



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

**ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO
GRAVÍDICO E PUERPERAL**

**Salvador
2010**

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva.

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª Isa Maria Nunes

**Salvador
2010**

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Bibliotecária: Maria de Fátima de Jesus Moreira – CRB 5/1120

Santos, Luciano Marques dos

S236a Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e
puerperal. / Luciano Marques dos Santos. – Salvador, 2010.
277f. : tab.

Orientadora: Mirian Santos Paiva

Co-Orientadora: Isa Maria Nunes

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Escola

LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 26 de Fevereiro de 2010.

Banca Examinadora

Profª Drª Mirian Santos Paiva _____
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Solange Maria dos Anjos Gesteira _____
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Cristina Maria Meira de Melo _____
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Jeane Freitas de Oliveira _____
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

A meus pais, por colocarem meu estudo como prioridade durante a minha formação. Este foi um dos grandes ensinamentos na minha vida. Amarei vocês para sempre. Obrigado pelo esforço para fazer de mim o que hoje sou.

Aos meus irmãos: Luciara, Leandro, Fábio e Raphael. Cada um de vocês me acolheu de uma forma toda especial, fazendo lembrar a todo instante o verdadeiro sentido da família.

Aos demais membros de minha família ampliada, pelas orações constantes a cada vitória conseguida em minha vida. Vocês também fizeram parte desta batalha.

Aos meus orientandos e orientandas de Trabalhos de Conclusão de Curso em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências e da Faculdade Nobre, por compartilharem comigo os melhores momentos da construção desta dissertação e pelos incentivos diários. Vocês acreditaram em meu potencial como orientador.

A todos vocês que sempre me motivaram, quero compartilhar essa e muitas outras vitórias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus e a Nossa Senhora do Rosário, que guiaram os meus passos nos caminhos estreitos desta jornada.

A minha amada e guerreira mãe, por sempre ter me dispensado amor, compreensão e apoio em tudo que faço em minha vida. Sem esta grande mulher não poderia estar comemorando essa vitória. Você é a verdadeira tradução do que é o amor.

A meu pai, um homem cheio de coragem e força, por me apoiar na profissão que escolhi exercer, incentivar-me na caminhada acadêmica e por acreditar e torcer por mim.

Aos meus irmãos, os quais amo incondicionalmente, pela união que nos torna seres tão realizados e felizes, por estarem sempre ao meu lado e por terem colaborado na construção do meu saber.

À minha amada Rosana Castelo, pelas orações constantes e apoio incondicional nos momentos em que pensei em desistir. Você foi a minha fortaleza nos momentos de angústia.

À professora Dr^a Mirian Santos Paiva, pelo compromisso em ser minha orientadora, e pela afetividade comigo estabelecida. Contigo aprendi o sentido da amizade, do carinho para com o próximo e a importância das palavras sublimes.

À professora Dr^a Cristina Maria Meira de Melo, pelo exemplo de profissionalismo, ética e compromisso com o que faz. Contigo aprendi a importância da crítica e da boa escrita acadêmica.

À professora Dr^a Isa Maria Nunes. A minha admiração cresce a cada dia mais por tudo o que você representa como pessoa e como profissional da área obstétrica.

Às queridas companheiras de viagem durante o mestrado: Ana Clara, Maricélia, Michele e Rosana. Aprendemos muito neste período. Foram trocas de experiências muito ricas. Uma verdadeira extensão do mestrado na BR-324. Creio que cada um de nós, com a singularidade do seu objeto de estudo, contribuiu a contento com o trabalho dos parceiros de viagem.

Às colegas do Doutorado, de Feira de Santana, Evanilda e Silvone. Vocês são mulheres guerreiras, que buscam vencer os obstáculos, inclusive a distância Feira – Salvador, para a realização de um projeto de vida, e sempre na busca incessante pelo conhecimento, vencendo os obstáculos e ajudando o próximo.

Aos Professores do Programa de Pós - graduação em Enfermagem da EEUFBA, especialmente ao corpo docente do Grupo de Estudos sobre a Mulher (GEM). A nossa convivência acadêmica foi fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional, pois me auxiliou na compreensão das questões de gênero.

Aos funcionários da EEUFBA, pela constante atenção.

À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, pela permissão em realizar esta investigação.

Aos profissionais e gestantes/pupérperas entrevistados, pela relevante participação voluntária neste trabalho.

Aos profissionais do hospital Inácia Pinto dos Santos, em Feira de Santana, pela experiência proporcionada enquanto bolsista durante a minha graduação e como enfermeiro gerente e assistencial. Conviver com vocês foi de fundamental importância para a minha vida acadêmica, pois adquiri a segurança no ensino do cuidado à mulher em processo parturitivo e ao recém-nascido.

Aos professores da Universidade Estadual de Feira de Santana, em especial à Profª Especialista Graziela Macedo, à Profª Msc Naiza Santana (aposentada), Profª Msc Vera Costa, à Profª Drª Sinara de Lima Souza e à Profª Drª Maria Lúcia Servo, pela torcida e incentivo na busca pelo meu aprimoramento acadêmico. Devo a vocês a paixão pela Enfermagem Obstétrica e pela pesquisa.

Aos meus amigos e amigas, especialmente, Ana Celi, Andréa Pinho, Andréia de Jesus, Áurea Ângela, Denise Santana, Eujcely Santiago, Glessia Carneiro, Jurandir Freitas, Kaline Cunha, Leandro Feliciano, Monick Pitton, Railúcia Martins, Uliana Catapano, Valterney de Oliveira, Vânia Alecrim, Veridiana Pinheiro e Verônica Mascarenhas, pela compreensão do meu afastamento nestes dois últimos anos de minha vida profissional. Vocês acreditaram no meu potencial.

Às amigas e companheiras de luta pela humanização da atenção à mulher em processo parturitivo e ao recém-nascido, Aldacy Gonçalves, Cristina Camargo, Juliana de Oliveira e Zannety Conceição. Vocês foram responsáveis pela minha inserção nesta luta!

À Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana-BA, início de minha carreira acadêmica, em especial à Professora Mestra Hayana Leal, pelo incentivo e parceria estabelecida.

Aos membros do Grupo de Estudos sobre a Mulher e a Criança, da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de Feira de Santana, pelas discussões relativas à saúde da mulher, que muito me ajudaram na construção deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a condução deste estudo, o meu muito obrigado!

Tentativa

É melhor tentar e falhar que se
preocupar e ver a vida passar;
É melhor tentar ainda que seja
em vão que sentar-se fazendo
nada até o final;
Prefiro na chuva caminhar que
em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz embora louco, que em
conformidade viver!

SANTOS, Luciano Marques dos. **Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**. 2010. 277f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

Este estudo analisa a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Os objetivos específicos definidos para a investigação foram: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção. O referencial teórico está embasado nos aspectos históricos da atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, com enfoque no panorama do processo da medicalização, nas principais políticas de saúde voltadas para as questões da mulher e no processo de humanização. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, documental e de natureza qualitativa, que respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2009, sendo os primários obtidos através de entrevista semi-estruturada com gestantes/puérperas, gestoras da secretaria municipal da Saúde e trabalhadoras das unidades básicas e da maternidade local, totalizando quinze participantes. Os dados secundários foram coletados através da análise de documentos municipais e indicadores do SISPRENATAL. Os dados foram analisados de acordo com a Análise Argumentativa de Toulmin. O estudo demonstrou que nas consultas de pré-natal são valorizadas a realização de exame físico e solicitação de exames básicos preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. As gestantes encontraram algumas dificuldades para o acesso à realização dos exames solicitados, com destaque para a demora nos resultados. Desta forma, a maior parte delas buscou os serviços privados para garantir agilidade nos resultados dos exames realizados. As parturientes peregrinaram em busca da atenção hospitalar, pois, nesta cidade caso, não há um sistema de referência efetivo para a garantia do leito obstétrico. Na atenção à parturiente na maternidade municipal, são valorizadas as intervenções na fisiologia do processo parturitivo. No puerpério, as mulheres se deparam com uma atenção voltada para o atendimento de suas necessidades de conforto e alimentação, sendo que os trabalhadores de saúde da unidade de alojamento conjunto não estabelecem um contato efetivo com as puérperas. O encaminhamento para a consulta de puerpério ocorre oralmente, com enfoque no cuidado ao recém-nascido. É necessária a inclusão de metas e estratégias municipais que vislumbrem a atenção hospitalar à parturiente, com destaque para o processo da referência e contra-referência, com vistas à facilitação da atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal.

Palavras-chave: Enfermagem; gestantes; pré-natal; parto humanizado; puerpério.

SANTOS, Luciano Marques dos. **Analysis of the health care of women in the pregnancy and postpartum.** 2010. 277f. Dissertation (Masters in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2010.

ABSTRACT

The present work makes an analysis of the attention given to women during the pregnancy and postpartum in a city of Bahia on the basis of the Program for Humanization of Prenatal and Birth and the National Policy for Integral Attention to Women's Health. Describing the flow of women during prenatal care, childbirth and postpartum and analyzing the women's access during pregnancy and postpartum to health services (primary care and hospital) based on minimum criteria prescribed by the Program for Humanization of Prenatal Care and Birth to the quality of care were defined as specific objectives of this research. The theoretical references is rooted in the historical aspects of health care for women in the pregnancy and puerperium, with special emphasis on the process of medicalization, the main health policies for women's issues and the process of humanization. This is a descriptive, exploratory, documentary and qualitative search, conform with Resolution 196/96 of the National Health Board, approved by the Ethics Committee at the School of Nursing of the Federal University of Bahia. Data were collected from August to October 2009. Primary data were obtained through semi-structured interviews with pregnant / lactating women, managers of the municipal secretary of Health and labourer women in basic health units and maternity site, totaling fifteen participants. Secondary data were collected through document analysis and local indicators of the SisPreNatal. Data were analyzed according to the analysis of Toulmin's argumentative. The study revealed that physical examination and request exams that are advocated by Program for Humanization of Prenatal and Birth get value in prenatal care. The women had some difficulties to access to the examinations required, especially due delay in results. Consequently most of them sought private services to ensure speed results of the examinations. The pregnant women wandered in search of the hospital because there is not a reference system for the effective guarantee of obstetric bed in this city. In the laboring woman's attention in the maternity hospital the interventions in the physiology of the birth process have value. In the postpartum period, women are faced with care about their needs for comfort and nutrition and health workers of rooming do not make effective contact with the mothers. Referral to the postpartum visit occurs orally, with a focus on care of newborns. It is necessary to include goals and strategies that objectify the municipal hospital care for women during childbirth, especially about the process of referral and cross-reference in the sense of facilitating the care of women in the pregnancy and postpartum.

Keywords: Nursing; pregnant; prenatal; humanized delivery; postpartum.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Esquema do argumento de Tolmin

78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de participantes do estudo segundo grupo.	73
Quadro 2 – Códigos de identificações das entrevistadas do grupo 01.	74
Quadro 3 – Códigos de identificações das entrevistadas do grupo 02.	74
Quadro 4 – Códigos de identificações das entrevistadas do grupo 03.	75
Quadro 5 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	84
Quadro 6 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	85
Quadro 7 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Gestante 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre as consultas de pré-natal com a enfermeira.	86
Quadro 8 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Gestante 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	87
Quadro 8a – Indicadores de cobertura e captação de gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.	89
Quadro 9 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Área Técnica da Mulher da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	91
Quadro 10 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	92
Quadro 10a – Indicadores do número de consultas de pré-natal das gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.	93
Quadro 10b – Indicador de vacinação antitetânica das gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.	95
Quadro 10c – Indicadores combinados de consultas, exames e vacinação antitetânica das gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.	96
Quadro 11 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	97
Quadro 12 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	98
Quadro 13 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Gestante 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal com a enfermeira.	99
Quadro 14 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Gestante 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	101
Quadro 15 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.	102

Quadro 16 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Área Técnica da Mulher da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	104
Quadro 17 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira da Equipe de Saúde da Família da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	105
Quadro 18 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	106
Quadro 19 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	107
Quadro 20 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	108
Quadro 21 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	109
Quadro 22 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	110
Quadro 23 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	112
Quadro 24 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.	113
Quadro 24a – Indicadores de realização das seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos, o teste anti-HIV e os dois exames de VDRL pelas gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.	114
Quadro 25 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.	120
Quadro 26 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.	121
Quadro 27 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Área Técnica da Mulher da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.	123
Quadro 28 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.	124
Quadro 29 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida.	125
Quadro 30 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.	128
Quadro 31 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.	133
Quadro 32 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial da	

Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.	134
Quadro 33 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.	135
Quadro 34 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre o processo de referência para a atenção hospitalar.	136
Quadro 35 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre o processo de referência para a atenção hospitalar.	137
Quadro 36 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre o processo de referência para a atenção hospitalar.	139
Quadro 37 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.	140
Quadro 38 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Área Técnica da Mulher da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.	141
Quadro 39 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.	143
Quadro 40 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre o processo de referência para a atenção hospitalar.	145
Quadro 41 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.	148
Quadro 42 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.	149
Quadro 43 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.	151
Quadro 44 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.	152
Quadro 45 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.	155
Quadro 46 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.	156
Quadro 47 – Esquema representativo do argumento 3 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.	159
Quadro 48 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.	163
Quadro 49 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Assistencial do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.	164

Quadro 50 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.	166
Quadro 51 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.	167
Quadro 52 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Assistencial do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.	169
Quadro 53 – Esquema representativo do argumento 3 apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.	171
Quadro 54 – Esquema representativo do argumento 4 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.	174
Quadro 55 – Esquema representativo do argumento 5 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação da enfermeira na atenção à parturiente.	176
Quadro 56 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação da enfermeira na atenção à parturiente.	178
Quadro 57 – Esquema representativo do argumento 6 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação da enfermeira na atenção à parturiente.	179
Quadro 58 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação do acompanhante na atenção à parturiente.	184
Quadro 59 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação do acompanhante na atenção à parturiente.	185
Quadro 60 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação do acompanhante na atenção à parturiente.	186
Quadro 61 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a participação do acompanhante.	187
Quadro 62 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a participação do acompanhante.	188
Quadro 62a – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a participação do acompanhante.	189
Quadro 63 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	195
Quadro 64 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.	196
Quadro 65 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.	198
Quadro 66 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Assistencial	

do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	201
Quadro 67 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Assistencial do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	205
Quadro 68 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.	206
Quadro 69 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	207
Quadro 70 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.	208
Quadro 71 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Gerente do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	209
Quadro 72 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Gerente do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	210
Quadro 73 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.	212
Quadro 74 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.	212
Quadro 75 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Gerente do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.	213
Quadro 75a – Esquema representativo do argumento apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.	214
Quadro 75b – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.	215
Quadro 76 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.	215
Quadro 77 – Esquema representativo do argumento apresentado pela puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.	216
Quadro 78 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	218
Quadro 79 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	219
Quadro 79a – Indicador combinado de consultas pré-natal e puerperal das gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.	220
Quadro 80 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção à puérpera.	221

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Adquired Immune Deficiency Syndrome
AMQ	Avaliação para a melhoria da qualidade da assistência
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMI	Programa Materno Infantil
PNAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
RN	Recém-nascido
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL: UM ENFOQUE NO PROCESSO DE SUA MEDICALIZAÇÃO	30
2.2	A ATENÇÃO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL NO CONTEXTO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	43
2.3	A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À MULHER E SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO PROCESSO DA GESTAÇÃO, DO PARTO E DO PUERPÉRIO	60
3	METODOLOGIA	67
3.1	TIPO DE ESTUDO	67
3.2	LÓCUS DO ESTUDO	68
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	73
3.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	75
3.5	PERÍODO DE COLETA DOS DADOS	76
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	77
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	80
4	A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL: OS ARGUMENTOS DAS ENTREVISTADAS	82
4.1	A ATENÇÃO PRÉ-NATAL	82
4.1.1	A atenção às gestantes nas consultas de pré-natal de baixo risco	82
4.1.2	O acesso aos exames básicos durante a atenção pré-natal	104
4.1.3	A atenção à gestante/parturiente de alto risco	117
4.2	A ATENÇÃO À MULHER EM PROCESSO PARTURITIVO	131
4.2.1	A referência para a atenção hospitalar	131
4.2.2	A atenção à parturiente na maternidade municipal	147

4.2.3	Considerações sobre o acompanhante na atenção à parturiente	182
4.3	A ATENÇÃO PUERPERAL	194
4.3.1	A atenção à mulher no puerpério imediato na maternidade municipal	194
4.3.2	O encaminhamento para a consulta puerperal	211
4.3.3	A consulta puerperal	217
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	226
	REFERÊNCIAS	230
	APÊNDICES	249
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DAS GESTANTES MATRICULADAS NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL	250
	APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS GESTANTES	252
	APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PUÉRPERAS	253
	APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DAS PUÉRPERAS NO PRONTUÁRIO DA MATERNIDADE LOCAL	254
	APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PARTICIPANTES DO GRUPO 02 (COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA E COORDENADORA DA ÁREA DA MULHER)	257
	APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM A GERENTE DA UBS	258
	APÊNDICE G - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PARTICIPANTES DO GRUPO 02 (GERENTE DA MATERNIDADE LOCAL, COORDENADORA DO CENTRO OBSTÉTRICO E DO ALOJAMENTO CONJUNTO)	259
	APÊNDICE H - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PARTICIPANTES DO GRUPO 03 (ENFERMEIRAS RESPONSÁVEIS PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UBS NA USF)	260
	APÊNDICE I - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PARTICIPANTES DO GRUPO 03 (ENFERMEIRAS E MÉDICA QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA ÀS PARTURIENTES E PUÉRPERAS NA MATERNIDADE LOCAL)	261

APÊNDICE J – MATRIZES DA ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE E DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DO PERÍODO 2006 A 2009	262
APÊNDICE K – INFORMAÇÕES E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PARTICIPANTES DO GRUPO 01	272
APÊNDICE L – INFORMAÇÕES E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PARTICIPANTES DOS GRUPOS 02 E 03	274
ANEXOS	276
ANEXO 1 – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	277

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher sempre foi vista pelo ângulo da reprodução, sendo a maternidade o atributo mais importante deste aspecto. Este olhar exclui outros aspectos condicionantes da saúde da mulher, levando apenas em consideração o biológico, tais como as questões de gênero aí imbricadas, os direitos sexuais e reprodutivos (COELHO, 2003).

Neste contexto, a atenção destinada à saúde da mulher no cenário das políticas públicas de saúde no âmbito nacional data do século XX e é limitada até este momento aos aspectos biológicos, ficando restrita à sua função reprodutora. O Programa Materno-Infantil (PMI), das décadas de 30 a 70 do século XX, preconizava o atendimento das necessidades das mulheres associadas ao ciclo gravídico e puerperal, com uma visão bastante restrita sobre este aspecto (BRASIL, 2004a).

Segundo Costa, A. (1999), a implementação deste programa não contemplava as reais necessidades da população local, sendo a atenção fragmentada e com baixo impacto nos indicadores de saúde da população feminina.

As políticas de atenção à mulher passaram a ser delineadas a partir de 1975 com o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, criado após seis anos da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para efeito de determinação da população alvo, segundo essas recomendações, deveria ser considerada a importância biológica, sócio-econômica e numérica deste grupo populacional, sendo prioridades a população pobre e os marginalizados (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

A atenção às mulheres no período acima evidenciado não extrapolava as demandas relacionadas ao ciclo gravídico e puerperal. À luz destas discussões, destacaram-se no contexto político brasileiro alguns movimentos sociais, tais como o movimento feminista, que traziam para o centro das discussões outras formas de visualizar a realidade das mulheres, no que diz respeito à situação da saúde e condições de subordinação, tanto no âmbito doméstico quanto no privado.

De acordo com Paiva (1997), o movimento feminista trouxe à tona o processo de exclusão sofrido pelas mulheres ao longo da história, por meio do qual fizeram-nas ficar confinadas no âmbito do privado e do doméstico. Este movimento toma como ponto de partida a dominação masculina, que tem um papel preponderante no estabelecimento das relações desiguais e de poder entre homens e mulheres.

O movimento feminista passa a discutir o papel social da mulher, exigindo a igualdade de direitos frente aos homens, o acesso igualitário ao mercado de trabalho, a liberdade no exercício de sua sexualidade e a liberação das opressões ao seu corpo e a sua pessoa (ARAÚJO; GOMES, 1997).

Conforme as discussões acima apresentadas, o movimento feminista iniciou a discussão relativa às questões de gênero no contexto das relações entre homens e mulheres. Gênero é entendido neste estudo como um constructo social, que define os comportamentos, as atitudes e as posturas adotadas por homens e mulheres ao longo de suas vidas, e que é reproduzido social, histórica e culturalmente. Este olhar para a discussão das relações entre homens e mulheres tem sido inserido nas discussões das Políticas nacionais, principalmente no que diz respeito ao debate relacionado aos indicadores de saúde da mulher e, em especial, no contexto da saúde no Brasil.

As mulheres organizadas reivindicavam sua condição de sujeitos de direitos, com necessidades que extrapolavam o momento da gestação e do parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todo o ciclo de vida. Estas ações deveriam contemplar as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas em que estivessem inseridas (BRASIL, 2004a).

A política de saúde no Brasil, na década de 1980, é discutida pelo movimento da Reforma Sanitária e suas propostas vão fundamentar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes, a saber: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços.

Neste contexto de transformação social e da crescente articulação do movimento organizado de mulheres com o da Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde, em 1984, instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) fundamentado nos princípios da integralidade do corpo, da mente e da sexualidade de cada mulher (OSIS, 1998).

Este programa incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica no pré-natal, no parto, no puerpério, no climatério, no planejamento familiar, com doenças sexualmente transmissíveis, com câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1985).

Entretanto, o PAISM ficou limitado à atenção das necessidades das mulheres no ciclo gravídico e puerperal, apesar da introdução do conceito de integralidade no foco da atenção e em suas ações, não proporcionando a incorporação do gênero e não deu ênfase às discussões da situação de saúde de outros grupos populacionais além deste ciclo vital.

A implantação e a implementação do PAISM não aconteceram de maneira uniforme no território brasileiro. Sendo assim, mesmo nos serviços em que as atividades foram desenvolvidas conforme preconizadas por este programa ministerial aparecem alguns questionamentos relativos à qualidade da atenção prestada e ao impacto gerado por suas intervenções.

Por outro lado, a atenção pré-natal sempre esteve presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde. Até o momento permanecem aspectos que, entre outros, devem ser levados em consideração nas discussões das diversas instâncias políticas e sociais em relação ao acesso aos serviços, à qualidade da atenção prestada, à vinculação entre o serviço de pré-natal e a maternidade, à humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA, 2003).

Nas estatísticas nacionais, o número de consultas de pré-natal aumentou entre as mulheres brasileiras ao longo dos últimos anos. Entretanto, a qualidade destas consultas é questionada, já que alguns exames básicos não são realizados, bem como o acesso a educação em saúde. (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007; NEUMANN et al., 2003; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; TREVISAN et al., 2002). Além disso, o acesso às maternidades proporciona às mulheres em trabalho de parto uma verdadeira peregrinação em busca de leitos obstétricos.

Outro aspecto a ser apontado é o fato de que, tanto nas unidades básicas de saúde quanto nas maternidades, a atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal é pautada nos princípios de um modelo de atenção tecnicista. A atenção dispensada às parturientes ocorre de forma mecanicista, transformando os momentos da gestação, do parto, do nascimento e do puerpério em espaços propícios para a utilização de tecnologias de intervenção na fisiologia destes processos, além do uso de práticas e de rotinas, tais como a tricotomia e o enema, sem evidências científicas que comprovem o benefício das mesmas.

Assim, o Ministério da Saúde (MS) constatou que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização do cuidado conduziam a uma atenção desqualificada. Reconhecendo a importância da mudança deste panorama da atenção à saúde das mulheres brasileiras, e ciente da importância da atenção pré-natal na redução das taxas de mortalidade tanto materna quanto neonatal é que foram lançadas as bases estratégicas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído a partir das Portarias GM n. 570, n. 571 e n. 572 de 01/06/2000 (BRASIL, 2000; NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007; TREVISAN et al., 2002).

Este programa tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da atenção ao parto e ao puerpério às gestantes e ao Recém-Nascido (RN), na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Foram estabelecidos no conjunto da atenção os critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre as ações ambulatoriais e o momento do parto de forma integrada e com intervenções efetivas.

Até o final de 2002, dos municípios que aderiram ao PHPN, 71% (3.183) apresentaram produção de informações relativas aos critérios exigidos pelo programa, constituindo um banco de dados com 720.871 mulheres. A cobertura do Programa teve um incremento importante em 2002, com o cadastramento de 555.979 mulheres, a maioria inscrita com até 120 dias de gestação. Cerca de 20% das mulheres realizaram seis consultas de pré-natal, aproximadamente a metade realizou a consulta puerperal e os exames obrigatórios e 41% das mulheres foram imunizadas com a vacina antitetânica. A solicitação de exames para a detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana foi o dobro em relação à solicitação de exames para a sífilis (SERRUYA, 2003).

No estudo de Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) desenvolvido em Salvador-BA, os registros da atenção pré-natal das unidades de saúde que aderiram ao PHPN, mantinham cadastramento de gestantes e produziam informações regulares para o Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL) no ano de 2002, identificou-se uma cobertura do pré-natal nas unidades de saúde de 14,2% correspondendo a 6.044 gestantes atendidas nessas unidades. Deste total, 37,8% foram inscritas no programa. Dentre as gestantes inscritas, 33,5% receberam a dose imunizante ou a dose de reforço da vacina antitetânica e 17,6% foram submetidas ao teste anti-HIV.

A atenção pré-natal em Salvador, durante o ano de 2002, prestada no âmbito do PHPN, apresentou baixa cobertura de consultas nas unidades de saúde, assim como, baixa cobertura de vacinação antitetânica e de teste anti-HIV. Apesar de ter como finalidade a redução da mortalidade materna e neonatal, as medidas preconizadas pelo PHPN não abrangeram a maior causa de morte materna em Salvador, o aborto (NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007).

Assim, a atenção pré-natal tem merecido destaque crescente, especialmente na atenção à saúde da mulher e do conceito, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da Saúde Pública, tendo em vista os indicadores desfavoráveis para esta parcela da população. No Brasil, a persistência de índices alarmantes, tais como os coeficientes de mortalidade tanto materna quanto perinatal tem motivado o surgimento de um leque de

políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico e puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal.

