

Produção do cuidado integral no pré-natal:

itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família*

Renata Alves Albuquerque¹

Maria Salete Bessa Jorge²

Túlio Batista Franco³

Paulo Henrique Dias Quinderé⁴

ALBUQUERQUE, R.A. et al. Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.38, p.677-86, jul./set. 2011.

This study aimed to understand the production of comprehensive prenatal care in a primary family healthcare unit in Fortaleza. To this end, semi-structured interviews were conducted with a user whose prenatal care was provided at a primary family healthcare unit, with systematic observations on her prenatal consultations. The analysis of the material, which was done in accordance with Merhy's analytical flowchart, revealed bureaucratization of the reception at the entrance, a sequence of violations of rights in the team-user relationship and little access by the user to information about childbirth and the puerperium. It was concluded that reception, bonding and taking responsibility are still not institutionalized devices within the family healthcare team. Healthcare is based on the individual values of each professional, which alone does not enable comprehensiveness of prenatal care.

Keywords: Prenatal care. Family health. Women's health.

Este estudo teve como objetivo compreender a produção do cuidado integral na atenção ao pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com uma usuária, cujo pré-natal foi acompanhado por uma Unidade Básica de Saúde da Família, e observações sistemáticas de suas consultas pré-natais. A análise do material, realizada conforme o fluxograma analisador de Merhy, revelou: a burocratização do acolhimento na porta de entrada, uma sequência de direitos violados na relação equipe-usuária, e o pouco acesso da usuária às informações sobre o parto e puerpério. Conclui-se que o acolhimento, o vínculo e a responsabilização ainda não são dispositivos institucionalizados na equipe de saúde da família. O cuidado pauta-se nos valores individuais de cada profissional, o que, por si só, não possibilita a integralidade da assistência no pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Saúde da família. Saúde da mulher.

* Elaborado com base em Albuquerque (2008), pesquisa com bolsa da Capes e auxílio do grupo de pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

^{1,4} Discentes, Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza (UECE/UFC/UNIFOR).

² Doutorado em Saúde Coletiva e Mestrado em Saúde Pública, UECE. Av. Paranjana, 1700, Bairro Serrinha, Fortaleza, CE, Brasil. 60.740-000. masabejo@uece.br

³ Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

Introdução

O cuidado em saúde abrange considerar a vivência do sujeito, a escuta do seu projeto de vida e uma abertura autêntica para estar com o outro. Na produção do cuidado, deve existir uma escuta atenta que faça surgir a compreensão da situação vivenciada pelo usuário, inclusive o entendimento da não-adesão deste ao tratamento, do seu desinteresse pelas orientações preventivas, e até a descoberta do seu desprendimento com a própria saúde (Ayres, 2006).

Segundo se compreende, a escuta implica um processo ativo de levar o sujeito a produzir suas próprias respostas ao seu sofrimento, ao reconhecer que, como ser humano, pode dispor da capacidade de autonomia. Desse modo, o profissional de saúde pode levar o sujeito a se questionar sobre suas ações e fantasias, sem dar respostas prontas às suas interrogações.

Para haver essa escuta, é imprescindível compartilhar responsabilidades e perceber o outro com uma alteridade caracterizada pela autonomia de decidir o que é melhor para sua vida ou para seu projeto de felicidade (Ayres, 2006).

Consoante se pode perceber, o cuidado ressaltado por este autor comunga com a concepção ora proposta, qual seja, buscar um cuidado corresponsável que viabilize a autonomia do usuário. Tem sintonia também com o conceito de tecnologia leve do cuidado em saúde proposto por Merhy (2002).

Por tecnologia leve do cuidado em saúde, entende-se aquela que permite produzir relações, ocorridas no momento singular do encontro. Apesar de, no momento da utilização da tecnologia leve, estar presente a materialidade dura, não se torna dependente dela, pois prioriza o encontro, a conversa, o sujeito que procura o cuidado. Esse tipo de tecnologia vai surgir por meio do vínculo, do acolhimento e da responsabilização.

