

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003680013>

## MODELO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO EXTREMO SUL DO PAÍS

*Flávia Conceição Pohlmann<sup>1</sup>, Nalú Pereira da Costa Kerber<sup>2</sup>, Marlene Teda Pelzer<sup>3</sup>, Carmem Carballo Dominguez<sup>4</sup>, Jéssica Medeiros Minasi<sup>5</sup>, Vanessa Franco de Carvalho<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fcpohlmann@ibest.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nalu@vetorial.net

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: pmarleneteda@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Mestre em Enfermagem. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carmencdalmeida@gmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jessica.minasi@hotmail.com

<sup>6</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: va\_carvalho@yahoo.com.br

**RESUMO:** Este estudo se propôs a conhecer o modelo de atenção à saúde utilizado na assistência pré-natal em unidades de Estratégia de Saúde da Família. Apresenta abordagem qualitativa e exploratória e foi realizado em três unidades de Estratégia Saúde da Família de um município do sul do Brasil. A coleta de dados foi desenvolvida por meio de entrevista individual com 10 gestantes que se encontravam no terceiro trimestre gestacional e os resultados obtidos foram submetidos à análise temática. A partir dos dados, foram elaboradas duas categorias temáticas: a perpetuação do modelo biomédico nas consultas de pré-natal e grupos de gestante como instrumento capaz de ultrapassar o modelo biomédico. Foi evidenciado que o modelo biomédico permanece sendo o mais utilizado na assistência pré-natal e a educação em saúde desenvolvida por meio dos grupos educativos é reafirmada como estratégia para ultrapassar o modelo biomédico.

**DESCRIPTORES:** Assistência à saúde. Cuidado pré-natal. Educação em saúde. Saúde da mulher. Enfermagem.

## PRENATAL CARE MODEL IN THE FAR SOUTH OF BRAZIL

**ABSTRACT:** This study's aim was to identify the health care model used in the prenatal care provided within the Family Health Strategy. This qualitative and exploratory study was conducted in three units of the Family Health Strategy in a city in southern Brazil. Data were collected through individual interviews with 10 pregnant women who were in the third trimester of pregnancy. The results were subjected to thematic analysis. Two thematic categories emerged: The perpetuation of the biomedical model in clinical and prenatal care and pregnant groups as an instrument to overcome the biomedical model. The conclusion is that the biomedical model is the most frequently occurring in prenatal care and health education developed through educational groups is confirmed as a strategy to overcome the biomedical model.

**DESCRIPTORS:** Delivery of health care. Prenatal care. Health education. Women's health. Nursing.

## MODELO DE ATENCIÓN PRENATAL EN EL EXTREMO SUR DE BRASIL

**RESUMEN:** Estudio tuvo como objetivo conocer el modelo de atención a la salud utilizado en el cuidado prenatal en unidades de la Estrategia Salud de la Familia. Presenta abordaje cualitativa y enfoque exploratorio y se llevó a cabo en tres unidades de la Estrategia Salud de la Familia en una ciudad del sur de Brasil. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas individuales con 10 mujeres embarazadas que se encontraban en el tercer trimestre. Los resultados obtenidos se sometieron a análisis temático. Se elaboró dos categorías temáticas: la perpetuación del modelo biomédico en las consultas pre-natal y grupos de embarazadas como un instrumento para superar el modelo biomédico. Se ha demostrado que el modelo biomédico sigue siendo el más utilizado en la atención prenatal y la educación en salud desarrollado a través de grupos educativos se reafirma como una estrategia para superar el modelo biomédico.

**DESCRIPTORES:** Prestación de atención de salud. Atención prenatal. Educación en salud. Salud de la mujer. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Historicamente, muitos foram os modelos de assistência em saúde difundidos e implantados no atendimento da população brasileira. A atuação profissional dos diversos atores responsáveis pelas práticas em saúde está intimamente ligada ao modelo de assistência que guia as mesmas, estando ou não de acordo com os preceitos de certo ou errado dos profissionais. Esse cenário reflete-se na submissão ao fazer automático, sem a reflexão quanto ao modo de produzir saúde.<sup>1</sup>

O conceito de modelo de atenção em saúde diz respeito às práticas de assistência à saúde dos indivíduos, que podem ser múltiplas, e não como um guia a ser seguido fielmente, uma vez que o modelo a ser utilizado vai ser determinado a partir das escolhas de cada profissional e suas vivências. O modelo representa a realidade vivenciada pelos sujeitos que buscam a assistência à saúde, contudo, pode ser alvo de críticas, por não ser capaz de suprir as necessidades desses sujeitos, visando mudar os modelos mais utilizados para outros capazes de satisfazer as necessidades dos indivíduos.<sup>2</sup>

