

Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado*

PRENATAL CARE FROM PUERPERAL WOMEN'S POINT OF VIEW:
FROM MEDICALIZATION TO THE FRAGMENTATION OF CARE

ATENCIÓN PRENATAL EN LA VISIÓN DE LAS PUÉRPERAS:
DE LA MEDICALIZACIÓN A LA FRAGMENTACIÓN DEL CUIDADO

Fernanda Beheregaray Cabral¹, Leila Maria Hirt², Isabel Cristina Pacheco Van der Sand³

RESUMO

Este estudo qualitativo e exploratório-descritivo objetivou conhecer a percepção de puérperas sobre atendimento em serviço de pré-natal. Os dados coletados mediante entrevista semiestruturada foram submetidos à análise temática, tendo por sujeitos oito puérperas. O acesso, agendamento das consultas e atendimento prioritário em caso de intercorrências foram destacados como qualificadores da atenção pré-natal. O estudo apontou fragilidades no que tange à integralidade, humanização, acolhimento, ausência de vínculo, uso indiscriminado de tecnologias e intervenções desnecessárias, as quais podem produzir e/ou potencializar situações de vulnerabilidade. Os resultados sinalizam a necessidade de reorganização da atenção no pré-natal e nascimento, sob a lógica da longitudinalidade do cuidado, tanto nos serviços públicos como privados e de pactuação de ações intersectoriais nos modos de promoção da saúde das mulheres e de fomento à formulação de políticas públicas mais equânimes e positivas na perspectiva da integralidade da atenção.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem obstétrica
Cuidado pré-natal
Assistência Integral à Saúde
Vulnerabilidade em saúde

ABSTRACT

This qualitative and exploratory-descriptive study aimed to reveal the perceptions of puerperal women about prenatal service care. The data collected through semi-structured interviews were submitted to thematic analysis and consisted of the opinions of eight puerperal women. The access, booking of consultations and provision of priority services in case of complications were highlighted as qualifiers of the prenatal care. The study revealed limitations concerning the comprehensive care, humanization, sheltering, bond absence, indiscriminate use of technologies and unnecessary interventions, which can produce or enhance vulnerabilities. The results indicate the necessity of refocusing attention to the prenatal period and birth, under the longitudinality of care aspect, both in public and private services; pact of actions between the related sectors to promote women's health is necessary to support the formulation of more equitable and positive public policies for comprehensive care perspective.

DESCRIPTORS

Obstetrical nursing
Prenatal care
Comprehensive Health Care
Health vulnerability

RESUMEN

Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, objetivando conocer la percepción de puérperas acerca de la atención en servicio de prenatal. Datos recolectados mediante entrevista semiestruturada y sometidos a análisis temático, siendo los sujetos ocho puérperas. El acceso, marcado de las consultas y atención prioritaria en caso de emergencias fueron destacados como calificadores de la atención prenatal. El estudio determinó fragilidades vinculadas a la integralidad, humanización, recibimiento, ausencia de vínculo, uso indiscriminado de tecnologías e intervenciones innecesarias, las cuales pueden generar y/o potenciar situaciones de vulnerabilidad. Los resultados expresan la necesidad de reorganización de la atención en el prenatal y el nacimiento, en la lógica de la longitudinalidad del cuidado, tanto en servicios públicos como privados; y de acuerdo de acciones intersectoriales en los modos de promoción de salud de la mujer y de fomento a la formulación de políticas públicas más equánimes y positivas en la perspectiva de la integralidad de la atención.