A própria literatura especializada tem privilegiado a análise das características e dos resultados da assistência, relegando a um segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das consultas (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Esse conteúdo retrata com maior fidelidade o processo do atendimento e tem sido confirmado como preditor significativo do prognóstico do nascimento.

Desta forma, a qualidade da atenção pré-natal tem relação direta com os indicadores da saúde materna e neonatal, repercutindo na atenção ao parto e puerpério. Considera-se que a proposta do PHPN veio para contribuir com a responsabilidade dos gestores do campo da Saúde, no que tange à garantia do acesso à atenção ao parto, bem como para o próprio acolhimento das usuárias, evitando o fenômeno da peregrinação das mulheres brasileiras.

Destarte, o conjunto de critérios mínimos estabelecidos para a atenção pré-natal e puerperal tem deixado algumas lacunas na atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, partindo do pressuposto de que parece ser mais importante a alimentação do SISPRENATAL pelos municípios visando à aquisição de recursos financeiros, muitas vezes não aplicados em prol de melhorias na atenção ofertada. Ademais, este sistema de informação pode ser alimentado com informações que não refletem a realidade local, tendo em vista a possibilidade de sub-registro pelos trabalhadores da atenção básica responsáveis pelo cadastro e atualização das fichas cadastrais do PHPN, diariamente.

O sistema de saúde brasileiro tem falhado no que tange à saúde da mulher, apesar das Políticas governamentais destinadas a esta parcela da população, pois a rede de suporte disponível não condiz com a demanda de usuárias que vivenciam este período do ciclo vital, além do fato do conteúdo destes dispositivos legais não ser devidamente incorporado na prática tanto pelos gestores, quanto pelos trabalhadores da saúde. Nessa direção, vale destacar que estas lacunas podem repercutir na vigência de uma atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério desqualificada, aumentando os riscos de morbimortalidade materna e neonatal.

Isto posto, faz-se mister a análise das condições de saúde da população com base no perfil epidemiológico e na programação de ações de saúde que visem à melhoria da atenção e da qualidade de vida das mulheres, sendo consideradas as questões de gênero aí imbricadas. Com base nestes argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre mulheres e homens se prestasse à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher no contexto brasileiro.

A partir de resultados do panorama de atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal no cenário brasileiro, o MS lançou, em 2004, os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em substituição ao PAISM, levando em consideração as influências do gênero e de outros contextos da saúde da mulher em situação de vulnerabilidade.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), esta nova política passa a ter as seguintes diretrizes:

- A atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde;
- A atenção às mulheres em todo o ciclo de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais;
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça, de etnia, e pela ampliação do enfoque para além dos aspectos da reprodução, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher;
- A gestão da Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva para atender às demandas emergentes ou antigas, em todos os níveis assistenciais;
- O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços;
- A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas;
- As práticas de saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização.

Esta Política Nacional apresenta como objetivos gerais: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a).

Dentre os objetivos específicos, está a promoção da atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2004a).

Com base na discussão acima, este estudo tem como objeto de investigação a atenção prestada à mulher durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia, à luz do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

O interesse por este objeto de investigação decorre inicialmente pela inserção deste pesquisador como bolsista em uma maternidade pública vinculada à instituição de ensino superior onde se graduou, desenvolvendo atividades de cunho prático, educativo e gerencial tanto no centro obstétrico quanto no alojamento conjunto, no período de 2002 a 2003.

Durante esta vivência, percebeu-se que as parturientes de municípios circunvizinhos peregrinavam em busca de leitos obstétricos até chegarem à maternidade acima mencionada. Muitas delas acabavam sendo recebidas em período expulsivo, em decorrência do tempo que era gasto na tentativa de ser admitidas por alguma unidade hospitalar.

Durante a admissão na maternidade, o cartão da gestante não era valorizado como instrumento de comunicação entre atenção pré-natal e a equipe da unidade de ocorrência da atenção à mulher em processo parturitivo e no puerpério, sendo observados empiricamente os episódios de repetição de perguntas, tais como: o número de gestações, de partos, de abortos, de consultas de pré-natal realizadas e das intercorrências clínicas e gestacionais. Esses dados deveriam ser considerados relevantes no ato da admissão, tanto pela equipe médica quanto de enfermagem, no centro obstétrico e no alojamento conjunto.

Algumas vezes, os profissionais responsáveis pela realização das consultas de pré-natal não preenchiam adequadamente o cartão da gestante, faltando informações de relevância para o conhecimento da história pregressa destas mulheres. Essa situação pode ter contribuído para a não utilização deste instrumento pela equipe de saúde da maternidade no ato da admissão, dentre outros fatores.

Durante a atuação como bolsista, foi possível compreender também o processo de trabalho da equipe de saúde envolvida na atenção à mulher em trabalho de parto, no parto e no puerpério imediato, com destaque para a enfermagem obstétrica, além das relações entre profissional e cliente aí estabelecidas.

No ano de 2004, ao obter sua graduação em Enfermagem, na Universidade Estadual de Feira de Santana, o pesquisador assumiu a gerência do centro obstétrico da maternidade acima citada pelo período de dois anos. Durante esta atividade profissional realizou treinamentos em

serviço para a equipe de enfermagem, com vistas ao cuidado humanizado à mulher em processo parturitivo e no puerpério imediato e implementou condutas preconizadas tanto pelo MS quanto pela OMS em seus manuais técnicos e documentos oficiais, tais como a deambulação da mulher durante o seu trabalho de parto, a utilização da penumbra, o contato entre mãe e filho e o aleitamento materno na primeira meia hora de vida, ainda no pós-parto imediato, já que esta instituição possuía o título de Hospital Amigo da Criança.

Nos anos de 2005 e 2006 foi selecionado pela coordenação do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, do Departamento de Saúde da mesma universidade, financiado pelo MS, onde pôde ampliar sua visão sobre a saúde da mulher e dos aspectos relativos às políticas de saúde local. Percebeu-se durante o estágio supervisionado, tanto em centro obstétrico quanto em unidades básicas de saúde, que algumas mulheres no ciclo gravídico e puerperal não conseguiam acesso ao serviço de pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação, não realizavam os exames básicos preconizados pelo PHPN e ainda peregrinavam durante o seu trabalho de parto em busca de leito obstétrico.

Alguns dos exames solicitados nas consultas de pré-natal de baixo risco, conforme estabelecido pelo MS, não eram realizados pelas gestantes devido às dificuldades na marcação, fazendo com que algumas fossem em busca da rede privada.

As fichas perinatais e os prontuários das gestantes não eram totalmente preenchidos, da mesma forma como acontecia com as parturientes de outros municípios e que vinham em busca de atendimento nesta cidade, haja vista o contexto no qual se desenvolvia a consulta e o número de quinze gestantes a serem atendidas, por período. As gestantes que se encontravam no último trimestre não recebiam orientação em relação aos sinais do verdadeiro trabalho de parto, sobre o local onde poderia ser realizado o seu parto, sobre os seus direitos na maternidade e a consulta puerperal. Ainda em relação à atenção pré-natal, não havia um sistema de referência e contra-referência, o que contribuía para a questão da peregrinação pela busca do leito obstétrico na cidade.

Os profissionais responsáveis pelas consultas de pré-natal se limitavam ao exame clínico e obstétrico da gestante e à solicitação dos exames de rotina, não oferecendo informações relevantes sobre a marcação e a finalidade de cada exame.

As puérperas, adscritas à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família onde ocorria o estágio supervisionado, não recebiam atendimento puerperal, ficando este limitado à avaliação do recém-nascido nas primeiras semanas após o parto.

Em relação ao atendimento hospitalar, na admissão ocorria a separação da parturiente de seus familiares, sendo esta submetida à preparação para o parto. Além do registro de algumas

informações úteis do ponto de vista clínico e obstétrico, das condições físicas da mulher e do feto, neste momento eram prescritos procedimentos que incluíam o banho, a utilização de roupa privativa do hospital, a punção venosa periférica, o uso de ocitócitos, a restrição ao leito obstétrico e o jejum oral prolongado. À parturiente era negado o direito de utilizar seus calçados durante o trabalho de parto, sendo que, na maior parte das vezes, estas mulheres ficavam descalças.

A mulher não podia caminhar livremente, ou mesmo acomodar-se à vontade na cama. Seu corpo tornava-se propriedade e responsabilidade dos trabalhadores da saúde, que ditavam o comportamento adequado. Da mulher esperava-se passividade ante as intervenções. Esse ritual excluía a mulher do centro do processo de parto e lhe impunha características tecnológicas pouco relacionadas aos aspectos fisiológicos da reprodução.

Após a alta hospitalar, algumas mulheres retornavam para o alojamento conjunto da maternidade em busca de atendimento de alguma patologia puerperal ou intercorrência neonatal, tais como a infecção puerperal, afecções mamárias ou hipoglicemia do recém-nascido, onfalites, infecções de pele ou vias aéreas e convulsões.

Diante deste contexto, percebeu-se que a atenção a tais mulheres acontecia de forma impessoal, contradizendo o princípio da humanização da atenção à saúde e era baseado na realização de técnicas, permitindo perceber um distanciamento entre o preconizado nos documentos oficiais do MS em seus manuais técnicos e da OMS.

Hoje, como professor do componente curricular Enfermagem na Saúde da Mulher da Faculdade de Tecnologia e Ciências e como professor substituto da Universidade Estadual de Feira de Santana, na disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II, percebo que a minha trajetória profissional permitiu acumular os conhecimentos, experiências e questionamentos que conduziram à delimitação deste objeto de estudo.

Por outro lado, apesar de as políticas de saúde no Brasil focarem a mulher no ciclo gravídico e puerperal, e das discussões levantadas pelo movimento feminista em relação à introdução das discussões de gênero como balizador das diretrizes destes documentos, decidi-me por este objeto de investigação partindo da premissa de que a procura da população feminina pela atenção hospitalar, ainda é decorrente das necessidades associadas aos aspectos reprodutivos, com destaque para a atenção obstétrica.

Neste sentido, percebe-se nas políticas uma ampliação do foco de atenção, no tocante à saúde da mulher, dando maior ênfase ao cuidado integral a sua saúde, nas diversas situações e amplos contextos sociais, culturais e históricos. Destarte, faz-se necessária a mudança de conduta por parte dos trabalhadores da saúde no que se refere à valorização das demandas

destas usuárias dos serviços de saúde, de acordo com sua competência profissional e condições locais. Necessita-se da formulação de uma política de saúde que estimule a educação permanente na rede do SUS, com vistas à discussão dos indicadores que são gerados na interação profissional de saúde e usuárias dos serviços de pré-natal, parto e puerpério, a fim de propor ações que possam dar resolutividade às necessidades das mesmas e reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal vigentes no cenário brasileiro.

Assim, aponta-se a seguinte questão norteadora: como ocorre a atenção prestada às mulheres no ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia?

Para tanto, este estudo tem como objetivo geral analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Os objetivos específicos definidos para a investigação são: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento para a qualidade da atenção.

Este estudo foi de relevância social e teórica, pois, acredito que contribuiu com a visualização da situação da atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal na cidade caso. Os dados empíricos poderão subsidiar o processo de reflexão dos profissionais envolvidos na atenção à mulher que vivencia este processo, podendo estimular mudanças posteriores.

Tendo em vista as lacunas do conhecimento relativas ao objeto deste estudo, os dados empíricos poderão, também, estimular a realização de novas investigações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta uma discussão do processo histórico da atenção às mulheres no ciclo gravídico e puerperal, as Políticas de Atenção à Saúde das mulheres brasileiras, destacando os elementos centrais de cada uma delas e a atenção humanizada às gestante, parturientes, puérperas e seus familiares, enfatizando as intervenções na fisiologia do nascimento

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL: UM ENFOQUE NO PROCESSO DE SUA MEDICALIZAÇÃO

No Brasil, a atenção à mulher em processo parturitivo, até o século XIX, foi desenvolvida por parteiras, também conhecidas por aparadeiras ou comadres, e era comum torná-las madrinhas dos filhos por elas partejados. Assim, a atenção à mulher durante o ciclo gravídico e puerperal esteve inserida no contexto domiciliar, sendo considerada uma prática eminentemente feminina, na qual a gestante ou parturiente recebia o apoio de outras mulheres de sua família ou de parteiras da comunidade, vivenciando este momento como um evento de expressão natural e único em suas vidas. O ambiente íntimo e familiar propiciava maior conforto e segurança à mulher em trabalho de parto, no qual a mesma era a protagonista daquele momento, participando ativamente de todas as etapas (COSTA, L., 2002; GUIMARÃES; SANTOS, 2006; NUNES; MOURA, 2004).

Na antiguidade, a mulher em trabalho de parto recebia o apoio das parteiras, sendo estas pessoas do seu convívio social que, através das próprias experiências, adquiriram conhecimento manual para auxiliar durante o trabalho de parto. As parteiras detinham conhecimento empírico em relação ao processo parturitivo e utilizavam medidas simples no atendimento inicial das parturientes, no que diz respeito ao alívio da dor do parto. Por outro lado, estas mulheres auxiliavam a puérperas nos cuidados aos recém-nascidos, participando, também das decisões familiares durante a vivência deste período.

Neste cenário inicial, o processo de parto era encarado como um fenômeno natural e possível de acontecer no ambiente domiciliar, já que a mulher era a protagonista deste processo e participava do mesmo exercendo sua autonomia, sendo respeitada como mulher

(COSTA, L., 2002; GUIMARÃES; SANTOS, 2006). As parturientes recebiam todo apoio emocional, físico e espiritual necessário para o desenvolvimento do processo da parturição.

O fato de ser acompanhada por mulheres de sua convivência e que já haviam experimentado a mesma situação, e ainda o de estar no próprio domicílio, conferia à parturiente maior liberdade, conforto e segurança durante o parto, fazendo-a participante ativa do processo de parir, sendo este momento considerado um evento único e marcante, digno de festas e celebrações.

Desta forma, a parturição teve por muito tempo a sua assistência desvinculada da prática médico-cirúrgica. O contexto social garantia a legitimidade da prática da parteira. Esta recorria nos casos mais complicados ou anômalos a outra mais experiente e apenas em último caso buscava o auxílio de um físico, que indicava ou não a necessidade de um cirurgião (COSTA, L., 2002; SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996).

Nunes e Moura (2004) afirmam que as parteiras no Brasil atuaram livremente até fins do século XIX, uma vez que parturientes de todas as classes sociais renderam-se ao préstimo dessas mulheres.

Com o aparecimento da entidade nosológica causadora da infecção puerperal, em meados de 1850, o parto domiciliar começa a perder o seu caráter individual e familiar, sendo transferido para o espaço hospitalar, já que a parturiente poderia contar com os recursos tecnológicos disponíveis naquele momento de desenvolvimento da medicina obstétrica (VIEIRA, 2002).

Contudo, a imensa mortalidade materna e perinatal começaram a ser discutidas na esfera pública, por uma necessidade político-econômica de garantir membros para o exército e trabalhadores, sendo esta também uma preocupação de várias nações européias, emergindo políticas visando à melhoria das condições de saúde da população. Ao lado destas transformações sociais e com a consolidação da medicina durante o século XIX, a obstetria firmava-se como matéria médica e ocorriam as primeiras ações voltadas para disciplinar o nascimento (BRASIL, 2001a; SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996).

Segundo Nunes e Moura (2004), estas transformações modificaram as relações entre as parteiras e os médicos, sendo aquelas perseguidas e substituídas por esses profissionais, apesar do desconforto que a presença do homem causava às mulheres em um momento de tamanha intimidade.

Dessa maneira, o trabalho das parteiras que era realizado livre e empiricamente passou então a ser regulamentado pelo Estado e pela Igreja e supervisionado pelos médicos cirurgiões, os quais possuíam o saber da anatomia e da fisiologia do corpo da mulher e,

consequentemente, do mecanismo do parto, sendo inseridos no ambiente da parturição, descaracterizando o processo parturitivo que era tido como um evento íntimo, privativo e feminino (SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996).

A questão social também exercia influência direta neste processo e, desse modo, por um bom tempo, prevaleceu o sistema em que cabia ao cirurgião a atenção às mulheres de famílias nobres, enquanto que as parteiras auxiliavam as de menor poder aquisitivo. Segundo Cecagno e Almeida (2004), associado a esse fator tem-se a instalação dos hospitais em poucas cidades, apenas nas de maior porte. Isso dificultava a atenção à maternidade por profissionais médicos, o que dava lugar ao papel das parteiras.

A institucionalização do trabalho das parteiras ocorreu ao se estruturarem os cursos anexos às escolas médicas e a sua prática passou a ser realizada no espaço hospitalar, com perda de autonomia e de vínculo com a comunidade. No Brasil, os cursos de parteiras foram estabelecidos em outubro de 1832, definindo o médico como profissional responsável pelo ensino (PIRES, 1989 apud SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996). O médico passou a assumir toda autonomia e responsabilidade pelo processo parturitivo, cabendo a ele a decisão sobre o andamento e terapêutica do mesmo, e as parteiras e parturientes passam a se submeter a sua prática e conhecimento soberano.

Nunes e Moura (2004) ressaltam ainda que, naquela época, o conhecimento científico ficou restrito ao domínio masculino, o que favorecia ainda mais as desigualdades oriundas das relações de gênero e de poder hegemonicamente estabelecidas.

No início do século XX, na Inglaterra, surgem leis para controlar a prática das parteiras leigas, contribuindo com a passagem crescente da assistência ao parto para o controle do estado e para legitimar o poder da medicina oficial, desvalorizando ainda mais o trabalho das parteiras (SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996).

Com a progressiva autonomia médica no processo parturitivo e com a instituição da enfermagem moderna, em que as enfermeiras foram inseridas na assistência ao parto e ao neonato, sendo formadas e denominadas enfermeiras obstétricas, as parteiras foram perdendo espaço sendo hoje, consideradas um grupo quase em extinção, visto que os atuais cursos de obstetrícia são geralmente direcionados para a formação de profissionais de nível superior.

À medida que os partos deslocaram-se para o ambiente hospitalar, em consequência da institucionalização da medicina, outros atores envolveram-se neste cenário, com o profissional médico assumido o papel hegemônico da assistência (NUNES; MOURA, 2004). O parto então assume caráter patológico, sendo vivido de forma invasiva e sem privacidade para a parturiente, sendo esta submetida à terapêutica e decisão médica.

Sendo assim, a partir do século XX, juntamente com a evolução da medicina, o parto torna-se um evento hospitalar, envolvendo intervenções médicas na fisiologia do processo parturitivo (CECAGNO; ALMEIDA, 2004). A obstetrícia passa a dominar o evento parturitivo, confrontando os índices de morbimortalidade materna e perinatal vigentes com o ato de parir em domicílio.

Para Osawa (1997), com essa nova forma de assistir, (técnica e científica), as mulheres passaram a procurar pelos profissionais médicos porque acreditavam que estes poderiam oferecer a elas serviços mais seguros que as parteiras. A mulher adentra as instituições hospitalares, sendo atendidas por alguns profissionais insensíveis a ponto de realizarem medidas antifisiológicas e antiéticas para com a parturiente.

Desta maneira, o processo parturitivo deixa de ser um fenômeno de essência familiar, individual e fisiológico e passa a ser um momento de experiências, na maior parte das vezes negativas, perdendo, desta forma, as características de individualidade feminina e de um acontecimento natural, sendo o trabalho de parto encarado pelos profissionais de saúde como um evento patológico e propício para as intervenções. Apesar dos benefícios da institucionalização, o parto tornou-se de caráter técnico, excluindo a participação da família e tornando esse momento singular uma experiência sofrida e fria, no qual a mulher é considerada como um objeto (CECAGNO; ALMEIDA, 2004).

Isso é reforçado por Nakano et al. (2007, p. 1) ao afirmarem que:

Com a institucionalização do parto, as mulheres deixaram de parir em seus lares, no ambiente familiar, vivendo a ruptura dos hábitos de solidariedade feminina e do espaço da vida cotidiana. As práticas instituídas baseadas em normas e rotinas tornaram as mulheres passivas e impossibilitaram a presença de pessoas de seu convívio social para apoiá-las. A institucionalização do parto foi determinante para afastar a família do processo de nascimento e parto, atendendo às necessidades dos profissionais de saúde em detrimento das necessidades das parturientes.

Durante o internamento no centro obstétrico, a parturiente deixa seu lar, onde se sente protegida, segura e acolhida por pessoas de sua confiança, passando a ficar num ambiente estranho, isolada de seus familiares e companheiros e dividindo aquele local na maioria das vezes com outras parturientes e profissionais que elas jamais viram em suas vidas.

As parturientes ficam em sistema de isolamento, não tendo contato com os familiares que as acompanhavam até o espaço das maternidades. Os profissionais impunham algumas regras, tais como o fato de obrigar a gestante a vestir roupas privativas da instituição de saúde

que, algumas vezes, potencializam a exposição da parturiente, tendo em vista o desgaste das mesmas; a realização da tricotomia, da lavagem intestinal, dentre outras práticas.

A mulher acaba perdendo espaço, no que tange à tomada de decisão, não exercendo sua autonomia, além de ser considerada como mais uma parturiente que recebe atendimento nos espaços hospitalares, sendo desrespeitada em sua essência feminina e em sua identidade.

As parturientes são assistidas dentro de um ambiente hospitalar hostil, cercadas de atos de violência verbal. E, por conseguinte, as rotinas hospitalares preconizam o isolamento da parturiente de seus familiares, os toques vaginais repetitivos, o uso indiscriminado de ocitocina, a dieta zero, a tricotomia vulvo-perineal, a restrição do movimento, dentre outros. Estas intervenções realizadas eram justificadas sob a alegação de que só o saber médico é capaz de intervir frente às complicações durante o parto, reduzindo dessa forma as taxas de mortalidade materna e neonatal.

A maioria destas intervenções visa acelerar o trabalho de parto, com a premissa de reduzir sofrimento materno e fetal. Ademais, são realizadas de forma indiscriminadas e generalizadas, sem a devida avaliação de sua necessidade e segurança, desconsiderando a singularidade de cada mulher.

Complementando essa idéia, Santos e Shimo (2008) afirmam que o uso rotineiro de condutas obstétricas a partir do século XX legitimou a tecnologização do parto e o domínio do corpo feminino pela obstetrícia, fortalecida pela visão estereotipada dos profissionais de que a mulher é um ser destituído de conhecimento e incapaz de entender o que está acontecendo com o próprio corpo.

O parto passou a ser caracterizado pelo alto grau de medicalização do corpo feminino e pelo uso abusivo de técnicas invasivas, realizadas sem o consentimento da parturiente, de forma tecnicista e impessoal, refletindo o domínio da equipe obstétrica sobre o corpo da mulher. Isto é reforçado por Alexandre (2007), ao dizer que a atenção durante o parto é também cercada de inadequações, de medicalização e de iatrogenias.

Os profissionais poderiam lembrar que são coadjuvantes deste momento, o qual é considerado único e deverá ser vivenciado pela mulher de forma integral, equânime e segura. Eles poderiam colocar em prática todo o seu conhecimento ajudando, orientando, minimizando a dor, dando conforto, ficando ao lado da parturiente, quando as condições institucionais permitissem.

Dentro deste contexto de submissão e inferioridade, a parturiente está exposta à prática de cuidados rotineiros e generalistas, ao invés de ser acolhida por membros de sua família ou por pessoas de sua confiança. A parturiente é rodeada por profissionais paramentados que ela

desconhece e, frequentemente, fica desacompanhada. Geralmente as parturientes são tratadas de forma fria e orientadas quanto ao decúbito dorsal, o que traz repercussões negativas tanto para ela quanto para o feto. Em casa, ela se sentia livre para deambular, tirar ou não a roupa, adotar a posição que desejasse nos seus momentos dolorosos e de angústia, e até mesmo para exprimir sua dor com choros ou gritos sem medo ou constrangimento.

A permanência da mulher na posição horizontal, imposta pelo modelo assistencial implantado nos hospitais, constitui uma limitação importante da liberdade corporal, considerada essencial para o bom desenvolvimento do parto (MOUTA et al., 2008).

A permanência da parturiente por tempo prolongado na posição horizontal comprime grandes vasos sanguíneos, reduzindo o aporte de oxigênio para o feto e a efetividade das contrações uterinas, contribuindo para tornar o parto mais longo, levando assim ao maior número de intervenções obstétricas e aumentando a dor (MIQUELUTTI, 2006; MOUTA et al., 2008).

O confinamento ao leito obstétrico e a permanência em decúbito dorsal são favorecidos pelo desconhecimento do local de nascimento e das pessoas envolvidas nele, como também pelo incômodo de movimentar-se e/ou deambular decorrente da punção venosa para hidratação e administração de ocitocina, pelo medo do desconhecido e da ocorrência do fenômeno da dor, agravada pela falta de privacidade com os trajés e do próprio ambiente hospitalar.

Sabe-se que, em decorrência de questões históricas e culturais, ao processo partutitivo estão associadas representações sociais tais como o sofrimento, o martírio e a peregrinação, dentre outros, que colocam a parturiente em situação de conflito interno e com a própria equipe de atendimento nas maternidades, já que a mesma passa a solicitar aos profissionais a prática da cesariana como saída e enfrentamento da situação vivida, já que o parto via vaginal é considerado como algo temido.

Outro ponto a ser discutido é o fato de que, nos espaços institucionais, a assistência ao parto ainda é realizada frequentemente pela categoria médica, a qual é adepta das intervenções diagnósticas e terapêuticas, com uso crescente de tecnologia avançada e de recursos invasivos (NUNES; MOURA, 2004). Como exemplo destas terapêuticas pode-se citar o abuso na realização de cesarianas utilizada na prática clínica por ser considerada uma técnica mais rápida e segura para a mãe e o recém-nascido.

Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante seguro, e desde o momento em que a morbimortalidade associada a esta técnica diminuiu, as indicações começaram a aumentar rapidamente. Com a

relativa segurança do procedimento, os médicos começaram a encontrar cada vez mais razões para justificar a sua realização (BRASIL, 2001a).

Deste modo, entra em discussão o fato da realização do parto cirúrgico sem critérios de indicação, e o papel tendencioso dos profissionais e até mesmo da mídia sobre o parto natural como evento marcado pela dor e sofrimento para a parturiente. Isso favorece a opção pela cesárea como uma aparente “decisão em conjunto”, mas sendo fundamentalmente uma decisão direcionada pelo médico, sem o devido esclarecimento da parturiente.

