

**CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA NO ATO DE CUIDAR DAS MULHERES: SUJEITO
AUTÔNOMO OU SUJEITADO?^a**

Renata Alves Albuquerque^b
Maria Salete Bessa Jorge^c

Resumo

Este estudo tem como objetivo compreender as relações estabelecidas entre o profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Fortaleza (CE) e a gestante para o processo de construção de autonomia desta durante a atenção pré-natal. A metodologia foi de natureza qualitativa, sendo utilizada como abordagem de análise a hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur. As técnicas de coleta de dados foram: entrevista semiestruturada com médicos e enfermeiros e observação sistemática de suas práticas na assistência pré-natal. Os resultados revelaram que predomina entre os profissionais a produção de um cuidado em saúde pautado na tecnificação da relação, na representação da usuária passiva, ignorante de sua situação, e na desconsideração de todo o saber que ela possui. Poucos dos profissionais entrevistados divergiram dos achados, mas estes já demonstram que uma atuação dialógica facilita a autonomia da gestante no processo terapêutico. Concluiu-se que, a despeito da existência de um cuidado em saúde voltado apenas para sistematização clínica, já se pode ver o despertar de um cuidado integral que preza pelo diálogo e pela corresponsabilidade, pontos importantes para o alcance da autonomia da usuária no processo terapêutico.

Palavras-chave: Atenção básica. Pesquisa qualitativa. Pré-natal e Gestante.

CONSTRUCTION OF AUTONOMY IN THE ACT OF GIVING WOMEN CARE OF:
INDEPENDENT OR SUBDUED INDIVIDUAL?

Abstract

This study has as a goal to understand the relations established between the Family Health Strategy professional (ESF) of Fortaleza-CE and pregnant women in the process of

^a Este estudo é parte da dissertação *Produção do Cuidado (des)Integral no Pré-Natal*, desenvolvida com auxílio da bolsa de pós-graduação da CAPES.

^b Psicóloga. Pedagoga. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

^c Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Professora Titular e Coordenadora do Mestrado de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Endereço para correspondência: Av. Sargento Hermínio, nº 950 Bl. A, apto. 202. Fortaleza, Ceará. CEP: 60 326-500. alves_psi@yahoo.com.br

construction of autonomy during prenatal care. The methodology was of a qualitative nature, using as an approach of analysis the phenomenological hermeneutic of Paul Ricoeur. The techniques data collection were: semi-structured interview with physicians and nurses and the systematic observation of their practices in prenatal care. The results revealed that prevails among the professionals the production of a health care based in the technical aspect of the relation, in the representation of the passive user, who is unaware of her condition, and in the disregard of any knowledge that she might already have. Few of the interviewed professionals diverted from the findings, but these already demonstrated that a dialogic performance facilitates the autonomy of the pregnant woman in the therapeutic process. It is concluded that, despite the existence of a health care exclusively directed to the clinic systematization, the awake of an integral care that values the dialogue and the co-responsibility, important points to reach the autonomy of user in therapeutic process, can already be seen.

Key words: Primary health care. Qualitative research. Pre-natal and pregnant woman.

CONSTRUCCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN EL ACTO DE CUIDAR DE LAS MUJERES: ¿SUJETO AUTÓNOMO O SOMETIDO?

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo comprender las relaciones establecidas entre el profesional de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de Fortaleza-CE y la gestante para el proceso de construcción de la autonomía de ésta durante la atención prenatal. La metodología fue de naturaleza cualitativa, siendo utilizada como abordaje de análisis la hermenéutica fenomenológica de Paul Ricoeur. Las técnicas de colecta de datos fueron: la entrevista semiestructurada con médicos y enfermeros y la observación sistemática de sus prácticas en la asistencia prenatal. Los resultados revelaron que predomina entre los profesionales la producción de un cuidado en salud basado en la tecnificación de la relación, en la representación de la usuaria pasiva, ignorante de su situación, y en la desconsideración de todo el saber que ella posee. De los profesionales entrevistados pocos divergieron de los hallazgos, pero éstos ya demostraron que una actuación dialógica facilita la autonomía de la gestante en el proceso terapéutico. Se concluyó que con respecto a la existencia de un cuidado en salud orientado apenas para la sistematización clínica, ya se puede ver el despertar de un cuidado integral que valoriza el diálogo y la corresponsabilidad, puntos importantes para el alcance de la autonomía de la usuaria en el proceso terapéutico.