Ao discutir o assunto, Merhy (1997) define acolhimento, vínculo e responsabilização. Como afirma, o acolhimento é uma relação humanizada que os trabalhadores, como um todo, têm de estabelecer com os usuários, alterando a impessoalidade dominante no trato cotidiano dos serviços de saúde. No tocante ao vínculo, segundo sugere o autor, o profissional de saúde deve ter relações claras e próximas com os usuários, integrando-se com a comunidade em seu território, tornando-se referência para suas ações. Sobre a responsabilização, o pesquisador assim se pronuncia: "O profissional assume a indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos para resolução do problema, não cabendo a transferência burocrática para outra instância decisória ou nível de atenção" (Merhy, 1997, p.138).

Portanto, na perspectiva de Merhy (2002), a produção do cuidado se concretiza ao promover o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, a partir do seu "modo de andar na vida". Isso só ocorre quando é possível o acolhimento, a criação de vínculos e a responsabilização pelo cuidado em saúde, pois, assim, as necessidades de cada usuário, presentes no seu projeto de felicidade, serão devidamente acolhidas e articuladas no seu projeto terapêutico (Ayres, 2006). Como observado, Merhy e Ayres convergem quando o assunto é a importância da singularidade como uma prioridade para o cuidado em saúde. Na ótica de ambos, deve haver uma busca com vistas a articular essa singularidade com o conhecimento científico dos profissionais.

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), vislumbra-se uma possibilidade para essa renovação no cuidado em saúde, em virtude de este programa requerer um novo modo de atender às necessidades de saúde do sujeito, no qual ele deve ser visto de forma integral. Para que isso aconteça, as equipes devem repensar o processo de trabalho em saúde, adotando novas metodologias ou tecnologias. De acordo com Vasconcelos (1998), as ações do PSF destinam-se a oferecer um serviço de qualidade às minorias que têm dificuldade de acesso à saúde e promover maior integralidade da assistência.

Cabe instituir um paralelo com Ayres (2006), ao assinalar a necessidade de subverter a tecnificação ou a objetivação do trabalho humano em uma "intersubjetividade viva do momento assistencial", no qual é importante extrapolar o tecnológico e estabelecer a troca. Nessa circunstância, de acordo com o referencial de Ayres (2006), pode-se pensar na proposta do PSF como uma relação entre sujeitos que percebem um ao outro como uma alteridade.

De modo geral, o PSF contribui para a organização da atenção básica, como regulador da porta de entrada do sistema de saúde, bem como objetiva os cuidados básicos de saúde evitando a

morbimortalidade materno-infantil, mediante assistência à gestante no pré-natal. A assistência pré-natal prestada no PSF, além de procedimentos de enfoque biológicos, deve se referir, também, a uma análise da subjetividade da gestante, incluindo os aspectos psíquicos e sociais. Determinadas iniciativas corroboram essa proposta, por exemplo: no ano de 2000, o Ministério da Saúde lança o Programa Humanização do Pré-Natal, enfatizando o reconhecimento de se trabalhar o estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde e a gestante e os aspectos subjetivos durante o pré-natal (Brasil, 2000).

Para possibilitar a atenção a tais aspectos, exige-se um cuidado centrado no usuário, que se contrapõe ao centrado em procedimentos. O enfoque/ênfase no usuário deve ser sustentado em tecnologias leves, cuja atenção se volte para a saúde, a partir de uma inter-relação, envolvendo um vínculo, um acolhimento e uma responsabilização.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo compreender a produção do cuidado na atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Fortaleza-CE, com base na análise do caso de uma usuária, no intuito de apreender como estão sendo produzidos o acolhimento, o vínculo e a responsabilização do cuidado.

Metodologia

O estudo foi realizado em Fortaleza, CE, em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional IV, considerada referência para uma população de 31.653 habitantes, embora cubra apenas uma população de 9.198 habitantes (Fortaleza, 2008). Na unidade atuava somente uma equipe de saúde da família composta por: médico, enfermeiro, odontólogo e agente comunitário de saúde; havia outros profissionais de saúde, mas não pertenciam à equipe de saúde da família. Para compreender uma realidade específica, utilizou-se a abordagem qualitativa.

Quanto às técnicas de coleta de dados, trabalhou-se com a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. No total, foram quatro entrevistas. Destas, três aconteceram mensalmente, sempre que a gestante comparecia às consultas pré-natais, e uma ocorreu no momento puerperal. Ao mesmo tempo, faziam-se observações das consultas. Como local para as entrevistas, optou-se por um espaço reservado da UBS, no qual estavam presentes apenas a pesquisadora e a usuária.