O modelo de atenção em saúde mais utilizado foi elaborado no ano de 1910, a partir de um relatório conhecido como Relatório Flexner (*Flexner Report*), considerado o responsável pela reforma no ensino médico e com profundas mudanças no modo de produzir saúde. O modelo flexneriano, ou também chamado de modelo biomédico, prioriza a doença e o ambiente hospitalar, considerado um modelo reducionista, pois não aborda as dimensões sociais, psicológicas e econômicas da saúde.<sup>3</sup>

O modelo biomédico constitui marco conceitual para a medicina moderna, onde o corpo humano é separado em partes pequenas e considerado uma máquina de funcionamento mecânico. Os preceitos desse modelo biomédico vêm perpassando as diversas tentativas de implantação de novos modelos assistenciais em saúde, como por exemplo, o modelo sanitaria, que priorizava a prevenção de epidemias no início do século XX e o modelo previdenciário, que garantia assistência à saúde do trabalhador.<sup>2</sup>

Quando o modelo de referência em saúde utilizado prioriza a cura, não considera o ser humano em sua totalidade, entende-se ser necessário repensar a saúde e seu modo de produzi-la, com um pensamento sistêmico. Esse pensamento sistêmico representa considerar a percepção de saúde de cada indivíduo, levar em consideração o meio ambiente e, a partir desta relação, buscar suprir as

necessidades de cada sujeito, para, então, acarretar o exercício de um modelo de assistência capaz de superar o modelo biomédico.<sup>4</sup>

Nessa direção, vislumbra-se que o modelo biomédico secundariza aspectos sociais, econômicos e subjetivos na determinação do processo de saúde-doença e se caracteriza pelo reducionismo – ao tratar fenômenos complexos como princípios primários simples – bem como, pelo dualismo mente-corpo.<sup>5</sup>

A produção de saúde depende de diversos fatores que se inter-relacionam, como a construção de um sistema formado em redes capazes de suprir as necessidades e demandas dos indivíduos, como ainda, da relação dos serviços da rede, proporcionando a continuidade da saúde.<sup>6</sup> Torna-se também importante, o processo de trabalho dos profissionais de saúde, capazes de transformar a realidade de sua produção, como forma de qualificar e humanizar a assistência, bem como de fazê-la mais resolutiva, na medida em que prioriza a escuta como instrumento de trabalho, visando tornar as necessidades de cada indivíduo como centro de sua prática.<sup>7</sup>

Diante do exposto, faz-se necessário a identificação dos modelos assistenciais utilizados na atualidade, como forma de reflexão das práticas e com intuito de repensar os modos de produção de saúde. Trazendo a discussão para a saúde da mulher, pouco se tem produzido na literatura sobre os modelos que orientam a prática para esta especificidade. Apenas um artigo foi encontrado, “Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto”, que enfatiza uma prática predominantemente medicamentosa e hospitalocêntrica, pautada no modelo biomédico. Os autores do texto sugerem a mudança do modelo que foi evidenciado pelo estudo, para um que concretize um cuidado humano à mulher e seus familiares.<sup>8</sup>

Assim, para contribuir com discussões acerca dos atuais modelos de atenção à saúde, o presente estudo propôs-se a responder a seguinte questão de pesquisa: qual o modelo assistencial que vem sendo reproduzido pelos profissionais – médicos e enfermeiros – que desenvolvem atenção pré-natal? Com vistas a responder tal questionamento, objetivou-se conhecer o modelo de atenção à saúde no pré-natal desenvolvido em um município do extremo sul do Brasil.

## METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa e especificidade exploratória, buscando compreender a problemática na perspectiva de quem a vivencia. O

contexto investigativo foram três unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município no extremo sul do Brasil escolhidas intencionalmente, por ser campo de práticas do curso de enfermagem da Universidade local. A escolha do local justificase pelo fato de ter uma alta demanda de atividades voltadas ao pré-natal, como consultas de enfermagem, grupos e cursos de gestante que superam o modelo biomédico.