DESCRIPTORIOS

Enfermería obstétrica
Atención prenatal
Atención Integral de Salud
Vulnerabilidad en salud

* Extraído do trabalho de Conclusão de Curso "Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado", Graduação em Enfermagem do Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul da Universidade Federal de Santa Maria, 2011. ¹ Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Ciências da Saúde do Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. cabralfernandab@gmail.com ² Enfermeira pelo Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. leila-hirt@brigadamilitar.rs.gov.br ³ Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Ciências da Saúde do Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. isabelvan@gmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de nascimento, entendido como aquele que envolve desde a gestação até aspectos da parentalidade, passando pelo parto e puerpério, é uma experiência complexa que pode ser produtora de vulnerabilidades às mulheres⁽¹⁾. A complexidade é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, relacionais, socioculturais e por questões de gênero a que está sujeito esse processo. A vulnerabilidade, noção que vai além da ideia de suscetibilidade ou fragilidade, é algo que reúne fatores de exposição e de proteção a esse processo, os quais podem ser individuais, coletivos (ou sociais) e relativos a políticas e programas governamentais (amplas ou focais, setoriais ou intersetoriais)⁽¹⁻²⁾. Nessa perspectiva, as altas taxas de cesariana e a morbimortalidade materna e perinatal são representativas de algumas situações de vulnerabilidade a que estão expostas as mulheres no período gravídico-puerperal.

Em reconhecimento a essas características do processo de nascimento, o Ministério da Saúde (MS) vem, nos últimos anos, assumindo, como um de seus compromissos, a promoção da maternidade segura. Nesse sentido, tem adotado estratégias como o aumento da remuneração ao parto normal, a limitação do pagamento de cesarianas pelo SUS e a promoção da maternidade segura, além da expansão da atenção pré-natal com vistas à humanização do cuidado em saúde⁽³⁻⁴⁾. Sob essa lógica, destaca-se a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que prioriza ações de promoção da saúde das famílias, com ênfase na atenção básica, na responsabilidade sanitária e na corresponsabilização pela promoção do cuidado integral. Assim, a reestruturação do modelo assistencial no país e o fortalecimento da atenção básica, via ESF, priorizam, entre outras, ações promocionais específicas ao período gravídico-puerperal⁽⁵⁾. Nessa direção, recentemente, o MS lançou a Rede Cegonha (RC), estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Sua finalidade consiste em estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país⁽⁶⁾.

No entanto, estudos indicam que a expansão da atenção básica e a ampliação da atenção no período gravídico-puerperal ainda não alteraram o quadro de morbimortalidade materna e perinatal⁽⁷⁻⁸⁾.

Cabe salientar que, além do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência à saúde no Brasil compreende um sub-setor estatal, composto por ações e serviços próprios do

SUS e aqueles complementares (contratados e conveniados), porém não estatais, e um sub-setor suplementar, de iniciativa privada, materializado pela prestação de ações e serviços a partir da contratação de planos e seguros de saúde, os quais devem estar sob regulação (fiscalização e controle) do Estado⁽⁹⁾.

No contexto deste estudo, em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, as mulheres constituem 51% da população de um total de 34.328 habitantes, sendo que 61% delas estão em idade fértil⁽¹⁰⁾. O município dispõe de cinco unidades de saúde vinculadas à ESF e a atenção materno-infantil se encontra centralizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no centro da cidade. Conforme dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)⁽¹¹⁾, o percentual de partos cesáreos nesse município foi de 81,3% em 2007 e 82,7% em 2008, indicando, possivelmente, um processo de medicalização do parto. Com base nesse panorama, os dados apresentados são emblemáticos da fragilidade da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, o que possibilita argumentar que este é um dos nós críticos no âmbito da atenção básica nesse município, não diferindo do cenário nacional⁽⁷⁻⁸⁾.

Ante essas considerações, o objetivo deste estudo foi *conhecer a percepção de puérperas sobre atendimento pré-natal em um município do interior do Rio Grande do Sul/RS*.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa⁽¹²⁾, do tipo descritiva. Os sujeitos foram oito puérperas, que atenderam aos critérios de inclusão delineados para o estudo: mulheres que se encontravam até o quadragésimo quinto dias pós-parto, residentes no município e, ainda, que acessavam os serviços de saúde na rede pública e na rede suplementar de saúde. O contato inicial com as possíveis colaboradoras, para convidá-las a participar do estudo, ocorreu na sala de vacinas de uma UBS especializada na atenção materno-infantil, visto que, nesse local, são realizados procedimentos como o teste do pezinho e imunizações, os quais, via de regra, são efetuados na presença materna.