O sujeito do estudo foi uma gestante, a qual se enquadrou nos critérios de inclusão: ser atendida por uma equipe de saúde da família e ter mais de 18 anos. A escolha pelo caso da usuária pesquisada adveio da peculiaridade de seu acompanhamento pré-natal ter percorrido dois modelos de atenção à saúde existentes na UBS. Adotou-se, aqui, o conceito de "analisador", isto é, "aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar" (Lourau, 1996, p.284); e, neste sentido, o critério para a amostra seria de um caso detentor de um grau de complexidade tal que tensiona a rede de cuidados e, na tensão, revela seu real funcionamento.

As técnicas de coleta foram orientadas por um roteiro, do qual constavam informações acerca do sujeito do estudo, em torno do cuidado integral no pré-natal, por meio dos seguintes pontos: (1) acolhimento (porta de entrada, tipo de demanda, sistema de atendimento); (2) relacionamento entre equipe e usuário (vínculo), e (3) encaminhamento para outros serviços (responsabilização).

Para a análise dos dados, tomou-se, como base, o fluxograma analisador de Merhy (2002, 1997). Este autor propõe uma análise crítica do processo de trabalho a partir da utilização de um fluxograma que possibilita uma nova compreensão da interação produzida pelos sujeitos da prática em saúde, à medida que permite analisar o modelo assistencial fabricado pela equipe, além de facilitar a visualização das informações colhidas na pesquisa empírica.

Em entendimento ao exigido, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que o aprovou. Ainda como exigido, a gestante entrevistada assinou termo de consentimento livre e esclarecido e recebeu todas as informações necessárias para participação no estudo.

Análise e discussão dos resultados

Flora (nome fictício, sugerido pela usuária) é uma mulher de vinte anos, de baixa condição financeira, empregada doméstica, casada, residente na casa da sogra, no município de Fortaleza. Quando a primeira entrevista foi realizada, ela estava com seis meses de gestação do seu terceiro filho - e é sobre o período em que essa criança foi gerada que se detém o estudo.

Antes de ter conhecimento da gravidez, Flora sofria de tuberculose e já recebia atendimento pela equipe do PSF dessa unidade. Neste período, o medicamento que tomava para se tratar da tuberculose cortou o efeito do anticoncepcional, e este, conforme ela relatou, foi o motivo da sua gravidez. Como afirma Souza (2006), alguns fármacos utilizados no tratamento da tuberculose promovem a aceleração do metabolismo hepático, diminuindo os níveis de hormônios e tornando ineficaz o uso de anticoncepcionais orais. Nesse caso, recomendam-se outras formas de contracepção. Contudo, Flora não foi advertida pela equipe de saúde da família sobre os riscos de o tratamento minimizar os efeitos do contraceptivo hormonal oral. Houve, portanto, violação do direito à informação.

Para Barata (1990), há uma postura tecnocrática por parte das autoridades médicas, na sociedade brasileira, segundo a qual as informações em saúde pertencem somente aos técnicos da área. Estas posturas autoritárias em saúde podem variar desde a simples decisão de não oferecer a informação até a tentativa de confundir a população com discussões técnicas, reduzindo a capacidade de entendimento do problema por parte do usuário.

Como bem destacam Moura e Rodrigues (2003), dentro de uma nova perspectiva de atenção à saúde, especificamente no acompanhamento da gestante no pré-natal, devem ser priorizados, no percurso da assistência: o intercâmbio de informações e a troca de experiências, no intuito de se promover a compreensão do processo da gestação, por meio de atividades de comunicação e informação em saúde.

Ao se descobrir grávida, Flora foi aconselhada, pelo marido e sogra, a abortar. Por três vezes tentou concretizar o ato com remédios, sem obter sucesso. Quando percebeu que não iria abortar, já com cinco meses de gestação, resolveu procurar a unidade básica para fazer o pré-natal, mesmo sem desejar aquela gravidez.

Momento inicial: acolhimento na recepção da unidade básica de saúde

O fluxo de atendimento nesta unidade de saúde é intenso. Como mencionado, nela só existe uma equipe de PSF que cobre 29,05% do território do qual é referência (Fortaleza, 2008), pois, apesar de haver outros profissionais, estes não fazem parte desse modelo de cuidado em saúde.