Os sujeitos do estudo foram gestantes que se encontravam no terceiro trimestre gestacional, por se acreditar que o tempo transcorrido favorecesse o relato da gestante acerca da forma de assistência que recebeu, por já ter vivenciado quase que a totalidade dessa assistência. O acesso às gestantes foi oportunizado pelos cadastros existentes nas unidades de saúde. Foram incluídas todas as gestantes que preenchiam o critério de inclusão, totalizando 16 gestantes, ao atingir o número de nove sujeitos, percebeu-se que os dados obtidos apresentavam semelhanças. Assim, foi realizada mais uma entrevista, na unidade de mais fácil acesso para o coletador, no intuito de verificar se novos temas emergiriam do relato das gestantes, quando se concluiu que não haveria mais necessidade de coleta, pela similaridade dos achados, esgotou-se a coleta.

A coleta de dados foi desenvolvida no domicílio das gestantes e realizada por meio de entrevista individual, norteada por um roteiro contendo questões que indagavam as orientações que as gestantes receberam durante as consultas de pré-natal em relação aos direitos no ciclo gravídico-puerperal e, a partir dos relatos, buscou-se compreender o modelo desenvolvido no pré-natal pautando-se pela busca pelos conteúdos que fizeram parte do processo de trabalho dos pré-natalistas.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento da gestante e iniciadas em setembro de 2011 se estendendo até dezembro do mesmo ano, quando se obteve a saturação dos dados.

Os resultados obtidos foram submetidos à análise temática, formando núcleos temáticos relacionados ao modelo de atenção utilizado na assistência ao pré-natal, em virtude do destaque que esse conteúdo assumiu na leitura dos depoimentos. Os passos da análise foram realizados por meio das seguintes etapas: "leitura e imersão nos dados; tabulação e organização; interpretação e agrupamento dos achados".<sup>9:209</sup> A imersão nos dados fez com que os pesquisadores entrassem em contato com a realidade dos sujeitos, disponibilizando uma interpretação dos dados menos complexa. A análise não foi algo estanque, aconteceu paralelamente

à coleta, o pesquisador ao mesmo tempo em que realizou a transcrição das entrevistas, já efetuou um olhar sobre os dados e refletiu sobre os significados destes. A tabulação e a organização do material foi efetuada a partir dos sentidos nele contidos.

A partir da tabulação dos dados, foi realizado o agrupamento dos achados em categorias, que se constituíram por similaridade dos dados encontrados, em que se descobriu os 'núcleos de sentido' presentes em maior frequência e que se direcionavam para o objetivo do estudo.<sup>9</sup> A análise do tipo temática evidenciou as questões mais significativas na realidade dos entrevistados e que se destacaram diante do olhar dos pesquisadores como sendo indicativas do modelo assistencial desenvolvido na assistência pré-natal.

O estudo obteve a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), por meio do Parecer número 95/2011. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de modo a assegurar o anonimato, os depoimentos utilizados estão identificados pela letra G, seguida pela numeração sequencial de ordem de realização das entrevistas, conforme orientação da Resolução n. 466/2012.

## RESULTADOS

Após a análise dos resultados obtidos, foi possível a elaboração de duas categorias temáticas, que serão apresentadas e discutidas na sequência: A perpetuação do modelo biomédico nas consultas de pré-natal, e Grupos de gestante como instrumento capaz de ultrapassar o modelo biomédico.

### A perpetuação do modelo biomédico nas consultas de pré-natal

Buscou-se, no relato das gestantes, o conteúdo das consultas de pré-natal, observando que as orientações acerca dos direitos no ciclo gravídico-puerperal não se fizeram presentes, as consultas se restringiram à realização do exame físico, pedido de exames laboratoriais e orientações quanto à alimentação. Essa realidade é exposta nos depoimentos a seguir: [...] *nunca me disse nada sobre direitos na consulta, só coisas de alimentação, dos exames, essas coisas de consulta mesmo, de resto ela não me falou [...]* (G1); *Eles nunca me falaram nada sobre o assunto nas consultas, só perguntaram como eu estava e me examinaram* (G8); *Na gravidez anterior e nessa nunca me falaram sobre os direitos, nem sei se essas coisas são para fazer na consulta* (G10); *Não, ela só me examinava e algumas vezes me*

*mandou fazer exame, sobre os direitos que eu tenho nunca me falaram nada nas consultas (G7).*

Apenas uma gestante referiu ter sido orientada sobre o direito de prioridade no atendimento à sua saúde nas consultas de pré-natal: [...] *sim, na consulta ela me disse esse da prioridade. Só esse, se tem mais algum eu não sei (G5).*

