma diferente por cada indivíduo, conforme seu entendimento ou percepção dos riscos envolvendo sua saúde. O período da gestação é passível de intercorrências que precisam ser atendidas prontamente, o que justifica a demanda das entrevistadas por segurança no atendimento de pré-natal. Na comparação entre a possibilidade de pronto atendimento no subsector público-estatal e no suplementar, a prestação deste último parece ser mais garantida. Isto revela que as entrevistadas pressupõem que ser usuária do subsector público de saúde, durante o período da gestação, é se sentir insegura com relação ao atendimento por ele prestado, tanto no sentido do acesso e da sua disponibilidade no momento da necessidade, quanto no tocante à qualidade deste atendimento.

A referência ao quesito tempo também aparece relacionada, especificadamente, à atenção pré-natal no subsector suplementar. A fala que segue indica a resposta da entrevistada P1 ao questionamento sobre que características a atenção pré-natal realizada no subsector suplementar deve ter para ser de qualidade.

No serviço de saúde privada acho que a rapidez das coisas, de atendimento, de tudo assim [...] (P1)

Está implícito na fala da P1 o pressuposto de que nos serviços públicos – estatais os atendimentos referentes ao pré-natal não são tão ágeis quanto os realizados nos serviços privados. A agilidade citada pela P1 como critério para a definição de um pré-natal de qualidade pode ser interpretada como relacionada a uma avaliação das condições de acesso aos serviços de saúde.

O quesito ‘tempo’ também é citado na literatura como relativo às condições de acesso aos serviços de saúde. Para Silva Junior e Mascarenha (2005), este acesso é constituído por “dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados em saúde”. De acordo com Farias (2001), as condições ou dimensões de acesso não consideram somente a relação quantitativa de oferta e demanda, apesar deste ser um de seus aspectos centrais, mas também sofrem influência de outros fatores, sendo um deles o tempo de espera que antecede o atendimento. A garantia de acesso

rápido aos serviços de saúde ganha relevância na gestação, em função das próprias características deste processo, o qual se constitui num período de incertezas, preocupações e demandas por cuidados de saúde consideradas urgentes, o que requer facilidade de acesso ao atendimento médico e serviços diagnósticos. A inclusão das facilidades de acesso e agilidade dos atendimentos como critérios definidores de uma atenção pré-natal de qualidade corrobora o que é preconizado pelo MS, o qual destaca que a garantia de acesso facilitado aos serviços de saúde pelas gestantes consiste num dos requisitos para uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada (BRASIL, 2005b).

A idéia do acesso aparece sob outra óptica como critério de concepções de qualidade da atenção pré-natal no subsetor suplementar, como pode ser observado abaixo:

Pelo conforto né, não tem espera (no sistema privado), dá sempre para marcar, essas coisas eu acho. (P1)

O conforto, a praticidade, não precisar esperar, nem enfrentar filas para conseguir um atendimento são valores que indicam a importância, principalmente para a gestante, da facilidade de acesso aos serviços de saúde, percebido pela entrevistada como elemento que caracteriza um serviço de saúde de qualidade do subsetor suplementar.

Esta questão das condições de acesso mais facilitado no subsetor suplementar é admitida na literatura e tem a sua importância valorizada. Num estudo realizado por Farias (2001), com o objetivo de conhecer que elementos poderiam explicar a decisão dos indivíduos de contratar ou não um plano de saúde, conclui-se que, a respeito das condições de acesso, os planos de saúde destinam aos seus beneficiários comodidade e conforto inimagináveis no sistema público de saúde. Segundo esse autor, trocar horas em uma fila de espera para conseguir atendimento pela comodidade de um simples telefonema é inegavelmente um valor positivo. Se, para a população geral, esta comodidade e praticidade já são importantes, provavelmente para uma gestante passando por diversas mudanças físicas ocasionadas pela gestação, como ganho de peso, dores nas costas, edema de membros inferiores e urgência urinária, a possibilidade de um simples telefonema, em lugar de passar horas numa fila, assume um valor positivo. Assim, considerando esta visão, o acesso torna-se um importante elemento na concepção de qualidade dos serviços de saúde da atenção pré-natal.

A fala abaixo, referente à atenção pré-natal em serviços privados, alia à importância da facilidade de acesso a responsabilização por parte dos profissionais com a saúde das gestantes. A qualidade do atendimento teria como pressuposto estes dois requisitos.

[...] (no serviço privado) o profissional que vai fazer teu pré-natal tem que entender que a partir daquele momento tem que estar disponível pra ti. Ela se colocou disponível, deu telefone de casa, celular, do trabalho, tu tem que ficar disponível. Tem que oferecer, se tu não conseguir entrar em contato comigo, tem que oferecer opção de atendimento. 'ahh, se tu não conseguir falar comigo, vai em tal lugar, procura esse serviço'. (P5)

Silva Junior e Mascarenhas (2005, p.248) descrevem a responsabilidade de um profissional da saúde como “responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal”. Já Merhy (2006) apresenta argumento semelhante ao afirmar que a responsabilização traz consigo a idéia que o profissional deve assumir a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução dos problemas dos usuários. Dessa forma, a responsabilização dos profissionais parece ser um dos critérios para um serviço de atenção pré-natal de qualidade, ou mesmo um dos meios para se estabelecer o vínculo entre usuário e profissional.

Levando-se em conta que a gestação envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento, tanto da gestante quanto da sua família, em várias dimensões, as quais atingem mudanças emocionais, bioquímicas e socioeconômicas (MALDONADO, 1997) a de preocupação demonstrada pelo profissional que realiza o pré-natal para com a gestante, por meio do fornecimento de mecanismos ou estratégias que garantam o contato com o profissional quando esta sentir necessidade de atendimento, contribuem para que a gestante sinta-se mais segura e confiante no trabalho do profissional. O estabelecimento desta relação de confiança se dá por meio da constituição de espaços de escuta mútua, a partir dos quais são produzidos o vínculo e o compromisso do profissional, que devem nortear as intervenções terapêuticas (RAMOS; LIMA, 2003). Para Pinheiro (2002), a possibilidade da prática da integralidade, uma aposta que vem pautando o debate em torno do SUS e da atenção obstétrica, tem a ver com esta responsabilização dos profissionais da saúde com os usuários por eles cuidados.