Neste momento inicial, evidencia-se o espaço da recepção, o qual deve funcionar como acolhedor para o sujeito que busca o cuidado em saúde. É um lugar de diálogo, escuta e envolvimento com a necessidade trazida pelo usuário. É nesse momento que o profissional de saúde percebe tal necessidade e se responsabiliza por ela.

De acordo com o observado, nos depoimentos de Flora, estão presentes situações conflituosas em relação ao acolhimento inicial. Segundo relato da usuária, ao chegar à unidade ela estava muito abalada, e procurou a recepção. Esta apenas agendou seu atendimento para os dias de acompanhamento pré-natal. Não houve nenhuma forma de conduzir aquela mulher a uma situação mais confortável, apesar das visíveis demonstrações de fragilidade.

O tipo de atendimento prestado na recepção foi burocratizado, com ênfase exclusivamente nas marcações de consultas. Nesse caso, a consulta foi marcada para um médico da unidade não integrante da equipe de PSF. No entanto, o processo de acolhimento deveria ser realizado por uma equipe de variados profissionais, com vistas à escuta e adequados encaminhamentos para aquela demanda (Merhy, 1994).

No dia da primeira consulta de Flora, uma auxiliar de enfermagem verificou os sinais vitais, e a deixou à espera de atendimento por aproximadamente uma hora e trinta minutos numa sala desconfortável, inadequada para os usuários e profissionais. Na referida unidade não havia espaço suficiente para acomodação dos usuários, nem na recepção nem na sala de espera. Esta, na verdade,

era um corredor, localizado em frente às salas de atendimento, por onde passavam todas as pessoas que entravam na unidade. Portanto, era incômodo estar ali, pois era um lugar estreito e muito quente, sem nenhum sistema de ventilação. Como observado, o desconforto se prolongava nos bancos, constituídos somente de alvenaria e insuficientes para comportar todas as pessoas que aguardavam atendimento.

Momento da consulta pré-natal: a relação individual no consultório (estabelecimento do vínculo)

Consoante ressaltado, o primeiro médico a atender Flora não fazia parte da equipe de saúde da família. Como a usuária relatou, esse atendimento foi feito por um médico que não lhe proporcionava a oportunidade de dizer o que estava acontecendo. Ele, simplesmente, prescrevia-lhe medicamentos e executava procedimentos, conforme pode ser conferido no discurso da entrevistada, a seguir:

“Tem um médico aqui que é péssimo, me consultei com ele algumas vezes... nunca mais... ele nem olhava para mim... simplesmente passava remédios e eu não ficava boa... depois eu passei na cara dele... se ele tivesse feito meu pré-natal todinho eu tinha morrido”. (Flora)

Em contraposição à necessidade de um cuidado integral que respeitasse a singularidade do sujeito, Flora encontrou ali um atendimento mecanizado, que trabalhava apenas com a demanda explícita (prevenção pré-natal), através das tecnologias duras, e excluía as respostas possíveis às necessidades de saúde psicossociais totalmente presentes naquela situação.

Insatisfeita, Flora procurou outro médico para fazer seu pré-natal, e resolveu buscar atendimento pela equipe de saúde da família, aquela mesma que a assistira quando estava acometida por tuberculose.

Com esse comportamento, vê-se a iniciativa e o protagonismo da usuária, ao solicitar a troca de profissional, fazendo valer seu direito de escolher o profissional por quem deseja ser atendida. Ressalta-se que o relacionamento da usuária com os profissionais da equipe de saúde da família viabilizou a busca por um atendimento diferenciado, ancorado na confiança e no vínculo estabelecido com a equipe que já a havia acolhido.

A atitude de Flora corrobora os elementos essenciais da atenção básica apresentados por Trad (2006): confiança e longitudinalidade. Foi a partir desses elementos que Flora reconheceu, nos trabalhadores da equipe do PSF, a possibilidade de existir a disponibilidade e a permanência de uma fonte segura de atenção para seus sofrimentos.

Com o acompanhamento pré-natal realizado pela equipe de saúde da família, percebe-se a abertura para uma rede de escuta entre os profissionais e a usuária. Logo no primeiro encontro, ela expôs as várias dificuldades presentes na sua vida, a evidenciar o acolhimento do cuidado em saúde.