Assim, o Ministério da Saúde, exercendo seu papel normatizador e regulador, vem estabelecendo e implementando um conjunto de ações baseadas em evidências científicas, mediante portarias ministeriais com o objetivo maior de estimular melhorias na atenção à mulher em processo parturitivo.

Dentre estas, destacam-se as Portarias MS/GM n. 2816, de 29 de maio de 1998, a n. 865 de 03 de junho de 1999, a n. 466 de 14 de junho de 2000 e a n. 426 de 04 de abril de 2001, que determinam o pagamento de um percentual máximo de cesarianas, em relação ao número total de partos de cada estabelecimento de saúde (BRASIL, 2003).

Estas portarias visaram à redução do número de parturientes expostas e submetidas aos riscos do parto via operatória, além da morbimortalidade neonatal associada.

Entretanto, mesmo com o estabelecimento destas portarias ministeriais, é notório o número expressivo de mulheres brasileiras submetidas a cesarianas desnecessárias, apesar do Ministério da Saúde apontar para o fato de que oficialmente ocorreu uma diminuição considerável na taxa de cesáreas, de 32% para 25,4%, no período de 1997 a 2000, respectivamente (BRASIL, 2003).

Desde então, o Ministério da Saúde, com apoio da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), vem tentando, por meio de seminários regionais e da própria mídia, incentivar a prática do parto natural, como medida para a redução da mortalidade materna e perinatal. Nestes espaços de discussão coletiva são apresentadas experiências exitosas de implementação das medidas preconizadas pela OMS e pelo próprio Ministério da Saúde para a humanização da atenção à mulher em processo parturitivo, ao neonato e a sua família.

Mesmo com esta iniciativa ministerial e das sociedades comprometidas com o resgate do processo do nascimento como um evento natural, a proporção de partos por cesariana que já se mostrava alta há vinte anos elevou-se ainda mais na última década, chegando a 43,8%. O parto cirúrgico já se tornou mais frequente que o normal nas Regiões Sudeste e Sul do País, sendo realizado, respectivamente, em 51,7% e 51,6% dos nascimentos. No Centro-Oeste, está

prestes a ocupar a mesma posição, pois o percentual foi de 48,8%, e já se tornou a via de nascimento em quase um terço dos casos nas Regiões Norte e Nordeste (LAGO; LIMA, 2009).

O sistema privado de saúde, incluídos os convênios, foi responsável por 80,8% do número de partos cirúrgicos, enquanto que no serviço público esta taxa ficou na cifra de 33,6% dos nascimentos (LAGO; LIMA, 2009).

Outro fato a ser mencionado foi o estabelecimento das Portarias MS/GM n. 2883, de 04 de junho de 1998 e a n. 1406, de 15 de dezembro de 1999, que instituíram o Prêmio Galba de Araújo com o propósito de revelar experiências inovadoras na gestão pública, privilegiando o acolhimento da mulher e de seu companheiro no momento do parto (BRASIL, 2003).

Desde o ano de 2008, através da campanha “Parto Natural é parto vaginal”, lançada com o intuito de continuar debatendo os indicadores da atenção obstétrica e neonatal no cenário brasileiro, tornou-se intensiva a discussão dos bons resultados maternos e perinatais obtidos através da via vaginal em casas de partos e demais estabelecimentos de saúde.

Sendo assim, é de fundamental importância a reflexão coletiva dos impactos gerados pelo parto de via operatória, com vistas ao estabelecimento de mudanças neste panorama, ao resgate da autonomia feminina e do exercício de uma medicina e de uma enfermagem baseadas em evidências.

Ainda em relação ao uso das tecnologias na atenção à mulher em trabalho de parto natural, tem-se destacado o uso da episiotomia como um dos procedimentos mais utilizados em obstetrícia atualmente, sendo superado apenas pelo corte e pinçamento do cordão umbilical (OSAWA, 1997; OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005). Esta, porém, é uma técnica que vem sendo utilizada de forma indiscriminada, sem a devida avaliação das condições perineais da parturiente e sem o consentimento da mesma para a sua realização.

No máximo, elas são informadas de que será feito um pequeno corte na região da vulva porque não há espaço para a passagem do feto, informação esta que, na maioria das vezes, é dada no período expulsivo, momento em que a mulher está mais fragilizada, agitada pelo aumento da dor e ansiosa pela concretização do trabalho de parto e conseqüente nascimento do seu filho para o alívio da sensação dolorosa.

O período expulsivo é um momento impróprio para informar ou pedir o consentimento da mulher para a realização da episiotomia, visto que o grau de ansiedade e dor ao qual a mesma está submetida proporciona a dependência de quem a assiste e, portanto, ela está impossibilitada de tomar uma decisão livre e consciente. Além do que, as informações dadas à

parturiente durante esse período são simplificadas e mascaradas, resumindo o corte no períneo como apenas um evento facilitador e necessário para a passagem do feto.

São consideradas condições que indicam a necessidade da realização da episiotomia o sofrimento fetal, a macrosomia, a prematuridade, a episiotomia anterior, o períneo curto, o risco de laceração de terceiro ou quarto grau, a falta de colaboração materna no desprendimento, dentre outras (SILVEIRA; RIESCO, 2008).

De acordo com os princípios de formação prática e conteúdos teóricos das escolas de obstetrícia acumulados ao longo dos anos, a episiotomia caracteriza-se como uma intervenção preventiva às lacerações perineais e ao sofrimento materno e fetal, devendo, portanto, ser utilizada rotineiramente de maneira profilática.

Independente de sua localização é fato que a episiotomia gera um imenso desconforto à parturiente, agravada pelo fato de que comumente ela não é informada sobre a realização deste procedimento nem tampouco sobre as reais necessidades e consequências desta técnica, ficando, dessa forma, totalmente submissa à equipe obstétrica, composta em sua grande maioria de homens, refletindo as desigualdades de gênero e de poder.

A OMS, a partir de 1996, recomenda para a redução das condutas intervencionistas no processo fisiológico da parturição o uso seletivo da episiotomia durante o período expulsivo e reitera o fato de que determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau, podem ser bons motivos para a indicação desta técnica num parto até então de evolução normal (GOLDMAN et al., 2007).

Uma pesquisa realizada por Oliveira e Miquilini (2005) sobre a frequência e os critérios para indicar a episiotomia, realizada com médicos e enfermeiros obstetras de um Hospital Universitário de São Paulo, encontrou como principais critérios para a realização da episiotomia a rigidez perineal (28,7%) e a primiparidade (23,7%). Esta intervenção foi realizada em 76,2% das mulheres submetidas ao parto normal durante o período da coleta.

Mas o que se observa na prática obstétrica é a sua utilização para acelerar o trabalho de parto, sem a devida avaliação de cada caso, permitindo aos profissionais maior tempo livre para a realização de outros partos, sem se preocuparem com o que as mulheres pensam a respeito, retirando delas o poder de decisão sobre o próprio corpo. Esta atitude vai de encontro a um dos princípios dos direitos reprodutivos da mulher, que é o direito de tomar decisões referentes à reprodução sem sofrer discriminação, coerções, nem violência (BARBIERI, 2007).

De acordo com as evidências científicas, a prática da episiotomia traz inúmeras repercussões para a mulher, tais como a dor, o hematoma, a dispareunia, as alterações

anatômicas, o maior risco de infecção, a incontinência urinária e fecal, as lacerações mais profundas de terceiro e quarto grau, a limitação das atividades diárias durante o puerpério, além de afetar negativamente a auto-imagem e a auto-estima (GOLDMAN et al., 2007; PROGIANTI; ARAÚJO; MOURA, 2008; SANTOS; SHIMO, 2008).

Para Progianti, Araújo e Mouta (2008), o sexo é um componente de importância crescente na determinação do bem-estar físico e social, e não pode mais ser considerado somente para a reprodução. Daí a necessidade da reflexão sobre as possíveis consequências que um procedimento como a episiotomia poder acarretar na vida e na saúde das mulheres e dos casais, pois, por vezes, as alterações anatômicas ocasionadas pelo corte e pela episiorrafia constroem a mulher, fazendo com que ela evite o contato sexual com seu parceiro.

Por outro lado, a realização da episiotomia infringe também o princípio da igualdade, visto que o profissional médico ou de enfermagem é quem decide sobre as intervenções que serão realizadas no processo parturitivo, por vezes ferindo a integridade corporal da mulher com procedimentos invasivos sem o seu devido consentimento, o que se constitui como violência que poderia ser evitada com uma assistência individualizada, que priorizasse a mulher e o respeito à fisiologia do processo de parturição.

Por se constituir num ato cirúrgico, o procedimento deve ser informado e autorizado pela mulher antes de sua realização, devendo ser apontados os possíveis riscos e benefícios da episiotomia (SANTOS; SHIMO, 2008). Entretanto, cotidianamente a mulher é submetida a essa incisão, sem nem ao menos ser informada sobre o procedimento.

No estudo de Santos e Shimo (2008), com dezesseis puérperas que foram submetidas à episiotomia, detectou-se que 31,2% das entrevistadas tinham total desconhecimento quanto à intervenção e que 83% não receberam nenhum tipo de informação ou autorização para a realização desta técnica.

A Organização Mundial da Saúde (1996) afirma que não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano. Num parto, até então normal, pode ocasionalmente haver uma indicação realmente válida para a realização da episiotomia, mas recomenda-se o uso limitado dessa intervenção.

Atualmente, esta prática é discutida à luz das evidências científicas que demonstraram os riscos associados à intervenção, como a dor, o edema, a infecção, a dispareunia, as lacerações de terceiro e quarto graus, além de afetar negativamente a imagem corporal feminina (SANTOS; SHIMO, 2008). Ressalta-se que a região genital é um ponto forte da

expressão sexual da mulher e alterações nessa região afetam de maneira direta sua sexualidade e auto-estima, gerando medo e insegurança na sua vivência sexual e reprodutiva.

Contudo, a episiotomia é uma técnica universal e culturalmente aceita e praticada pelos trabalhadores da saúde de forma indiscriminada, sem oferecer à parturiente um espaço no processo decisório para sua realização, desrespeitando-a em seus direitos sexuais e reprodutivos.

Em relação a esta discussão, Progiante, Araújo e Mouta (2008) salientam que o conceito de direitos sexuais e reprodutivos traz à tona os quatro princípios éticos inegociáveis que estes direitos envolvem: a igualdade, a diversidade, a autonomia pessoal e a integridade corporal. Desta forma, pode-se afirmar que a prática rotineira da episiotomia vai de encontro aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, porque não leva em consideração a sua autonomia em relação ao próprio corpo e ao protagonismo do seu trabalho de parto.

Macedo et al. (2008) salientam que as mulheres devem ser estimuladas a participar ativamente do seu processo, através de orientações e esclarecimentos, pois só dessa maneira elas poderão participar livre e conscientemente destas decisões.

Corroborando com o pensamento de Silva e Clápis (2004), a prática dos trabalhadores da saúde nas maternidades tem demonstrado que, devido à rotina, à necessidade de agilidade na assistência e ao reduzido número de profissionais envolvidos na atenção à parturiente, puérpera e RN, tem-se potencializado a implementação de uma prática mecânica, impessoal e baseada no empirismo.

Este panorama da atenção obstétrica tem permitido à mulher experimentar sentimentos diversos em relação à prática do parto via vaginal, já que a mesma passa a não ter participação nas decisões relativas aos fenômenos associados à fisiologia do trabalho de parto e do parto, não exercendo desta forma sua autonomia. Assim, o processo parturitivo ocorre de forma não humanizada e da mulher é retirado o direito de exercer alguns direitos.

Macedo et al. (2008) afirmam que esta prática, com destaque para as posturas e condutas dos trabalhadores da saúde, promove intervenções na atitude instintiva da mulher, impedindo a liberação de hormônios próprios do trabalho de parto e, conseqüentemente, prejudicando o andamento natural desse processo. Acrescentam ainda que as vozes de comando durante o trabalho de parto, assim como os puxos e movimentos respiratórios dirigidos, tiram a autonomia da mulher e alteram o equilíbrio hormonal necessário. Todos esses fatores interferem na execução fisiológica do parto e favorecem a medicalização do mesmo.

Diante deste cenário a parturiente, nos primeiros instantes do pós-parto imediato, poderá expressar sentimentos negativos em relação ao recém-nascido, tais como a negação de contato imediato, o medo do desconhecido e até mesmo a insatisfação com a gestação.

No estudo de Silva e Clápis (2004), com base nos relatos das mulheres, os partos normais sem intervenções, tais como a analgesia, a episiotomia e a revisão do canal do parto, foram os que mais contribuíram para o primeiro contato entre mãe e filho, pois, após o nascimento, as parturientes não referiram dor e desconforto. As puérperas submetidas à episiorrafia referiram dificuldade ao segurar seus filhos e para amamentar em sala de parto, comprovando que este procedimento pode interferir no primeiro contato mãe e filho.

Em decorrência de aspectos relativos à rede de organização da atenção à mulher em processo parturitivo, tais como: a reduzida oferta de leitos para a atenção obstétrica, tanto de baixo risco como de alto risco; a peregrinação em busca de atenção às demandas oriundas do trabalho de parto e do próprio parto; o processo de medicalização da assistência, caracterizado pelas intervenções na fisiologia da parturição; o afastamento da mulher de seu ambiente familiar; a proibição de participação de acompanhantes no momento do trabalho de parto e do parto; as restrições de ordem alimentar e da liberdade de movimentação; a privação de orientações; a ausência de contato imediato entre mãe e filho no pós-parto; a estrutura física inadequada das maternidades públicas; bem como a prática baseada em experiência profissional, tem proporcionado às mulheres brasileiras uma atenção desqualificada.

Assim, Caron e Silva (2002) dizem que essa prática assistencial tem provocado crescente angústia nas mulheres, para quem o parto é simbolizado como um evento de riscos e dor física.

Esta atenção medicalizada à mulher em trabalho de parto é reflexo daquilo que cada profissional incorporou durante sua formação e prática dentro dos modelos institucionais vigentes e aos quais os mesmos se recusam a abandonar ou a procurar formas alternativas. Assim, Vargens, Progiante e Silveira (2008) entendem que desmedicalizar não significa a simples exclusão do profissional ou de práticas médicas da assistência, mas eliminar o raciocínio clínico-médico como única alternativa para entender a parturição.

Nesta prática, que se tornou hegemônica, surgem então os defensores da atenção humanizada à mulher em processo parturitivo, que obtiveram apoio de grupos organizados da sociedade, da OMS e do próprio Ministério da Saúde, na tentativa de melhorar a assistência dispensada à mulher em processo parturitivo, objetivando um parir e um nascer feliz.

Diante de tal realidade, profissionais atuantes nas unidades de centros obstétricos, além de algumas entidades civis defensoras dos direitos da mulher começaram a discutir as práticas

obstétricas vigentes no cenário mundial, passando a defender o momento parturitivo, tentando resgatar a verdadeira autonomia da mulher enquanto protagonista deste processo, além da retomada de seu caráter natural.

Assim, o Ministério da Saúde, cumprindo mais uma vez o seu papel de normatizador, publicou no Diário Oficial da União em 03 de junho de 2008 a Resolução da Diretoria Colegiada 36. Esta resolução objetiva regulamentar os serviços de atenção obstétrica e neonatal no país, sendo de instituição pública ou privada. Ela estabelece padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2008).

Nesta Resolução são discriminadas as estrutura das salas de pré-parto, parto e puerpério imediato, as condições de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, os recursos materiais e equipamentos necessários para a atenção à parturiente e ao neonato, os profissionais necessários para a assistência, a necessidade de criação de protocolos assistenciais, o processo de educação permanente da equipe de saúde e a referência e contra-referência da mulher ou do neonato. Encontram-se, ainda, os processos operacionais com foco na humanização, destacando-se a participação do acompanhante, a ambiência, o uso de evidências científicas, o alojamento conjunto desde o nascimento, os cuidados para a atenção à parturiente, à puerpera e ao RN (BRASIL, 2008).

Nesta direção, a atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, com foco na intervenção da fisiologia do processo da parturição e os desrespeitos aos direitos humanos, precisam ser modificados, já que a implementação de uma atenção mais adequada às necessidades destas mulheres, parece ser o foco das discussões atuais dos movimentos em prol da humanização da atenção.

2.2 A ATENÇÃO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL NO CONTEXTO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sua origem situada no final do século XIX e início deste, caracterizando-se no contexto do modelo econômico brasileiro agro-exportador fortemente assentado na cultura do café. Fazia-se necessária, do sistema de saúde, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Este fato acaba por determinar a hegemonia, no campo da saúde, desde o final do século XIX até a metade dos anos sessenta do século XX, do modelo sanitarista campanhista (MENDES, 1995). Nesse modelo predominou a intervenção sobre os indivíduos, o caráter de controle de doenças de massa e sua base militarista.

Com o processo acelerado de industrialização no País, a partir da década de 1950, ocorreu a transferência do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde brasileiro. Este processo propiciou a expansão da assistência médica previdenciária, voltada para a restauração da capacidade produtiva de trabalhadores industriais urbanos (AQUINO, 1999; MENDES, 1995).

Entretanto, a assistência médica previdenciária excluiu parcelas expressivas da população, além de dicotomizar as ações preventivas realizadas pelo Ministério da Saúde e as curativas nos serviços hospitalares do sistema previdenciário.

No que se refere à atenção da população feminina, até a década de 1930, as políticas de saúde estavam dirigidas à proteção do grupo infantil, tomando a mulher como objeto de intervenção. Na saúde pública havia uma ênfase pró-natalista, com a medicina embasando a naturalização das diferenças entre os sexos e com maior ênfase na visão de exclusividade feminina ao papel de mãe. Desta maneira, tomando como ponto central as discussões de gênero, pode-se perceber que, nesse período, valorizavam-se aspectos relativos à vida reprodutiva das mulheres com vistas à manutenção da saúde do feto, haja vista o modo como era vista socialmente a mulher. A mulher trabalhadora era sempre vista como potencialmente grávida. Desta forma, as ações eram limitadas à gestação, ao parto e ao puerpério (AQUINO, 1999; MANDÚ et al., 1999).

A assistência à mulher durante o ciclo gravídico e puerperal, por muitos anos, foi realizada com enfoque na obtenção dos melhores indicadores de saúde infantil. Assim, destacaram-se, no cenário das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, dois

programas, a saber: o Programa de Saúde Materno-infantil (PSMI) e o Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O PSMI foi criado no final dos anos 60 do século XX pela Divisão de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais, sendo implementado pelas secretarias estaduais de saúde. Até 1975, ele se constituiu como um documento normativo que continha delineamentos gerais sobre a proteção e atenção materno-infantil, englobando ações para a atenção materna restritas ao momento pré-concepcional, ao pré-natal, ao parto e ao puerpério (COSTA, A., 1999; FERREIRA, 1996, 1997; NASCIMENTO; PAIVA; FERRERIA, 1995;).

Este programa foi inspirado nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde, pautado pela estratégia de intervenção priorizada a grupos de risco ou situações de vulnerabilidade (COSTA, A., 1999; MANDÚ et al., 1999).

Até o início dos anos de 1980 a política governamental para a assistência à saúde das mulheres restringia-se ao ciclo gravídico e puerperal. Neste período, durante a execução do PSMI, a atenção materno-infantil predominou sob o ponto de vista da atenção pré-natal e hospitalar à mulher em processo partutitivo (NASCIMENTO; PAIVA; FERRERIA, 1995).

Segundo Ferreira (1996, p. 37), o PSMI era constituído de seis subprogramas:

- 1) Assistência materna (gestação, parto e puerpério); 2) Assistência à criança e ao adolescente (controle de crianças menores de 5 anos e do grupo de 5 a 14 anos); 3) Expansão da assistência materno-infantil (integração de grupos comunitários, controle e orientação de curiosas); 4) Suplementação alimentar (prevenção de desnutrição materna, gestação e lactação); 5) Atividades educativas; 6) Capacitação de recursos humanos.

Para cada subprograma existia um conjunto de atividades que eram desdobradas em tarefas e estas em ações que cada agente envolvido na atenção obstétrica deveria desempenhar (FERREIRA, 1997).

As ações deste programa foram originadas do discurso da higiene moderna e inspiradas por preocupações demográficas e eugênicas traduzidas em práticas de saúde voltadas para o controle da reprodução e da sexualidade feminina, com vistas à redução da mortalidade infantil. Neste período, eram fortes os argumentos controladores da natalidade, sendo o crescimento da pobreza, da miséria, da marginalidade e da delinquência associados ao crescimento populacional (AQUINO, 1999).

O PSMI caracterizou-se como um programa de saúde de caráter verticalizado, cujas ações eram formuladas no âmbito do Ministério da Saúde, sem levar em consideração as reais necessidades dos municípios, e sem embasamento no perfil epidemiológico local. Por outro

lado, ele coexistiu com outros programas de caráter intervencionista, não havendo articulação setorial entre as ações estratégicas destes. Os recursos eram pré-determinados, não permitindo aos gestores locais a programação de ações adequadas à realidade de saúde da população (COSTA, A., 1999).

Na busca de atenção para as suas demandas de saúde, as mulheres se defrontavam com programas isolados e verticalizados, que aconteciam de maneira fragmentada. Estas ações, tanto de promoção, prevenção e de recuperação da saúde das mulheres eram propostas e executadas através dos programas de forma paralela. Sendo assim, dificultavam a gestão das unidades, já que a atenção à mulher ocorria de maneira segmentada e não se vislumbrava a integralidade das ações desenvolvidas.

De acordo com Costa, A. (1999, p. 321),

Na prática, o significado desta situação de segmentação dos programas de saúde reflete a ausência de uma visão integral da saúde e do indivíduo, ao mesmo tempo consagrando a tendência da especialização nas profissões médicas. A adoção desta lógica na organização dos serviços compromete resultados de impacto sobre a saúde da população atendida.

Ainda em relação ao PSMI, destacaram-se as críticas ao fato de ser um programa sem participação popular na sua formulação, além de não levar em consideração as desigualdades regionais. Assim, fica evidente que o PSMI propiciou a irracionalidade e o paralelismo das ações oferecidas pelos serviços, sendo baixo o impacto nos indicadores epidemiológicos de saúde das mulheres, pois estas ações não coincidiam com as necessidades dos serviços e da população feminina atendida.

No panorama nacional, à época do PSMI, havia uma forte ação e intervenção de organismos internacionais controladores da reprodução, tais como a Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil e a Pathfinder Found, apesar das poucas iniciativas do governo em instituir ações de planejamento reprodutivo nas ações deste Programa (COSTA, A., 1999; FERREIRA, 1996).

Subjacente à implementação de políticas de saúde nesse período, destacou-se o debate entre controlistas e anti-controlistas, traduzindo-se em uma situação de ambiguidade por parte do governo. Ao se eximir de implantar programas que atendessem às demandas crescentes por contracepção, o governo permitia a ação das entidades acima mencionadas, que distribuíam contraceptivos de maneira indiscriminada e praticavam as esterilizações por laqueadura tubária, especialmente na Região Nordeste do País (CANESQUI, 1984 apud AQUINO, 1999; PENA, 1991 apud AQUINO, 1999).

A partir da segunda metade dos anos 70 até a década de 1990, os crônicos impasses e contradições das políticas de saúde adquiriram características agudas, como resultado do modelo que havia separado definitivamente a atenção preventiva da curativa, sendo a primeira de inteira responsabilidade dos serviços de saúde pública e a segunda exercida pela assistência médica previdenciária (MENDES, 1995).

Para Aquino (1999), em decorrência da privatização da atenção médica que ocorreu de modo acentuado durante os anos da ditadura militar, proveniente do modelo de atenção médica vigente, o previdenciário, predominou a deterioração das relações entre os profissionais de saúde e as mulheres, gerando a desumanização da prática dos mesmos. A crise no setor saúde e a desordem econômica e financeira da época ocorreram em meio ao esgotamento do regime militar. Nesse período, destacou-se o processo de abertura política, permitindo o aparecimento de movimentos sociais organizados compostos por atores até então excluídos da cena política e das decisões.

Neste processo, destacaram-se no cenário nacional os movimentos sociais, a exemplo do movimento organizado de mulheres e o feminista, que passaram a reivindicar a ampliação da assistência à mulher para além do ciclo gravídico e puerperal, articulando-se ao movimento da Reforma Sanitária e à criação de um sistema único de saúde.

A crise do setor saúde, mais profunda ao final dos anos 1970, e o vislumbre do processo de democratização da saúde no País que desencadeou a proposta da Reforma Sanitária nos anos de 1980, transformaram-se em campo ideal para o levantamento de questionamentos relativos ao modelo de atenção vigente, no que se referia à saúde da mulher.

O movimento da Reforma Sanitária, tomando a saúde como um direito inalienável, exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição em 1988, o direito à saúde passa a ser garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (MEDDICI, 1999 apud SERRUYA, 2003).

Foi neste cenário que, em 1983, foi lançado o PAISM. Nascido num momento de intensa efervescência política e social, e no bojo das transformações estruturais da sociedade brasileira, ocorridas a partir do final da década de 1970, este programa resulta da convergência de diversas forças sociais, entre elas o feminismo como corrente de pensamento e ação social que, a partir da ótica das mulheres, propõe a releitura do biológico da saúde da

mulher tomando o plano social como base para a intervenção (BRASIL, 1985; COSTA, A. 1999).

Este programa constituiu-se de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, nas necessidades epidemiológicas detectáveis, sendo incluídas as demandas advindas do processo reprodutivo. Englobou, ainda, um conjunto de patologias e situações que poderiam envolver o controle do risco à saúde e ao bem-estar das mulheres (COSTA, A., 1999).

Segundo Costa e Aquino (2000, p. 186) o PAISM pode ser considerado um avanço histórico no contexto das políticas públicas dirigidas à mulher, quando comparado ao programa que o antecedeu, pois:

Suas ações destinavam-se, prioritariamente, à promoção da saúde das mulheres e não apenas à saúde de seus filhos; as mulheres interferiram em seu planejamento, implantação e acompanhamento; incorporou-se o direito à regulação da fertilidade como um direito social; ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassa sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística da saúde; enfatiza-se a dimensão educativa, pretendendo-se alterar valores e práticas de saúde de caráter sexista; buscava-se romper com a perspectiva de programas verticais centralizados para incorporar a proposta de ações programáticas, de caráter horizontal e descentralizado, advinda das proposições da reforma sanitária.