Ainda, a mesma gestante teve experiência anterior de desenvolvimento da assistência pré-natal fora da rede pública de saúde e, baseada nessa vivência, mencionou que as consultas realizadas na ESF apresentam mais espaço de educação em saúde do que as realizadas em serviços particulares. [...] *Das outras gestações ninguém me falou nada, eu consultava no particular e eles só me examinavam mesmo. Aqui no posto que eles conversam mais com a gente e me disseram isso sobre a prioridade (G5).*

O fato de a gestante não estar ciente dos seus direitos por não ter sido orientada nas consultas e nem ter demonstrado interesse em questionar aos profissionais, fica exposto na seguinte fala: [...] *nas consultas, eles nunca me disseram nada. E eu também nunca perguntei. Como eu te disse antes, então é uma coisa que eu não sei falar, eu nunca perguntei, por que tu nem te dá conta dessas coisas, de perguntar sobre teus direitos. Então, acho que tu acabas esquecendo, se eu perguntasse eles iam me dizer. Eu acho, pelo menos, mas como nunca toquei no assunto, eles também não falaram nada (G2).*

Também, em alguns casos, parece que as orientações se fizeram presentes, mas a gestante não soube mencioná-las: [...] *a gente conversou bastante, ele me falou algumas coisas, só que agora eu não estou lembrando. Eu fui bastante orientada, eles foram ótimos, mas a questão dos direitos eu não me lembro (G6).*

### **Grupos de gestante como instrumento de transposição do modelo biomédico**

Apesar de o modelo biomédico predominar nas consultas pré-natais, nas unidades em que havia a realização de grupos de gestantes desenvolvidos por enfermeiras, estes se mostraram como espaço de orientações: [...] *nas consultas, eles nunca chegaram a falar quais eram os meus direitos, somente no curso mesmo (G3); [...] Nas consultas eles não me falaram. Só no curso, que eles falaram sobre acompanhante e para as grávidas que trabalham, da licença. Que eu me lembre, é isso (G9).*

Outro elemento que despontou nos relatos refere-se à falta de informações acerca dos direitos no ciclo gravídico-puerperal nas gestações anteriores. As mulheres que relataram terem participado

de Grupo de Gestantes, manifestaram não terem sido orientadas sobre seus direitos nas gestações anteriores. Essas orientações só se fizeram presente na última gestação, por intermédio de sua participação no Grupo: [...] *eu tive essa informação nessa última gravidez, nas outras eu não tive em nenhum momento (G9); [...] Não, eu só fiz o curso nessa gestação e antes eles nunca tocaram no assunto nas consultas (G3).*

### **DISCUSSÃO**

Dentre os limites deste estudo podemos apontar o número de unidades de saúde que fizeram parte, uma vez que foram escolhidas somente aquelas em que havia a inserção das práticas desenvolvidas pelos acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade local. Parece importante o desenvolvimento de novos estudos com a ampliação do número de unidades investigadas para observar se os achados prevalecem os mesmos em outras realidades. A necessidade de avaliações nos serviços, principalmente na Atenção Básica de Saúde, vem aumentando e os desafios inerentes aos processos de avaliação podem ser identificados quando se vislumbra a complexidade das ações e práticas. Ainda, há a subjetividade das avaliações e a necessidade de que seus resultados subsidiem a tomada de decisões, reafirmando um processo que demanda esforço.<sup>10</sup>

O apontamento feito pelas mulheres de que faltam orientações sobre os direitos da mulher no período gestacional revela uma preocupante realidade do conteúdo das consultas, pois o momento parece pautado pela aplicação do modelo biomédico. As práticas assistenciais embasadas neste modelo não são as mais eficazes, uma vez que tratam somente os aspectos biológicos da gestante, deixando de lado outras necessidades, de cunho educativo envolvendo todas as esferas da vida da mulher.

Tomando como referência a ideia de integralidade, como prerrogativa do Sistema Único de Saúde (SUS), as críticas ao modo como se aplica o modelo de atenção em saúde hoje são bastante conhecidas, pois remetem à visão segmentada, não conseguindo ver a totalidade do usuário e a inserção do cuidado no seu contexto, trazendo uma abordagem muito centrada na doença, levando ao modelo biomédico. Assim, concretiza-se a pobreza da relação e interação entre profissionais da saúde e usuários; e, especialmente, o frágil compromisso com o bem-estar dos usuários.<sup>11</sup>

Somente uma das mulheres que participou do estudo relatou que durante a consulta, foi orientada sobre o direito de prioridade no atendimento. Par-

tindo do universo investigado, o número se torna pequeno e não reflete todos os direitos que a usuária poderia/deveria usufruir por ser gestante e mesmo após a gestação.