Este primeiro contato acolhedor, proporcionado pela equipe de saúde da família, propiciou a construção de um elo inicial de Flora com os profissionais. Nesse momento, eles articularam um trabalho em saúde que unia as intervenções técnicas com as subjetivas. Isso permitiu a abertura do diálogo e serviu como suporte para o sofrimento vivenciado pela gestante em sua casa. O achado converge para o que Franco e Merhy (2003) defendem sobre intervenção resolutiva, a qual, conforme os autores, ocorre em um processo de produção de saúde usuário-centrado, em que a importância de acolher e vincular seja reconhecida.

No entanto, divergente disto, o processo de trabalho do primeiro médico a atender Flora explorava os sintomas da gravidez, sem uma escuta, sem reconhecer a angústia e a ansiedade da usuária, deixando de perceber e interpretar os fatores que, efetivamente, faziam Flora sofrer.

Já a médica e a enfermeira da equipe de saúde da família procuraram, nas ferramentas disponíveis, contornar as dificuldades e desenvolver um cuidado centrado na usuária. Assim, mesmo diante das limitações estruturais existentes, tentaram minimizar a situação de Flora, a despeito da ambiência, pois o consultório era separado ao meio apenas por uma divisória que demarcava o espaço da médica e o da enfermeira, mas não garantia a privacidade da usuária. Embora persistissem a precariedade de equipamentos e a dificuldade para se conseguir exames, os quais eram realizados fora da unidade básica, com um retorno tardio dos resultados, a ênfase era o cuidado a Flora.

Em alguns momentos, percebe-se a iniciativa da equipe em suprir as carências institucionais a partir de uma escuta que possibilitasse à usuária expressar suas angústias, como ter provocado o aborto várias vezes e o temor do seu filho nascer com alguma deformação. No caso, se evidencia que a equipe de saúde da família estabelece uma relação entre trabalhador e usuária baseada em uma intersubjetividade que viabiliza intensos fluxos afetivos, facultando melhor cuidado.

Nos exames realizados, a médica constatou a presença de toxoplasmose. Esta doença é causada pela ingestão de carnes mal cozidas que estão contaminadas pelo toxoplasma, ou, na maioria dos casos, ocorre com o contato com a urina e fezes de animais (Carellos, Andrade, Aguiar, 2008). Verificada a presença da infecção, Flora foi encaminhada para uma consulta com um infectologista.

Para a enfermeira da equipe de PSF aqui estudada, a toxoplasmose é algo passível de trazer muitas complicações à gravidez, podendo até causar má-formação fetal, prematuridade e abortamento. Tal fato foi utilizado para justificar a restrição do acompanhamento pré-natal de Flora somente pela médica. Dessa forma, não aconteceu a alternância entre uma consulta médica e outra de enfermagem, e isso deixou Flora abalada emocionalmente, pois ela gostava de compartilhar suas vivências com a enfermeira da equipe. Como se pode constatar, mais uma vez, embora a usuária tenha conseguido ser atendida pela equipe do PSF, os procedimentos continuaram burocratizados ao se priorizar a norma de conduta em detrimento do acesso da usuária às consultas de enfermagem, como desejava.

Além da infecção, a usuária tinha hipertensão, ainda mais aumentada com o excesso de trabalho exigido de Flora. Ela trabalhou durante toda a gravidez como empregada doméstica, era responsável por cozinhar e limpar toda a residência onde trabalhava, dispondo apenas de um dia de folga por semana. Diante de tantos problemas, aumentava o inchaço nas pernas, afora outras complicações. Então, a equipe da unidade sugeriu a Flora parar de trabalhar ou tirar uma licença. Contudo, por não ter carteira assinada e precisar muito do salário, pois seu marido estava desempregado, a sugestão não foi aceita.

Nesse momento, a equipe não mencionou qualquer informação sobre como ter seus direitos trabalhistas respeitados, apesar de tais informações serem indispensáveis em um modelo de cuidado em saúde que prime também pelo aspecto social. Aqui enfatiza-se a necessidade de conhecimento dos serviços pela equipe de saúde com vistas a propiciar orientações adequadas e implantar, de fato, uma rede de cuidados capaz de incentivar autonomia às usuárias gestantes.