Daquelas que aceitaram participar, duas eram adstritas à ESF A, duas à ESF B, duas a uma UBS especializada na atenção à saúde materno-infantil e outras duas que buscaram atendimento pré-natal na Rede Suplementar de Saúde (SS). Os dados foram coletados no domicílio das colaboradoras, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas sempre pela mesma entrevistadora, com duração média de 45 minutos, nos meses de setembro e outubro de 2010.

A entrevista foi norteada pelas seguintes questões: On-de você realizou a assistência pré-natal? Conte-me como foi seu acompanhamento no pré-natal. Durante a gestação você participou de alguma atividade educativa? Se sim, me fale sobre ela. A quem você, normalmente, recorria quando tinha alguma dúvida em relação ao seu estado de saúde durante a gestação? Fale sobre isso. Antes das entrevistas, as colaboradoras assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que essas foram gravadas, transcritas e os dados produzidos submetidos à análise temática⁽¹²⁾. Para preservar a identidade das participantes, ao final dos excertos de falas, utilizou-se a letra S, seguida de números ordinais de um a oito. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o Parecer nº 23081.011803/2010/12, respeitando-se os preceitos éticos e legais da Resolução 196/96.

RESULTADOS

À época do estudo, das oito puérperas, cinco eram casadas e as demais solteiras, com idade entre 19 a 38 anos. Quanto à ocupação, duas eram estudantes, uma era secretária, uma era professora, uma era pastora e três não exerciam atividade profissional. Em relação à gravidez e parto, cinco eram primigestas e as demais múltiparas, sendo que seis deram à luz por cesariana e duas por parto vaginal.

Os dados evidenciam centralização da atenção ao ciclo gravídico-puerperal em uma UBS especializada.

O atendimento obstétrico, se fosse aqui no bairro, seria melhor. E quem não tem carro pra ir {à Unidade especializada}? Aqui tem ônibus, mas passa só de meia em meia hora (S3).

Todas as participantes relataram ter realizado, em média, dez consultas no pré-natal, ainda que as diretrizes do MS⁽³⁻⁴⁾ recomendem seis e, ainda, uma consulta no puerpério. Houve consenso, entre as puérperas, de que o agendamento foi um elemento facilitador para a continuidade da atenção pré-natal, pois ao término da consulta já era agendado o retorno para o próximo mês.

O agendamento também funciona bem, eu achei ótimo (...). Todo mês tinha uma consulta. Agendava o horário, você chegava lá e era atendida (S3).

A facilidade de acesso, em casos de intercorrência clínica antes da consulta agendada para o mês subsequente, foi destacada como positiva pelas puérperas, que informaram ter prioridade no atendimento de suas demandas.

(...) se a gente ficasse doente, com alguma dor, se precisasse ir lá {na unidade básica de saúde}, daí eles atendiam (S8).

Quando mencionados os motivos para a realização do acompanhamento pré-natal na rede suplementar de saúde, as duas puérperas que o fizeram, assinalaram principalmente, aspectos relativos ao acesso.

Não tinha tempo de ir marcar as consultas pelo SUS. Lá no consultório é muito bom, a localização é central, sempre marquei rapidamente {as consultas}, (...)foi muito bom! (S1).

A maioria das colaboradoras do estudo, exceto duas, não participou de atividades de educação em saúde, o que representa uma situação emblemática do descompasso entre as diretrizes do MS⁽⁴⁻⁵⁾ e as ações desenvolvidas no município, que nem sempre prioriza o componente educativo como estratégia promotora de cuidado à saúde no contexto da atenção pré-natal, como relatam as participantes:

Iria {a atividades de educação em saúde}, se tivesse, mas não tem (...), aí a gente tem que lutar com as coisas que tem (S4).