Palabras clave: Atención básica. Investigación cualitativa. Prenatal y gestante.

INTRODUÇÃO

O cuidado integral perpassa a construção do processo de autonomia do usuário. Conforme Campos,¹ a grande possibilidade de se ampliar o trabalho em saúde é incluir a “coprodução de autonomia” como um de seus objetivos. O referido autor entende autonomia como a capacidade de o sujeito ou de a coletividade lidar com suas dependências e com ações e decisões resultantes de uma “formação de compromisso” entre fatores externos e internos. Mediante essa consideração, o autor acentua que a autonomia não tem um conceito absoluto. Portanto, a concepção de autonomia seria “averiguada” com base no quanto o sujeito pode influenciar em um dado contexto.

A construção do processo de autonomia necessita estar fundamentada em um projeto terapêutico que, conforme complementa Merhy,² deve considerar o modo de o sujeito andar na vida, enfatizando a autonomia do usuário como essencial para o ganho de saúde.

A teoria “Paideia”, desenvolvida por Campos¹ com base em uma releitura dos filósofos gregos, defende que a autonomia é um aprendizado social que depende da existência de condições que possibilitem a livre reflexão, o debate e a participação do sujeito na tomada de decisões. O sujeito, de acordo com essa teoria, é sempre um pedaço da sociedade, que, disputando suas decisões com outros atores sociais, compõe as regras e normas da coletividade.¹

Então, para a teoria Paideia, a autonomia é compreendida como a capacidade de o sujeito entender a si mesmo e ao contexto, bem como de agir sobre si próprio e sobre esse contexto. Agir procurando estabelecer compromisso e contratos entre seus desejos, valores e interesses e os de outros.¹

Desta forma, Campos¹ acredita que a autonomia será sempre coconstruída. Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde assumam seu papel, apoiando os usuários, para que consigam refletir sobre a coprodução do seu cuidado, e ajudando-os a ampliar sua capacidade de estabelecer contratos com os outros.

Pensar a implementação da coconstrução de autonomia como objetivo do cuidado em saúde é associar-se a uma discussão sobre a redefinição das práticas de saúde. Segundo Trad,³ tal discussão só aconteceu recentemente, com a ênfase no resgate da ética do cuidado em saúde e a valorização da dimensão subjetiva. O resgate embasou-se na noção de humanização como um conceito agregador que reivindica o estabelecimento de relações dialógicas e responsáveis entre sujeitos que compartilham saber, poder, experiências e compromisso com intervenções seguras.³

A humanização do cuidado em saúde traz a visão de um usuário que é sujeito de seu processo. Assim, ele usa o serviço de saúde como um direito e não como algo de consumo, que lembre uma relação mercadológica. A humanização, como enfatiza Trad,³ busca valorizar o usuário como um sujeito portador de singularidades.

Corroborando o enfoque da discussão da redefinição das práticas de saúde tem-se a Estratégia de Saúde da Família, que foi criada como um programa estruturante por buscar viabilizar a mudança do modelo de atenção à saúde até então predominante. A ESF é responsável por prestar uma atenção integral de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, enfatiza uma visão holística, não mais fragmentada, na qual a autonomia dos sujeitos envolvidos deve ser prontamente considerada.⁴

Dentre as responsabilidades da ESF encontra-se o encargo de viabilizar a atenção integral à saúde da mulher no pré-natal, estabelecendo um projeto terapêutico que vise acolher a gestante nas suas diversas necessidades de saúde. Nesse contexto, o vínculo entre o profissional de saúde e a gestante é estabelecido com base na busca de considerar as várias emoções, a fim de instituir um diálogo franco e aberto, proporcionando à mulher a oportunidade de relatar sua intimidade com segurança, expressando suas dúvidas e aflições.⁵ É nesse processo de trabalho em saúde que, conforme complementa Campos,¹ ocorre uma interação intersubjetiva entre sujeitos, trazendo todas as diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficientes de poder.

Em todo caso, o sujeito profissional de saúde ainda se encontra tensionado para reconhecer o usuário como detentor de autonomia, pois, para que isso ocorra, terá de ser estabelecida com o usuário uma relação que ultrapasse o simples olhar para determinados aspectos biológicos.