Ainda como observado, com o desenvolvimento do cuidado a esta usuária, a enfermeira da equipe presenteou o marido de Flora com uma bicicleta, possibilitando-lhe vender desinfetantes em domicílio para ajudar na renda familiar. Tal iniciativa não caracteriza vínculo, pois este pressupõe acompanhamento do projeto terapêutico, através de formas de cuidado que potencializem o usuário para o cuidado de si. Houve, evidentemente, uma atitude positiva da profissional, ao ajudar o outro na sua necessidade, mas isto não é demonstração de ser o vínculo uma diretriz de organização dos serviços. O fato mencionado aparece como algo isolado, embora se considere haver vínculo em outros momentos do cuidado, caracterizando uma busca por alternativas para auxiliar a usuária nesse processo de corresponsabilização do cuidado. Sobressai, portanto, a carência de ferramentas institucionais que deem conta das demandas da usuária. Diante desta carência, os profissionais recorrem aos próprios valores, juízos e recursos de trabalhos, personificando suas ações a partir de modelos assistencialistas.

Apesar disso, Flora, em sua entrevista, ressaltou, repetidamente, a importância da sua relação com os profissionais da unidade. Ela disse estar muito grata por sua atenção, conselhos e escuta, como pode ser observado a seguir:

“Se eu não tivesse possibilidade de falar tudo que eu estava passando eu ia morrer engasgada. Eu não podia falar nada em casa, não podia falar com os vizinhos... porque nenhum presta... são fofoqueiros. Prefiro conversar com o médico, enfermeiro... eles me dão conselhos certos”. (Flora)

“O meu relacionamento com a médica e com a enfermeira foi ótimo, ela olhava como tava o bebê e conversava comigo...”. (Flora)

Segundo Flora, o contato com os profissionais de saúde da unidade foi uma forma de compensar a rejeição do seu marido, que passou os sete meses da gravidez pressionando-a para fazer o aborto ou entregar a criança para outra pessoa criar ao nascer. Ainda como relatou a usuária, em outros aspectos, seu período de gestação foi tranquilo, não havendo muitas complicações fisiológicas. Entretanto, segundo ressaltou, a maior dificuldade sentida foi em sua “cabeça”, em virtude da rejeição do marido, conforme exposto a seguir:

“... meu marido tinha enjojo de mim, ele não queria nem olhar para minha cara, eu não tinha família, vim ter contato com minha mãe há pouco tempo... não fui criada por ela, então, tive que agüentar tudo... não tinha para onde ir...”. (Flora)

“Tive tanta raiva, Deus foi muito bom por não ter tirado meu filho... passei todo o tempo da gravidez chorando... chorava direto por causa do meu marido... foram os piores meses de minha vida. A sorte foi ter o pessoal do posto... tive muita sorte”. (Flora)

“Não tive nenhuma complicação... só quem teve enjojo de mim foi meu marido, não tive anemia, foi tudo normal... o problema foi em casa que afetou minha cabeça”. (Flora)

Embora se observe uma tentativa subjetiva da equipe de saúde da família de, em alguns momentos, redirecionar o processo terapêutico para um cuidado ampliado em saúde, a maior parte das vivências da usuária na UBS estão pautadas nas carências do sistema público de saúde quanto a dar condições mínimas para que o atendimento aconteça de forma integral. Consoante se observa, os dispositivos do cuidado integral não são instituídos no serviço de saúde, e, sim, em práticas assistencialistas, desenvolvidas com base em critérios subjetivos estabelecidos por cada profissional. Talvez a sequência de direitos violados, verificados no caso, ocorra por causa de uma cultura dos profissionais de saúde de aceitação conformada do desrespeito. Evidentemente, a usuária estava deprimida, e a equipe não conseguiu perceber isto, ou não atuou no intuito de amenizar seu estado depressivo, demonstrando quanto o cuidado em si ainda é precário na equipe de PSF, mesmo diante da dedicação de alguns profissionais.

Momento de conclusão do processo terapêutico: parto e puerpério

A conclusão do processo terapêutico no pré-natal diz respeito: ao encaminhamento à maternidade, ao acompanhamento do profissional na hora do parto, às informações necessárias recebidas pela usuária para preparação para o parto, e à visita puerperal domiciliar.