O documento intitulado “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para a ação programática” definiu de forma clara a intencionalidade do PAISM, a saber: redirecionar a política de saúde da mulher, incorporando outras dimensões à atenção nitidamente biologicista e voltada exclusivamente para a função reprodutiva da mulher. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a atenção preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos como a prevenção, a detecção e a terapêutica de infecções de transmissão sexual, as repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, o abortamento e o acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade foram relegados ao plano secundário (BRASIL, 1985; FONSECA, 1999).

Divergindo dos programas anteriores, mais voltados para os aspectos da reprodução, o PAISM representou a primeira experiência concreta de incorporação nas políticas de saúde da dimensão social, incluídas aí as questões de gênero.

Bem recebido por amplos setores da sociedade, este programa passa a constituir o modelo de atenção tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina.

Incorporou, além da tradicional atenção no pré-natal, no parto e no puerpério, o tratamento e a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, a contracepção e a atenção à esterilidade, à adolescente e à mulher idosa, a prevenção da gravidez indesejada, a educação em todas as ações dirigidas à mulher e às patologias clínicas mais comuns (BRASIL, 1985, 2004a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1985), as ações de integralidade à saúde da mulher foram pautadas nas seguintes diretrizes: o sistema de saúde deveria ser orientado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, com ênfase nas patologias mais prevalentes; o conceito de integralidade da assistência estaria contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica; o conceito de integralidade da assistência estaria associado a uma prática educativa que permeasse todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde; o planejamento familiar seria uma atividade complementar no elenco de ações materno-infantil.

O PAISM tinha por objetivos: melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal quanto no informal, e diminuir os índices de cesáreas desnecessárias; aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para a implantação do sistema de alojamento conjunto nas maternidades; implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, além das infecções sexualmente transmissíveis; desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, mediante implementação de métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo os estados de infertilidade; evitar o aborto provocado, através da prevenção da gravidez indesejada (BRASIL, 1985).

Neste sentido, a implementação do PAISM representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta. Porém, não se pode deixar de registrar que este processo não aconteceu de forma efetiva no território nacional. A morosidade e o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas traduziram a falta de compromisso político para com a implementação deste Programa (AQUINO, 1999; COSTA, A., 1999).

Apesar do avanço que o PAISM representou, sua implantação foi prejudicada devido aos impasses decorrentes da própria implementação do SUS. O momento em que se deu a consolidação destas propostas foi caracterizado como de crise econômica e com perpetuação

das desigualdades sociais, no qual a relação entre profissionais de saúde e paciente mantinha um caráter assimétrico e de supremacia do poder médico institucionalizado e socialmente determinado (AQUINO, 1999; COSTA, A., 1999).

De acordo com Aquino (1999), a implantação do PAISM ficou restrita às experiências municipais, onde as prefeituras foram mais comprometidas com a consolidação do SUS e onde as mulheres feministas estavam envolvidas com a coordenação dos serviços de saúde da mulher.

Entretanto, não se pode analisar tal fato de forma isolada e exclusiva, já que a saúde das mulheres não é bem conduzida, da mesma maneira que a saúde das crianças, dos homens, da população em geral. Ela não recebe a atenção necessária nos serviços públicos (OSIS, 1998).

A análise da situação de saúde da população feminina brasileira permite constatar a existência de um quadro complexo, com destaque para um perfil epidemiológico diversificado e para a persistência de indicadores de saúde desfavoráveis para esta parcela considerável da população, que podem ser decorrentes da forma como se estabelece social e historicamente a relação entre homens e mulheres.

Sendo assim, mesmo nos serviços de saúde em que as ações foram desenvolvidas como preconizada pelo PAISM, existiam dúvidas sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto dos indicadores de resultados gerados. Duvidava-se da qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, o parto e o puerpério, além da evidente dificuldade das mulheres ao acesso à rede laboratorial, com vistas à realização dos exames básicos, a inexistência de vínculo entre o serviço de assistência pré-natal e as organizações hospitalares, bem como da falta de referência e contra-referência.

Neste contexto, destacam-se como resultado deste processo a medicalização do corpo das mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal, com as consequentes taxas elevadas de cesarianas e de morbimortalidade materna e perinatal no cenário brasileiro.

Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioritária. A introdução do PAISM ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal (TREVISAN et al., 2002).

As ações mais importantes para o controle da mortalidade materna e neonatal são dependentes do acesso das gestantes e da qualidade da atenção realizada pelos trabalhadores das unidades de saúde, especialmente na atenção à mulher em processo parturitivo e no puerpério.

As discussões atuais vêm apontando a atenção pré-natal como o ponto chave para o estabelecimento dos princípios da humanização da atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, bem como para o resgate da autonomia das mesmas no que se refere à tomada de decisões relativas aos processos associados a este momento do ciclo vital feminino.

Neste panorama, a atenção pré-natal compreende um conjunto de procedimentos clínicos, educativos e cuidados que tem como objetivos principais: assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco; preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; OSIS et al., 1993; SUCCI et al., 2008).

O acompanhamento ao pré-natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal, desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, os quais devem ter qualidade suficiente para o controle dos riscos identificados (COSTA; GUILHEMB; WALTERC, 2005).

Assim, os trabalhadores da saúde devem implementar medidas de baixo custo e de alto impacto na redução da mortalidade materna e perinatal durante a atenção pré-natal. Dentre estas medidas, destacam-se os momentos de educação em saúde com as gestantes e seus acompanhantes, o controle rigoroso e criterioso da pressão arterial, dos indicadores de risco para alguns agravos do ciclo gravídico e puerperal e a escuta ativa das demandas das gestantes.

Os trabalhadores das unidades de saúde deverão promover e estimular o início do pré-natal, o mais precoce possível, objetivando fortalecer a adesão da mulher ao acompanhamento sistemático e, assim, rastrear eventuais fatores de risco. O acompanhamento da gestante deve ter início imediato, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas e observar um número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas, podendo variar de acordo com o mês de início e com as intercorrências durante a gravidez (COIMBRA et al., 2003).

Nas últimas décadas, alguns estudos vêm demonstrando que as gestantes brasileiras aumentaram a busca pelos serviços de atenção pré-natal oferecidos pela rede de serviços do SUS (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; NASCIMENTO, RODRIGUES;

ALMEIDA, 2007; NEUMANN et al., 2003; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; TREVISAN et al., 2002).

No Brasil, o número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS vem aumentando, passando de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,1 consultas por parto em 2003. Assim, apesar da cobertura pré-natal ter melhorado consideravelmente, inclusive após a implantação das equipes do Programa Saúde da Família, estratégia iniciada em 1994, com os princípios e desafios apontados à época da proposição do PAISM, os índices elevados de óbitos maternos persistem, pondo em pauta a qualidade das consultas do pré-natal. Este indicador apresenta diferenças regionais significativas (BRASIL, 2005a, 2006a; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Por outro lado, avaliar a qualidade dessa assistência com a proposta de aprimorá-la requer esforços constantes das autoridades de saúde, dos profissionais que executam essas ações e também da população alvo, que deve estar atenta aos problemas surgidos e buscar soluções (SUCCI et al., 2008).

Apesar de ser uma prioridade entre as ações praticadas pelos serviços de saúde, marcadamente a partir de 1984, com a implantação do PAISM, persiste a dificuldade de acesso a essa assistência em algumas regiões. A baixa qualidade da atenção prestada à mulher, no ciclo gravídico e puerperal, resulta em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal nas diversas esferas (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Em relação à ausência de vinculação dos serviços de pré-natal com as maternidades, faz-se mister articular as ações aí desenvolvidas, pois este fato proporciona a peregrinação das parturientes em busca de leitos obstétricos. Na maioria das vezes, estas mulheres são transferidas de localidades com rede de serviços hospitalares de menor complexidade e desprovidas de profissionais capacitados para a atenção qualificada no processo parturitivo e puerperal.

Em estudo realizado por Goldman e Barros (2003), verificou-se que 76,0% das mulheres necessitaram percorrer mais de um hospital para receber a necessária assistência ao parto, sendo o principal motivo alegado para a recusa da internação a falta de vagas. Os procedimentos obstétricos mais verificados durante a internação foram: o controle da pressão arterial (84,5%), a verificação dos batimentos cardíacos fetais (93,3%) e a realização do toque vaginal (94,4%). Outros procedimentos apresentaram baixa incidência, como a verificação da dinâmica uterina (40,9%). Quanto ao grau de satisfação das mulheres, 31,5% relataram assistência regular e 34,6% consideraram assistência péssima e ruim. Desta forma, concluíram em seu estudo que a mulher em trabalho de parto encontra dificuldades no acesso às

maternidades públicas e que a realização dos exames necessários no momento da internação para o parto mostrou-se incompleta, mesmo no que se refere a exames imprescindíveis e de fácil realização.

Em relação ao atendimento ao parto, a garantia de vagas na maternidade no momento do parto, no estudo de Costa, Guilhem e Walterc (2005) foi referida por 93,6% dos gestores dos municípios. Apenas 159 municípios, representando 6,4% do total que afirmaram prioridade máxima ao atendimento às mulheres no ciclo gestacional, não garantiam às mulheres vaga na maternidade.

Ampliando a análise do panorama obstétrico nacional, constata-se que há necessidade de melhorias no acesso, no acolhimento, na qualidade da atenção e na resolutividade dos serviços, uma vez que os profissionais de saúde pautam o seu atendimento em princípios tecnocráticos, em detrimento do paradigma da assistência humanizada.

Assim, sendo a atenção pré-natal uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde no Brasil, iniciativas visando à melhoria da atenção à maternidade vêm sendo propostas pelo Ministério da Saúde há pelo menos 25 anos. Na última década, várias medidas foram tomadas para ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, para qualificar as ações nele desenvolvidas e para modificar o modelo de atenção à mulher em processo parturitivo e a sua família (LAGO; LIMA, 2009).

A realidade do panorama obstétrico, confrontada com as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, com a falta de percepção dos direitos femininos e em decorrência de aspectos fundamentais da humanização na assistência à mulher no ciclo gravídico e puerperal conduziram o Ministério da Saúde, em junho de 2000, a lançar uma estratégia de ação com o objetivo de definir um modelo nacional que normatizasse as ações assistenciais relacionadas, conjugando-se esforços para melhorar os resultados observados.

Reconhecendo, pois, a necessidade imposta de estabelecer mecanismos que viabilizassem a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, o Ministério da Saúde instituiu através das Portarias GM/MS n. 569/GM 2002, n. 570, n. 571 e n. 572 de 01/06/2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que apresenta em sua formulação os objetivos de concentrar esforços na redução das altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, com enfoque na ampliação do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, estabelecendo critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, articulando três componentes: I – Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde; II – Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e III – Instituição de

nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (BRASIL, 2000; LIMA, A., 2007; NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007; TREVISAN et al., 2002).

O componente I constitui a assistência pré-natal e tem o objetivo de estimular os estados e municípios a realizarem cadastramento e pré-natal de suas gestantes. Se o acompanhamento for realizado de forma adequada, incentivos financeiros poderão ser pagos, observando-se algumas exigências. Para cada município, será definida uma série numérica de identificação das gestantes por meio do banco de dados do SISPRENATAL, um software com o objetivo de gerenciar informações do PHPN (BRASIL, 2002; LIMA, A., 2007).

A série numérica de cada município é definida pelo Ministério da Saúde e publicada em portaria, quando houver adesão do programa. Ao município cabe a definição da série numérica de cada unidade, de acordo com a média de atendimentos esperados. Cada gestante deverá ser cadastrada na primeira consulta, por meio do preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante, sendo estas informações repassadas para a secretaria municipal de saúde e devidamente digitadas no SISPRENATAL que, mensalmente, gera o Boletim de Produção Ambulatorial, que possibilita ao município o faturamento por gestante cadastrada (LIMA, A., 2007).

Os retornos das gestantes, assim como os exames realizados durante o pré-natal deverão ser registrados na Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes. É importante observar que a não digitação das informações no SISPRENATAL impossibilitará o repasse dos incentivos financeiros para o município.

O segundo componente diz respeito à Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. Esse componente tem o objetivo de desenvolver condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, por meio de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, centrais de regulação e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, que integram a rede SUS (BRASIL, 2002).

Os recursos são repassados por meio de convênios específicos dos municípios que cumprirem os critérios de elegibilidade e que se encontrarem na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Já para os municípios que se encontrarem na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, os recursos serão primeiramente encaminhados às respectivas secretarias estaduais de saúde que, então, farão os repasses (BRASIL, 2002; LIMA, A., 2007).

O terceiro componente estabelece a nova sistemática de pagamento ao parto. Tem como objetivo a melhora do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares, por meio do aumento do valor e da forma de remuneração dos procedimentos da tabela relacionados ao parto, além do adicional sobre estes valores para os

hospitais que prestaram assistência às gestantes do Programa e concluíram o acompanhamento (BRASIL, 2002).

O PHPN fez com que cada município retomasse a discussão sobre a atenção à gestação, parto e puerpério em seu território, detectando diversas lacunas na capacidade instalada, marcadamente com relação à oferta dos exames laboratoriais, atendimento especializado para as gestantes de risco e a referência para o parto.

Ele foi fundamentado nos preceitos da humanização obstétrica e neonatal como condição primeira para a adequada atenção à mulher no processo parturitivo e puerperal. O processo da humanização deveria compreender, pelo menos, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (BRASIL, 2000).

O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher e o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

Cada município cadastrado no PHPN recebe um incentivo de R\$ 10,00 por gestante inscrita até os 120 dias de idade gestacional; R\$ 40,00 relativos à conclusão do acompanhamento, devendo cumprir todos os critérios estabelecidos pelo Programa; R\$ 40,00 destinam-se ao hospital que realizar o parto, desde que o mesmo integre a rede de referência para este tipo de atendimento, contida nos Termos de Adesão do município. Assim, para a avaliação do Programa, foi criado o SISPRENATAL, com os objetivos de possibilitar o monitoramento do Programa pelos gestores do SUS, a partir de informação mensal efetuada pelas equipes das unidades básicas de saúde dos municípios cadastrados no Programa, e acompanhar o cumprimento dos critérios para o pagamento dos incentivos (BRASIL, 2002).

O sistema gera indicadores de processo que incluem: percentual de gestantes inscritas no programa e que realizaram a primeira consulta até o 4º mês de gestação, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimadas pelo número de nascidos vivos do município); percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e os exames laboratoriais preconizados; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e os exames laboratoriais; percentual de gestantes inscritas

que receberam dose imunizante da vacina antitetânica, no mínimo duas doses, durante o pré-natal; e percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas no pré-natal, a consulta de puerpério e os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica e outros indicadores de resultado e de impacto (BRASIL, 2002; SERRUYA, 2003).

Este Programa possui, também, indicadores de resultados assim denominados: percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município e o percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município (BRASIL, 2002).

Deste modo, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e puérpera devem ser realizadas as seguintes atividades:

- Realizar a primeira consulta até o 4º mês de gestação;
- Garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento;
- Exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; um exame de urina na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes;
- Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- Atividades educativas;
- Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes;
- Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

O PHPN estabeleceu os critérios mínimos e pagamento de incentivos, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da assistência. A criação do sistema de informação foi considerada como medida fundamental do Programa. Este sistema de informações deve

fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar esta atenção e melhorar a gestão dos serviços. Porém, a avaliação que será estabelecida pelos indicadores de processo e de resultado deste programa limita-se aos aspectos quantitativos da atenção estabelecida, não refletindo diretamente a qualidade da mesma e as dificuldades geradas na tentativa de acesso das gestantes aos serviços de saúde e suas ações.

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos no SUS, pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,01% das gestantes inscritas no PHPN receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, segundo o sistema de informação do Programa (BRASIL, 2002, 2004a).

Neste sentido, a realização das seis consultas durante o pré-natal, conforme preconiza o Ministério da Saúde, seria o mínimo necessário para garantir não somente o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestação e a detecção de fatores de risco e agravos que poderão surgir, mas de igual importância, estabelecer vínculo com as gestantes e sua família, no sentido de bem prepará-la para o parto e o puerpério, de maneira a vivenciá-los com autonomia e segurança.

A tranquilidade adquirida por meio da garantia de assistência no momento do parto é fundamental para a humanização da atenção às gestantes. O PHPN preconiza que as mulheres visitem e conheçam o local do parto, ao longo de sua gestação. No estudo de Costa, Guilhemb e Walterc (2005), em 65,3% dos municípios com alta prioridade às atividades de atenção ao ciclo gestacional foi permitido visitar o local do parto durante a gestação. Em 34,7% deles, as mulheres não visitaram a maternidade na rotina do pré-natal. Desta forma, as mulheres brasileiras conhecem as maternidades e os trabalhadores da saúde responsáveis pela sua atenção apenas no momento do trabalho de parto.

Outro ponto de destaque no PHPN é a avaliação dos indicadores da atenção puerperal. As gestantes são orientadas, em sua maior parte, ao retorno às unidades de saúde com vistas à atenção do recém-nascido, sendo deixados de lado os aspectos da continuidade e extensão da atenção pré-natal voltados para a mulher. Assim, este programa preconiza a atenção à puérpera com vistas à vigilância constante do retorno das modificações pré-gravídicas no corpo feminino, bem como ao monitoramento das condições patológicas, com destaque para os processos hemorrágicos e hipertensivos, além das alterações psíquicas.

A atenção à mulher na gestação deve ser concluída somente depois da consulta puerperal, mas a atenção ao puerpério no País não é realizada a contento, apesar da elevada

cobertura de vacinação BCG aplicada no primeiro mês do recém-nascido. Além disso, a atenção pré-natal tem potencial destacado como indicativo de qualidade dos serviços, não apenas por dispor de indicadores formais para o seu monitoramento, mas por constituir modalidade de atenção tradicional nos serviços de atenção básica.

No puerpério, podem ocorrer diversas alterações na saúde da mãe e do recém-nascido, principalmente se no período gestacional forem evidenciadas complicações ou se não houve uma boa cobertura de consultas. A consulta puerperal serve para o estabelecimento de condutas que garantam o adequado intervalo interpartal, que protege a mulher e melhora os resultados perinatais com a orientação para a introdução de método contraceptivo, assim como a avaliação que permita detectar importantes alterações como a anemia, os estados depressivos, as dificuldades relacionadas ao aleitamento materno e as patologias mamárias, associadas às péssimas condições de aleitamento do recém-nascido.

A inclusão da consulta puerperal como ação extensiva e integradora do acompanhamento pré-natal vem sendo incentivada com vigor desde a implantação do PAISM, em 1984, com a meta de se garantir uma assistência de qualidade às mulheres. Todavia, percentuais baixos de gestantes estão tendo esse direito assegurado.

A realização de no mínimo uma consulta puerperal, com até 42 dias após o nascimento, conforme preconiza o Ministério da Saúde é considerada indispensável à detecção de intercorrências obstétricas e ginecológicas, bem como para fornecer informações relevantes sobre os cuidados que a mulher deve tomar consigo e com o recém-nascido, como orientações sobre a amamentação, contracepção e sexualidade.

Retornar à UBS após o parto é uma das medidas de qualidade da assistência pré-natal e estratégia que visa prevenir intercorrências indesejadas à puerpera e seu filho, sendo também forma de estreitar a relação cliente e serviço, tornando a unidade um local de referência para a saúde e não para a doença. Espera-se, com isso, acompanhar problemas detectados durante o parto e facilitar a adesão da família e a inclusão do recém-nascido no serviço de saúde (SUCCI et al., 2008).

A expansão da atenção à demanda das mulheres no ciclo gravídico e puerperal poderia revelar indícios de melhoria na atenção pré-natal. Entretanto, alguns desafios precisam ser superados, sendo necessário o aperfeiçoamento da atenção às mulheres gestantes, nas suas distintas demandas. Persistem desigualdades regionais e populacionais, cujas evidências surgem nos dados referentes à disponibilidade de estrutura adequada ao atendimento de alta e média complexidade. Salienta-se a necessidade de estratégias diferenciadas para o

enfretamento dessas situações e de promoção da equidade do acesso aos serviços e da conquista da saúde (SUCCI et al., 2008).

Mesmo com a elaboração e implementação do PHPN, percebe-se que tanto os indicadores de processo quanto os de resultado não apresentaram impactos na saúde das mulheres no ciclo gravídico e puerperal. Este fato pode ter sido associado à natureza diversificada dos municípios brasileiros, a exemplo das características sócio-econômicas das gestantes, do acesso à rede organizada de serviços da atenção básica e hospitalar, bem como da política partidária local e da capacidade instalada para atenção às necessidades de saúde.

Assim, o Ministério da Saúde lançou em 2004 os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em substituição ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, levando em consideração as influências do gênero e outros contextos da saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade.

As bases da PNAISM indicam uma ampliação do foco de atenção, no tocante à saúde da mulher, dando maior ênfase ao cuidado integral às mulheres em situações diversas e amplos contextos sociais, culturais e históricos.

Em 2004, baseado nas altas taxas de mortalidade materna e neonatal, o governo brasileiro lança o Pacto Nacional para a Redução de Mortalidade Materna e Neonatal. Trata-se de um instrumento político e social, que dispõe sobre as responsabilidades dos governos federal, estadual e municipal para a redução destes indicadores, o que implica o envolvimento de vários segmentos da sociedade (BRASIL, 2004b).

Dentre o conjunto de ações estratégicas assumidas no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal destacam-se (BRASIL, 2004b): assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados; garantir que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca de assistência; expansão da atenção básica mediante Estratégia Saúde da Família; Aderir à iniciativa “Primeira Semana: Saúde Integral” que intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto; adequar a oferta de serviços, regionalizando e hierarquizando a assistência ao parto e ao RN, ampliando leitos de maior complexidade e expandindo rede de bancos de leite humano e de hemoderivados; reavaliar rede de hospitais de referência para gestantes de risco; qualificar e humanizar a atenção ao parto, e ao nascimento; priorizar o custeio dos serviços de unidades de referência regional na atenção à gravidez de risco e que tenham leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal; incluir as urgências pediátricas neonatais e obstétricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192;

priorizar a capacitação e a educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal.

Deste modo, a busca pela equidade de gênero na saúde insere-se, necessariamente, na luta mais geral pela superação das desigualdades sociais, requerendo a ampliação de interlocutores e aliados políticos. A adoção da perspectiva de gênero no debate político, na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde para as mulheres poderá contribuir para a superação de noções essencialistas de base biomédica, ampliando a compreensão sobre o processo saúde-doença (AQUINO, 1999).

Desta maneira, a utilização dos indicadores de qualidade da atenção pré-natal precisam ser bem estabelecidos e utilizados na prática clínica, tanto pelos trabalhadores envolvidos nesta atenção, quanto pelos gestores municipais e estaduais, com vistas ao estabelecimento de metas e critérios a longo prazo, capazes de potencializar mudanças neste cenário.

Se a atenção ao pré-natal de baixo risco é realizada para estabelecer um processo de vigilância à saúde das mulheres gestantes com o propósito de controlar riscos, é necessário garantir a estrutura ambulatorial e hospitalar adequada ao atendimento aos riscos identificados. Idealmente, todo serviço de atenção ao pré-natal de baixo risco deveria dispor da possibilidade de referência dos casos de alto risco identificados.

Esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida por esses serviços. É necessário, portanto, ampliar a cobertura do programa, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal, garantir o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atenção.

Por outro lado, a noção da integralidade da atenção deverá ser incorporada por todos os serviços de saúde de maneira horizontalizada, permitindo o atendimento às demandas das mulheres no ciclo gravídico e puerperal, indo de encontro à fragmentação do cuidado percebido no modelo biomédico, ainda enraizado tanto na rede básica, quanto nas organizações hospitalares. Assim, poderá se configurar na base para o sucesso das políticas públicas, juntamente com as discussões de gênero, com vistas à conquista da equidade e universalidade na rede de serviços do SUS brasileiro.

Assim, as discussões apresentadas acima, apontam para o fato de que na história das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher, o ciclo gravídico e puerperal sempre foi valorizado, haja vista a tendência dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal brasileiros. Por outro lado, mesmo tendo esta valorização do ponto de vista normativo, a implementação dos

conteúdos de cada uma das propostas mencionadas, não ocorreu de maneira uniforme no território brasileiro.

Nesta direção, é preciso conhecer os motivos que pode impactar na saúde das mulheres, confrontando-os com o conteúdo da Política atual, afim de que os fatores condicionantes e detreminantes da saúde das mulheres no ciclo gravídico e puerperal possam ser minimizados.

2.3 A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À MULHER E SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO PROCESSO DA GESTAÇÃO, DO PARTO E DO PUERPÉRIO

Nos últimos anos vêm sendo discutidas as condutas e posturas da equipe de saúde no cenário da prática clínica dos trabalhadores da saúde das unidades de centro obstétrico, no que diz respeito à mulher em processo parturitivo. Acrescentam-se, ainda, aos processos da mecanização e da medicalização da assistência ao nascimento na atual sociedade, a falta de visão integral da saúde da mulher e do recém-nascido, devido à rotina e necessidade de agilidade na assistência.

Estas discussões estão baseadas em evidências científicas que passam a apresentar dados concretos em relação às condutas e posturas adotadas ao longo da experiência e atuação profissional, comprovando ou não os reais benefícios das mesmas. Neste sentido, profissionais da área de saúde e entidades sociais organizadas uniram-se no sentido de lutar por melhores condições no atendimento oferecido à parturiente, no contexto do SUS.

Sendo assim, faz-se necessário repensar a assistência oferecida à parturiente no hospital, visto que não se podem negar os inúmeros benefícios advindos da assistência hospitalar, tanto para a mãe quanto para o recém nascido. Contudo, o parto deve ser encarado como um momento da mulher, sendo ela a protagonista deste processo. Por isso, ela deve ter liberdade e poder de decisão para minimizar as consequências que a hospitalização do parto trouxe consigo, tais como as técnicas por demais intervencionistas e a excessiva medicalização, tentando, juntamente com a equipe obstétrica, tornar este momento o mais natural e íntimo possível.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), a assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo à parturiente os benefícios dos avanços científicos. Mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o pleno exercício da cidadania feminina, resgatando desse modo a autonomia da mulher no parto.

Vários segmentos da sociedade têm debatido a problemática da medicalização do nascimento, estimulando a utilização de medidas para humanização da assistência à mulher em processo parturitivo. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) afirma que a humanização seria receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais. Desta forma seria criado um ambiente acolhedor, sendo primordial a instituição de rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Devem ser evitadas práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam a mulher e o recém-nascido, além do fato de que estas práticas podem acarretar maiores riscos para ambos.