Aqui no postinho {USF} tinha grupo de gestante, onde eu fui e participei, onde tiveram palestras, orientação sobre pós-parto, tudo isso muito interessante (S3).

Na rede suplementar de saúde não há a prática de ações dessa natureza, como expressou uma participante:

Infelizmente não fui em nenhum grupo, mas gostaria de ter ido, poderia ter aprendido muito mais coisas (S1).

Quanto às informações/orientações recebidas no pré-natal pelas mulheres que acessaram o subsetor suplementar, os depoimentos conferem materialidade à fragilidade dessa atenção no que tange à (im)possibilidade de escolhas sobre ofertas no cuidado à saúde, na medida em que suas ações são orientadas pela lógica biomédica, que, muitas vezes, desconsidera o protagonismo da mulher como sujeito desse processo.

As consultas, elas foram boas, embora eu ache que elas foram rápidas. Às vezes, eu precisava levar uma lista com as perguntas que eu tinha que fazer, porque ele {médico} é muito rápido e eu acabava esquecendo de perguntar as coisas (S1).

Não tive informação nenhuma, daí, só as consultas mesmo lá e deu. O doutor não tirou nenhuma dúvida, coisas que eu não perguntei ele não respondeu, só o que foi perguntado mesmo (S2).

Percebeu-se que as informações recebidas no pré-natal centraram-se na promoção de gravidez saudável e no preparo para o desempenho do papel materno, com foco final na saúde do bebê, e não com ela própria ou relativamente às questões íntimas, sutis, difusas ou objetivas da mãe-mulher, como expressou uma das puérperas.

(...) falavam, ensinavam como é que dou o banho, dou o peito, sobre a alimentação do bebê, sobre pomada de assadura, um monte de coisa sobre o bebê (S5).

O processo de produção de dados permitiu apreender que a família e outras mulheres com vivências prévias relativas ao ciclo gravídico-puerperal foram as principais referências quando as puérperas, sujeitos do estudo, neces-

sitaram de informações nesse período, visto que a maioria das participantes citou a rede familiar e social de apoio como importante referência no cuidado à saúde.

Informações, leituras, revistas, livros e Internet, muita leitura. A gente vai conversando com outras gestantes, a minha mãe, a minha irmã, com meus parentes (S1).

O estudo revelou ainda, que houve excessiva solicitação de exames laboratoriais e de imagem no pré-natal, tanto para aquelas mulheres que o fizeram na rede pública, como para as da rede suplementar de saúde. Para aquelas mulheres que realizaram atendimento pré-natal pelo SUS, uma possível justificativa é que os mesmos exames eram repetidos mensalmente, em decorrência da rotina estabelecida no serviço, visto que, a cada mês, a mulher-gestante consultava com um médico diferente, como relata a depoente:

Cada um pedia um exame, então eu fazia sempre os mesmos exames todo mês (S4).

A análise das entrevistas mostrou que a priorização do uso de tecnologias diagnósticas parece centrar-se muito mais em demandas médicas do que naquelas que poderiam ter sido trazidas pelas mulheres-gestantes, caso lhes fossem ofertados espaços de escuta e acolhimento que favorecessem a emergência de outras demandas (não tão perceptíveis do ponto de vista do saber clínico, mas estendidas a outros aspectos implicados na produção de saúde), as quais também agregam importantes elementos para uma avaliação obstétrica qualificada. Situação semelhante foi relatada pelas seis mulheres que buscaram atendimento pré-natal na rede pública, quando lhes foi determinada a realização de várias ultrassonografias, tendo, por média, cinco exames e, em alguns casos, até mais:

Fizemos duas ultrassonografias, quando estava ali nas primeiras semanas. Depois, fizemos outras duas, quando estava de cinco e seis meses, daí, mais uma quando fechou o sétimo, pra ver se já tinha virado {para apresentação cefálica} e a última foi pouco antes de ganhar (S4).