Nesse âmbito, os dados empíricos convergiram para um nó crítico na preparação de Flora para o parto pelos profissionais. Buscou-se saber se foi explicado o que iria acontecer. De acordo com ela, não lhe explicaram nada, e, talvez, por não ser sua primeira gravidez, pensaram que ela não teria dúvidas. No entanto, como consta, no seu relato, no pré-parto, ela sofreu bastante, pensando na dor que iria sentir, como também na fantasia de que o bebê nasceria deformado, em decorrência das suas tentativas de aborto. Desse modo, a falta de informações estimulou a elaboração de medos e fantasias em relação ao desconhecido, como pode ser conferido no discurso a seguir:

“Antes do parto tinha medo de passar a dor de novo, mas assim que chegou lá tive logo. Já tive dois partos, mesmo assim, continuava com medo do que poderia acontecer, imaginei que ele nasceria com alguma deformação devido o remédio para abortar que tomei...”. (Flora)

Outro nó encontrado diz respeito à falta de acompanhamento dos profissionais da equipe pré-natal na ocasião do parto. No caso de Flora, não houve nem mesmo um encaminhamento para determinada maternidade. A própria usuária, que teve seu parto normal na 36ª semana de gravidez, procurou uma maternidade. Como a usuária ressaltou, ela desconhecia o direito de ter um acompanhante durante o

parto. Foi-lhe, então, perguntado quem ela teria convidado se soubesse desse direito. Flora prontamente citou o nome da médica da equipe de saúde da família, enfatizando que se sentiria muito segura se isso tivesse ocorrido. Tal fato mostra o elo estabelecido entre a médica e a usuária. Contudo, não se configura uma construção de vínculo, mas sim o suprimento das carências da usuária, pois, mesmo desassistida em vários aspectos, ainda tem o profissional de saúde como ponto de segurança.

Porém, com esta ação, demonstra-se um momento de desresponsabilização no processo de cuidado integral, porquanto a equipe não prestou as informações necessárias nem o devido acompanhamento no momento do parto.

Ainda conforme Flora relatou, a equipe não pôde fazer visitas puerperais em sua residência. Como na época não estava havendo visitas, a usuária teve de se deslocar até a unidade para a consulta. Nesse momento, a médica informou que o recém-nascido não apresentava nenhuma má-formação ou patologia. De acordo com informação da coordenadoria da unidade, nesse período, a unidade estava sem transporte para o deslocamento da equipe até a casa das famílias.

Segundo os profissionais, as visitas deveriam ocorrer até o sétimo dia após o parto, entretanto, muitas vezes, acontecem apenas 42 dias depois. Os profissionais justificam a demora alegando a indisponibilidade de transporte e a grande demanda de usuários para atendimento, as quais impossibilitam sair da unidade para ir até a casa das puérperas. Ficou evidente que as demandas de serviços apresentadas pelas usuárias requerem modelos de atenção à saúde que, muitas vezes, não possuem similaridade com os modelos utilizados para o cuidado. Sobressai o insuficiente quadro de profissionais para cobrir toda a demanda, com conseqüente restrição de algumas atividades, como a visita puerperal.

As observações revelaram diversos nós existentes que retratam um problema na microestrutura do processo de trabalho daquela unidade básica, como de planejamento com todos os trabalhadores do serviço, além de um problema macroestrutural da saúde coletiva. Ocorrem, então, ocasionando direcionamentos da coordenação para os profissionais, sem uma tentativa de cogestão, a evidenciar que ainda é premente, nos trabalhadores de saúde da unidade, a pouca disponibilidade para resolução de tal problema.

Como se pode perceber, com base nas análises feitas nesse estudo, a equipe de saúde da família ainda não viabiliza um cuidado integral em saúde. Faltam, sobretudo, aspectos importantes para o estabelecimento desse cuidado. Conforme Campos (2007), para se atingir uma prática compartilhada do trabalho em saúde, é imprescindível a ampliação do poder do usuário no cotidiano dos serviços, como: valorizar e facultar a presença de um acompanhante sempre que possível, assegurar o acesso às informações, e considerar a capacidade de autocuidado como indicador de eficácia da atenção.