Para Queiroz, Silva e Jorge (2003) a humanização do cuidado possibilita perceber a mulher em sua dignidade, em sua essência e, assim entender as diversas dimensões que abarcar este ser repleto de necessidades, detectadas a partir de um encontro entre cliente e profissional.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p.9), a “atenção humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal”. Isso é reforçado por Hotimsky e Schraiber (2005), ao afirmarem que a humanização tem como foco a qualificação da atenção, envolvendo, por um lado as preocupações, tais com o respeito e a promoção de direitos humanos, e por outro o treinamento ou a formação dos profissionais, além do uso das evidências científicas que norteiam as rotinas assistenciais. Destacam, também, as instalações físicas e recursos tecnológicos disponíveis, com vistas a um cuidado de qualidade e de excelência.

Para Dias e Domingues (2005, p. 2),

[...] a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

Segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (2002, apud REIS; PATRÍCIO, 2005), a atenção humanizada à mulher em processo parturitivo significa um tipo de assistência que, indo além de buscar o parto normal, procura resgatar a posição central da mulher no processo de nascimento, como agente de mudança, configurando-se num

momento que respeite a dignidade das mulheres e que possa vir a resgatar a sua autonomia e o seu controle sobre a situação que vivencia.

Por outro lado, Diniz (2005) afirma que a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos.

A humanização da atenção inicia-se desde a assistência prestada no pré-natal, sendo imprescindível a sensibilização por parte dos profissionais da rede básica. Desta maneira, é necessário que a gestante seja bem acolhida desde o cuidado pré-natal até a maternidade, sendo-lhe proporcionada algumas oportunidades como o conhecimento do local da realização do parto e dos profissionais que irão estar neste cenário, dentre outros.

A atenção pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados. Para que essa assistência ocorra, é necessário que os profissionais dediquem-se a escutar as gestantes em relação aos seus medos, dúvidas, emoções ou curiosidades a respeito das transformações que ocorrem no período gestacional. Isto transmitirá confiança e apoio necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir a gestação e o parto com mais autonomia (BRASIL, 2001a, 2003).

Entre as condutas humanizadas da assistência ao trabalho de parto, identifica-se que o banho traz benefícios porque favorece uma boa circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto. A dieta livre é justificada pela necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno-fetal. Da mesma forma a deambulação abrevia o tempo do trabalho de parto, favorecendo a descida da apresentação. A massagem alivia pontos de tensão e promove relaxamento, e o estímulo à micção espontânea no trabalho de parto diminui a retenção urinária e o desconforto nas contrações. A respiração promove e restitui o autocontrole e a oxigenação materno-fetal. Deve-se estimular também que a sala de parto seja mantida em penumbra, possua paredes coloridas, música relaxante e que a parturiente receba massagem de conforto (BASILE; PINHEIRO; MIYASHITA, 2007).

Deverá ser estimulada a respiração espontânea durante as contrações. Caso a mulher encontre dificuldade de respirar durante as contrações, deverá ser estimulada a soprar lentamente para restabelecer a respiração normal. Uma respiração profunda após a contração deve ser estimulada para promover o relaxamento e a reoxigenação da placenta (BASILE; PINHEIRO; MIYASHITA, 2007). A posição de parto deverá ser livre durante todo o trabalho e estimulada pela equipe de saúde, com o propósito de favorecer o conforto.

Reafirmando as palavras de Reis e Patrício (2005), a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar.

Destarte, essa mudança amedronta e assusta a mulher, já que ela sai de seu ambiente doméstico, onde se sente acolhida e protegida estando próxima de pessoas conhecidas, indo para um local desconhecido, ficando próxima de pessoas estranhas e sendo tratada como objeto da atenção dos trabalhadores da saúde.

Assim, a implementação das condutas acima mencionadas poderá encontrar algumas dificuldades, tendo em vista o atual panorama da saúde brasileira, no que se refere ao dimensionamento de pessoal. Entretanto, é um trabalho que poderá ser realizado, já que mesmo ante a justificativa do número reduzido de profissionais nos setores de atenção obstétrica, os trabalhadores de enfermagem poderão oferecer este suporte a cada parturiente. Por isso faz-se primordial a presença do familiar ou outro acompanhante ao lado da parturiente.

A assistência à mulher, ao casal e à família no ciclo gravídico e puerperal visa atender às necessidades da mulher e de sua família de maneira individualizada e humanizada, estabelecendo um relacionamento interpessoal de confiança e de respeito mútuos (GUIMARÃES; SANTOS, 2006).

Nesse momento, é importante que a parturiente esteja também acompanhada pela pessoa de sua preferência. Segundo Reis e Patrício (2005, p.6), a presença de acompanhante “contribui para melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido. A presença do acompanhante aumenta a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual das cesáreas e a duração do trabalho de parto”.

O acompanhante é direito assegurado à parturiente, sendo que, recentemente, os princípios da humanização foram reforçados pela inserção da família no processo de parto e nascimento, a partir da Lei 11.108 de 07 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/GM n. 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, esta Portaria regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS (BRASIL, 2005b).

Dessa forma, ele pode acompanhar a parturiente desde o trabalho de parto, parto e pós-parto. Na sala de parto, o acompanhante não irá desenvolver nenhuma atividade relacionada com o parto; porém, esse deve estar preparado para o momento. O objetivo principal do preparo da mulher e seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto e o parto sejam

vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família.

Sendo assim, o acompanhante ficará ao lado da parturiente para lhe dar um suporte psicológico, tentando diminuir seus medos e sua tensão. A parturiente poderá esquecer o que está acontecendo, provocando a cessação da dor provocada pela angústia, pelo medo e pela tensão, associados ao espaço hospitalar e à atenção recebida dos trabalhadores da saúde.

A participação do pai ou de um acompanhante no momento do parto ainda é vista pelos profissionais com um empecilho para a realização do trabalho rotineiro. É imprescindível reconhecer a importância do acompanhante no momento do parto, seja pelas condições fisiológicas ou até mesmo na tentativa de transformar aquele ambiente tão assustador em um local um pouco mais familiar.

Apesar de terem conhecimento relativo à nova legislação sobre a presença do acompanhante nos espaços de atenção à mulher em processo parturitivo, os trabalhadores da saúde não acreditam que a presença deste novo agente no cenário da atenção obstétrica possa proporcionar benefícios para a parturiente, partindo do pressuposto de que esta prática poderia potencializar a ocorrência de situações desagradáveis e conflitantes.

O acompanhante deverá ser preparado para prestar o suporte emocional necessário à parturiente, dividindo com a mesma os medos e ansiedades comuns a este momento, e dando-lhe força para estimulá-la nas ocasiões difíceis.

Para Hotimsky e Alvarenga (2002, p.467),

A presença marcante do acompanhante do sexo masculino na sala do parto e, em particular, do cônjuge constitui um indício das transformações em curso nas construções de gênero e de família. Esse fato sinaliza uma mudança nos valores em relação a esse evento, o qual não é mais percebido pela maioria das pessoas atendidas por esse serviço, tanto “usuárias”, quanto “clientes particulares”, como “coisa de mulher”.

À luz da humanização do cuidado à mulher em processo parturitivo, destaca-se, também, a prática do incentivo ao aleitamento e ao contato precoces com o recém-nascido na primeira meia hora de vida. Esta é uma iniciativa das políticas públicas de saúde, visando a redução dos danos advindos da separação mãe e filho.

Ajudar as parturientes a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento, por meio da promoção do contato pele a pele imediato e prolongado no período pós-parto imediato configura-se na prática clínica dos trabalhadores da saúde um desafio. Este contato pele a pele significa colocar o bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe imediatamente após o parto. Este contato cria um ambiente ótimo para a adaptação do recém-nascido à vida

extra-uterina e é considerado como uma forma de promover o aleitamento materno precoce (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Esta prática tem suas bases teóricas sustentadas em evidências científicas e auxilia no estabelecimento da sucção precoce que, estimulando a hipófise na produção de prolactina e ocitocina, estimula a produção láctea, e tem efeitos sobre a involução uterina mais rápida e menor sangramento, reduzindo sobremaneira as iatrogenias decorrentes de manobras obstétricas utilizadas em larga escala no puerpério imediato (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

A não adoção dos princípios da humanização na atenção à parturiente e ao RN poderá potencializar a ocorrência de intervenções desnecessárias, que contribuirão para o desgaste físico e emocional da mesma, prejudicando a aproximação imediata entre mãe e filho no pós-parto, por meio do contato pele a pele e aleitamento.

Assim, a priorização do contato pele a pele e do aleitamento imediatos deverá fazer parte da prática dos trabalhadores da saúde e dos serviços de atenção obstétrica, objetivando melhores indicadores de saúde materna e neonatal, bem como o incentivo ao vínculo entre mãe e filho. O contato pele a pele poderá promover a colonização da pele do RN com as bactérias que fazem parte da microflora materna, antes do contato com as bactérias hospitalares (SILVA; CLAPIS, 2004). Os trabalhadores da saúde entram neste contexto como facilitadores, para encorajar, aumentar e fortalecer esse vínculo entre mãe e filho, na primeira meia hora de vida pós-parto.

O parto é um momento muito singular na vida sexual, reprodutiva e social da parturiente. Este momento é marcado por vivências de cunho positivo ou negativo, onde a mesma experimenta situações diversas que podem ser capazes de impactar nas suas relações com os membros que compõem o seu núcleo familiar, social e com o próprio recém-nascido.

Assim, faz-se mister a consideração por parte da equipe de saúde das condições maternas no pós-parto imediato, bem como a valorização de sua autonomia, através do consentimento, para que a prática do incentivo ao contato pele a pele e aleitamento imediatos possa acontecer de forma natural. É preciso compreender a fisiologia do processo parturitivo e do nascimento, ponderando a ocorrência do cansaço físico e emocional com a ocorrência destas práticas no pós-parto.

As puérperas, logo após o parto, sentem-se com a necessidade de ver, de pegar, de saber por completo o real estado do seu filho, que fora concebido por nove meses em seu ventre e que agora vai comprovar ou não, tudo o que imaginou e idealizou. Porém, nesse mesmo momento vem o impacto, a surpresa e a dúvida ao visualizar aquele bebê com sujidades,

muitas vezes cianótico, sem reações ao nascer e considerá-lo ou acolhê-lo como a criança dos seus sonhos e das suas idealizações, surgindo daí os primeiros conflitos entre mãe e filho, necessitando de um trabalho humanizado de toda a equipe multidisciplinar pelo menos até o restabelecimento desta puérpera no aspecto emocional, psíquico e social.

Segundo Monteiro, Gomes e Nakano (2006), a reação da mulher pode variar ao ver seu filho pela primeira vez, podendo apresentar explosões de risos, de conversas e choro, até apatia aparente. Após o parto, a puérpera apresenta um estado de alteração emocional provisório, onde existe maior fragilidade psíquica. A relação inicial entre a mãe e o filho é ainda pouco estruturada, intensamente emocional e mobilizadora.

A aparência física e o estado clínico do neonato são fatores que podem interferir no primeiro contato entre mãe e filho. Os pais, em especial a mãe, idealizam o filho ao longo do ciclo gestacional e deparam-se no cenário do parto com um RN envolto por secreções características do processo parturitivo. Desta forma, a equipe de saúde poderia levar em consideração estes dois aspectos antes de promover o contato mãe e filho.

No pós-parto imediato, após o alívio da dor, sensação de ato consolidado, de realização, o desejo de ver o seu filho, o poder de tê-lo aos seus braços, enfim, tudo isso vem associado aos sentimentos de ansiedade, de medo, de insegurança, de emoção e de alegria. Esta é uma ocasião ideal para a equipe de saúde atuar e ter toda a colaboração necessária da puérpera, pois a mesma se encontra mais sensibilizada e apta ao contato com o filho.

O contato entre mãe e filho no pós-parto imediato poderá proporcionar momentos de intimidade entre ambos, por meio do olho no olho. Desta forma, os cuidados imediatos e mediatos com o RN deverão ser executados após o estabelecimento desta prática.

Assim, o respeito aos direitos da gestante, juntamente com o suporte técnico e científico disponíveis poderão transformar o processo parturitivo num momento mais seguro e menos doloroso para a mulher e seus familiares. Portanto, para que o processo parturitivo retorne à esfera da desmedicalização, faz-se necessário repensar a atitude e a formação dos profissionais imbuídos nessa vivência, enfocando a empatia, o respeito à fisiologia da parturição, da cidadania feminina e o seu protagonismo no trabalho de parto e parto.

Neste sentido, valorizar a mulher como agente do processo parturitivo deverá ser uma constante na prática clínica dos trabalhadores da saúde, já que, desta forma, poderá ser incluída a humanização da atenção como forma de garantir a equidade do cuidado.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo como objeto de investigação a atenção prestada à mulher durante o período gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia, à luz do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, este estudo caracteriza-se como descritivo, exploratório, documental e de natureza qualitativa.

Segundo Gil (1999, p. 44), “as pesquisas descritivas são juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”. Para este mesmo autor, as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 1999).

Em relação à pesquisa documental, Gil (2002) afirma que ela se vale de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa. Para Cellard (2008), o documento permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. Através deste material primário, poderá ser realizado um corte longitudinal que favorece a observação do processo de evolução de uma prática.

De acordo com Minayo (1995, p. 21) a abordagem qualitativa procura aprofundar-se “nos significados das ações e relações humanas dentro de um nível de realidade que não se permite quantificar, sendo este um processo complexo e inacabado, passível de transformação, onde as verdades são parciais”.

Para atingir os objetivos estabelecidos utilizou-se a metodologia do estudo de caso. De acordo com Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia empírica preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre acontecimentos e o foco se encontra em contemporâneos inseridos em algum contexto de vida. Desta forma, os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Segundo Laville e Dionne (1999 apud SANTOS, S., 2006), a grande vantagem da estratégia estudo de caso é a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, permitindo ao pesquisador ser criativo e imaginativo, podendo explorar elementos que necessariamente não estavam previstos no início da investigação. Borba e Sarti (2006) complementam dizendo que este tipo de estudo tem como meta buscar uma compreensão abrangente do grupo em estudo, enfatizando a interpretação no contexto e retratando a realidade em todas as suas dimensões.

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma cidade do estado da Bahia, escolhida como caso, pelas suas características sócio-econômicas e importância geográfica, além dos indicadores de saúde, descritos a seguir.

A cidade caso em estudo possui área de 1.334 Km², encontra-se situada em 100% do seu território no polígono das secas. Está em direção Noroeste da capital do estado, de que dista em linha reta 109 km e com população estimada de 544.113 habitantes (BAHIA, 2008).

O processo de municipalização desta cidade começou em 1991, sendo neste ano criado com a Lei 1415/91 o Conselho Municipal de Saúde. Em dezembro de 2003, a Comissão Intergestora Bipartite e Comissão Intergestora Tripartite aprovaram a habilitação do município na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, passando a vigorar em março de 2004, conforme Portaria GM nº 352 de 09/03/2004, reafirmado após a homologação do Termo de Compromisso da Gestão Municipal do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão pelo Ministério da Saúde (BAHIA, 2006).

O Sistema Municipal de Saúde é composto por instituições públicas, filantrópicas e privadas conveniadas ao SUS, que complementam a rede dos serviços.

A rede de serviços de saúde tem se estruturando e gradativamente ampliada, somando 156 Unidades de Saúde das quais 114 são municipais, 04 estaduais, 02 filantrópicas e 36 privadas.

No que se refere à rede municipal, observa-se um quantitativo de 83 Equipes de Saúde da Família (ESF), 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 Policlínicas localizadas estrategicamente para atender a média complexidade e os agendamentos das Unidades de

Saúde da Família (USF) e UBS. Das 05 Policlínicas existentes, 03 prestam atendimento nas vinte e quatro horas.

As 83 Equipes de Saúde da Família estão assim distribuídas: dezenove (19) equipes estão localizadas na zona rural e sessenta e quatro (64) na zona urbana, com cobertura de 60% do total do município.

Em relação à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal, os dados apontam para o aumento do percentual de gestantes com consulta pré-natal no período de 2000 a 2006, e diminuição em 2006 e 2007, com 88,4% e 88,12%, respectivamente, além de crescimento no percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, e das gestantes com esquema completo para a vacina contra o tétano (BAHIA, 2007).

Com relação às gestantes menores de 20 anos, esse indicador vem decrescendo, passando de 23,4% em 2000, para 19,86% em 2007, o que se acredita ser devido à implementação do planejamento reprodutivo e das ações de Atenção à Saúde do Adolescente (BAHIA, 2007).

Os óbitos de mulheres em idade fértil, conforme dados da Prefeitura Municipal de Feira de Santana (BAHIA, 2007), passaram de 94 em 2003 para 143 em 2007. Os óbitos notificados de mulheres em idade fértil de 2003 a 2005 cresceram, e a partir de 2006 ocorreu decréscimo, alcançando 108 óbitos notificados em 2007. Em relação à investigação dos óbitos, houve oscilação entre os valores: em 2007 alcançaram-se 85 óbitos investigados.

Com relação à atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal na atenção básica, como campos empíricos, foram selecionadas também duas unidades de saúde, sendo uma USF e uma UBS conforme os seguintes critérios:

- Maior tempo de implantação da unidade;
- Menor rotatividade de profissionais na equipe;
- Maior tempo de cadastro no PHPN;
- Maior número de gestantes inscritas no PHPN.

Nesta cidade caso, há um hospital especializado no atendimento à mulher e 06 Centros de Referência, sendo: 01 Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, 01 em Diabetes Mellitus, 01 em Saúde da Mulher, 01 em Dermatologia Sanitária, 01 em Hipertensão Arterial e 01 em Saúde do Trabalhador, atendendo às demandas da população local e das cidades pactuadas com a mesma.

O hospital especializado na atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal foi um dos locais deste estudo. Trata-se de uma instituição pública de médio porte da esfera municipal, configurando-se numa fundação hospitalar. O hospital atende a mulheres procedentes de todo o município e regiões circunvizinhas. Presta atendimento hospitalar à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e ao recém-nascido em condições normais ou com diversas patologias. No ano de 2008, esta instituição realizou um total de 5.033 partos, sendo 2.328 por via vaginal e 2.705 por via operatória (BAHIA, 2008).

Vale ressaltar que esse hospital recebeu o título de Amigo da Criança em 1995, oferecido pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Este hospital possui, também, uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e um berçário de médio risco, cada um com sete leitos.

No dia 08 de março de 2002 este hospital implantou o Método Mãe Canguru. A unidade canguru possui cinco leitos, anexos dos berçários, e um centro de apoio e assistência materna e aos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso que se encontram na segunda etapa do Método Canguru. Neste local, o RN, após alta da unidade neonatal, é admitido para ganhar peso suficiente e adaptar-se adequadamente à vida extra-uterina. Existe, ainda, o espaço da puérpera, com 12 leitos destinados para aquelas que se encontram de alta hospitalar, mas cujo RN prematuro encontra-se internado nas unidades neonatais.

Em relação ao centro obstétrico desta maternidade, atuam sete enfermeiras assistenciais, uma por período de vinte e quatro horas; a gerente que é fixa no turno matutino; trinta e cinco técnicos de enfermagem; dois pediatras; duas neonatologistas; quatro anestesilogistas; e quinze obstetras.

No ano de 2002, duas enfermeiras, um pediatra e um obstetra desta maternidade foram capacitados para implantar a atenção humanizada neste serviço. Após esta capacitação, foram realizados alguns encontros com a equipe de saúde do hospital como um todo, a fim de serem discutidos os pontos-chave do processo de humanização da atenção à mulher em processo parturitivo, puerpério e ao recém-nascido prematuro e de baixo peso ao nascer, refletindo a situação em que se encontrava a maternidade e as estratégias de intervenção para a melhoria deste processo.

Sendo assim, uma das estratégias foi reformar o centro obstétrico, com o intuito de melhorar a assistência à mulher em processo parturitivo, extinguindo o antigo sistema de salas pré-parto e parto, adotando o sistema de pré-parto, parto e puerpério. A unidade adquiriu dispositivos para o parto humanizado, a saber: o “cavalinho”, o arco para parto de cócoras e a cama PPP. Cada sala de parto conta com duas camas do sistema de pré-parto, parto e

puerpério, dois “cavalinhos” e dois banquinhos obstétricos para a massagem perineal da parturiente. Estas salas possuem um banheiro, com disponibilidade de chuveiro com água morna, para ser utilizado pela equipe de saúde no alívio da dor da parturiente. Cada leito é separado um do outro através de divisórias, com vistas à manutenção da privacidade das mulheres.

Entretanto, esses dispositivos e as camas não são utilizados adequadamente pelos profissionais que atuam nesta unidade, sendo que alguns já se encontram danificados pela maneira com que vêm sendo manipulados. Em sua maioria, estes dispositivos são utilizados pelas docentes dos cursos de graduação em enfermagem do município e de um grupo de especialização em enfermagem obstétrica, da capital do estado.

Em sua estrutura física, este centro obstétrico possui três salas do sistema de pré-parto, parto e puerpério, uma sala para cuidados imediatos e mediatos para atender os recém-nascidos, uma sala para realização de partos operatórios, um posto de enfermagem para guarda de material de consumo, uma sala para realização de curetagem uterina e uma sala de recuperação pós-anestésica.

Para o atendimento à puérpera e à mulher em situação cirúrgica ou em processo de abortamento, esta maternidade está estruturada em cinco enfermarias denominadas de A, B, C, cirúrgica e enfermaria Canguru, num total de oitenta e seis leitos.

Na enfermaria A admite-se gestantes consideradas de risco obstétrico, com diagnóstico variado, destacando-se as síndromes hipertensivas específicas da gestação, o diabetes, tanto gestacional quanto o crônico, as mulheres em processo de abortamento, em todos os seus subtipos, a rotura prematura de membranas e gestantes com trabalho de parto prematuro. Nesta enfermaria há disponibilidade de doze leitos obstétricos.

A enfermaria B é destinada ao atendimento de puérperas cirúrgicas e seus recém-nascidos, além daquelas que apresentarem infecção de ferida operatória, totalizando vinte e oito leitos obstétricos. A enfermaria C é composta de vinte e oito leitos, sendo destinada às mulheres de parto vaginal e seus recém-nascidos, com quatro leitos para as mulheres com infecção puerperal.

Estas enfermarias contam com uma enfermeira responsável pela gerência e com enfermeiras envolvidas no cuidado direto à puérpera e seu recém-nascido. Outras enfermeiras atuam nesta enfermaria no turno vespertino, tendo ainda a participação de enfermeiras assistenciais que se revezam nos períodos noturnos, finais de semana e feriados, sendo escaladas para esse setor, conforme avaliação da coordenação de enfermagem da instituição; portanto, não são fixas nestas unidades.

Na enfermaria A, estão alocados quinze técnicos de enfermagem; enquanto que nas enfermarias B e C atuam vinte técnicos de enfermagem e uma escriturária no turno matutino em cada uma.

Até o ano de 2007, as mulheres com agendamento de cirurgias eletivas nesta maternidade eram admitidas no dia que antecedia ao ato operatório na enfermaria B, o que acabava propiciando questionamentos dos profissionais deste setor no que se referia tanto ao quantitativo de usuárias do serviço quanto à diversidade de diagnósticos, já que as mulheres em pós-abortamento também eram transferidas para o mesmo lugar.

Sendo assim, no ano de 2008, foi inaugurada a enfermaria cirúrgica, a fim de resolver os entraves decorrentes da cena acima comentada, oferecendo dez leitos cirúrgicos. Neste mesmo ano, a direção do hospital decidiu por contratar profissionais obstetras para atuarem como diaristas nas unidades abertas, a fim de proporcionar a alta mais rápida das puérperas e aumentar a rotatividade de ocupação dos leitos obstétricos, pois anteriormente a esta medida, as puérperas e seus recém-nascidos permaneciam por tempo prolongado à espera de avaliação dos dois obstetras do centro obstétrico, que se sobrecarregavam com a demanda de trabalho deste setor.

Pelo fato de ser uma maternidade bem conceituada do ponto de vista estrutural, este hospital atende a gestantes e parturientes consideradas de alto risco obstétrico, apesar de não ser considerada como de referência para tal atendimento. Estas mulheres deveriam ser transferidas para a maternidade do Hospital Geral, mas por questões de ordem estrutural, não há disponibilidade de leitos obstétricos para esta modalidade de atendimento.

Sendo assim, neste serviço, não há disponibilidade de leitos intensivos obstétricos para a atenção à puérpera em condições de risco iminente de complicações pós-parto. Estas mulheres recebem atenção para as intercorrências ou complicações apresentadas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Esta sala conta com três leitos semi-intensivos, sendo a puérpera atendida pela própria equipe do centro obstétrico. Aquelas classificadas em situação de maior gravidade são transferidas via Central de Regulação do estado da Bahia para hospitais de referência em Salvador ou para o próprio Hospital Geral, localizado nesta cidade caso.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo treze trabalhadores da saúde do sexo feminino e dois do sexo masculino, o que justificou a utilização de expressões femininas para a identificação das entrevistas. Por outro lado, a escolha de médicos e enfermeiras deu-se em decorrência de serem os trabalhadores da saúde em maior número envolvidos na atenção às mulheres no ciclo gravídico e puerperal nesta cidade caso.

O maior número de enfermeiras neste estudo foi devido ao fato de que durante a coleta dos dados foi encontrado apenas uma médica nas unidades básicas em estudo, sendo que esta médica selecionada prestava atenção às gestantes tanto na UBS quanto na maternidade municipal selecionadas. Para atender aos objetivos da pesquisa, as participantes deste estudo foram assim agrupadas (QUADRO 1):

- **Grupo 1:** gestantes cadastradas e atendidas na USF e na UBS selecionadas, entre 37 e 40 semanas de idade gestacional, tendo realizado no mínimo cinco consultas de pré-natal e que aceitaram participar do estudo.
- **Grupo 2:** Gestoras da Secretaria Municipal da Saúde e das Unidades de Saúde selecionadas: coordenadora da atenção básica, coordenadora técnica da área da mulher, a gerente da UBS, a diretora geral da maternidade local, a coordenadora do centro obstétrico e a do alojamento conjunto.
- **Grupo 3:** Trabalhadoras da saúde: as enfermeiras e médica responsáveis pela assistência direta às gestantes, às parturientes e às puérperas.
-

Quadro 1 – Número de participantes do estudo segundo grupo.