Faz-se necessária a mudança dos sistemas de atenção à saúde para que estes possam responder com efetividade, eficiência e segurança às condições de saúde da população, seus direitos e deveres remetendo a situações presentes no contexto do usuário levando ao desenvolvimento de modelos de atenção à saúde efetivos.<sup>12</sup>

A menção ao espaço de educação em saúde nas consultas realizadas na ESF como mais efetivo do que aquelas realizadas em serviços particulares parece não garantir a assistência adequada, uma vez que se mantém focada no modelo biomédico, parecendo que informações ou cuidados adicionais não são ou não necessitariam ser uma rotina nos serviços.

Em relação à assistência pré-natal no setor privado, verifica-se que a preocupação da gestante está embasada na forma como são tratadas e como o processo gestacional é conduzido. A gestante direciona suas necessidades à procura de um vínculo de referência e relação de confiança com o profissional de saúde e que favoreça a obtenção de graus crescentes de autonomia, ficando a maior diferenciação da assistência prestada no setor público e privado pautada sobre o uso da tecnologia.<sup>12</sup> Esta situação evidencia que a realidade apresentada pelas gestantes do presente estudo não é condizente com a do estudo descrito anteriormente.

No atendimento prestado no setor privado existe uma abordagem diferenciada, porém, as decisões das gestantes quando questionadas sobre algum aspecto da gestação é fruto de um desconhecimento aliado à confiança no médico. Normalmente, essa confiança não é caracterizada por uma relação baseada no diálogo, no acolher as necessidades das usuárias, mas por meio de uma relação hierárquica de poder centrada na figura do médico e no modelo empregado.<sup>13</sup>

Normalmente, os usuários da ESF a identificam como um local para realização de consultas, controle terapêutico e continuidade da assistência, conceituação muito limitada ao modelo biomédico.<sup>14</sup> Portanto, se faz necessário que os indivíduos se tornem o centro da prestação de cuidados, implicando na necessidade de que tenham o poder de expressar suas opiniões e transformarem a realidade que vivenciam.<sup>15</sup> Este processo diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde. É imprescindível o desenvolvimento de sensibilidade e capacidade

de resposta às necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destes, porém abarcando os direitos do cidadão.<sup>11</sup>

Chama a atenção o depoimento de uma das gestantes quando coloca para si a “culpa” por não ter mais informações, justificando o fato por não ter tido iniciativa para questionar os profissionais. Desta forma, deixa clara a ideia de que o serviço de saúde cumpre o seu papel a partir das necessidades e dúvidas advindas somente do usuário e não a partir de iniciativas próprias abarcadas no processo de trabalho dos profissionais responsáveis pelo pré-natal. Quando um indivíduo não conhece sobre determinado assunto, dificilmente saberá questioná-lo, assim, a educação em saúde é elemento fundamental quando possibilita a produção de um saber e induz os indivíduos a serem capazes de indicar mudanças relativas aos seus cuidados e desenvolver um pensar crítico e reflexivo sobre sua saúde.<sup>16</sup>

No campo da atenção obstétrica, a assistência à mulher sempre foi pautada nas decisões dos profissionais limitando a mulher apenas a acatar aquilo que lhe é imposto. A enfermeira possui um papel importante no resgate aos direitos da mulher quando assume uma assistência humanística, pautada no inter-relacionamento com a usuária, dando voz e informações que subsidiem as suas escolhas com segurança, mas quando as ações são pautadas no autoritarismo, se colabora para que a mulher permaneça sem conhecimento e alienada.<sup>17</sup>

No que tange às orientações dadas e a efetividade do entendimento ou importância destas informações para a gestante, infere-se que os métodos utilizados para a orientação não foram eficazes, pois não se lembravam de ter sido comentado o assunto. Ainda, as usuárias referiram que só foram abordadas “coisas da consulta mesmo”, caracterizando que as mulheres não se sentem incomodadas pelo modelo assistencial que recebem, pois não percebem a educação em saúde como parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

O pré-natal mostra-se como um momento singular para desenvolver ações educativas, podendo ser realizadas por intermédio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Essa estratégia de trabalho permite a integração de profissionais e gestantes, constituindo um momento de compartilhamento de experiências, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.<sup>18</sup> Porém, cabe ao profissional a avaliação constante deste processo, a fim de comparar o serviço pres-

tado com a efetividade das orientações recebidas pelas gestantes, pois o foco deve ser a qualidade do atendimento prestado.