Para superar o olhar unilateral e vislumbrar um sujeito constituído de uma estrutura econômica, social, alimentar, familiar, cultural, fisiológica, educacional, afetiva e também repleta de desejos, faz-se necessário adotar um cuidado em saúde que esteja ancorado no vínculo, acolhimento e corresponsabilização pelo cuidado, o que pode levar a ter um usuário mais confiante em si mesmo e no profissional de saúde.

Feitas essas considerações, este estudo tem o objetivo de compreender as relações estabelecidas entre o profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Fortaleza (CE) e a gestante para o processo de construção de autonomia desta durante a atenção pré-natal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em Fortaleza (CE), com equipes da Estratégia de Saúde da Família responsáveis pela atenção ao pré-natal. O estudo foi realizado nas unidades básicas da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), que possui, de acordo com o Relatório de Gestão,⁶ um total de 33 equipes de ESF que fazem a cobertura de 39% da população da área adscrita à SER IV.

As 33 equipes da ESF são compostas por 21 médicos e 33 enfermeiros. Os sujeitos que fizeram parte da pesquisa foram 10 enfermeiros e 4 médicos. Eles foram escolhidos mediante uma amostragem intencional. Todavia, antes dessa seleção, fez-se necessário que esses profissionais de saúde atendessem aos critérios de inclusão, tais como: médico ou enfermeiro que prestasse atendimento pré-natal; médico ou enfermeiro que estivesse na ESF a pelo menos um ano; e que fizessem parte de uma equipe de ESF que tivesse no mínimo um médico e um enfermeiro.

As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada e a observação sistemática da prática. Na observação sistemática, buscou-se verificar se existia convergência dos dados coletados nas entrevistas com os realizados pelos profissionais no ato do atendimento pré-natal; para tal, observamos a consulta pré-natal realizada pelos médicos e enfermeiros sujeitos da pesquisa.

As entrevistas e as observações foram orientadas por um roteiro, para obter informações acerca dos sujeitos do estudo e de seu processo de trabalho. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2008. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pelos próprios autores do estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no processo número 07499081-0, que também julgou pertinente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as técnicas de coleta de dados (entrevista/observação).

O material empírico, coletado em entrevistas e observações, foi analisado com o apoio da hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur, buscando a interpretação dos textos produzidos pelos discursos dos sujeitos. A interpretação, para Ricoeur,⁷ se dá entre a vivência do sujeito e a linguagem, e essa interpretação acontece por meio de determinados conceitos como distanciamento, apropriação, explicação e compreensão. Serviu-se dos conceitos propostos por Ricoeur⁷ para alcançar uma compreensão profunda dos dados coletados na pesquisa.

Em síntese, a análise seguiu os seguintes passos: transformação dos discursos em textos; leitura simples, com intuito do entendimento do texto em sua totalidade; compreensão

do texto de forma abrangente. Essas fases fazem parte de um processo interativo que acontece em forma de espiral, ou seja, do todo para as partes e vice-versa. Desse modo compõe-se o círculo hermenêutico e possibilita-se uma compreensão ampla e profunda sobre o tema estudado.⁸ A interpretação, que surge com base na apropriação do sentido que o discurso traz, foi articulada com o eixo teórico orientador. A síntese dos resultados da análise é apresentada a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os discursos dos médicos e enfermeiros analisados durante a pesquisa apresentam como eixo convergente uma relação em que os profissionais de saúde, muitas vezes, fazem um movimento de redução do outro à condição de objeto. Isso acontece, segundo Campos,¹ como um produto do sistema de relações produzido por esses profissionais, no qual esses mesmos profissionais estão mergulhados. Em outras palavras, o profissional de saúde possui um relativo grau de autonomia, a despeito das leis, políticas e disciplinas a que estão submetidos.¹

Guattari⁹ trabalhou os conceitos de grupo sujeito e grupo sujeitado. Este último caracteriza-se pelo imobilismo e pela incapacidade de modificar o instituído, tendo em vista sua subordinação passiva às determinações do contexto. Já o grupo sujeito seria constituído por aqueles profissionais que são implicados em um processo de mudança.