No contexto do estudo, todas as mulheres-gestantes deveriam ter realizado consultas com os três médicos obstetras que atuassem na atenção pré-natal, tendo como justificativa o fato de que seus partos seriam assistidos por um desses profissionais, já que a assistência à parturiente no hospital se dá em sistema de sobreaviso.

O pré-natal foi bom, só o que não gostei é que agora é obrigatório, tem que consultar com os três {médicos}, porque lá {no hospital}, na hora, a gente ganha {o bebê} com o que tava lá pelo SUS. Que nem eu, não tinha consultado nenhuma vez com o doutor que fez minha cirurgia (S5).

Foi consenso, entre as participantes, de que a possibilidade de escolha de profissional para a realização do parto só ocorreria mediante o pagamento de honorários.

Só se a gente pague, se a gente não paga é pelo SUS, daí é o médico que tá no plantão (S6).

Quanto ao tipo de parto, das oito puérperas entrevistadas, seis foram submetidas à cesárea, o que ratifica os altos percentuais de partos cirúrgicos no município do estudo⁽¹¹⁾.

Não podia ganhar de parto normal, só de cesárea, porque ele [bebê] se gerou sentado, depois se desvirou e virou de novo, daí que ele ficou com o cordão enrolado no pescoço (S8).

DISCUSSÃO

Frente aos resultados apresentados, cabe destacar que, neste estudo, foi adotada a perspectiva de que cuidar⁽¹³⁾ é mais do que um ato, é uma atitude e compreende mais que um momento de zelo, de atenção e de desvelo. Cuidar implica uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro. Elementos esses ratificados por dispositivos, tais como escuta sensível, acolhimento de demandas, vínculo e corresponsabilização pela produção social da saúde, ancorados nos pressupostos da humanização do cuidado e da atenção integral.

Os dados evidenciam uma contradição relativa às proposições do MS, que preconiza a descentralização, humanização, integralidade e equidade, corroboradas pelos pressupostos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), da Política Nacional de Humanização e do Pacto pela Vida em Defesa do SUS. Possivelmente, essa contradição se justifique pelo incipiente processo de organização e estruturação de algumas equipes da ESF no município em estudo. Essa situação é problemática na medida em que dificulta, de certa forma, o acesso das mulheres-gestantes que necessitam se deslocar de sua unidade de saúde de referência (território a que estão adscritas) até o centro da cidade para atendimento pré-natal, sendo que a proximidade geográfica com a residência da gestante constitui-se como critério para o local de realização desse acompanhamento segundo o PHPN⁽³⁾.

No campo da saúde, autores⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ agregam entendimentos sobre o acesso, caracterizando-o como a busca da satisfação de necessidades de saúde ante a possibilidade da consecução do cuidado, guiado pela lógica da resolutivez. A acessibilidade aos serviços de saúde extrapola a dimensão geográfica, as dificuldades a se enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, tempo de espera) e o tratamento recebido pelo usuário. Nessa lógica, acolhimento e vínculo são dispositivos potentes para a reorganização das práticas vigentes nos serviços de saúde, com vistas à integralidade, humanização e qualificação da atenção no período gravídico-puerperal⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Além das implicações advindas da dificuldade de acesso relatada pelas participantes, há, ainda, a descontinuidade da atenção e a fragmentação do vínculo com os profissionais da ESF que, até então, eram referência no cuidado à sua saúde, impondo às usuárias do SUS a necessidade de vinculação com uma nova equipe que, logo no puerpério, também será interrompida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁶⁾ propõe um modelo de assistência à gestante apoiado em quatro consultas pré-natal e uma no pós-natal, com protocolos de procedimentos baseados em evidências científicas. No entanto, neste estudo, todas as participantes relataram ter realizado, em média, dez consultas no pré-natal.