A educação em saúde é uma estratégia potencializadora para o cuidado de enfermagem, pois é um meio de promover medidas benéficas para a saúde materno-infantil, incluindo a participação ativa da mulher no seu processo de saúde, além de favorecer o vínculo com os profissionais de saúde.<sup>19</sup>

Os grupos de gestantes são espaços importantes para discussão de assuntos que não foram abordados nas consultas. Neste contexto, é importante perceber a qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado. A motivação gera a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades.<sup>11</sup>

Algumas mulheres que participaram do grupo de gestantes eram múltiparas, mas, mesmo tendo passado por outros períodos de atendimento em pré-natal ressaltaram nunca terem sido orientadas sobre seus direitos, as orientações só se fazendo presentes durante a realização do grupo. Este fato demonstra a importância das ações em saúde que priorizam a visão holística no atendimento, como forma de avaliar/atender às necessidades da mulher como um todo, visualizando esta mulher como agente participe no seu processo de acompanhamento em saúde.

É preciso empoderar as mulheres sobre questões referentes aos seus direitos, sobre o seu corpo, condutas e procedimentos, para que se possa dar voz ativa à população e que essa busque uma assistência digna. Ainda, se deve incluir ao modelo biomédico, outros modelos, como o de promoção da saúde e prevenção de doenças.

É importante que espaços públicos possibilitem o empoderamento das mulheres, uma vez que o direito à saúde se dá através da construção da cidadania, e para que isso aconteça é essencial que a consciência social esteja presente. O conhecimento e o espaço de educação em saúde são ferramentas essenciais para a construção de saberes sobre a saúde e os direitos da população.<sup>14</sup> Cabe ressaltar, que todos os momentos do ciclo gravídico-puerperal e fora dele devem ser espaços para educação em saúde das mulheres, como forma de contribuir para a autonomia e respeito aos direitos.

Mas como ultrapassar o modelo biomédico tão presente na realidade dos indivíduos? Uma solução que parece resolutiva e que pode ser usada pelas

enfermeiras é a educação em saúde, visto que se trocam experiências e conhecimentos com os indivíduos, enriquecendo as ideias e formando cidadãos críticos sobre o seu processo de saúde, além de promover a adequada relação interpessoal, e abrindo espaços para a gestante e demais usuários do sistema de saúde se expressar e expor suas dúvidas, preocupações e receios. A ideia de cuidado vem, justamente, tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas.<sup>11,20</sup>

Destaca-se a importância de dar valor ao vínculo instituído entre usuário e a equipe de saúde. Quando o vínculo é firmado, concomitantemente, a satisfação é alcançada, visto que os usuários entendem que estão sendo atendidos por profissionais envolvidos em prestar uma assistência humanizada.<sup>21</sup> Assim, a gestante se sentirá segura em expor suas dúvidas e anseios, como também cobrar que orientações que envolvam o processo de ser mãe sejam realizadas pelos profissionais.

Enquanto a percepção de um novo modelo assistencial não for assumida pelas equipes de saúde, a prática do modelo biomédico embasado no exame físico, na solicitação/avaliação de exames e na abordagem da doença não será transformada. É preciso que os próprios integrantes das equipes assimilem estratégias para uma prática inovadora e reestruturadora das ações de saúde, com resgate de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e das relações entre os membros da equipe de saúde.

Espera-se que, por meio do empoderamento da mulher, da disseminação de espaços para o conhecimento e assimilação dos seus direitos, sua postura em aceitar uma assistência sem qualidade seja mudada e com isso mude a postura dos profissionais resistentes em prestar uma assistência em um modelo que não o biomédico. Assim, se favorecerá a autonomia das usuárias e sua qualidade de vida durante o processo de ser mãe.<sup>22</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o presente estudo conseguiu alcançar seu objetivo, que era conhecer o modelo assistencial que direciona as ações na assistência pré-natal em um município do extremo sul do país, em que o modelo predominante evidenciado foi o biomédico. Tal achado foi proporcionado quando as mulheres destacaram que não conheciam seus direitos no ciclo gravídico-puerperal e a partir

dessa realidade apresentada, buscou-se conhecer o conteúdo das consultas de pré-natal, prevalecendo a realização do exame físico, pedidos de exames laboratoriais e orientações quanto à alimentação das gestantes. Tal discurso, referido pelas gestantes, fez perceber que há o predomínio de ações técnicas no pré-natal, evidenciando a perpetuação do modelo biomédico nesta modalidade de assistência.