Uma referência à integralidade surge na caracterização de um serviço de saúde de qualidade que aparece na fala da P2, a qual sugere um entendimento de ‘necessidades de saúde’ como um conjunto de demandas que devem ser atendidas na sua totalidade em qualquer serviço de saúde, seja ele público ou privado.

(um serviço de qualidade) é assim, atender as necessidades da gente todas, independente de qual for, independente do plano de saúde, de ter ou não um plano de saúde, a gente ser bem atendido e ter o atendimento que a gente necessita. (P2)

Esta idéia de que os serviços de saúde precisam atender as necessidades de saúde dos usuários na sua totalidade também é afirmada na literatura, principalmente nas abordagens que propõem uma definição de integralidade. Para Mattos (2001 apud SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2005), por exemplo, o termo integralidade refere-se às práticas dos profissionais de saúde enquanto práticas integrais. Ainda segundo o autor, a integralidade é desempenhada através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços apresentadas pelos usuários ao procurar o atendimento de um serviço de saúde, bem como de seus profissionais. Na sua abordagem, o autor não faz nenhuma distinção entre os serviços de saúde públicos e privados, dando a entender que a integralidade deve estar presente no atendimento em ambos os contextos, o que corrobora o posicionamento da P2.

Especificadamente com relação à atenção pré-natal oferecida pelos serviços do subsetor suplementar, a integralidade também aparece implícita nas entrevistas como sendo um dos aspectos fundamentais da qualidade da atenção. As falas da P2 e da P7, abaixo, ilustram este argumento. Elas correspondem a trechos das entrevistas em que se enfocava a percepção das participantes sobre o que caracteriza uma atenção pré-natal de qualidade no subsetor suplementar.

Um obstetra bem preparado para atender todas as nossas necessidades, as dúvidas, qualquer coisa [...] Suprir todas as necessidades do paciente. (P2)

*[...] atendimento personalizado, ter as suas dúvidas atendidas[...]
(P7)*

Para Gomes e Pinheiro (2005), a prática da integralidade se constitui num valor a ser sustentado, estando presente no encontro, no diálogo, na atitude do profissional que procura reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos usuários no que diz respeito à sua saúde. Este enfoque na singularidade das demandas dos usuários, como prática de integralidade, é referido pelo MS (BRASIL, 2005b) como de extrema relevância na assistência pré-natal, assistência essa indicada como um momento privilegiado para conversar e esclarecer questões que são únicas e diferentes para cada mulher e que, portanto, requerem abordagens personalizadas. Ao interagir com o profissional que realiza o atendimento de pré-natal, a gestante espera partilhar com ele suas experiências, dúvidas, medos e conseguir ajuda.

Além da integralidade, aparece nas entrevistas a qualificação dos profissionais da saúde, esta entendida, também, como elemento do cuidado em saúde que pode lhe conferir qualidade. Na abordagem desta questão não foram referidas diferenças entre o subsetor público-estatal e o suplementar. Ser atendido por um profissional qualificado parece ser percebido como característica de serviços de saúde de qualidade, em ambos os contextos. Neste sentido, ao serem indagadas sobre o que seria necessário para que um serviço, seja ele público ou privado, fosse de qualidade, algumas entrevistadas responderam:

Uma boa qualificação (dos profissionais) [...]. (P2)

E eu acho que a formação dos médicos, do médico poder estar atualizado, te orientando bem [...] Então, eu acho que o médico estar atualizado é importante [...]. (P7)

A valorização da formação e qualificação dos profissionais na definição da qualidade das práticas em saúde, exemplificada pelas falas acima, também é referida na literatura, às vezes no sentido da qualificação através do conhecimento técnico-científico (DONABEDIAN et al.,1992), outras vezes num sentido mais ampliado, reconhecendo a relevância de saberes que extrapolam o campo técnico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Pode parecer óbvio que uma formação qualificada possibilite a oferta de serviços de saúde também qualificados, conforme as concepções das entrevistadas. Contudo, não ficou claro que formação e qualificação estão sendo por elas valorizadas. Nesse sentido, a formação e a qualificação dos profissionais da saúde ainda é fortemente centrada em saberes biologicistas, onde, como referem Traverso-Yépez e Morais (2004), reafirmando a lógica

biomédica, o futuro profissional adquire um leque de habilidades práticas que o conduzem a valorizar no seu trabalho somente questões biológicas e a desconsiderar fatores socioeconômicas e culturais envolvidos com a condição biológica dos indivíduos por ele atendidos. Para Ceccim e Feuerwerker (2004b), a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas em saúde e não o seu objetivo principal. Com o objetivo de quebrar a abordagem clássica da formação dos profissionais de saúde, na qual o ensino é tecnicista, com ênfase na sofisticação dos procedimentos e o domínio das tecnologias duras é predominante, foram aprovadas, no ano de 2001, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde. Tais Diretrizes afirmam que a formação dos profissionais de saúde deve adequar-se ao funcionamento do sistema de saúde do Brasil, estimular a atuação em equipes multiprofissionais e a prática da atenção integral à saúde dos usuários (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A estrutura e ambiente físico dos serviços também são lembradas pelas entrevistadas como um dos fatores que influenciam na qualidade da atenção pré-natal nos serviços do subsetor suplementar. Esse destaque à estrutura não aparece na abordagem dos serviços de saúde em geral.