GRUPO	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Grupo 01: Gestantes cadastradas e atendidas na USF e na UBS	04
Grupo 02: coordenadora da atenção básica, coordenadora técnica da área da mulher, gerente da UBS, diretora geral da maternidade local, coordenadora do centro obstétrico e do alojamento conjunto	06
Grupo 03: Enfermeiras e médica responsáveis pela assistência direta às gestantes, às parturientes e às puérperas	05

As participantes dos grupos 01 e 03 foram escolhidas aleatoriamente, sendo respeitado o desejo de participação neste estudo.

Para a identificação das entrevistadas, cada participante deste estudo recebeu um código, conforme seu grupo. No grupo 01, a primeira letra do código significa o termo gestante; o número, a ordem de realização da entrevista e as três últimas letras a unidade onde realizou as consultas de pré-natal.

Quadro 2 – Códigos de identificações das entrevistadas do grupo 01.

CÓDIGO	IDENTIFICAÇÃO
G01 UBS	Gestante 01 da Unidade Básica de Saúde
G02 UBS	Gestante 02 da Unidade Básica de Saúde
G01 USF	Gestante 01 da Unidade de Saúde da Família
G02 USF	Gestante 02 da Unidade de Saúde da Família
P01 UBS	Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde
P02 UBS	Puérpera 02 da Unidade Básica de Saúde
P01 USF	Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família
P02 USF	Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família

No grupo 02, a primeira letra do código está relacionada com a especificação do cargo ocupado pela entrevistada no sistema de saúde a cidade caso.

Vale ressaltar que a Gestora Municipal da Saúde não aceitou participar deste estudo.

Quadro 3 – Códigos de identificações das entrevistadas do grupo 02.

CÓDIGO	IDENTIFICAÇÃO
ECAB	Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica
CATM	Coordenadora da Área Técnica da Mulher
GUBS	Gerente da Unidade Básica de Saúde
GMM	Gerente da Maternidade Municipal
EGCO	Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico
EGAC	Enfermeira Gerente do Alojamento Conjunto

No grupo 03, a primeira letra do código está relacionada com a especificação do cargo ocupado pela entrevistada no sistema de saúde da cidade caso.

Quadro 4 – Códigos de identificações das entrevistadas do grupo 03.

CÓDIGO	IDENTIFICAÇÃO
EAUBS	Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde
EAUSF	Enfermeira Assistencial da Unidade de Saúde da Família
MMM	Médica da Maternidade Municipal
EACO	Enfermeira Assistencial do Centro Obstétrico
EAAC	Enfermeira Assistencial do Alojamento Conjunto

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta dos dados primários foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as participantes do estudo. Para a apreensão das falas das entrevistadas foi utilizado um gravador digital.

A coleta das informações com as gestantes foi feita através de duas entrevistas em momentos diferentes, a saber: uma no pré-natal e a outra no puerpério imediato.

Utilizou-se a técnica da entrevista, acreditando ser a melhor forma para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa. Dentre as formas existentes para se realizar a entrevista, deu-se preferência à entrevista semi-estruturada que “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde a entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 1999, p. 108).

Antes de ser iniciada a entrevista foi realizada a coleta de material secundário nos cartões das gestantes e das fichas perinatais, após a seleção das participantes. Foram coletadas informações relativas a consultas de pré-natal, aplicação da vacina antitetânica, participação em ações educativas, realização de exames básicos preconizados pelo Phpn, tais como o grupo sanguíneo e o fator Rh, VDRL, glicemia capilar, o sumário de urina, a hemoglobina, o hematócrito, a testagem anti-HIV, conforme formulário elaborado (APÊNDICE A).

A entrevista com as gestantes e puérperas, foram realizadas em dois momentos diferentes. A primeira entrevista foi realizada ainda nas consultas de pré-natal, utilizando-se o roteiro 01 (APÊNDICE B). Nesta etapa foram abordadas questões relativas ao período

gestacional e sobre as consultas de pré-natal. A segunda entrevista com estas mulheres ocorreu no puerpério imediato, ainda na maternidade, sendo utilizado o roteiro 02 (APÊNDICE C). Nesta entrevista, foram abordadas questões relativas à admissão na maternidade onde ocorreu o parto, sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto, no parto e no puerpério imediato. Nos prontuários da maternidade local, foram obtidos registros das condições da admissão, do trabalho de parto, do parto e do puerpério imediato (APÊNDICE, D).

As entrevistas com as participantes do Grupo 2 e do Grupo 3 foram realizadas após agendamento prévio, mediante utilização de roteiros (APÊNDICES E, F, G, H e I). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Em relação à abordagem das entrevistadas, inicialmente foram informadas sobre o tema e o objetivo da pesquisa, e aquelas que se disponibilizaram a participar deste estudo foram instruídas a assinar um termo de consentimento. Este assegurou às participantes a confidencialidade das informações fornecidas, sendo estas utilizadas exclusivamente para fins deste estudo, sendo respeitado o que é preconizado no item v.3 da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados secundários foram obtidos através da análise de documentos, tais como: as Diretrizes políticas referentes à saúde da mulher, o Plano Municipal de Saúde para o período de 2006 a 2009, o Relatório de Gestão do período de 2006 a 2008, indicadores do PHPN para o período de 2007 à 2008, dados das fichas perinatais, os cartões das gestantes, o Protocolo Municipal de Enfermagem da Atenção Básica e os prontuários das puérperas, na maternidade local.

Nos documentos oficiais do Ministério da Saúde foram coletadas informações sobre os objetivos do PHPN e da PNAISM, com suas diretrizes específicas. Em relação ao Plano Municipal de Saúde e Relatórios de Gestão foram coletadas informações relacionadas às metas pactuadas para o período de 2006 a 2009, as estratégias para o alcance das mesmas e a descrição da forma como foram alcançadas estas metas (APÊNDICE J).

3.5 PERÍODO DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2009, após aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, foram analisados o Plano Municipal de Saúde para o período de 2006 a 2009, os Relatórios de gestão do período de 2006 a 2008 e o Protocolo Municipal de Enfermagem da Atenção Básica, indicadores do PHPN para o período de 2007 à 2008, as fichas perinatais, os cartões das gestantes e o prontuário das puérperas na maternidade local. Tais fontes de informação como assevera Yin (2005), foram úteis para corroborar e valorizar as evidências obtidas nas entrevistas.

Tendo em vista o fato de que o Relatório de Gestão do ano de 2009, até o período do término da coleta dos dados, não havia sido concluído, este não foi incluído nas discussões desta análise. Em relação ao SISPRENATAL foram escolhidos os anos de 2007 a 2008, pelo fato de serem os períodos com dados mais recentes sobre a atenção pré-natal nesta cidade caso, tendo em vista as metas estabelecidas no Plano Municipal. Desta forma, não foram coletados dados sobre o primeiro e o último ano para as metas estabelecidas no Plano Municipal de saúde.

Para a análise do material primário utilizou-se a Análise Argumentativa, adotando-se como referencial teórico o modelo de argumento proposto por Toulmin (1958 apud LIAKOPOULOS, 2008), conhecido como Toulmin's Argument Pattern.

No Brasil, são ainda escassas as investigações dedicadas à temática, com apenas alguns estudos relacionados ao ensino de química. Com relação à área da saúde, não foram encontrados estudos que abordassem a análise argumentativa como técnica de análise de dados.

Cabe ainda destacar que a argumentação é atividade social e discursiva que se realiza pela justificação de pontos de vista e considerações de perspectivas contrárias com o objetivo último de promover mudanças nas representações dos participantes sobre o objeto discutido. Vista deste modo, a argumentação se caracteriza como uma discussão crítica, durante a qual pontos de vista são construídos, negociados e transformados (VAN EEMEREN; GOOTENDORST, 1992 apud VELLOSO, 2009).

Um instrumento de análise muito utilizado para investigar a argumentação científica produzida por alunos, no ensino de ciências, é o modelo de Toulmin. Neste instrumento, o argumento é como um organismo. Tem uma estrutura bruta, anatômica, e outra mais fina e, por assim dizer, fisiológica. Quando explicitamente exposto em todos os seus detalhes, um só argumento pode precisar de muitas páginas impressas ou talvez um quarto de hora para ser

narrado e, naquele tempo ou espaço, podem-se distinguir as fases principais que marcam o progresso do argumento a partir da afirmação inicial de um problema não resolvido, até a apresentação final de uma conclusão. Cada uma dessas fases principais ocupará alguns minutos ou parágrafos e representa as principais unidades anatômicas do argumento, ou seja, “seus órgãos” (LIAKOPOULOS, 2008; NASCIMENTO; VIEIRA, 2008; SÁ, 2006; VILLANI; NASCIMENTO, 2003).

De acordo com Liakopoulos (2008), o argumento corresponde ao bloco básico sobre o qual uma fala se desenvolve, representando a idéia central sobre a qual a fala está baseada. O argumento pode ser esquematizado sendo composto por um dado (D), uma garantia (G), um qualificador (Q), um apoio (A), uma refutação (R) e uma proposição (P) OU CONCLUSÃO (C) (Figura 1).

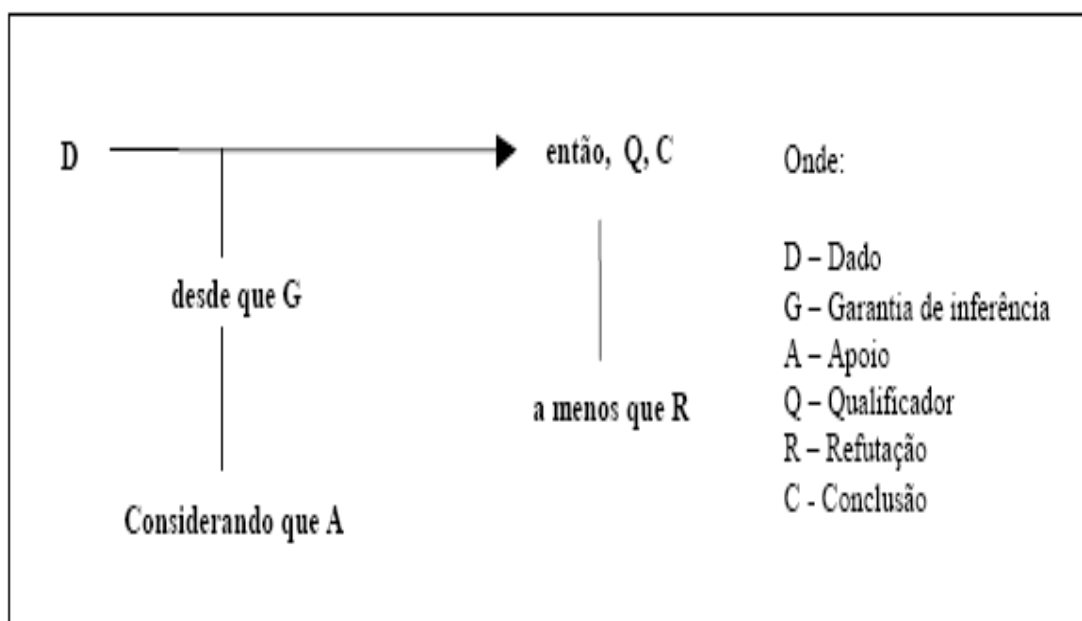


Figura 1 – Esquema do argumento de Tolmin.

Fonte: NASCIMENTO, Silvania Sousa do; VIEIRA, Rodrigo Drumond. Contribuições e limites do padrão de argumento de Toulmin aplicado em situações argumentativas de sala de aula de ciências. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**. V. 8, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.fae.ufmg.br/abrapec/revistas/V8N2/v8n2a1.pdf>>. Acesso em 08 outubro 2009.

De acordo com o modelo de Toulmin (Figura 1), os elementos fundamentais que compõem um argumento são o dado (D) e a conclusão (C). É possível apresentar um argumento contando apenas com estes elementos, cuja estrutura básica é: a partir de um dado D, então C. Porém, para que um argumento seja completo, pode-se especificar em que condições a justificativa apresentada é válida ou não, indicando um peso para tal. Desta

forma, podem ser acrescentados ao argumento qualificadores modais (Q), ou seja, especificações das condições necessárias para que uma dada justificativa seja válida. (LIAKOPOULOS, 2008; NASCIMENTO; VIEIRA, 2008; VILLANI; NASCIMENTO, 2003).

Da mesma forma, é possível especificar em que condições a justificativa não é válida ou suficiente para dar suporte à conclusão. Neste caso, é apresentada uma refutação (R) da justificativa. Além dos elementos já citados, a justificativa, que apresenta um caráter hipotético, pode ser apoiada em uma alegação categórica baseada em uma lei, por exemplo (LIAKOPOULOS, 2008; NASCIMENTO; VIEIRA, 2008; VILLANI; NASCIMENTO, 2003).

De acordo com Liankopoulos (2008), a proposição corresponde a uma afirmação que contém estrutura e é apresentada como o resultado de um argumento apoiado por fatos. Os dados seriam fatos ou evidências disponíveis ao criador do argumento. A garantia é uma premissa constituída de razões, autorizações e regras usadas para afirmar que os dados são legitimamente utilizados a fim de apoiar a proposição. Este elemento do padrão de argumento de Toulmin é o passo lógico que conduz à conclusão. O apoio é uma premissa que é utilizada como um meio de ajudar a garantia no argumento. A refutação, por sua vez, é uma premissa que autoriza a refutação da generalidade da garantia. Ela mostra a exceção da regra que é afirmada no argumento.

Diante das considerações acima, de posse do material empírico coletado, para a exploração dos mesmos e com o intuito de se identificarem os argumentos referentes à atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, utilizaram-se os passos de Minayo (2006), a saber: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento e a interpretação dos resultados.

Inicialmente, as entrevistas foram devidamente transcritas na sua íntegra e imediatamente à sua realização, sendo digitadas no formato Word, para que a seguir se realizar uma leitura flutuante, com vistas ao conhecimento geral do material coletado. A seguir realizaram-se leituras exaustivas e repetitivas de cada uma das entrevistas, de modo a se identificarem os elementos padrões do argumento de Toulmin para, desta forma, ser constituído o corpus deste estudo. Nesta etapa, foram identificados 79 argumentos.

Na segunda etapa, os argumentos foram organizados de acordo com a semelhança do conteúdo de seus elementos padrões, sendo contruídas três categorias centrais, que foram subdivididas em subcategorias.

As categorias centrais foram assim denominadas: a atenção pré-natal, a atenção à mulher em processo parturitivo e a atenção puerperal.

Os dados foram analisados à luz do PHPN e da PNAISM, sendo levados em consideração os objetivos centrais do PHPN e seus critérios para a qualificação da atenção à mulher no pré-natal, parto e puerpério e os da Política Nacional de Atenção às Mulheres.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Conforme protocolo estabelecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa, observando os seus princípios éticos, foi encaminhado um ofício pela coordenação do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia para a Secretaria Municipal da Saúde da cidade caso, solicitando permissão para realização desse estudo.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética na Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para sua apreciação, sendo devidamente aprovado sob o protocolo de nº 16/2009, folha de rosto nº 253135 (ANEXO 1), obtendo parecer favorável em 14 de agosto de 2009.

A garantia de que os direitos e o bem estar das participantes da pesquisa sejam respeitados durante a coleta dos dados é uma exigência da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda a observação dos princípios éticos na pesquisa, a saber: a criação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a ponderação entre os riscos e benefícios, a garantia de que danos previsíveis serão evitados e a relevância social da pesquisa.

Por isso, os princípios éticos foram contemplados no desenvolvimento deste estudo para proteger os direitos das participantes durante o processo de coleta dos dados. Para tanto, elaboram-se dois termos de consentimento, que foram assinados pelas participantes do grupo 01 (APÊNDICE K) e pelos demais participantes (APÊNDICE L), autorizando a reprodução e divulgação das informações colhidas, salvaguardando-se sua identificação.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e entregue às participantes no momento da aproximação, antes da realização da gravação da entrevista. Por questões de privacidade, as entrevistas com três das gestantes foram realizadas na sala do serviço de pré-natal e no domicílio de uma delas. As entrevistas com as gestoras municipais e trabalhadoras da saúde ocorreram na sala da direção das unidades de saúde e no conforto das funcionárias de nível médio com as puérperas, conforme disponibilidade das mesmas.

Foi solicitada a permissão das participantes para a gravação das falas. Após as entrevistas, as participantes do estudo tiveram liberdade para escutar a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. Tendo em vista a probabilidade das entrevistas poderem causar risco de constrangimento para as entrevistadas, estas foram orientadas a não responder às perguntas que lhes causassem algum desconforto, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase deste estudo, sem penalização ou problema algum, mesmo após ter sido iniciado.

Os pesquisadores e as entrevistadas não foram remunerados pela participação deste estudo. As despesas do projeto foram de responsabilidade do pesquisador colaborador. Os resultados do estudo serão publicados em congressos e em Revistas científicas e estarão à disposição das participantes. Os dados coletados ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores, ficando disponíveis para acesso das entrevistadas por um período de cinco anos, sendo queimados em seguida.

Por razões igualmente éticas, a cidade onde foi realizado o estudo não foi identificada, assim como foi assegurado o anonimato das entrevistadas, utilizando-se códigos na transcrição e divulgação da sua fala, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural (BRASIL, 1996).

4 A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL: OS ARGUMENTOS DAS ENTREVISTADAS

Nesta sessão, são apresentados os argumentos que contêm as proposições sobre a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal nesta cidade caso. Os argumentos são discutidos conforme cada momento da atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, sendo agrupados em três categorias centrais, de acordo com as semelhanças dos elementos padrões do argumento de Toulmin. Estas categorias centrais foram assim denominadas: A atenção pré-natal; a atenção à mulher em processo parturitivo e a atenção puerperal. As evidências destes argumentos são complementadas com os achados da análise documental e de pesquisas nacionais relativas ao objeto deste estudo.

4.1 A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Nesta categoria central os argumentos são agrupados em três subcategorias, assim denominadas: a atenção às gestantes nas consultas de pré-natal de baixo risco; o acesso aos exames básicos durante a atenção pré-natal e a atenção à gestante/parturiente de alto risco.

Na primeira subcategoria discute-se a atenção às gestantes nas consultas de pré-natal de baixo risco e as relações entre os responsáveis por este serviço com as usuárias. A escolha pelo pré-natal de baixo risco deu-se em virtude do fato da maior parte das gestações transcorrerem sem intercorrências. Na segunda subcategoria evidencia-se o fluxo das gestantes e o acesso aos exames básicos preconizados pelo PHPN, enquanto que na terceira subcategoria, são apontadas as dificuldades quanto à organização da atenção à gestante de alto risco, nesta cidade caso.

4.1.1 A atenção às gestantes nas consultas de pré-natal de baixo risco

Conforme análise dos documentos utilizados neste estudo, percebeu-se as iniciativas municipais no que se refere ao aumento da capacidade física instalada das unidades de saúde,

tanto do ponto de vista do aumento do número de unidades, quanto da ampliação da oferta de serviços de atenção pré-natal (APÊNDICE J).

Para a redução da mortalidade materna, nesta cidade caso, dentre as estratégias estabelecidas, foram encontrados os seguintes registros no Plano Municipal de Saúde: implementação do PHPN em todas as unidades de saúde; qualificação das consultas básicas de pré-natal e puerpério; garantia de apoio e diagnóstico à gestante; implementação do planejamento familiar em toda a rede; implementação da redução das carências nutricionais em gestantes; implementação das ações do pré-natal de alto risco; implementação do sistema de referência e contra-referência garantindo a intersetorialidade; implementação da rede Municipal de Apoio às Mulheres em Situação de Risco; garantia de insumos e medicamentos para tratamento das Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação; implementação do Sistema de Informação da área técnica de saúde da mulher; manutenção das ações de Vigilância Epidemiológica dos óbitos das mulheres em idade fértil e óbitos maternos e intensificação das ações do Comitê de Mortalidade Materna.

As estratégias acima mencionadas foram estabelecidas com o intuito de reduzirem o número de óbitos maternos em 1% no ano de 2006, em 3% no ano de 2007, em 4% no ano de 2008 e em 5% no ano de 2009. Não foram encontrados registros nos Relatórios de gestão sobre a ocorrência de óbitos maternos (APÊNDICE J).

Nesta direção, o PHPN foi implantado nesta cidade em todas as Equipes de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no ano de 2007. Neste mesmo ano foi realizada uma capacitação sobre atenção pré-natal, parto e puerpério, pela área técnica de saúde da mulher da secretaria municipal da Saúde da cidade caso, onde participaram profissionais enfermeiros e médicos. Foram discutidos neste encontro os indicadores da atenção básica para a saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal, além dos avanços obtidos nesta atenção sobre o PHPN e aspectos relativos à própria atenção (APÊNDICE J).

No que se refere aos argumentos analisados, notou-se que nesta cidade caso, quando a mulher descobre ou desconfia que está grávida, ela deverá procurar a UBS do seu bairro, após a captação dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo solicitado um exame laboratorial, o *B-hcg*, pela enfermeira da unidade. Após a confirmação deste exame, as gestantes são imediatamente cadastradas no programa de pré-natal (Quadro 5, 6, 8, 9, 10).

Entretanto, três gestantes entrevistadas informaram que tiveram acesso às consultas de pré-natal mediante informação de outras pessoas (Quadro 7), por vontade própria (Quadro 12) ou porque o Agente Comunitário de Saúde informou que ela teria de fazer as consultas na

UBS. Neste último caso, a gestante tinha iniciado as consultas de pré-natal em uma instituição privada. Desta forma, entende-se que nesta situação, a gestante procurou a UBS devido à autoridade do Agente Comunitário de Saúde ou mesmo com relação à necessidade municipal de cadastro de gestantes para alimentar o Sispre natal.

Quadro 5 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Todos os PSFs e Unidades Básicas tem atendimento de pré-natal”. (ECAB)	“[...] Inicialmente essa grávida é captada pela agente comunitária, e levada até o programa de saúde da família do seu bairro”. (ECAB)
“[...] O cadastramento no PHPN é feito pela enfermeira, geralmente no PSF e tem algumas unidades em que o técnico ou assistente administrativo. Ele é treinado para fazer esse cadastro no Phpn”. (ECAB)	
“[...] A gestante quando chega na primeira consulta, geralmente nós já solicitamos os exames laboratoriais e a depender do período de gestação, acrescentamos a ultrasson obstétrica”. (ECAB)	
GARANTIA (pois)	
“[...] No programa de saúde do bairro, ela é atendida pelo enfermeiro e pelo médico, faz o seu cadastro, e todo o seu acompanhamento do pré-natal, tanto as consultas, como a realização dos exames, ultrasson, hemograma, VDRL, HIV, todos aqueles que o Ministério da Saúde preconiza”. (ECAB)	
APOIO (considerando/por conta de)	
“[...] Mas na grande maioria das vezes, esse cadastro é feito quando a gestante chega pela primeira vez na Unidade de Saúde da Família e vai fazer sua primeira consulta. É nesse dia que a enfermeira além de fazer a primeira consulta e preencher o cartão da gestante, ela faz o cadastro no Phpn e todo aquele acompanhamento que a gente já conhece”. (ECAB)	

Ainda em relação ao acesso à atenção pré-natal na UBS, três das gestantes entrevistadas informaram que não encontram dificuldades para agendar as consultas (Quadros 7 e 8). Inicialmente, esta facilidade no acesso pode ter sido em decorrência da UBS tradicional em estudo dispor de um sistema de marcação informatizado, que não demanda muito tempo para o seu manuseio pelo profissional responsável por esta atividade, refletindo também no tempo de espera da gestante. Com relação às consultas propriamente ditas, o acesso foi facilitado porque uma delas já conhecia um dos médicos que trabalhava na UBS, enquanto que para a outra, o fato da enfermeira chegar cedo à USF contribuiu para que o tempo de espera da gestante fosse reduzido.

Quadro 6 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] E aí são feitas de seis a oito consultas, ou mais, a depender de cada paciente”. (EUSF)	“[...] eu acredito que a atenção pré-natal nesta cidade está resolvendo muitos problemas das gestantes”. (EUSF)
“[...] A primeira consulta é feita pela enfermagem, onde é feito o pedido dos exames que estão no protocolo e a segunda consulta, que é a do próximo mês, ela passa pelo médico da unidade e retorna para enfermeira, enfermagem novamente”. (EUSF)	
“[...] Na primeira consulta nos fazemos o cadastro da gestante no PHPN e a gente cadastra. A primeira folha nós encaminhamos para a secretaria, e a segunda fica aqui arquivada na unidade”. (EUSF)	
GARANTIAS (pois)	
“Quando a mulher descobre ou desconfia que está grávida, ela vem até a unidade, a gente pede o exame, o B-hcg e aí se ficar confirmada a gestação, automaticamente a gente já marca o pré-natal”. (EUSF)	
“[...] Nas consultas, a gente pesa a gestante, verifica a pressão, faz a mensuração do fundo uterino, ausculta os batimentos cardíofetais do bebê, e também ouve as queixas, orienta a paciente e avalia o estado de vacinação”. (EUSF)	
“[...] Geralmente não deixamos assim a última consulta. Enquanto ela não ganha nenê, nós tentamos acompanhar esta gestante. Não perdemos ela de forma alguma, porque se ela apresentar qualquer alteração, nós encaminhamos para o hospital”. (EUSF)	
“[...] Nós pegamos os resultados dos exames e registramos nas fichas, a vacinação, a primeira dose, se está imune. Eu mando todo mês esse acompanhamento para a secretaria de saúde”. (EUSF)	
APOIO (considerando/por conta de)	
“[...] A penúltima consulta é que encaminhamos para o médico reavaliar e depois a gestante continua com a gente até o momento do parto”. (EUSF)	

Na argumentação de uma das entrevistadas (quadro 8), observou-se que a mesma encontrou como dificuldade para o acesso à atenção pré-natal o sistema de agendamento da UBS tradicional. De acordo com esta gestante, para o agendamento das consultas de pré-natal nesta unidade de saúde, é especificado apenas um dia na semana a partir das onze horas da manhã. O estabelecimento de apenas um dia na semana e o horário disponível pela gerência da UBS tradicional, na percepção desta entrevistada foi uma barreira, já que ao chegar fora do horário estipulado lhe fora negado o direito de marcar a sua consulta.