Percebeu-se que conhecer e aprofundar os conhecimentos acerca do modelo utilizado nas práticas pelos profissionais que atuam na área da saúde da mulher foi um dos pontos positivos em desenvolver este estudo. Embora seja notório que o modelo biomédico não é o único nem o melhor modo de realizar uma atenção de saúde holística com mulheres, foi evidenciado que ainda é o modelo utilizado pelos profissionais. Ele se caracteriza como extremamente importante na efetivação de uma assistência de qualidade, porém, aliado a outros modelos, não sendo executado de forma restrita, com olhar puramenteologista.

Através dos resultados desta pesquisa, será possível sensibilizar profissionais da saúde que atendem mulheres no ciclo gravídico puerperal quanto à importância das orientações sobre os direitos das mulheres, de modo a empoderá-las para o seu próprio cuidado, como também em reavaliar e refletir sobre o modelo que utilizam em sua prática profissional. Deste modo, além de orientar os profissionais de saúde para uma melhora em sua prática, esse estudo também proporcionará suporte para a enfermagem desenvolver mais estudos nesta área, aprofundar e enriquecer os conhecimentos já existentes.

## REFERÊNCIAS

1. Faria HP, Coelho IB, Werneck MAF, Santos MA. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. 2ª ed. Belo Horizonte (MG): Nescon/UFMG; 2010.
2. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008 p.547-73.
3. Pegliosa FL, Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ. Med. 2008; 32(4):492-9.
4. Capra F. O modelo biomédico. In: Capra F. O ponto de mutação. São Paulo (SP): Cultrix, 2004.p.116-55.
5. Mouta RJO, Progianti JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. Texto Contexto Enferm [online]. 2009 [acesso 2015 jun 16] Out-Dez; 18(4):731-40. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-0702009000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0702009000400015)
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília (DF): MS; 2009.
7. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS, UERJ; 2001.
8. Pereira ALF, Moura MAV. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. Rev Enferm UERJ. 2008; 16(1):119-24.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde, São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
10. Gomes ML, Moura MAV, Souza IEO. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. Texto Contexto Enferm [online]. 2013 [acesso 2015 jun 13]; 22(3):763-71. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-0702013000300024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-0702013000300024&script=sci_arttext)
11. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc. 2009; 18(2):11-23.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2297-305.
13. Gama AS, Giffin KM, Tuesta AA, Barbosa, GP, Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades públicas. Cad Saúde Pública. 2009; 25(11):2480-8.
14. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(3):1933-42.
15. Bernardes ACF, Silva RA, Coimbra LC, Alves MTSSB, Queiroz RCS, Batista RFL, et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. BMC Pregnancy Childbirth [online]. 2014 Aug 10 [acesso 2015 Jun 13]; 14:266. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/266>
16. Santo R, Penna CM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto Contexto Enferm. 2009 Out-Dez; 18(4):652-60.
17. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2011 Dez; 32(4):807-14.
18. Anversa ETR, Nunes LN, Dal Pizzol TS, Bastos GAN. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2012; 28(4):789-800.

19. Diaz CMG, Hoffman IC, Costenaro RGS, Soares RS, Silva BR, Lavall, BC. Vivências educativas da equipe de saúde em unidade gineco-obstétrica. *Cogitare Enferm.* 2010;15(2):364-7.
20. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gulmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 2010 Oct 6 [acesso 2015 jun 13]; (10):CD000934. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20927721>
21. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):244-50.
22. Lathrop B. A systematic review comparing group prenatal care to traditional prenatal care. *Nursing for Women's Health* [online] 2013 [acesso 2015 jun 13]; 17(2):118-30. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23594324>

Correspondência: Flávia Conceição Pohlmann  
Rua I, 430  
96200-000 - Parque São Pedro, Rio Grande, RS, Brasil  
E-mail: [fcphlmann@ibest.com.br](mailto:fcphlmann@ibest.com.br)

Recebido: 12 de dezembro de 2013  
Aprovado: 11 de julho de 2014