Organização também conta bastante, limpeza muito né, às vezes a gente sabe de postos e hospitais limpinhos né, às vezes uma coisa mais antiga já te deixa com os olhos 'ah, é velho e sujo' [...] (P1)

E um local onde tenha, assim como no Mãe de Deus tem, onde a gente pode fazer ecografia, a gente pode fazer exame laboratorial tudo no mesmo lugar. [...] acho essencial isso. (P2)

Eu acho que além da adequação do espaço físico, de adequado, limpo né [...] (P7)

Local apropriado para os exames [...] (P8)

Os elementos do espaço físico citados nas falas acima são interpretados aqui como sendo um dos componentes da tríade formada por estrutura-processo-resultado concebida por Donabedian (1980 apud SILVA; FORMILGLI, 1994). Como já referido anteriormente, segundo Silva e Formigli (1994), a tríade idealizada por Donabedian consiste num dos esforços mais bem-sucedidos para realizar avaliações em saúde. Como destacam as mesmas autoras, a estrutura é constituída pelas características mais estáveis dos serviços de saúde,

correspondendo aos instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Nesse sentido, Malik e Schiesari (1998), apresentam argumento semelhante ao afirmarem que a estrutura envolve desde o espaço físico e equipamentos disponíveis para a assistência até a organização dos serviços de saúde. Porém, há de se indagar até que ponto esta estrutura realmente pode qualificar a assistência pré-natal prestada. Para Malik e Schiesari (1998), é difícil quantificar a influência ou a contribuição deste componente na qualidade final da assistência oferecida, mas pode-se falar em tendências, ou seja, um serviço com estrutura mais adequada aumenta as chances da assistência prestada ser de maior qualidade.

Chama a atenção no conteúdo das falas de algumas entrevistadas a afirmativa da não variação dos critérios utilizados para conceituar qualidade do pré-natal nos serviços públicos e nos privados. As falas apresentados abaixo ilustram este posicionamento. As manifestações das entrevistadas correspondem às respostas à pergunta sobre que características podem definir um atendimento de pré-natal de qualidade no subsetor suplementar.

Eu acho que a mesma coisa, tem que ter a mesma coisa (no público e no privado). Acho que é para tudo se é privado ou público, tem que ter atenção [...] (P6)

Acho que não tem de ter nada diferente por ser privado. (P9)

Acho que a mesma coisa (público ou privado). (P10)

As falas acima permitem inferir que, para algumas participantes da pesquisa, o entendimento sobre quais critérios definem um serviço de qualidade não se altera por ser este ofertado pelo subsetor público ou privado, ou mesmo por ser o atendimento realizado durante a atenção pré-natal ou ser outro tipo de atendimento que ela busque, ou seja, para estas mulheres não ocorre a desvinculação das concepções de qualidade em saúde no geral e de qualidade na atenção pré-natal. O que é qualidade em um contexto, é qualidade em outro. Essa aparente contradição, já que anteriormente fez-se referência às diferenças entre subsetor público-estatal e privado, pode ser explicada considerando-se que as falas das entrevistadas não ocorrem de forma linear, absoluta, elas podem apresentar diferenças se tomarmos como

referência diversas entrevistadas ou até mesmo uma única entrevistada em momentos diferentes da entrevista.

5.3 Experiências na atenção pré-natal do subsetor suplementar: com a palavra, as usuárias.

Conforme o MS, a atenção pré-natal deve ser de qualidade e humanizada, incluindo ações de promoção e prevenção da saúde, além do diagnóstico e tratamento adequado aos problemas que possam surgir nesta fase (BRASIL, 2005b). No manual técnico de atenção pré-natal e puerpério (BRASIL, 2005b) o MS apresenta um conjunto de recomendações que devem servir de referência para a organização da assistência, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde nesta área, com base em evidências científicas e recomendações da OMS. Estabelecidas as normas e as recomendações para o estabelecimento de uma atenção em saúde de qualidade, resta aos serviços dos subsetores público-estatal e suplementar segui-las. A coerência entre o que preconiza o MS e a realidade da atenção pré-natal é um tema que merece destaque na agenda dos pesquisadores. Uma das maneiras de dar visibilidade à realidade da atenção pré-natal nos serviços de saúde é conhecer as experiências das usuárias destes serviços. É esta abordagem que se pretende trazer a seguir.

As experiências vivenciadas durante a atenção pré-natal do subsetor suplementar possibilitaram que as entrevistadas formulassem uma percepção muito particular do atendimento que lhes foi dirigido durante este período. De um modo geral, a percepção das entrevistadas sobre o atendimento durante as consultas de pré-natal é que este foi de bom a ótimo e correspondeu às suas necessidades. Além disto, foi destacado que os profissionais que as atenderam e os locais onde estes atendimentos aconteceram poderiam ser recomendados a outras mulheres. Estes dados permitem concluir que, na opinião das participantes da pesquisa, a atenção pré-natal realizada nos serviços privados dos quais foram usuárias foi satisfatória.

As seguintes falas ilustram a avaliação das entrevistadas sobre o acompanhamento pré-natal de que foram sujeitos nos serviços do subsetor suplementar.

Que ele foi de ótima qualidade, afinal, supriu todas as minhas necessidades. Tudo que precisava e quando precisava. (P2)

Acho que a qualidade foi boa, porque a médica sempre teve atenção comigo, tirava minhas dúvidas durante o pré-natal. (P7))

Ah, acho que foi bom o atendimento. [...] Porque supriram todas as necessidades eu acho assim né. (P10)

Nesta avaliação sobre o atendimento recebido as entrevistadas destacaram, também, sua percepção sobre os profissionais que realizaram este atendimento e sobre como se sentiram sendo atendidas por eles:

Ótimo. [...] porque a segurança, a tranquilidade, franqueza, as orientações, clareza nas explicações, tudo que perguntava ela respondia, orientava outras coisas também, não tinha nada que ela não respondesse. (P5)

Muito a vontade. Muito a vontade mesmo. [...] Porque ele me transmitia segurança [...] (P2)

[...] me senti muito acolhida assim, gestação é um momento que a gente tem bastante dúvida e bastante ansiedade assim né, e eu acho que ela foi adequada assim, para acolher. (P7)