Apesar das participantes do estudo terem realizado um expressivo número de consultas no pré-natal, nenhuma delas apresentou risco gestacional que justificasse a necessidade desse número de consultas médicas. Estudo publicado na Cochrane⁽¹⁷⁾ não encontrou, em gestantes de baixo risco, diferença nos resultados maternos e perinatais com quatro ou seis consultas. Ademais, a realização de consulta pré-natal, por si só, nem sempre confere qualidade ao atendimento, tampouco garante a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal^(3-4,7-8).

No pré-natal, as práticas educativas, ancoradas em abordagens emancipatórias, ou seja, mais problematizadoras do que informativo-comportamentais, favorecem à mulher-gestante e sua família a compreensão do processo gestacional e nascimento, a expressão de preocupações, sentimentos, esclarecimento de dúvidas, espaços de escuta e diálogo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, com ênfase na mobilização de recursos individuais e coletivos direcionados a modos de viver saudáveis, enquanto projetos de felicidade⁽²⁾. Tais atividades devem ser prioritárias, pois se constituem como elementos qualificadores da atenção, contribuindo para o empoderamento feminino, para que, ao exercerem seus direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres resgatem sua autonomia e protagonismo quanto às escolhas sobre ofertas de cuidado para a construção de seus projetos terapêuticos no processo de gestação e nascimento⁽⁴⁾.

Na rede suplementar de saúde, não foram disponibilizadas práticas educativas, o que reforça o entendimento de que, nesse subsetor, a atenção ao pré-natal e ao nascimento tende a permanecer verticalizada, medicalizada e intervencionista, desvalorizando a potencialidade do componente educativo como elemento qualificador da atenção e promotor de saúde.

Ainda que não seja uma constatação das puérperas, é possível inferir, a partir de seus depoimentos que, na dinâmica das consultas no pré-natal, o componente informativo não foi um aspecto priorizado, tanto na rede suplementar, como na atenção básica. Ao conferir visibilidade à necessidade de produção de espaços mais privilegiados de escuta na relação profissional-usuário, essa problemática também sinaliza a urgência de investimentos no componente relacional do cuidado⁽¹³⁾. Desde essa perspectiva, cabe aos gestores, serviços de saúde e profissionais incorporar uma dimensão educativa no processo de cuidar em saúde, perpassando todo e qualquer planejamento e proposição da programação em saúde das Equipes/Serviços ou das políticas públicas setoriais e/ou intersetoriais.

Apesar de se reconhecer que seja pouco provável que as participantes do estudo recordem de todas as orientações recebidas no pré-natal, o interesse em conhecer o teor das informações disponibilizadas deveu-se em função do excessivo número de consultas realizadas por essas mulheres, tanto no serviço público, como no subsetor suplementar de saúde.

A ênfase na saúde da criança, apreendida dos dados produzidos, pode ser problemática na medida em que muitas das ações de educação em saúde desconsideram a mulher como sujeito desse processo e parecem se cercar, em certa medida, por intervenções normativas, de características higienistas e modelos idealistas e disciplinadores de certos modos de se exercer a maternidade^(1,18). No contexto do estudo, é possível que outros temas tenham sido abordados no pré-natal, mas, possivelmente, os registrados foram os mais significativos para as participantes e, por isso, os mais lembrados.

A recomendação é que a atenção no pré-natal e puerpério seja prestada por equipe multiprofissional de saúde, organizada de forma a atender às necessidades das mulheres em seu contexto familiar e social⁽³⁻⁴⁾. Uma estratégia que pode vir a transformar o cenário em estudo e contribuir na qualificação dessa atenção refere-se à inclusão do enfermeiro no acompanhamento pré-natal em gestações de baixo risco, visto que sua formação humanística ancora-se em referenciais da educação e promoção da saúde como eixos indissociáveis do cuidado em enfermagem.

No que diz respeito à solicitação de exames, pesquisa sobre atenção pré-natal em subsetor suplementar de saúde indicou que a assistência prestada é, *predominantemente, sinônimo de assistência médica e da lógica de cuidados da biomedicina, ou seja, de avaliação clínico-laboratorial e monitoramento no processo de parturição*⁽¹⁹⁾.