Quadro 7 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Gestante 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre as consultas de pré-natal com a enfermeira.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Eu não tenho do que me queixar. Foi através de uma amiga minha que fez o pré-natal nesta unidade, e me indicou. A minha amiga me falou que era muito bom, e que pessoas que trabalhavam no pré-natal eram muito competentes”. (G02 USF)	“[...] Eu fui bem tratada durante o pré-natal com a enfermeira [...]”. (G02 USF)
“[...] Eu não tive dificuldade nenhuma para agendar as minhas consultas. As marcações foram rápidas. Só pediram minha identidade e meu comprovante de residência, aí eu já fiquei encaminhada para fazer meu pré-natal, um dia de cada mês”. (G02 USF)	
GARANTIAS (pois)	
“[...] Quando eu chegava para fazer meu pré-natal eu não demorava muito. A Enfermeira chegava 08 horas e já começava o atendimento, que era por ordem de chegada. Quem fosse a primeira, era a primeira a ser atendida, e eu era sempre quase a primeira a ser atendida”. (G02 USF)	
“[...] a enfermeira me examinava, via como estava minha pressão, via se eu estava inchando, os inchaços nas pernas, escutava o coração do bebê pra ver como estava. Ela também fazia o exame dos seios, para ver como estava, mandava a gente sempre ficar nos tocando, que é muito bom, para ver se o seio não estava se alterando, e também falava várias coisas”. (G02 USF)	
APOIOS (considerando/por conta de)	
“[...] Eu fui bem tratada, não era que eu era mal-tratada na recepção, mas quando eu chegava na sala da Enfermeira eu era bem tratada [...]”. (G02 USF)	
“[...] Nas consultas de pré-natal só participava eu e meu esposo. Em todas as consultas de pré-natal meu esposo estava sempre comigo, me acompanhando”. (G02 USF)	

Os obstáculos enfrentados pelas mulheres estão ligados à estrutura e ao funcionamento do sistema de saúde local. Desta forma, a peregrinação das mulheres inicia-se desde a gravidez e, portanto, antes da já conhecida e discutida peregrinação das mulheres grávidas para a assistência ao parto.

No estudo de Ximenes Neto et al. (2008), em 93% das UBS as gestantes possuíam horário específico pré-agendado para a consulta de pré-natal. Tal prática organizativa humaniza a atenção e reduz o tempo de espera da gestante, propiciando conforto e segurança para a mesma. Para o sucesso desta prática, considera-se fundamental o estabelecimento de vínculos solidários com as gestantes, para que as suas necessidades e barreiras para o acesso ao agendamento das consultas possam ser minimizados.

Entende-se que ao ser estipulado um único dia para o agendamento das consultas de pré-natal, a gerência desta UBS poderá contribuir com a captação precoce das gestantes ou mesmo potencializar o não comparecimento à unidade posteriormente, já que ao encontrar

dificuldades no primeiro contato com a UBS ou mesmo nos subsequentes, estas usuárias poderão não valorizar a atenção pré-natal ou mesmo buscar este tipo de atenção no sistema privado, de acordo com suas condições econômicas.

Quadro 8 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Gestante 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] A Agente de Saúde me falou e eu fui fazer a consulta”. (G02 UBS)	“[...] Eu não considerei meu pré-natal muito bom!”. (G02 UBS)
“[...] Minhas consultas eu considero marcadas horríveis, porque nós temos que marcar as consultas no dia especificado, que é na quinta-feira, a partir das onze horas”. (G02 UBS)	
“[...] Mas eu fui transferida para a médica, porque meu pré-natal foi considerado de risco, porque eu sou Rh negativo”. (G02 UBS)	
“[...] Então, eu perdi algumas consultas do meu pré-natal”. (G02 UBS)	
GARANTIA (pois)	
“[...] se você não puder ir todos os dias lá, em tal horário marcado, por causa de vinte a trinta minutos que passam, você não marca mais, tem que ir outro dia marcar”. (G02 UBS)	
APOIOS (considerando/por conta de)	
“[...] Eu considero isso um absurdo, porque desde que você vai marcar as consultas, se o trabalhador está ali, não custa nada ele marcar as consultas, já que a gente atrasou alguns minutos, claro que a gente poderia marcar mesmo assim, principalmente porque nós estamos gestantes”. (G02 UBS)	
“[...] A médica que ficou me acompanhando deveria melhorar a forma de tratar as pessoas, de receber as pacientes, de conversar com as pacientes, de explicar”. (G02 UBS)	

No estudo de Figueiredo e Rossoni (2008), destacaram-se duas formas de acesso ao pré-natal na unidade investigada: pronto-atendimento médico e consulta agendada. O primeiro contato da gestante é marcado por ambas as formas, ao passo que nas consultas subsequentes, as gestantes referem unanimemente que o acesso é garantido mediante agendamento. Nesse caso, o profissional que prestou a consulta trata de remarcar a próxima, seja de forma mensal, quinzenal ou semanalmente, de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a, 2006a) e a necessidade de cada mulher.

Sabe-se o quão relevante é o início da assistência pré-natal, bem como sua continuidade, para que o desfecho da gestação seja favorável, tanto para a mãe quanto para o conceito. Nessa perspectiva, acredita-se que o local de atendimento deva ter fácil acesso no que

concerne à realização/marcação de consultas, para que a atenção não seja postergada a ponto de afetar adversamente a identificação e manejo de possíveis problemas. Caso contrário, a atenção adequada pode não ser obtida, incorrendo em prejuízo à saúde da mulher e do seu filho e consequentes gastos adicionais ao sistema de saúde (BRASIL, 2005a, 2006a; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008).

Dentre as principais dificuldades mencionadas, destacam-se: o acesso ao primeiro atendimento, o tempo de espera para a consulta e a falta de vínculo com o profissional que realiza a assistência. Em alguns casos, esses obstáculos podem constituir uma ameaça à continuidade da assistência, sob o ponto de vista das usuárias (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008). Entretanto, sabe-se que a assistência à saúde pode apresentar obstáculos relacionados à acessibilidade organizacional em decorrência da dificuldade na procura pela atenção pré-natal, representada pela demora na marcação de consultas.

Além disso, a demora em obter a assistência pode estar relacionada ao tempo em que as gestantes permanecem em sala de espera, ficando submetidas a instalações desconfortáveis da unidade de saúde. Um serviço de saúde de qualidade deve criar alternativas para evitar longas esperas e priorizar as gestantes nas filas. Isso se constitui em um direito das mesmas, o qual necessita ser obedecido pelas unidades de saúde. Além de causar mal-estar, a longa espera pode constituir-se em obstáculo para a frequência da gestante nas consultas de pré-natal (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008).

Mesmo não tendo este estudo a intenção de aprofundar a desigualdades de acesso aos serviços de atenção pré-natal, sob a ótica do diferencial de raça/cor, merece destaque as dificuldades enfrentadas por estas entrevistadas, no agendamento das consultas de pré-natal, mas ocultadas de forma consciente ou inconscientemente por elas. Vale ressaltar que três gestantes entrevistadas se autodeclararam negras, enquanto que uma delas se considerou parda.

Assim, ao depender de terceiros para que seja garantido o direito ao acesso às consultas de pré-natal ou mesmo não ser permitido o agendamento destas consultas em virtude de atrasos e fora da rotina do serviço, esta pode ser uma forma de reproduzir no sistema de saúde a exclusão social vivenciada pela população negra, bem como a desigualdade racial no acesso aos serviços públicos de saúde.

No estudo de Leal, Gama e Cunha (2005), na relação com os serviços de saúde, as desigualdades se reproduziram tanto no acesso a um pré-natal adequado quanto no momento do parto. Menos de um quinto das mulheres negras com grau de instrução menor realizaram um pré-natal considerado adequado; e mesmo no grupo de maior instrução, esse benefício não

cobriu a metade delas. As pardas mostraram o mesmo padrão, ligeiramente atenuado. Quase um terço das pardas e das negras não conseguiram atendimento no primeiro estabelecimento procurado, e no parto vaginal receberam menos anestesia. A perambulação pelas maternidades na hora do parto constitui-se uma das dimensões da falta de acolhimento das instituições de saúde e reflete a ausência de planejamento sistêmico para assistência ao nascimento, com consequências danosas para a mãe e seu conceito.

Sendo assim, o início precoce da atenção pré-natal tem importância principalmente na diminuição da morbidade materna, e sua manutenção até o terceiro trimestre da gestação favorece à identificação de possíveis riscos perinatais, possibilitando intervenções oportunas.

De acordo com o quadro 8a, no que se refere ao percentual de gestantes que se inscreveram no PHPN e realizaram a primeira consulta com relação ao número de nascidos vivos, observa-se que, em 2007, foram 20,5% de um total de 5.361 gestantes selecionadas, e em 2008, 21,3%, de um total de 5.582. Considera-se um incremento de 0,8%, sendo observada uma ampliação de 221 gestantes cadastradas para o período. Das gestantes que participaram deste estudo, 01 não foi cadastrada no PHPN.

QUADRO 8a – Indicadores de cobertura e captação de gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.

INDICADOR	2007			2008		
	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)
Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta, em relação ao nº de nascidos vivos*	26.196	5.361	20,5	26.196	5.582	21,31
Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até 120 dias, em relação ao nº de nascidos vivos*	8.338	3.306	39,65	8.338	3.525	42,28

FONTE: Relatório de indicadores do Sis prenatal. Divisão de Informática da Secretaria Municipal de Saúde da cidade caso. Bahia. 2009.

*Para esta cidade caso, foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para efeito de cálculos dos indicadores do PHPN, um total 8.338 para o número de nascidos vivos e 26.196 para o número total de gestantes cadastradas.

Observou-se na literatura que, em 2001, o cadastramento de mulheres no PHPN foi baixo (9,25%) por diversas razões, tais como: o pequeno número de municípios que cadastravam as mulheres, já que o cadastro deferia ser até 120 dias de gestação, os profissionais das unidades de saúde não estavam suficientemente treinados para o preenchimento das novas fichas e para o encaminhamento correto. A maior parte dos municípios não possuía pessoas capacitadas para a digitação das fichas e as primeiras versões do Sis prenatal apresentavam problemas operacionais (SERRUYA, 2003).

Em relação ao percentual de gestantes inscritas no PHPN, no município caso, de acordo com o quadro 8a, registra-se que em 2007 39,65% das mulheres cadastradas realizaram a primeira consulta até 120 dias em relação ao número de nascidos vivos, sendo que em 2008 este indicador foi representado por 42,28%. As gestantes que participaram deste estudo iniciaram as consultas de pré-natal entre 14^a e a 18^a semanas de amenorréia (APÊNDICE J).

Para a compreensão da importância dada a estes indicadores pelo Ministério da Saúde, é preciso observar que o incentivo financeiro do PHPN é destinado a dois aspectos: a realização da captação precoce e o cumprimento do conjunto de critérios assistenciais ou ações estabelecidas (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A captação precoce é uma das atividades primordiais do programa. Todo município que implanta o PHPN estabelece no Termo de Adesão que terá condições e mecanismos para realizar a captação precoce de gestantes (SERRUYA, 2003).

Além de proporcionar condições de tempo para a realização das atividades recomendadas, a captação precoce poderá oferecer à gestante a possibilidade de maior comparecimento às consultas de pré-natal, com menor probabilidade de exposição aos riscos e agravos maternos e perinatais associados ao ciclo gravídico e puerperal. A captação precoce das gestantes exerce um fator de relevância, uma vez que poderá ser oferecida uma atenção pré-natal de qualidade. Contudo, é necessário entender, que existem outros fatores que podem impedir uma captação maior de gestantes, tais como as condições sócio-econômicas, culturais, geográficas e a própria oferta de serviços.

Problemas relacionados à captação precoce das gestantes têm sido atribuídos ao acesso à disponibilidade dos serviços e ao nível sócio-cultural das mulheres. Deste modo, as mulheres que residem em zona rural têm maior dificuldade de acesso à assistência pré-natal. Por outro lado, a idade da mulher ao engravidar poderá influenciar no conceito de importância dada à assistência e a problemas na condição de gestantes, gerando dificuldades diretas da cobertura e captação do programa (TANAKA, 2004 apud ARAÚJO JUNIOR, 2007).

Os dados apresentados no quadro 8a, em relação à captação precoce, podem denotar, também, uma realidade municipal em que as gestantes devem buscar a atenção nos serviços privados como garantia de qualidade, além do fato de desistirem pela busca das consultas de pré-natal na rede SUS, haja vista a possibilidade de barreiras para o acesso, tais como a distância entre a unidade de saúde e seu domicílio, a relação estabelecida com o profissional de saúde responsável pela atenção pré-natal, além da oferta de vagas, mediante possibilidade de horários conforme disponibilidades das usuárias destes serviços.

Nesse sentido, espera-se que o PHPN possa estimular os municípios na ampliação do acesso e da cobertura de qualidade a um número maior de gestantes, para que as mesmas possam ter assegurada uma condição adequada e mais humanizada de acompanhamento até o momento do parto e no puerpério, pois os números expostos pelo quadro 8a ainda são muito reduzidos, se considerada a necessidade do município em estudo.

Quadro 9 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Área Técnica da Mulher da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Ela passa pela primeira consulta, normalmente com a enfermeira, onde esta realiza o cadastro dessa gestante no Php n e vai solicitar os exames dentro do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde para o pré-natal”. (CATM)	“[...] Toda gestante, assim que tem a desconfiança ou a certeza da sua gravidez, deve procurar a unidade de saúde mais próxima da sua casa, sendo o PSF ou Unidade Básica de Saúde”. (CATM)
“[...] A gente fica cobrando essas unidades para que façam o cadastramento dessas gestantes”. (CATM)	
GARANTIAS (pois)	
“[...] Nós preconizamos o que o Ministério da Saúde recomenda: seis consultas durante o pré-natal, sendo que no mínimo, duas consultas pelo médico, no caso de uma gravidez de baixo risco”. (CATM)	
“[...] Então, nós sabemos que ainda não é aquele pré-natal idealizado, porque muitas vezes depende muito do profissional e da paciente. Tem que ter um compromisso dos dois lados e às vezes a gente não tem como mudar o jeito de agir de um profissional”. (CATM)	
“[...] Nós controlamos por aqui através do programa. Ficamos sabendo quem é que está mandando, quem não está mandando as fichas do Php n, quem está cadastrando, quem não está”. (CATM)	
“A enfermeira atende, mas ela não entende a necessidade de registrar”. [...] o que importa é o que está registrado, o que está no programa”. (CATM)	
APOIOS (considerando/por conta de)	
“[...] Eu acho que o principal para esse serviço de pré-natal dá certo [...] é porque as pessoas, eu acho, que imaginam quando chegam num lugar, querem uma estrutura pronta para poder trabalhar, e não imaginam que a estrutura só fica pronta se ela resolve trabalhar”. (CATM)	
“[...] é falta mesmo de vontade! Não acho que seja tanta gente assim para eles dizerem que não podem dar conta de tudo. (CATM)	

Por outro lado, nesta cidade caso, a primeira consulta de pré-natal é realizada pela enfermeira da UBS (Quadros 6, 9 e 10). São preconizadas seis consultas de pré-natal, sendo no mínimo duas com profissional médico, o que está de acordo com os critérios mínimos do PHPN. Assim, o número total de consultas realizadas, está condicionado ao processo da captação precoce das gestantes, variando entre USF e UBS tradicional (Quadro 6, 9 e 10).

Durante os nove meses de preparo para o parto e nascimento, é importante garantir o acompanhamento por profissionais de saúde capacitados para tal atenção. O Ministério da Saúde salienta a importância do pré-natal e incentiva todas as gestantes a buscarem o atendimento gratuito no SUS, através do PHPN, buscando garantir o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal. Todas as Unidades Básicas de Saúde do SUS devem oferecer atendimento adequado com uma assistência médica e de enfermagem frequentes.

Quadro 10 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Primeiro, fazemos o cadastramento da gestante via agente comunitária de saúde”. (EAUBS)	“[...] nesta cidade fazemos um bom pré-natal, pois a paciente tem acesso ao que o Ministério da Saúde preconiza durante a gestação, como os exames e as seis consultas de pré-natal”. (EAUBS)
“[...] Eu faço consulta todo mês. Todo mês a paciente vem para mim para fazer acompanhamento [...] se você deixar muito tempo, a gestante não volta mais para a consulta [...] não veio pra consulta, já aciona o agente, o agente aciona a gestante e traz a gestante para não se perder”. (EAUBS)	
“[...] Uma gestante hoje comigo, no mínimo, ela faz sete consultas. Porque todo mês ela vem. Só não dá seis ou sete consultas, caso ela comece muito tardiamente”. (EAUBS)	
“[...] Após essa primeira consulta, aguardamos a chegada dos exames e a segunda consulta ela já faz com o ginecologista, que também é obstetra. Ele olha todos os exames, entra com qualquer tipo de medicação, caso seja necessário, e encaminha de volta para o enfermeiro, onde é dada continuidade”. (EAUBS)	
GARANTIA (pois)	
“[...] a paciente já se dirige para a unidade para a marcação, tudo via sistema, e marca a primeira consulta com o enfermeiro”. (EAUBS)	
APOIO (considerando/por conta de)	
“[...] A partir daí, cadastramos no pré-natal, colhemos toda a história da paciente, preenchemos o cartão da gestante e a folha de acompanhamento da ficha de pré-natal”. (EAUBS)	

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a, 2006a) recomenda para a atenção pré-natal de qualidade a realização de um total mínimo de seis consultas. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), 95% das causas de morte materna são evitáveis por medidas pré-natais

adequadas e inclui-se, neste panorama, o número de consultas por gestantes. Diante disso, pensa-se que ao ser estipulado este número mínimo de consultas, é primordial o estabelecimento de estratégias locais para a captação precoce das gestantes.

Com relação aos indicadores de processo do PHPN, conforme quadro 10a, no ano de 2007, das 483 gestantes selecionadas de um total de 3.915, 12,34% realizaram 06 consultas de pré-natal, enquanto que em 2008 foram 16,53% das 659 gestantes selecionadas, de um total de 3.987. As gestantes que participaram do estudo realizaram de 05 a 08 consultas de pré-natal.

Quadro 10a – Indicadores do número de consultas de pré-natal das gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.

INDICADOR	2007			2008		
	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal	3.915	483	12,34	3.987	659	16,53

FONTE: Relatório de indicadores do Sispre natal. Divisão de Informática da Secretaria Municipal de Saúde da cidade caso. Bahia. 2009.

*Para esta cidade caso, foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para efeito de cálculos dos indicadores do PHPN, um total 8.338 para o número de nascidos vivos e 26.196 para o número total de gestantes cadastradas.

Assim, em relação a este indicador na cidade caso, pode-se perceber que o mesmo encontra-se baixo, demandando por parte do gestor municipal e trabalhadores da saúde envolvidos na atenção pré-natal a implementação de estratégias para a captação precoce e que possam ampliar o número de consultas por gestantes. Por outro lado, pode-se considerar, também, o fato das gestantes terem realizado um número maior de consultas de pré-natal, não sendo este dado assinalado nas planilhas do PHPN pelo profissional responsável pela realização da consulta.

Por outro lado, na primeira consulta de pré-natal, é feito o cadastro da gestante nas planilhas do PHPN. Coleta-se sua história clínica e obstétrica, composta do relato de antecedentes patológicos pessoais e familiares, ocorrência de etilismo e de tabagismo, o número de gestações, de partos e de abortos. Questiona-se, também, a história de recém-nascidos com baixo peso ou com alguma malformação. É preenchido e disponibilizado o cartão da gestante e a ficha perinatal. Nesta primeira consulta, são solicitados os exames laboratoriais preconizados pelo PHPN e, dependendo do período de gestação, é acrescentada a ultrassonografia obstétrica (Quadros 6, 9 e 10).

Ainda na primeira consulta, é realizado o primeiro exame físico da gestante, composto por avaliação das mamas, medição do fundo uterino, verificação dos batimentos cardíacos, manobra de Leopold, com vistas ao diagnóstico da apresentação, avalia-se a presença de edema e atenta-se para qualquer queixa da paciente (Quadros 6 e 10). Este exame é complementado pela aferição de pressão arterial. A gestante é orientada e é avaliado o seu estado de imunização contra o tétano.

A UBS tradicional que foi um dos campos empíricos deste estudo, no momento da coleta possuía um sistema de marcação de consultas que estava sendo testado pela secretaria municipal da Saúde da cidade caso. Conforme argumentação do quadro 10, todas as consultas de pré-natal estavam sendo registradas neste sistema, sendo que a ficha perinatal que era manual estava sendo substituída. O registro das informações relativas à atenção pré-natal ficava arquivado no sistema, pois não tinha mais prontuários nesta UBS.

Entende-se que o uso desta tecnologia na atenção pré-natal é fundamental, pois poderá facilitar a tomada de decisão referente às condições da gestante, uma vez que o acesso à história clínica e obstétrica será facilitado. Entretanto, dependendo da sensibilidade do trabalhador da saúde responsável pelo seu manuseio, poderá ser uma barreira para o estabelecimento de vínculos com a gestante, pois a consulta poderá ficar limitada à realização de perguntas fechadas e ao preenchimento via sistema da ficha pré-natal.

Ainda com relação aos indicadores do PHPN, no quadro 10b, o percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, na cidade em estudo, no ano de 2007 foram 2.110 (58,08%) gestantes selecionadas de um total de 3.633, enquanto que em 2008 foram 2.301 (61,66%) selecionadas de um total de 3.732. Em relação às participantes deste estudo a vacina antitetânica foi devidamente aplicada, sendo as mesmas imunizadas com as três doses recomendadas pelo esquema ministerial.

No estudo de Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) a vacinação antitetânica foi administrada em 33,5 % das gestantes inscritas no PHPN em 2002, na cidade de Salvador, Bahia. Entretanto, o percentual de gestantes imunizadas contra o tétano pode ser mais elevado ao se considerar que algumas mulheres encontravam-se imunizadas anteriormente.

Nesta cidade, os dados dos Relatórios de Gestão registram boa cobertura vacinal das gestantes. Em 2005, 91,19% das gestantes foram devidamente imunizadas contra o tétano; em 2006, 90,8%; em 2007, 91,8%; e em 2008, 91,8%. Estes dados estão acima da média apontada pelo Sisprenatal para esta cidade caso. Este fato reforça a necessidade de registros fidedignos da atenção prestada às gestantes. Portanto, é essencial investir na orientação das

mulheres sobre a importância da vacinação, o que implica a necessidade de um seguimento mais próximo, com supervisão e reforço fundamentais na assistência pré e pós-natal.

Quadro 10b – Indicador de vacinação antitetânica das gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.

INDICADOR	2007			2008		
	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)
Percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	3.633	2.110	58,08	3.732	2.301	61,66

FONTE: Relatório de indicadores do Sispre natal. Divisão de Informática da Secretaria Municipal de Saúde da cidade caso. Bahia. 2009.

O percentual de gestantes inscritas que realizaram as seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos foi consideravelmente baixo, sendo representado por 66 (5,17%) das gestantes selecionadas de um total de 1.276 em 2007 e em 2008, por 91 (6,72%) selecionadas de um total de 1.352 gestantes (Quadro 10c).

Os exames básicos têm o objetivo principalmente de avaliar o estado geral da saúde da mulher e detectar infecções que podem gerar má formação ou até mesmo o óbito fetal. Doenças que a gestante já apresentava antes de engravidar podem se agravar com a gestação, e por isso é sempre importante o acompanhamento através de exames. Os exames laboratoriais básicos são imprescindíveis no acompanhamento pré-natal, uma vez que complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, favorecendo ao estabelecimento de diagnósticos e condutas adotadas com relação aos mesmos.

Sobre o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, em 2007, das 1.276 gestantes, 64 (5,02%) foram selecionadas e realizaram todas as etapas demonstradas, enquanto que em 2008 cumpriram essas etapas um total de 91 (6,72%) das gestantes selecionadas de um total de 1.354.

Quadro 10c – Indicadores combinados de consultas, exames e vacinação antitetânica das gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.

INDICADOR	2007			2008		
	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	1.276	126	9,87	1.354	205	15,14
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos	3.915	229	5,85	3.987	290	7,27
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos	1.276	66	5,17	1.354	91	6,72
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	1.276	64	5,02	1.354	91	6,72
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	1.276	62	4,86	1.354	89	6,57

FONTE: Relatório de indicadores do Sisprenatal. Divisão de Informática da Secretaria Municipal de Saúde da cidade caso. Bahia. 2009.

Apesar de a vacinação antitetânica estar disponível em praticamente todos os serviços de saúde, ainda existe mulheres que não recebem nenhuma dose da vacina e um número importante que não é corretamente imunizado. Embora os casos de tétano neonatal tenham declinado nos últimos anos em todas as regiões, principalmente pelo aumento da cobertura hospitalar ao parto e da vacinação sistemática de gestantes em mulheres em idade fértil, é necessário o investimento contínuo na melhor cobertura vacinal (COUTINHO et al., 2003).

Os dados apresentados no quadro 10c apontam, também, que em 2007, de um total de 1.276 gestantes, 62 (4,86%) selecionadas realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, enquanto que em 2008 foram 89 (6,57%) selecionadas de um total de 1.354 gestantes que também realizaram essas etapas.

Quadro 11 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Olhamos as mamas, se tem algum nódulo ou alguma coisa, se tiver algum nódulo, geralmente, encaminhamos para o ginecologista, que dá uma avaliada, pois se precisar de um mastologista, alguma coisa, porque não está podendo mais, nós encaminhamos para o especialista. Antes podia, mas agora não pode mais. Nós encaminhamos direto para o especialista”. (EAUBS)	“[...] não tem como os profissionais desenvolverem uma atenção de qualidade no pré-natal, pela questão da cobrança em termo de produtividade, que tem que se cumprir tantas metas, tem que se atender tantas gestantes. Nós não queremos só cumprir metas”. (EAUBS)
“[...] Fazemos a medição do fundo uterino, batimentos cardíacos, depois a apresentação, se é cefálica, avaliamos a presença de edema e atentar para qualquer queixa da paciente”. (EAUBS)	
GARANTIAS (pois)	
“[...] Na consulta coletamos a anamnese, os antecedentes patológicos pessoais e familiares, a questão de etilismo, tabagismo, número de gestações, de partos e de aborto. Questionamos, também, sobre história de recém-nascidos com, baixo peso ou com alguma malformação”. (EAUBS)	
“[...] A questão da marcação, no cartão da gestante, todas as consultas são registradas no sistema, onde a gente tem todo cadastro, aquela ficha amarela no pré-natal, que ela é feita manual tem que preencher aquela ficha toda no sistema, aí tudo fica arquivado agora no sistema, não tem mais prontuário. Todo prontuário que antes tinha manual, passou a ser digitado”. (EAUBS)	
APOIO (considerando/por conta de)	
“[...] a grande confusão aqui é a questão de pré-natal para mim, porque eu marco dez consultas de pré-natal, só que o município diz que são dezesseis, mas se você for atender dezesseis, você não faz dezesseis consultas de qualidade, então eu só atendo dez”. (EAUBS)	

Diante desta realidade, conforme análise do quadro 9, um dos entraves para os percentuais reduzidos encontrados nos indicadores de processo do PHPN para esta cidade

caso, seria o fato das enfermeiras responsáveis pelo preenchimento da ficha cadastral não registrar as informações que alimentam o SISPRENATAL. Contrapondo este dado, uma das enfermeiras entrevistadas informou que mensalmente estas informações são repassadas para a Secretaria Municipal da Saúde (Quadro 6).