O acolhimento enquanto forma de escuta e recepção das demandas das usuárias, a segurança do conhecimento técnico-científico e a importância da relação interpessoal voltam a ser referenciados, agora como fatores determinantes dos sentimentos que estas mulheres vivenciaram durante as consultas. Neste ponto, é interessante fazer uma ligação com a primeira categoria analisada neste estudo, referente às concepções de qualidade em saúde. As informações analisadas naquele momento são novamente referendadas aqui, nos depoimentos sobre o sentimento de satisfação das usuárias com relação ao atendimento recebido. Segurança, acolhimento, competência técnico-científica e bom relacionamento interpessoal do profissional já haviam sido mencionados pelas entrevistadas como características de uma atenção em saúde de qualidade. Mas para a entrevistada P10, o sentimento gerado pelo atendimento durante as consultas foi diferente, como pode ser evidenciado na fala abaixo:

Sentimento... ah, um pouco de insegurança só assim [...] Ahh, acho que foi meio porque eu não me entendi muito bem com a médica.
(P10)

Aqui, novamente aparece, com destaque, a questão do vínculo entre profissional e gestante, indicado como fator que influencia o nível de satisfação das entrevistadas com relação ao acompanhamento pré-natal realizado em um serviço do subsetor suplementar. Como já foi referido, o vínculo com o profissional gera segurança e tranquiliza a gestante, num período da sua vida permeado por muitas dúvidas, medos e ansiedade.

Com relação às suas experiências no acompanhamento pré-natal, as entrevistadas foram questionadas sobre os seguintes aspectos das consultas realizadas durante este acompanhamento: frequência, orientações recebidas, solicitação de exames, componentes do exame físico e a relação entre o tempo destinado à consulta médica e a satisfação de suas necessidades e expectativas. Estes aspectos são destacados no manual técnico de atenção pré-natal e puerpério (BRASIL, 2005b), como elementos que buscam garantir o atendimento integral e as condições básicas para promover hábitos de vida favoráveis ao desenvolvimento adequado da gestação, num contexto de atenção pré-natal humanizada e qualificada. Quanto à frequência das consultas, houve um consenso nas respostas, como pode ser observado abaixo:

No pré-natal, uma vez por mês [...] até o oitavo mês, depois do oitavo mês a cada quinze dias. (P2)

Era uma vez por mês no começo, sempre assim, até entrar no oitavo começou de quinze em quinze e depois no final era uma vez por semana já. (P4)

No início era uma vez por mês, [...] e depois mais para o fim da gestação era a cada quinze dias, e depois, bem no finalzinho, era uma vez por semana. (P7)

A maioria das entrevistadas realizou consultas mensalmente, e predominantemente a partir do oitavo mês, a frequência passou a ser quinzenal. Com base nestas informações, se pode concluir que os serviços onde estas mulheres realizaram seu pré-natal estão seguindo a recomendação do MS e da OMS de um número mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo que estas devem ser distribuídas da seguinte forma: uma

consulta preferencialmente no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Essa maior frequência das consultas no último trimestre da gestação é também exemplificada pelas entrevistadas. Tal recomendação deve-se à avaliação do risco perinatal e das intercorrências serem mais comuns neste trimestre, necessitando, assim, um acompanhamento mais próximo pelos profissionais de saúde neste período (BRASIL, 2005b).

Embora se saiba que é pouco provável que as entrevistadas lembrem de todas as orientações recebidas durante as consultas de pré-natal, o interesse em conhecer o conteúdo destas consultas, ampliando a avaliação da qualidade do pré-natal para além da tradicional contagem do número de consultas, levou a pesquisadora a questioná-las sobre este aspecto do acompanhamento pré-natal. Segundo Espirito Santo e Moretto (2005), durante as consultas de pré-natal a mulher deve receber informações sobre os mais diferentes temas, com o objetivo de se promover a saúde durante o período gestacional, além de se atuar sobre os hábitos de saúde também da família. Alimentação, atividade física, estresse, medicação, cuidados com o corpo, atividade sexual e controle de peso foram os temas lembrados pelas entrevistadas como conteúdos das orientações recebidas do profissional que realizou a consulta. Provavelmente outras questões possam ter sido abordadas durante as consultas, mas talvez as informações trazidas por elas consistam nas mais marcantes ou importantes, na sua visão.

Olha o que eu lembro bastante assim, no início da gravidez minha glicose deu alta então recebi bastante orientação sobre alimentação, atividade física, alguns cuidados assim em termos de cuidado com esforço principalmente assim no início [...] (P5)

Olha, repouso, procurar não me estressar, cuidar muito bem da alimentação, medicação, que eu tive de tomar Combiron durante um tempo, isso eram as orientações. (P2)

Orientações com o corpo, passar bastante creme para prevenir estria, comer bastante verde, bastante ferro, bastante verdura. (P6)

Mas ela orientou a respeito de por exemplo, se podia ou não ter relação sexual, e orientações gerais assim de alimentação também, controlava o peso [...] (P7)

As orientações recebidas pelas participantes da pesquisa nas consultas de pré-natal estão coerentes com as recomendações do manual técnico de atenção pré-natal e puerpério (BRASIL, 2005b). Outro elemento que se buscou conhecer no tocante à experiência das

consultas refere-se aos exames solicitados durante o pré-natal. O MS preconiza a realização dos seguintes exames laboratoriais para a primeira consulta: dosagem de hemoglobina e hematócrito, grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, exame de urina, sorologia anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose. Desses, o VDRL, glicemia de jejum e exame de urina devem ser repetidos próximo da trigésima semana de gestação (BRASIL, 2005b). Nesse sentido, quando indagadas sobre a ocorrência da solicitação de exames, todas referiram terem realizado vários exames durante a gestação.