No entanto, autonomia limitada leva a maioria dos profissionais de saúde ao jugo decorrente dos vínculos de subordinação. Constituir e colaborar para a construção da autonomia da gestante pressupõe estar imerso e empoderado de sua própria autonomia, a despeito de estar inserido em uma instituição de saúde que busca direcionar para práticas e saberes específicos.¹⁰ Práticas que pressupõem lidar com o usuário por meio de técnicas e procedimentos que apagam qualquer traço de subjetividade presente na relação profissional-paciente.

As práticas de saúde destacadas dos trechos das entrevistas realizadas para este estudo convergem para o que tem sido apresentado até aqui, ou seja, para práticas pautadas na tecnificação da relação, como demonstram as transcrições a seguir:

“Sempre preconizo que a gestante tenha seis consultas... No meu atendimento, solicito os exames, preencho o cartão... Eu sempre passo um ultrassom trimestral, faço todos os procedimentos que devem ser realizados.” (Sujeito 1 – Médico).

“[...] ela já vem agendada, na primeira consulta são solicitados exames de rotina, existem algumas orientações, sinais, sintomas, alimentação; em seguida ela é

encaminhada para o médico. Assim que é recomendado e assim que fazemos.”
(Sujeito 7 – Enfermeira).

Os trechos dos discursos destacados traduzem a relevância dada a procedimentos executados na atenção pré-natal. Esse fato é intensificado na entrevista do Sujeito 1, quando descreve que segue todos os procedimentos, e na entrevista do Sujeito 7, quando ressalta fazer tudo o que é recomendado. Em nenhum momento os entrevistados dizem inovar o cuidado em saúde, nem incorporam aos protocolos uma escuta do sujeito centrada em suas singularidades e demandas.

A supressão da subjetividade e autonomia da gestante também foi evidente em uma observação sistemática feita em um atendimento pré-natal realizado por uma médica. Nessa consulta, a usuária entra na sala sem falar nada, senta na cadeira e restringe-se a responder somente aquilo que a médica lhe pergunta. As perguntas, direcionadas para exames e procedimentos, são feitas no intuito de saber se tais exames já foram realizados.

Quando é perguntado se a usuária já realizou sua prevenção, ela responde: “Não fiz ainda e não quero fazer”. A médica insiste e pergunta o porquê da recusa, então, a usuária responde: “Estou cabeluda”. A resposta da usuária acarreta risos na profissional, o que deixa a usuária com evidente constrangimento. A médica diz: “Nós vamos olhar o que tem por dentro e não por fora. Não se preocupe!” A usuária, demonstrando “chateação e timidez”, submete-se e aceita fazer o exame.

Em nenhum momento da consulta foi explicado o porquê de tais procedimentos, muito menos foi perguntado sobre as dúvidas existentes ou sobre sua situação familiar. Em outras palavras, o que se pôde verificar foi uma consulta restrita a procedimentos e preenchimento de prontuário, o que fazia a médica olhar mais para a tela do computador do que para a usuária. Além desses aspectos, ainda havia uma constante interrupção do atendimento por pessoas que abriam a porta da sala à procura de informações.

Analisar e reconstruir relações entre profissionais e população é uma condição necessária para alcançar a qualidade em saúde.¹ Para isso, a prática precisará estar impregnada de formas de agir em saúde que proporcionem aos sujeitos acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização, elementos que fazem parte dos dispositivos da tecnologia leve.² Entretanto, é frequente o fato de esses dispositivos serem rechaçados da relação profissional-usuária, o que faz ocasionar, muitas vezes, relações cristalizadas em padrões que acarretam uma imagem distorcida do sujeito que procura o serviço de saúde.

Cada profissional representa sua clientela de maneira distinta. Os clientes podem ser vistos como coitadinhos, ignorantes, carentes, desleixados ou como consumidores exigentes que buscam ser tratados como sujeitos autônomos.

No atendimento pré-natal realizado pelos profissionais entrevistados, evidencia-se a representação da gestante como um ser passivo, ignorante de sua situação. De modo geral, os profissionais buscam transmitir informações às gestantes sem o estabelecimento de um diálogo.