O fato de muitos desses exames, no contexto do estudo, sequer serem avaliados, seja pelo médico que os solicitou no mês anterior, seja pelo profissional da consulta subsequente, que, por sua vez, também solicitava novos exames, se configura no uso abusivo de tecnologias diagnósticas, produzindo um processo vicioso que, além de onerar os gastos com saúde, marca a hegemonia da medicalização da saúde na contemporaneidade. Esse processo possibilita descolar tais problemas dos contextos e processos sociais em que são gerados para vincular sua articulação a determinados investimentos da biomedicina, os quais visam apropriar-se de problemas cotidianos e revesti-los de significados, explicações e soluções passíveis, unicamente, via a hegemonia de determinados saberes⁽²⁰⁾.

Conforme diretrizes do MS, não há evidências científicas de que a realização de ultrassonografia de rotina na gestação tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbimortalidade perinatal ou materna⁽⁴⁾.

Essa tendência à medicalização no pré-natal e parto é reforçada pelo uso indiscriminado de tecnologias biomédicas, como se a cesariana fosse a via natural e, sempre

melhor e mais segura para o parto, condicionando as mulheres à escolha do parto cirúrgico, em detrimento do que seria *per se*, uma preparação em direção à indicação natural e, portanto, lógica, que seria o parto normal⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Ainda que o parto cirúrgico, quando bem indicado, reduza a morbimortalidade materna e perinatal, deve-se ressaltar que seus riscos são maiores do que os do parto natural e que sua prática indiscriminada, além de consumir recursos do sistema de saúde, viola o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que se veem incapazes de engravidar, gerar e parir isentas de intervenções.

Num âmbito mais genérico, é possível inferir que a assistência pré-natal se apresenta dissociada da assistência ao parto e nascimento, no cenário estudado. Essa situação, além de ferir os pressupostos para a atenção ao pré-natal e nascimento qualificada e humanizada, não produz vínculo pela ausência de um profissional, reconhecido pela usuária do SUS como referência para o cuidado de si. Isso implica, também, a fragmentação das práticas de cuidado e não a responsabilização desses profissionais pela saúde dessas mulheres, o que pode produzir e/ou potencializar situações de vulnerabilidade.

A humanização da atenção ao parto e nascimento pressupõe uma dimensão político-relacional e implica o reconhecimento do usuário como sujeito pró-ativo na produção da sua própria saúde. Assim, uma relação terapêutica eficaz, nesse período, requer a produção de vínculo, a capacidade de escuta às demandas apresentadas pela mulher e sua família e, ainda, a identificação de necessidades de cuidado e corresponsabilização pela produção da saúde, para além de um simples atendimento.

Ante o cenário investigado, que não difere de outros estudados no país⁽⁷⁻⁸⁾, os resultados indicam que *permanece o desafio do sistema de não mais tomar a prática de atenção ao parto como um procedimento isolado, desvinculado da atenção pré-natal, e criar estratégias de articulação dos diferentes níveis de complexidade da atenção*⁽⁸⁾. Essa problemática, por sua natureza e complexidade, requer a mobilização e conjugação dos atores envolvidos no processo de produção social da saúde, para que, conjuntamente, sejam demandados esforços no sentido de que tal prática integre, efetivamente, a agenda de ações na atenção ao período gravídico-puerperal.

A valorização de práticas relacionais e subjetividades implicadas no cuidado às mulheres no período gravídico-puerperal se constitui como dispositivo potente e que imprime mais qualidade à atenção e, também, o mais importante, serviços de saúde mais receptivos e resolutivos. Isso requer o acompanhamento, por profissionais qualificados, para além do saber clínico, ou seja, que, no processo de cuidar em saúde se apropriem de tecnologias leves, como escuta, vínculo e acolhimento, corresponsabilizando-se pela promoção do cuidado na construção de projetos terapêuticos singulares. Assim, ainda que tais elementos ratifiquem os pressupostos da humanização e

da integralidade da atenção à saúde qualificada, há que se considerar que os modelos profissionais no campo da saúde não se restringem somente a desdobramentos das perspectivas de gestão do processo de trabalho, na medida em que sua materialização decorre, também, de condutas técnicas, relacionais, éticas e, sobretudo, políticas.