No início do pré-natal, aqueles exames todos. [...] glicose, TGO, TGP, não, esses dois não. VDRL, HIV, esses exames que são obrigatórios, hemograma, grupo sanguíneo, esses assim. [...] E aí ali, depois, com vinte semanas, vinte quatro, vinte cinco eu repeti de novo esses exames. (P5)

Eu fiz três hemogramas, junto com o hemograma, toxoplasmose esses assim (não soube nomear)... (P1)

[...] exame de sangue, exame de urina, HIV, glicose, todos os exames eu acho [...] Eu fiz no início da gravidez, quando soube que estava grávida, e depois eu refiz todos os exames depois dos sete meses, no último trimestre. (P2)

Exames de sangue eu fiz, acho que no primeiro trimestre, depois no segundo e depois no final fiz de novo [...]. Mas foi só sangue, fiz uma (vez) de urina [...] (P4)

Urina, glicose, sangue, hemograma né, para ver anemia [...] (P8)

As falas acima possibilitam duas interpretações, a primeira é que, no subsetor suplementar, estejam sendo realizados os exames considerados mínimos para uma atenção pré-natal adequada, conforme o MS. A segunda, e talvez mais importante, é que as mulheres que fazem o acompanhamento de pré-natal no subsetor suplementar parecem não estarem sendo suficientemente orientadas sobre a finalidade dos exames solicitados. As falas acima ilustram que grande parte das entrevistadas sabia somente que havia realizado exames de sangue e urina, mas desconhecia porque eles eram necessários.

Ainda com relação aos exames solicitados, o que mais chama a atenção é o número de ecografias obstétricas realizadas, entre duas e doze ecografias por gestante.

[...] ela já pediu uma eco (na primeira consulta) [...] depois, com vinte semanas, vinte quatro, vinte cinco eu repeti de novo. (P5)

Eu acho que eu fiz umas cinco ecografias durante a gestação toda.[...] Duas delas fomos nós que pedimos e as outras o médico solicitou. (P2)

Todas as consultas que eu ia ele solicitava uma eco para próxima consulta. No final não, no final teve um espaço de uns quarenta e cinco dias sem fazer eco. [...] Em cada período era uma diferente, dentro daquele período ele pedia aquela. Pra ver síndrome de Down, dentro do período, depois a morfológica, depois teve uma normal só para ver se tava tudo bem. (P4)

A partir do terceiro mês ela começou a pedir. E aí era de um em um mês que ela pedia uma eco para mim, para ver como o nenê tava. (P6)

As ecos... eu acho que eu fiz umas oito ecografias. [...] Solicitadas pela médica, umas duas ou três eu queria. (P8)

Ecografia eu acho que fiz doze (risos). [...] porque eu pedia... eu pedia para ele a solicitação para mim ver o desenvolvimento. [...] eco eu acho que no total ele (médico) pediu umas seis ao todo... é que ele não chegava a ter tempo de pedir, eu chegava lá e pedia. (P9)

O MS (2005b) considera a ecografia obstétrica como um dos exames que pode ser acrescido aos anteriormente citados, uma vez que sua realização precoce está relacionada a uma melhor determinação da idade gestacional, detecção de gestações múltiplas e malformações que, clinicamente não se tem como suspeitar. Porém, há de se considerar que embora bastante corriqueiro na assistência pré-natal, não existem evidências que este procedimento realizado de forma rotineira seja efetivo sobre a redução da morbidade e mortalidade perinatal ou materna (BRASIL, 2005b). Buchabqui et al. (2006), apresenta argumento semelhante ao afirmarem que, embora sua utilização seja importante em muitas situações obstétricas, atualmente tem se verificado um abuso na solicitação de tais exames, o que conduz ao aumento considerável dos custos desta assistência *versus* os benefícios reais que ela proporciona. Ainda segundo os autores, a recomendação da Fundação de Medicina Fetal consiste em realizar uma ecografia obstétrica entre a décima primeira e décima terceira semanas de gestação para datação da idade gestacional, número de fetos e medida da translucência nugal e outra após a vigésima semana para avaliação morfológica.

Considerando as falas acima, há de se questionar, porque tal prática está tão difundida entre os profissionais médicos e também tão valorizada pelas gestantes? Por que esta valorização excessiva, cada vez mais arraigada na cultura do pré-natal?

A resposta para tais questionamentos talvez esteja na valorização contemporânea das tecnologias duras no campo da medicina. Conforme Merhy (1994), a tecnologia dura refere-se a todo o instrumental complexo, que rege a organização tecnológica do trabalho, e engloba todos os equipamentos para tratamentos, exames e organização de informações. Com relação ao emprego da tecnologia na atenção perinatal, a OMS recomenda que esta seja incluída na assistência de forma apropriada, evitando-se o uso excessivo, ou a aplicação de tecnologias sofisticadas e complexas, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes (BRASIL, 2005b).

Outro aspecto das consultas trazido pelas entrevistadas nos seus relatos diz respeito ao exame físico. Segundo as falas das entrevistadas, o procedimento padrão envolveu os seguintes componentes: peso, altura, aferição da pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, medida da altura uterina e exame de toque.

Peso, exame de toque, ausculta dos batimentos fetais, pressão, e altura foi só na primeira vez. [...] em todas as consultas. (P5)

Ele media o tamanho da barriga, o coração do neném ele escutava, media minha pressão, acho que era isso. (P2)

Físico era peso, aferia pressão e exame ginecológico que eu acho que era toque. (P7)

Ela me pesava sempre, media a pressão e media a barriga e, o que mais... o colo (exame de toque) sempre. (P10)