Os dois discursos apresentados a seguir são convergentes. Eles mostram que os profissionais buscam “depositar” nas mulheres a maneira correta de se comportar no período da gravidez, desconsiderando todo o saber que já possuem:

“Falamos da alimentação, da parte emocional, orientamos a não se envolver com problemas [...] vemos a constância ao pré-natal, as vacinas, orientamos a participar do grupo de gestante para que possam aprender tudo [...]” (Sujeito 3 – Enfermeira).

“Seguimos orientações, fazendo os exames complementares; a gente sempre usa as consultas para trabalhar educação e saúde, preparar a gestante para essa nova realidade, para os cuidados com o bebê [...] se preocupar com educação e saúde.” (Sujeito 10 – Médico).

É possível observar que a educação em saúde referida pelo entrevistado 10 não ressalta os anseios e desejos da usuária, mas sim o repasse de orientações estabelecidas como necessárias pelo Ministério da Saúde. Segundo Guattari,⁹ o desejo está em permanente processo de produção e não permite fórmulas apriorísticas. Então, como trabalhar as questões das gestantes com orientações já estabelecidas, sem levar em consideração os desejos emergentes do processo vivido por ela naquele momento?

Trabalhar com essas fórmulas apriorísticas está de acordo com o modelo de cuidado suscitado na entrevista da Médica (Entrevistado 4), que estabelece com a gestante uma relação de “infantilização”:

“Discutimos com a gestante, elas se sentem confiantes aqui, discutimos os exames, orientamos o que tem a fazer, brigamos quando tá fazendo alguma coisa errada e elogiamos quando tá fazendo alguma coisa certa.” (Sujeito 4 – Médica).

A Médica 4 diz que “briga” e “elogia” as gestantes, dependendo de suas atitudes, e que elas se sentem confiantes no tratamento. Que confiança é essa que está ancorada em um reforço positivo ou negativo? Qual a liberdade que esta usuária terá para falar de suas questões subjetivas, se pode a qualquer momento ser repreendida?

Quando Guattari, citado por Rey,¹¹ fala da subjetividade capitalística, mostra como exemplo a infantilização de mulheres pelo Estado. Infantilização que consiste em uma “[...] subjetividade produzida pelas máquinas em série e impessoais associadas ao consumo em massa”.^{6:113} Há, portanto, uma supressão dos processos de singularização, o que implica um sujeito no extremo de sua alienação, que se torna cada vez mais competitivo, afastando-se de uma produção autêntica de afeto nas relações com os outros.

Muitos dos sujeitos entrevistados mostraram essa “supressão da singularização” em seu processo de trabalho no pré-natal. Eles o fazem de forma alienada, “coisificando” o sujeito gestante que precisa de cuidados. Com isso, bloqueiam a autonomia da usuária, buscando que ela obedeça a uma padronização.

Para que exista autonomia, segundo Baremlitt,^{12:17} é necessária a autoanálise, pois

[...] autoanálise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que permitam saber acerca de sua vida. E não que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, de que necessitam e o que devem pedir, o que procurar conseguir e o que puderam ou não conseguir.

O discurso do Sujeito 6 traz uma aproximação com a concepção de autonomia proposta por Baremlitt.¹² Quando perguntamos à entrevistada o que ela entende por “autonomia da usuária no pré-natal”, ela respondeu:

“[...] fazer com que a pessoa seja responsável pelos cuidados dela, ela é autônoma, eu tenho que deixar ela à vontade para aceitar ou não, vou orientá-la para que ela perceba que ela tem autonomia e tem a responsabilidade do autocuidado e não deixar ela dependente do posto, da equipe; ela pode contar com a gente, mas ela tem que ter responsabilidade pelo autocuidado dela e tem autonomia também de estar questionando se ela deve ou não aceitar o que a gente está dizendo.”
(Sujeito 6 – Enfermeira).

No recorte do discurso explicitado, percebe-se que o sujeito busca uma corresponsabilidade no cuidado, o que pressupõe deixar a usuária como protagonista do processo. Isso mostra que o saber da usuária é considerado relevante. Essa consideração se aproxima da concepção de autoanálise de Baremblytt.¹²

Pode-se assinalar como proposta para o alcance da autonomia o que Baremblytt¹² propõe para se estabelecer a autogestão. Ele considera como primeira operação que deve ser realizada pelas comunidades a recuperação e a revalorização do saber espontâneo que elas têm sobre seus próprios problemas; a segunda operação é ajudar os *experts* a criticar a medula dominante que o saber médico possui, sobretudo a hierarquização de prioridades que eles estabelecem. Baremblytt¹² afirma que, assim, os *experts* integrados à comunidade poderão contribuir em pé de igualdade, sem desqualificar o coletivo.