CONCLUSÃO

Ao se conhecer a percepção das puérperas, questões relativas ao acesso foram destacadas como definidoras da qualidade dessa atenção, tanto na atenção básica, como na rede suplementar. Possivelmente, isso se deva à busca de atendimento a demandas e necessidades de saúde mais imediatas.

De modo genérico, as compreensões de como essas puérperas perceberam o atendimento recebido no pré-natal revelam diversas situações de vulnerabilidade, com implicações no desenho organizacional dos serviços de saúde em foco, evidenciado pela pouca articulação da atenção no período gravídico-puerperal, materializada pela fragmentação do cuidado. Tal situação é problemática na medida em que, ante qualquer intercorrência clínica apresentada por essa mulher nesse período, possivelmente, nenhum - dentre tantos e todos os profissionais que lhe assistiram - teria condições de saber e pensar sobre a saúde dessa mulher e, mais especificamente, sobre o desenvolvimento de sua gravidez, parto e puerpério, o que poderá produzir e/ou potencializar situações de vulnerabilidade.

O estudo aponta fragilidades no que tange à integralidade e humanização dessa atenção, especialmente quanto ao acolhimento e vínculo, uso indiscriminado de tecnologias e intervenções desnecessárias e, sobretudo, pela noção corrente, legitimada pela linguagem e pelo discurso biomédico, de que o parto cirúrgico seria o desfecho adequado e *natural* para o nascimento.

Os resultados deste estudo não se configuram em avaliação do atendimento pré-natal *per se*, na medida em que fogem ao escopo desta abordagem. Mas a observância dos elementos aqui discutidos, sob a perspectiva das puérperas usuárias dos serviços de atenção pré-natal, confere visibilidade à vulnerabilidade programática da mesma, de modo a contribuir para que gestores, profissionais, docentes e estudantes da área da saúde coordenem esforços no sentido de repensar as ações endereçadas ao período gravídico-puerperal na atenção básica, agregando mais resolutividade.

Essas reflexões pretendem contribuir com a produção de subsídios para o planejamento, a implementação e o monitoramento de metas programáticas, bem como na reorganização da atenção na lógica da longitudinalidade do cuidado, tanto nos serviços públicos como privados, de modo a pactuar respostas intersetoriais nos modos de promoção da saúde das mulheres e fomento à formulação de políticas públicas mais equânimes e positivas na perspectiva da integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Cabral FB, Oliveira DLLC. Women's vulnerability in the puerperium from the view of Family Health Teams: emphasis on generational aspects and adolescence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2012 Mar 13];44(2):368-75. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_18.pdf
2. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.117-39.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2011 nov. 10]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada* [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2010 nov. 12]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_0151_M.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. GM 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica: estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 nov. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
7. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(3):269-79.
8. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1):98-104.
9. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: contagem populacional [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 nov. 10]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=2R&uf=43>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2011 nov. 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ªed. São Paulo: Hucitec; 2007.
13. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão da terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl. 2:190-8.
15. Souza ecf, Vilar RLA, Rocha, NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(S1):S100-10.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. Ginebra; 2002.
17. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD000934. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD000934.
18. Meyer DE. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. *Gênero*. 2005;6(1):81-104.
19. Pires D, Fertonani HP, Connil EM, Matos TA, Cordova FP, Mazzur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saúde Matern Infantil*. 2010;10(2):191-97.
20. Costa T, Stotz EM, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface Comun Saúde Educ*. 2006;10(20):363-80.
21. Etges MR, Oliveira DLLC, Cordova FP. A atenção pré-natal na ótica de um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32 (1):15-22.