Considerações finais

Diante da análise empreendida, percebe-se que a equipe de saúde da família em foco tem efetuado esforços para desenvolver ações no pré-natal destinadas a assistir o sujeito que delas necessita, mas tais ações não alcançam um verdadeiro cuidado integral.

Como evidenciado, o acolhimento e o vínculo, que guardam estreita associação com esse tipo de cuidado em saúde, foram os dispositivos mais distanciados da relação dos profissionais da equipe de saúde da família com a usuária. Todavia, em momentos pontuais, determinadas ações favoreceram uma escuta, apontando para o início de um processo de acolhimento e vínculo, embora não fosse algo institucionalizado, e sim condutas adotadas conforme os valores pessoais de cada profissional de saúde.

Ademais, nem o cuidado integral que favorece o compartilhar das experiências psicossociais nem a corresponsabilidade pelo processo terapêutico estiveram presentes nos membros da equipe da unidade básica; e, na análise do acolhimento da usuária pelos outros trabalhadores de saúde (primeiro médico a atendê-la e nos trabalhadores da recepção), revelaram-se as dificuldades enfrentadas pelas mulheres na busca de garantir seu pré-natal. Observaram-se relações burocratizadas, tensas e com baixa responsabilização pela saúde do outro.

O fato de haver um médico que faz o atendimento burocrático e não acolhedor e outros profissionais que produzem uma relação interpessoal mais aberta e mais receptiva demonstra não haver uniformidade no modo de produção do cuidado à gestante, ou seja, cada um conduz suas práticas de acordo com distintos modelos assistenciais. Mas a convivência entre diferentes modelos resulta em tensão e conflito com a proposta do cuidado integral aos usuários. Neste sentido, o caso descrito mostra vários conflitos, funcionando como analisador do modelo de produção do cuidado presente na unidade.

Com esse estudo, coloca-se a possibilidade de se repensar o cuidado dispensado à mulher que procura o pré-natal, desde a porta de entrada da unidade básica até suas visitas domiciliares na fase puerperal, já que esse é um período peculiar, muito sensível e delicado na vida de cada uma delas.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- ALBUQUERQUE, R.A. **Produção do cuidado (des)integral na atenção ao pré-natal**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2008.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-83.
- BARATA, R.C.B. Saúde e direito à informação. **Cad. Saude Publica**, v.6, n.4, p.385-99, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CARELLOS, E.V.M.; ANDRADE, G.M.Q.; AGUIAR, L.A.M.P. Avaliação da aplicação do protocolo de triagem pré-natal para toxoplasmose em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: estudo transversal em puérperas de duas maternidades. **Cad. Saude Publica**, v.24, n.2, p.391-401, 2008.
- FORTALEZA, S.M.S. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p.135-57.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.
- _____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.235-333.

MOURA, E.R.F.; RODRIGUES, M.S.P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.7, n.13, p.109-18, 2003.

SOUZA, M.V.N. Tuberculose em gestantes: um importante problema de saúde pública mundial. **Rev. Bras. Farm.**, v.87, n.4, p.132-8, 2006.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com a usuária no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F. (Orgs.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.185-203.

VASCONCELLOS, M.P.C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p.155-72.

ALBUQUERQUE, R.A. et al. Producción del cuidado integral durante el prenatal: itinerario de una mujer embarazada en una unidad básica de salud de la familia. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**

Esta investigación ha tenido por objetivo comprender la producción del cuidado integral en la atención al prenatal de una Unidad Básica de Salud de Fortaleza, Brasil. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con una usuaria, cuyo prenatal fue acompañado por una Unidad Básica de Salud de la Familia, y observaciones sistemáticas de sus consultas prenatales. Los análisis del material, realizados de acuerdo con el fluxograma analítico de Merhy, han revelado la burocratización del acogimiento en la puerta de entrada, una secuencia de derechos violados en la relación equipo - usuaria y el bajo acceso de la usuaria a informaciones sobre parto y puerperio. Se concluye que el acogimiento, el vínculo y la responsabilización no son todavía dispositivos institucionalizados en el equipo de salud de la familia. El cuidado se pauta en los valores individuales de cada profesional, lo que de por sí no posibilita la integralidad de la asistencia durante el prenatal.

Palabras clave: Cuidado prenatal. Salud de la familia. Salud de la mujer.

Recebido em 18/10/10. Aprovado em 07/03/11.