Como exemplo da desqualificação do coletivo, no caso a usuária, encontrado na observação da prática, tem-se a descrição de um atendimento do médico (Sujeito 1). A gestante entra na sala, senta na cadeira e o médico inicia o “interrogatório”. A associação com interrogatório policial é bem evidente. Assim como o suspeito que presta depoimento judicial limita-se a responder aquilo que perguntam, temendo se comprometer em algum momento da sua fala, a gestante também pronuncia apenas o necessário para informar o que deve ser preenchido no computador.

Ainda nesse atendimento aqui descrito, o médico olha os exames, mede a altura uterina, ausculta o batimento cardíaco do bebê e solicita um ultrassom. Durante os procedimentos, o médico observa que a perna da gestante apresenta inchaço elevado, então, pede que ela repouse mais. Em nenhum momento perguntou por que ela estaria sem descansar. Nesse caso trata-se de uma usuária que atua como empregada doméstica e mantém financeiramente quatro filhos, sendo-lhe impossibilitado afastar-se do trabalho. Vale ressaltar que a informação foi descoberta por meio de uma conversa informal com a auxiliar de enfermagem que, apesar de não fazer parte dos sujeitos da pesquisa, foi parte fundamental para a compreensão da situação nesse momento.

A análise desse discurso acentua a restrição da comunicação no cuidado em saúde, incapacitando um processo de escuta ampliada da usuária e transformando o cuidado em uma ação unilateral, valorizando-se apenas o saber médico sobre a vida do outro. Evidencia-se também a falta de credibilidade no saber popular ou no saber da usuária. Em outras palavras, confunde-se responsabilização do profissional com imposição de saber sobre o outro, ficando impossibilitado o emergir da autonomia da gestante.

Considerando os discursos analisados, pode-se perceber que a produção do cuidado está pautada em uma concepção tecnicista da relação com a usuária, o que limita o desenvolvimento da autonomia da gestante, impossibilitando-lhe ser um sujeito cidadão. Identifica-se que há uma busca por parte de alguns dos profissionais de considerarem as mulheres gestantes como protagonistas de seus problemas. Assim, tentam negociar ações, embora, às vezes, caiam em um processo de “informar tarefas” a serem realizadas de forma unilateral.

É compreensível que já há um processo de coconstrução da autonomia da mulher gestante. O que se almeja, porém, é o estabelecimento de uma missão em que todos os trabalhadores de saúde considerem a autonomia dos sujeitos usuários dos serviços, com todas as suas singularidades para as negociações e intervenções de seu projeto terapêutico.

Este estudo pode contribuir para a formação e capacitação de profissionais de saúde gerando reflexões acerca do modelo de cuidado em saúde realizado no pré-natal da ESF, rediscutindo a organização dos serviços para que todos os indivíduos tenham acesso ao cuidado integral, o que já é previsto em seu direito. Pode ainda auxiliar na discussão da criação de mecanismos que motivem os profissionais a se envolverem nas reais necessidades das usuárias, na possibilidade de elas serem sujeitos autônomos, protagonistas de seu cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Trad LAB. Humanização do encontro com a usuária no contexto da atenção básica. In: Deslande SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.185-203.
4. Andrade FM. O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora; 1998.
5. Rocha AMMP, Cruz MEC. Significado do pré-natal para as gestantes das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. In: Almeida MI, Nobrega-Therrien SM. Temas em saúde da família: práticas e pesquisas. Fortaleza: UECE; 2005.
6. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza; 2007.
7. Ricoeur P. Hermeneutics and the human sciences. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.

8. Geanellos R. Exploring Ricoeurs hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. *Nurs. Inq.* 2000;7:112-9.
9. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1996. v. 3.
10. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 41-80.
11. González-Rey F. *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson; 2003.
12. Barenblitt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos; 1998.

Recebido em 31.10.2009 e aprovado em 27.7.2010.