As consultas do pré-natal devem conter, no exame físico, uma abordagem dos itens mencionados pelas entrevistadas (BRASIL, 2005b). A verificação do peso tem como objetivo avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação, sendo importante para identificar as gestantes em risco nutricional, com ganho de peso baixo ou excessivo para a idade gestacional, bem como definir as orientações nutricionais para cada caso (BRASIL, 2005b). Para Buchabqui et al. (2006), considera-se adequado um ganho de peso semanal de cerca de 400 gramas no segundo trimestre e 300

gramas no terceiro trimestre. O aumento repentino de peso é sugestivo de pré-eclâmpsia, enquanto ausência ou perda de peso pode estar associada a um crescimento fetal insuficiente. A verificação da pressão arterial, em todas as consultas, permite um controle desta e, conseqüentemente, a detecção precoce de estados hipertensivos, os quais necessitam de um acompanhamento em serviços de pré-natal de alto risco. Já a medida da altura uterina, quando realizada corretamente e, de preferência, pelo mesmo profissional, é suficiente para subsidiar o acompanhamento do desenvolvimento fetal e de seu anexos (BUCHABQUI et al., 2006). Outro procedimento recomendado pelo MS e experimentado pelas entrevistadas é a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, que tem como objetivo constatar, a cada consulta, a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade destes batimentos. Já o exame de toque, embora apareça nas recomendações do MS para a primeira consulta, não é referendado no manual técnico de atenção pré-natal e puerpério (BRASIL, 2005b) como recomendação de rotina nas consultas subseqüentes. Segundo Espirito Santo e Moretto (2005), o exame de toque deve ser feito o menor número possível de vezes.

Outro elemento que aparece com destaque no relato das experiências das entrevistadas no pré-natal é a relação entre o tempo destinado à consulta médica e a satisfação de suas necessidades e expectativas. Conforme as participantes da pesquisa, o tempo de duração das consultas variou entre dez minutos e uma hora. Quando indagadas se este tempo havia sido suficiente para atender suas necessidades, a resposta foi positiva.

Foi. [...] Porque todas as dúvidas que eu tinha ela sempre esclareceu, e eu nunca percebi, nunca notei que ela ficava me atropelando porque tinha outra pessoa, nada disso. Foi sempre bem tranquilo com isso de tempo. (P5)

Acho que sim. [...] porque era adequada assim, não era rápida demais entendeu?! Ela destinava aquele tempo para atender todas as minhas ansiedades, vamos dizer assim, as minhas dúvidas né. (P7)

Dessa forma, pode-se inferir que o tempo da consulta, por si só, não é significativo no que tange à percepção da qualidade do atendimento recebido. Poderíamos dizer que, mais importante que o tempo das consultas, é o aproveitamento deste para o atendimento das necessidades percebidas pelas gestantes. Segundo Farias (2001), o quesito ‘tempo de duração de uma consulta’ pode não ser um bom indicador da competência e

qualidade do atendimento, mas por meio dele é possível reconhecer aspectos importantes da dimensão interpessoal do atendimento, argumento que corrobora a análise dos dados obtidos na presente pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou investigar a percepção de mulheres que vivenciaram a atenção pré-natal nos serviços de saúde do subsetor suplementar sobre a qualidade destes serviços. A análise permite concluir que não há diferenças significativas entre as concepções das entrevistadas sobre qualidade em saúde, no geral, e qualidade da atenção pré-natal. Estas concepções foram baseadas em valores e experiências pessoais produzidas no contato com ambos os contextos de atendimento em saúde.

Os critérios considerados pelas entrevistadas como caracterizadores de um serviço de saúde de qualidade, seja ele público-estatal ou privado, ou, ainda, se situe no contexto de práticas em saúde em geral ou especificamente no campo do pré-natal, envolvem os seguintes aspectos: a prática do acolhimento como postura adotada pelos profissionais de saúde, a resolutividade frente às demandas de saúde trazidas pelos usuários, a qualificação profissional, o tempo de espera para realização de uma consulta e/ou procedimento, o acesso aos serviços, a responsabilização dos profissionais pela saúde dos usuários e a realização de um atendimento que dê conta das necessidades dos usuários na sua totalidade. É durante as abordagens de alguns destes critérios que fica evidenciado a relação entre os serviços de saúde do subsetor público-estatal e do subsetor suplementar, a antinomia público x privado, e que, segundo as falas das entrevistadas, correspondem aos seguintes elementos: maior facilidade de acesso, menor tempo de espera e maior possibilidade da continuidade do atendimento com o mesmo profissional. Porém, para algumas das mulheres entrevistadas, não só não é trazida tal antinomia, como surge a afirmação que ela não deva existir em relação às concepções que representam um serviço de saúde de qualidade.

Especificamente em relação à atenção pré-natal no subsetor suplementar, as concepções de qualidade dos serviços incluem dois outros critérios, destacados como específicos a este contexto: a estrutura do serviço e o sentimento de segurança que o ser usuária do subsetor suplementar proporciona.

Além disto, a análise também permitiu conhecer as experiências das entrevistadas como usuárias dos serviços do subsetor suplementar na atenção pré-natal, bem como os aspectos que elas destacam como definidores da qualidade desta atenção. As entrevistadas consideraram, tomando como referência suas vivências no acompanhamento pré-natal de que foram sujeitos, que o atendimento recebido foi satisfatório, na medida em que atendeu suas necessidades e expectativas. Para tal avaliação, destacaram como critérios a prática do

acolhimento, a segurança, o conhecimento técnico científico e a boa relação interpessoal com o seu médico.

A análise dos relatos das entrevistadas sobre suas experiências na atenção pré-natal sugere que, no subsetor suplementar, esta atenção está sendo, pelo menos em parte, realizada de acordo com as recomendações do MS e da OMS. A frequência das consultas e as orientações fornecidas para a gestante são os aspectos que se destacam como condizentes ao que se recomenda. Segundo o depoimento das participantes da pesquisa a atenção pré-natal de que foram sujeitos não segue, contudo, a orientação do MS e das OMS para que seja evitado o uso excessivo de tecnologias duras, como é o caso das ecografias obstétricas, e a realização de procedimentos que não tem uma justificativa comprovada, por exemplo, a realização do exame de toque. Considerando a análise desenvolvida até aqui, entende-se que os objetivos do presente trabalho foram atingidos e que foram produzidos alguns subsídios para iniciar uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde do subsetor suplementar, especialmente na atenção pré-natal.

Os resultados da pesquisa trazem contribuições para a enfermagem, no sentido de valorizar as experiências das usuárias dos serviços de saúde na atenção pré-natal na produção de conhecimento sobre, por um lado, a forma como esta atenção tem se dado, e, por outro, sobre os valores, as necessidades e as demandas destas usuárias ao acessarem estes serviços. Conhecer como estas usuárias concebem “atendimento de qualidade” é de extrema relevância para a reflexão sobre as práticas realizadas neste contexto e sobre como estas práticas podem ser transformadas para atender as suas expectativas.

Para a presente pesquisadora, enquanto futura enfermeira, o principal aprendizado que resultou da experiência da pesquisa foi que as necessidades e expectativas dos usuários nem sempre são aquelas que imaginamos conhecer e estar atendendo. Ou seja, às vezes cabe muito mais uma relação acolhedora, de escuta e responsabilização para com o usuário dos serviços de saúde do qual se faz parte, que propriamente todo o aparato de tecnologias que dispomos e utilizamos na tentativa de atender as necessidades deste usuário.

Como qualquer pesquisa, o presente estudo também teve limitações que se originaram do pouco tempo disponível para a sua realização e da falta de experiência em pesquisa. Estas dificuldades poderão ser minimizadas no futuro, na medida em que for possível participar de outros estudos.

Conhecer as percepções dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde é fundamental, uma vez que é ele o sujeito que recebe cuidados em saúde e que, sendo detentor da informação do como o sistema se porta diante de suas necessidades, pode contribuir para

informar sobre quais melhorias são necessárias. Além disso, o conhecimento das percepções das entrevistadas sobre qualidade em saúde, especialmente na atenção pré-natal oferecida às mulheres grávidas que utilizam os serviços de saúde do subsetor suplementar, traz a possibilidade de se encontrar, nas expectativas e concepções de qualidade formadas pelas usuárias, um novo meio de se praticar o controle social com o objetivo de reorganizar e redimensionar as atuais práticas de saúde realizadas tanto pelo subsetor público-estatal quanto pelo subsetor privado no país. A importância de se ouvir as demandas da sociedade civil com relação à saúde é que isto pode fornecer subsídios para a redefinição das prioridades das políticas de saúde.

Espera-se que este estudo possa, além disto, despertar o interesse de profissionais, gestores e pesquisadores para a valorização das perspectivas dos usuários quando da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Neste sentido, recomenda-se a realização de estudos com objetivos semelhantes ao deste em outras áreas da saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgil. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Florianópolis, v. 10, n. 19, p. 7-24, jan/jun 2006.

ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M.A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 33, p.50-53, 1992.

ATENÇÃO. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, 2.128 p.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde:1996**. Rio de Janeiro: A Sociedade, 1997.

BRASIL. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio. **Acesso e utilização de serviços de saúde 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 de novembro de 2006.

_____. **Assistência Pré-Natal: manual técnico**. 3 ed. Brasília: Secretária de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2000b. 66p.

_____. IBGE. **Brasil – Mortalidade Materna**. Brasília: IBGE, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/glossario/saude_materna.html> Acesso em: 04 de junho de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiário, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, setembro de 2006a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_09_2006.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação do Gestor de Saúde Relatório Estadual - Rio Grande do Sul/ Dezembro 2005**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, 2006b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>. Acesso em: 28 de setembro de 2006.

_____. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação do Gestor de Saúde: relatório nacional de dezembro de 2005a**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, 2005a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_gestores/cadernogestores/200512_nac.pdf> Acesso em: 21 de novembro de 2006.

_____. **Constituição Federal do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

_____. **Lei federal de nº. 8.080 de 1990**. Brasília: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em 26 de setembro de 2006.

_____. **Lei Federal de nº. 9.961 de 2000**. Brasília: Congresso Nacional, 2000c. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=8&id_original=0>. Acesso em 28 de setembro de 2006.

_____. **Medida Provisória nº2.177-44 de 2001**. Brasília: Congresso Nacional, 2001. Disponível em: <<http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/45/2001/2.177-44.htm>>. Acesso em 04 de junho de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 160p.

_____. **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, agosto de 2006c. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Todos os vínculos a planos privados de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, 2006d. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>>. Acesso em: 28 de setembro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Uma análise dos nascimentos no Brasil e regiões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24455>. Acesso em: 21 de novembro de 2006.

BUCHABQUI, Jorge Alberto *et al.* Assistência Pré-Natal. *In*: FREITAS *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 680p. p.25-41.

BURMESTER, Haino. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantia de calidad. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 1, n.2, p. 149-154, feb 1997.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set/out 2004a.

_____; _____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

COIMBRA, Liberata C. *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumentos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 164p.

COUTINHO, Tadeu *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov/dez 2003.

DONABEDIAN, Avedis *et al.* Calidad, costo y salud: um modelo integrador. *In:* WASHINGTON, D. C. **Investigaciones sobre servicios de salud:** uma antología. OPAS, 1992. p. 809-827.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archive of Pathology Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

ESPIRITO SANTO, Lilian Cordova; MORETTO, Virgínia Leismann. Pré-Natal. *In:* OLIVEIRA, Dora Lúcia (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério:** notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. 423 p. p.109-138.

FARIAS, Luís Otávio. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

FEKETE, Maria Christina. A qualidade na prestação do Cuidado em Saúde. *In:* SANTANA, JOSÉ PARANAGUÁ (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas:** uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, out 2000. p.80. p. 51-58. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_2.pdf> Acesso em: 02 de novembro de 2006.

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSK, C.O.; OLIVEIRA, D. L. L. C. O software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 53-70, jan 2003.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n.17, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 de maio de 2007.

JORGE, Alzira Oliveira. **Regulação da Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/sem_int_8_1400_Alzira_Jorge_Semin%20Inter.%20ANS%20-%20Mesa%20Red.2%201%2019.pps>. Acesso em: 12 de novembro de 2006.

KLOETZEL, Kurt *et al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I a satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 263-268, jul/set 1998.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e purpério**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 229 p.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria César. **Qualidade na gestão local**. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis, 1998. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume03.pdf> Acesso em 05 março de 2007

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MALTA, D.; MERHY, E. E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: produção científica doutorado e mestrado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 69-101.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. 385p. p.71-112.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tenco-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). *In*: MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. 334 p. p.117-160.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org) *et al.* **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 80 p.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, outubro de 2003. Disponível em: <<http://www.abres.cict.fiocruz.br/docs/1.pdf>> Acesso em: 26 de setembro de 2006.

OLIVEIRA, Dora Lúcia. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, mai/jun 2005.

OPAS. **Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileofbrazil-POR.pdf>>. Acesso em: 03 de Outubro de 2006.

_____. **Carta de Ottawa**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 22 de novembro de 2006.

PINHEIRO, Roseni. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília: 2002,

PINTO, Luis Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. Planos privados de assistência a Saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

POLIT, Denize F.; HUNGLER, Bernardette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, jan-fev 2003.

REIS, Otávia Míriam Lima Santiago. **O ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde**: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Direito, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Mono_Ressarcimento%20otica%20juridica%20%Otavia_Reis.pdf>. Acesso em: 03 de Outubro de 2006.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul/set 2004a.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania Di Giacomo. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set/out 2004b.

SILVA, Ligia Maria V.; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan/mar 1994.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. Lógicas de programar ações de saúde. In: Barboza, P.R. (Org.). **Curso de especialização autogestão em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p.81-107.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan/fev 2004.

TREVISAN, Maria Do Rosário *et al.* Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da Saúde Suplementar no Brasil. **Revista Ciências da Administração**. Florianópolis, v.6, n.11, p. 09-34, jan/jul 2004.

VILARINHO, Paulo Ferreira. **A formação do campo da saúde suplementar no Brasil**. 2003. f. 152. Dissertação (Mestrado Executivo) – Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2003.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov/dez 2002.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista

Estamos realizando uma pesquisa sobre as percepções das mulheres que fizeram o acompanhamento Pré-Natal dentro dos Serviços da Saúde Suplementar, ou seja, através de planos ou seguros de saúde sobre a qualidade desta atenção. Assim, como usuária deste serviço, gostaria de realizar algumas perguntas que irão nortear suas respostas.

Identificação

Questões:

1. Por que você optou por fazer pré-natal em um serviço privado de saúde?
2. Como você chegou até o profissional que realizou seu acompanhamento durante o pré-natal e qual a formação deste?
3. Como você se sentiu durante as consultas?
4. Como foi a rotina destas consultas, quanto à frequência, tempo de duração, orientações e exame físico?
5. O tempo destinado às consultas foi suficiente para atender as suas necessidades?
6. Foram solicitados exames? Quais? Quantas vezes durante a gestação?
7. Como foi o atendimento nos serviços que realizaram estes exames?
8. Qual sua percepção a respeito da qualidade do atendimento recebido no decorrer do pré-natal?
9. O que você considera um bom atendimento em serviços de saúde em geral? E no caso do atendimento de pré-natal em serviços privados?
10. Você recomendaria o profissional que lhe atendeu no pré-natal e o local onde ele trabalha a outras mulheres? Por quê?
11. Se você tivesse que destacar um ponto positivo ou negativo no atendimento recebido no pré-natal, qual seria? Por quê?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa – Atenção Pré-Natal na Saúde Suplementar: experiência das usuárias.

Convido você a participar do estudo intitulado “Atenção Pré-Natal na Saúde Suplementar: experiências das usuárias”. Saúde Suplementar tem a ver com as atividades de assistência à saúde, desenvolvidas pelas organizações privadas e destinadas à população que possua planos e seguros de saúde. Assim, este estudo tem como objetivo conhecer a percepção de mulheres que vivenciaram a atenção pré-natal em serviços do setor de Saúde Suplementar tendo como questões norteadoras: quais as experiências destas mulheres no pré-natal em serviços de Saúde Suplementar?, como elas qualificam esta atenção?, quais suas concepções de ‘qualidade da atenção pré-natal’?.

Ao assinar este documento, você estará consentindo em ser entrevistada pela acadêmica de enfermagem Micheli Regina Etges, autora deste estudo juntamente com a professora orientadora Dra. Dora Lúcia de Oliveira. A acadêmica de enfermagem lhe prestou as seguintes informações:

1. A participação no estudo é de caráter voluntário, podendo haver desistência em qualquer momento sem que isso implique em quaisquer tipo de ônus.
2. As informações coletadas serão utilizadas para a elaboração da pesquisa, bem como publicações científicas, sendo garantido o anonimato. Estas não terão nenhuma repercussão na atual prestação de serviço pela UBS Santa Cecília.
3. Não há risco e o desconforto é mínimo neste tipo de estudo.
4. As informações serão coletadas através de entrevista, as quais serão gravadas e terão duração máxima de trinta minutos. Na etapa de análise, este material será transcrito e as fitas serão desgravadas, sendo que as transcrições ficarão de posse da pesquisadora por 5 anos, depois destruídas.
5. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao responsável pelo estudo para esclarecimentos de eventuais dúvidas. A pesquisadora Micheli Regina Etges, pode ser contatada através do telefone (51) 97256419 ou do e-mail <michelietges@yahoo.com.br>. A professora orientadora pode ser contatada pelo telefone (51) 98657650.
6. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Isto posto, declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento do projeto de pesquisa “Atenção Pré-Natal na Saúde Suplementar: experiências das usuárias”, estando ciente e devidamente esclarecida dos direitos descritos neste termo de consentimento.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

Porto Alegre, _____ de _____ 2007.

ANEXO – Carta de Aprovação do GPPG