Desta forma, evidencia-se uma preocupação com os indicadores de processo do PHPN, do ponto de vista numérico, não se considerando a qualidade da relação estabelecida entre trabalhadores da saúde e usuárias do serviço de atenção pré-natal.

Assim, foi determinado pela Secretaria Municipal da Saúde um total de dezesseis consultas de pré-natal por turno de atendimento. Permite-se considerar que este total de consultas poderá comprometer a qualidade da atenção oferecida às gestantes, pois o tempo de realização da mesma fica reduzido.

Quadro 12 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Eu consegui agendar a minha primeira consulta de pré-natal informando-me no balcão de atendimento do posto. Porque eu tinha mudado de rua, aí eu não conhecia o agente de lá de onde eu estava morando. Depois que apareceu, foi me acompanhando também”. (G01 UBS)	“[...] Eu achei o pré-natal bom, com atendimento muito bom!”. (G01 UBS)
“[...] Eu não tive dificuldade para marcar esta consulta, porque eu conhecia já meu médico. Ele era conhecido”. (G01 UBS)	
GARANTIAS (pois)	
“[...] Eu considereei bom, porque ela (a enfermeira) atende, não é ignorante, chama por ordem, não bota ninguém na sua frente, é paciente com você, se você estiver ocupada com alguma coisa, lhe espera, para te atender, não manda você ir para casa, vê primeiro o que está havendo com você e com a criança”. (G01 UBS)	
“[...] As consultas dela (a enfermeira) são diferentes das consultas do médico. Ela atendia melhor! Porque nem sempre todos os médicos têm paciência como ela tem. Tem uns que são muito apressados, afere a pressão rapidamente, e ela não, tem paciência, mediu, olhou, aí veio novamente para ver se estava certinho, se estava tudo correto. (G01 UBS)	
APOIOS (considerando/por conta de)	
“[...] tive um acompanhamento da enfermeira, me acompanhando e passando exames”. (G01 UBS)	
“[...] Nas consultas, a enfermeira ouvia o coraçãozinho do bebê, via se tinha leite, apertava o peito pra ver se tinha chegado leite, se ia ter quando nascesse, passava remédio para comer, para não ficar fraca, aferia a pressão, para ver se estava baixa”. (G01 UBS)	

Assim, esta meta municipal acaba não sendo cumprida, pois a preocupação imediata da enfermeira da atenção básica conforme proposição do quadro 11 é com a qualidade das consultas de pré-natal, o que justifica o agendamento de um número menor de consultas por turno de atendimento.

Quadro 13 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Gestante 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal com a enfermeira.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Eu fiz uma pergunta para ela assim: doutora, mesmo que eu faça o exame do coombs indireto toda gravidez e sempre der negativo, mesmo assim meu filho provavelmente pode nascer com algum problema? Ela me respondeu que corria. Então, por mais que ela tinha que me falar esta resposta, ela não poderia me falar assim: corre! Claro que corre! Pelo menos que ela me dissesse de outra maneira: corre, mas não vamos pensar assim, por que corre e não corre, pode ser que aconteça alguma coisa pode ser que não, principalmente porque deu negativo, menos chances de acontecer alguma coisa”. (G02 UBS) “[...] Eu fui procurar a médica que estava realizando o meu pré-natal porque eu estava com um problema de saúde, para conversar com ela [...] ela reagiu de uma forma horrível porque eu não tinha marcado o pré-natal. Eu consegui me consultar com ela depois de todos os pacientes já que eu não tinha marcado, mas como tinha acontecido isso eu quis ter a pressa de me consultar com ela logo”. (G02 UBS)	“[...] eu não fiquei satisfeita com o meu pré-natal, de maneira nenhuma, pois ela (a médica) não media a minha barriga, não ouvia o coração do nenê, apenas procurava os exames que ela (a médica) tinha passado e olhava o resultado e pronto, não fala mais nada!”. (G02 UBS)
GARANTIAS (pois) “[...] Mas não, ela me disse uma forma tão clara que corria risco, que eu saí de lá mesmo assustada. Fiquei triste, passei alguns pré-natais sem ir. Eu não quis ir porque era com ela, porque a enfermeira tinha se afastado por um período [...]”. (G02 UBS) “[...] Aquela médica deixa a desejar!”. (G02 UBS)	
APOIOS (considerando/por conta de) “[...] ela como médica ou mesmo que ela fosse uma enfermeira, eu acho que a pessoa tem que saber tratar o paciente, porque ela me assustou”. (G02 UBS) “[...] Na última que eu passei com a médica, que eu estava chorando ainda, uma funcionária do posto me disse assim: a enfermeira está aqui, você não quer falar com ela? Ela foi pedir a enfermeira para fazer a minha consulta e ela fez uma consulta de pré-natal. Eu não estava mais fazendo pré-natal com ela e não estava mais marcando para ela, mas ela me colocou na cama, mediu minha barriga, ouviu o coração do meu nenê, olhou com quantas semanas eu estava e quando eu ia parir, perguntou sobre os meus exames e conversou comigo. Essa enfermeira é um excelente profissional”. (G02 UBS) “[...] Ela (a médica) estava com pressa, ficou nervosa, chateada comigo porque eu fui a última paciente e ela teve que me atender. [...] Eu pedi para ver meus exames e ela disse que não ia ver porque meu pré-natal não tinha sido marcado”. (G02 UBS)	

Assim, quando uma equipe de saúde não está sensibilizada para a importância da criação de vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento. Observou-se no estudo de Almeida e Tanaka (2009) que mesmo o sistema

lhe oferecendo poucas opções de locais de atendimento, a gestante se esforça por buscar aquelas que lhe transmitam maior segurança, em um movimento natural de obter as melhores condições possíveis para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho.

As gestantes da cidade caso têm o direito de serem acompanhadas por um médico da atenção básica. Assim, ao procurarem esta atenção, conforme encaminhamento da enfermeira responsável pelo serviço de pré-natal e seguindo o protocolo municipal, percebe-se que as gestantes apontam a consulta médica como um encontro de relações impessoais, onde predomina o modelo de queixa e conduta. Nestas consultas, a leitura de exames laboratoriais é priorizada em detrimento de uma ação mais acolhedora (Quadros 12, 13 e 14).

Quando as gestantes conseguem atendimento em serviço de pré-natal deparam-se com o despreparo e descompromisso dos profissionais, que não lhes dão atenção, estão sempre apressados e, portanto, não conseguem estabelecer interação com as mulheres que, assim, julgam o atendimento apressado e sem profundidade, comprometendo, desta forma, a efetividade da assistência pré-natal. Algumas delas, não satisfeitas, peregrinam novamente em busca da satisfação de suas necessidades, buscam desta maneira a consulta de enfermagem (Quadro 13).

Por sua vez, as gestantes consideraram que foram bem tratadas durante a atenção pré-natal (Quadros 7 e 12). Esta consideração pode ser decorrente do fato de que as gestantes entrevistadas realizaram consultas com enfermeira, caracterizando uma consulta com o direito à expressão de suas necessidades e sentimentos relativos à gestação.

Por outro lado, a atenção pode estar relacionada com a realização de procedimentos considerados importantes pelas usuárias dos serviços públicos, tais como a avaliação da pressão arterial, a facilidade para agendar as consultas de pré-natal, a garantia das consultas subsequentes realizadas pela mesma profissional da primeira consulta, a escuta proporcionada pela enfermagem. Assim, é preciso destacar aqui que parece ser importante nesta atenção a presença constante dos trabalhadores da saúde bem como o respeito pela gestante.

Nesta cidade caso, conforme argumentação das gestantes, a consulta de pré-natal realizada pelo profissional médico, ocorria de forma fria e impessoal já que este apresentava-se com pressa para a finalização da consulta. Este profissional mostrou-se impaciente com a gestante e por vezes, utilizou palavras inadequadas para a compreensão da gestante, no que se refere à condição clínica de seu conceito.

A mecanização, a fragmentação e a biologização do atendimento foram colocadas como ações desumanizadoras no estudo de Zampieri (2006). De acordo com as gestantes, alguns profissionais da equipe de saúde, especialmente alguns médicos, sentavam-se no outro lado da

mesa, não olhavam para elas ou as tratavam com indiferença. Realizavam os procedimentos de uma forma rotineira e fria. Realizavam medidas, mensurações e verificações de peso e de pressão. Solicitavam exames e davam receitas, centrando-se apenas no abdomea, priorizando o físico. Alguns eram extremamente técnicos e objetivos, sendo a consulta muito rápida. Não tinham tempo para olhar, para ver e perceber o ser humano que estava a sua frente (ZAMPIERI, 2006).

Quadro 14 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Gestante 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Eu passei pelo médico só duas vezes”. (G02 USF) “[...] Chegava e não olhava para a minha cara. Ah não! Não vou passar remédio para a senhora não, Dona R. Pronto. E eu levantava da mesa. E aí eu falava: Doutora, a minha mão está inchada e ela dizia que era normal, e não me examinava, não me mandava deitar para fazer um tipo de exame, nada”. (G02 USF) GARANTIAS (pois) “[...] Ela me passou duas vezes para o médico porque minha pressão era alta, e minha gravidez era de risco, por causa da pressão, e ela me passou para o obstetra”. (G02 USF) “[...] Só que as consultas com o obstetra não eram boas, porque a enfermeira falava uma coisa e a médica falava outra. A enfermeira achava que eu teria que tomar algum medicamento para poder baixar a pressão e já a obstetra falava que não, que não era necessário, porque era devido a minha gravidez, e se eu tomasse o remédio, poderia prejudicar o bebê. Ela não passou nenhum medicamento”. (G02 USF) APOIOS (considerando/por conta de) “[...] Ela mal olhava para mim. Eu chegava lá na sala e ela ficava só escrevendo, só isso!”. (G02 USF) “[...] A médica era péssima! Ela não me examinava, para ser uma médica obstetra”. (G02 USF)	“[...] As consultas com a médica eram muito rápidas e eu não gostei”. (G02 USF)

Nos argumentos analisados, percebe-se uma preocupação médica com o registro de informações sobre as condições dos exames laboratoriais. Estas consultas, conforme as gestantes entrevistadas, são realizadas de forma rápida não havendo condições de estabelecerem um contato e discutirem outros aspectos relativos à gestação com os profissionais médicos.

Desta forma, as entrevistadas destacam a consulta de enfermagem como sendo diferente da realizada pelo profissional médico, pois segundo estas mulheres, na consulta de

enfermagem, além de ser realizado o exame físico, a avaliação dos sinais vitais e a verificação dos batimentos cardíacos do feto, há espaço para discussão e para a escuta ativa da gestante (Quadros 12 e 13).

A consulta de enfermagem é considerada como um espaço de acolhimento porque possibilita o diálogo, permitindo a livre expressão de dúvidas, de sentimentos e de experiências, estreitando o vínculo entre a enfermeira e a gestante. Nesse sentido, percebe-se que a comunicação dialógica representa um pilar na relação enfermeira-gestante, principalmente por favorecer à gestante compreensão desse complexo processo, empoderando-a para enfrentá-lo com mais tranquilidade. Assim ao privilegiar o acolhimento e a escuta, estarão superando, em parte, uma prática profissional que tem como eixo central o modelo biológico (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Quadro 15 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre as consultas de pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“Nós trabalhamos com alguns enfermeiros que fazem o acompanhamento de pré-natal, a depender dos exames, se tiver no caso hipertensão ou algo mais grave, nós encaminhamos para ginecologista”. (GUBS) “[...] No caso do número de gestantes a ser atendidas pelas enfermeiras, nós dividimos assim: são no máximo dez gestantes por turno de atendimento, porque tem que ser um atendimento mais especializado, tem que pedir exames, tem que orientar, conversar, então é um pouco demorada a consulta. Então no máximo dez por consulta, por atendimento”. (GUBS) GARANTIA (pois) “Os funcionários daqui são pessoas capacitadas. Os enfermeiros e os obstetras capacitados”. (GUBS) APOIOS (considerando/por conta de) “Nós tentamos fazer um trabalho melhor possível. A nossa estrutura é uma estrutura simples, mas tentamos de todo meio. A estrutura é pequena, mas o melhor possível a gente faz. Damos prioridade para ela ficar sentada. A gente escolhe o melhor horário que não tenha muita gente, para não ter esta turbulência toda no ambiente da unidade, para melhor acolhê-la”. (GUBS)	“A forma como está estruturado o nosso serviço está funcionando, sim”. (GUBS)

Por fim, os profissionais de saúde avaliam que a atenção à gestante nesta cidade caso está funcionando, já que esta usuária dos serviços de atenção básica tem acesso à realização das seis consultas de pré-natal e aos exames básicos para uma atenção de qualidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Quadros 6, 10 e 15). Na percepção destas entrevistadas, esta atenção está conseguindo resolver alguns problemas enfrentados pelas gestantes.

Entretanto, ressalta-se que esta avaliação pode ser considerada pontual, pois são levados em consideração apenas aspectos numéricos, em detrimento dos entraves maiores para o acesso das gestantes, tanto para a marcação das consultas de pré-natal, quanto para a realização dos exames básicos. Vale destacar que, na UBS, a gerência vem adotando estratégias para melhorar o conforto e o acolhimento das gestantes, representadas pela escolha de horários adequados para o atendimento das gestantes e pelas prioridades destas quanto a utilização dos assentos disponíveis na unidade de saúde.

Merece destaque o fato de que, conforme argumetações apresentadas nos quadros 06 e 13, a alta do serviço de pré-natal não ocorre nesta cidade caso, já que as gestantes são acompanhadas até o momento do encaminhamento para a atenção hospitalar para o parto.

A alta da atenção pré-natal é uma realidade nacional, posto que a gestante é liberada das consultas deste programa quando completam o número de consultas estipulados e ficam à espera do momento ideal para a busca pela atenção hospitalar. Assim, este período sem o acompanhamento da equipe das UBS pode ser considerado como crítico, já que condições mórbidas podem ser agravadas ou mesmo serem desencadeadas nesse momento.

É notória a necessidade de esforços coletivos, tanto do gestor municipal quanto dos trabalhadores da saúde, para a implementação de estratégias que visem à captação precoce das gestantes, tais como a difusão de informações sobre a importância do início precoce das consultas de pré-natal como medida para o monitoramento e gerenciamento de prováveis riscos obstétricos e perinatais. Estas estratégias poderão ser implementadas através de momentos de educação em serviço, ou mesmo da própria articulação com os Agentes Comunitários de Saúde da área de abrangência das unidades básicas.

Por outro lado, as barreiras no acesso das gestantes ao agendamento das consultas de pré-natal precisam ser discutidas coletivamente, pois este entrave poderá repercutir no seguimento de uma atenção qualificada por um lado, e por outro, potencializará a ocorrência de problemas orgânicos maternos ou fetais.

Ademais, considera-se mister modificações nas relações médico-gestantes, já que esta foi considerada como impessoal, onde a preocupação imediata na consulta realizada seria a prescrição e aspectos normativos, tais como a solicitação/avaliação de exames laboratoriais.

Por fim, a atenção pré-natal, nesta cidade caso, precisa ser revista, tanto do ponto de vista do aspecto organizacional, quanto do normativo, para que a oferta de serviços com profissional qualificado e com capacidade de estabelecer uma relação dialógica com as gestantes possa garantir a detecção precoce de co-morbididades materno-fetais e garantir o acesso a uma atenção de excelência.

4.1.2 O acesso aos exames básicos durante a atenção pré-natal

Durante a atenção pré-natal nesta cidade caso são oferecidos para as gestantes, exames laboratoriais e de imagem, sendo que o número de vezes em que os mesmos são solicitados está de acordo com os critérios mínimos preconizados pelo PHPN (Quadros 16 e 17).

Quadro 16 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Área Técnica da Mulher da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Nós tivemos uma reunião nesta cidade sobre o pré-natal, fazendo tipo uma mesa redonda, para a qual foram convidados os obstetras, os responsáveis pelos laboratórios credenciados pelo SUS, o DAS, que é o setor que contrata estes laboratórios para fazer os exames, porque nós temos rede própria. Isso foi feito para discutirmos o elenco de exames que o Ministério da Saúde preconiza, e se o município ficaria só com estes exames básicos, como o hemograma, a glicemia, o VDRL, o HIV, o sumário de urina. Estes exames são solicitados no pré-natal, com preenchimento da guia”. (CATM) “[...] Quanto à ultrassonografia, se for necessária, ela terá marcado esse exame pela Central de Marcação. Esta é encaminhada para a Secretaria de Saúde via unidade de saúde e posteriormente enviado de volta com a data marcada”. (CATM)	“[...] Os exames de laboratório não precisam ser marcados, pois as gestantes vão até os laboratórios credenciados, pegando uma senha para que estes sejam realizados”. (CATM)
GARANTIA (pois)	
“[...] Nesta cidade, há algumas unidades que têm postos para a coleta de exames e a gestante não precisa se deslocar da sua residência até o laboratório. Isso nós preconizamos para que elas consigam fazer os exames”. (CATM)	
APOIOS (considerando/por conta de)	
“[...] Esta é uma das coisas que nós tentamos melhorar no sentido de que naquelas unidades mais distantes da sede do município, os exames sejam colhidos na própria unidade de saúde”. (CATM);	
“[...] Têm aquelas que insistem em procurar fazer todos os exames, enquanto que outras desistem e não os fazem. Desta forma, já fica um pré-natal um pouco comprometido”. (CATM)	
“[...] o ano passado, nossos indicadores estavam abaixo do que a meta exige, nós fizemos um trabalho de formiguinha, pedindo todas as fichas das gestantes de cada unidade e aí fomos para o programa para ver se os resultados coincidiam. O que nós percebemos foi que o problema mesmo era falta de registro”. (CATM)	

Entretanto, na análise do Protocolo Municipal de Enfermagem, foram detectados alguns exames que, mesmo não fazendo parte deste conjunto mínimo, são ofertados para as gestantes como uma forma de maior rastreio de co-morbidades clínicas e obstétricas. Dentre eles, destacam-se a sorologia para rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose e hepatite, além de citologia oncótica, ultrassonografia obstétrica (no 1º, 2º e 3º trimestres), teste de falcemia e o

parasitológico de fezes. Com relação às gestantes que participaram deste estudo, observou-se que foram solicitados em 100% das consultas, os exames básicos preconizados pelo PHPN (APÊNDICE A).

Na primeira consulta de pré-natal são solicitados os exames básicos preconizados pelo PHPN e os complementares, sendo que as unidades de saúde possuem uma cota mensal para a realização de exames na rede credenciada ao SUS. Nesta cota, as gestantes são priorizadas (Quadros 16 e 18).

Quadro 17 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira da Equipe de Saúde da Família da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Os exames laboratoriais que estão no protocolo são o hemograma, a glicemia, rubéola IgG e IgM, teste de falcemia, citomegalovírus IGG e IGM, tipo sanguíneo, tem hepatite, sumário de urina, parasitológico de fezes, coombs indireto da gestante que é negativa [...] preventivo, a ultrassom”. (EUSF)	“[...] as gestantes sempre ficam protelando para fazer os exames e isso complica o pré-natal”. (EUSF)
“[...] São feitas três ultrassom durante a gravidez ou quatro, a depender se tiver algum problema, e a gente solicita até a quarta, mas geralmente são feitas três”. (EUSF)	
“[...] É tanto que, quando sai da sala, geralmente a gestante recebe uma solicitação pronta. Eu só mando deixar aqui na unidade para eles fazerem”. (EUSF)	
“[...] E o preventivo é feito aqui na própria unidade”. (EUSF)	
GARANTIAS (pois)	
“[...] Quanto aos exames de laboratório, eu já dou autorizado para ela fazer em qualquer laboratório que seja conveniado ao SUS”. (EUSF)	
“[...] A ultrassonografia é agendada pela central. Sempre tem vaga para este exame”. (EUSF)	
“[...] Ligamos para a central e esta agenda a ultrassonografia e a guia retorna para aqui para a gente entregar ao paciente”. (EUSF)	
APOIOS (considerando/por conta de)	
“[...] Temos assim, algumas dificuldades, que têm algumas pacientes que se recusam a fazer os exames. Faz a ultrassonografia, que a preocupação delas é só este exame, para saber o sexo do bebê, se é feminino ou masculino e comprar o enxoval”. (EUSF)	
“[...] A preocupação com os exames a gente tem que ficar cobrando, porque tem umas que chegam ao final da gravidez e não faz nenhum exame. Sempre ficam protelando, dizendo, eu esqueci! Hoje eu não vim! Temos que ficar cobrar bastante para que façam os exames, que é o importante”. (EUSF)	

Pelo fato da maioria das gestações não serem consideradas como de risco obstétrico, a qualidade da atenção pré-natal, do ponto de vista da oferta de exames não é prejudicada

quando exames complementares não são ofertados, pois alguns deles são demandados apenas na ocorrência de complicações obstétricas. Neste sentido, o fato desta cidade caso incluir no elenco de exames a serem solicitados nas consultas de pré-natal os que não preconizados pelo PHPN pode representar certa preocupação com a maior cobertura destas condições obstétricas.

Assim, as gestantes, ao término da primeira consulta, recebem uma solicitação que será a garantia para o acesso à rede credenciada ao SUS. Com esta solicitação as gestantes se dirigem à recepção da UBS com o intuito de receberem a autorização oficial para a busca dos laboratórios.

Quadro 18 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Nós temos uma cota semanal, e as gestantes sempre são deixadas como prioridades. A cota daqui eu não tenho em mãos. Eu não lembro, mas é a que abrange aqui a comunidade”. (GUBS) GARANTIAS (pois) “[...] No caso dos exames, a gente já encaminha para o local, como uma ultrassonografia, uma endovaginal, mas assim no básico, a gente tenta fazer o melhor”. (GUBS) “[...] A ultrassonografia e os exames laboratoriais quando são solicitados, já passa para o laboratório, sendo feito, e rapidamente as gestantes voltam com resultado”. (GUBS) APOIOS (considerando/por conta de) “[...] As gestantes são encaminhadas para o laboratório, no caso dos exames. Lá elas fazem os exames e retornam, e os exames são analisados. As gestantes não encontram dificuldades para a realização destes exames”. (GUBS) “[...] Outro fato é que aqui a enfermeira acompanha e aí ela passa o exame, a gestante tem que ir em outro local, para saber onde a secretária marca para fazer a marcação, e aí gera desconforto, e seria muito bom se tivesse essa estrutura toda, no caso, do próprio médico que acompanha fazer os exames e já encaminhar ao parto”. (GUBS)	“[...] As gestantes não encontram dificuldades para a realização dos exames”. (GUBS)

Nesta cidade caso, alguns laboratórios credenciados não realizam determinados exames do conjunto mínimo preconizado pelo PHPN. Diante disso, as enfermeiras responsáveis pela solicitação destes exames acabam adotando como estratégia o registro destes em impressos separados para facilitar o acesso das gestantes e evitar o retorno destas usuárias para a aquisição de uma nova requisição (Quadros 17, 18 e 19).

Entende-se que ao separarem os exames laboratoriais, as enfermeiras por um lado estariam melhorando a relação das usuárias do serviço de pré-natal com a unidade, do ponto

de vista do acesso à mesma, pois não seria mais necessário o seu retorno com vistas à procura de outra requisição. Assim, estariam diminuindo a busca desordenada pelo acesso a diversas unidades credenciadas da rede.

Por outro lado, acredita-se que esta prática deva ser o reflexo da fragmentação da atenção à gestante nesta cidade caso, já que mesmo não tendo uma rede própria para a realização dos exames básicos, deveria ser ofertada para a gestante a oportunidade de realização dos exames solicitados em um único local, pois, assim, o seu acesso à rede credenciada e mesmo a garantia de realização de todos eles seriam melhorados, pois não teria mais a necessidade de “peregrinarem” pela realização destes locais.

Quadro 19 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Ela já sai com a guia carimbada e autorizada pelo SUS, já encaminha direto para o laboratório e faz os exames”. (EAUBS)	“[...] As gestantes não relatam nenhuma dificuldade para realizarem os exames que nós solicitamos”. (EAUBS)
“[...] No caso da Ultrassonografia, a depender tem muitas gestantes que já chegam aqui com 20 a 22 semanas, sentindo dor, sangramento ou alguma coisa. Neste caso, nós encaminhamos com relatório direto para a unidade de referência”. (EAUBS)	
“[...] Faço todas as orientações para a realização dos exames, a questão de precisar de jejum, a questão toda se precisa parar de comer”. (EAUBS)	
“Os laboratoriais não têm problema, porque ela vai pela manhã e já faz”. (EAUBS)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] O preventivo faz na unidade, o único que geralmente é para marcar é a ultrassom”. (EAUBS)	
“[...] A única questão é a ultrassom, que demora um ou dois meses. Então, às vezes, não está na época de solicitar a ultrassom, mas eu já solicito, porque ela já entrega a guia, daqui que chegue a guia é questão de um ou dois meses aí já está no tempo de fazer”. (EAUBS)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	REFUTAÇÃO (a não ser que)
“[...] A única coisa que elas se queixam, às vezes, é que tinham laboratórios que não faziam HIV e o VDRL. Alguns não fazem mais este exame, enquanto outros fazem. Sempre tem que deixar separadas as solicitações destes exames, apesar de ter um sistema hoje que emite uma guia única e nós separamos”. (EAUBS)	“[...] Caso não seja necessário uma ultrassom de urgência, é feita a marcação pela central. A paciente vai lá na recepção, faz uma guia, faz o agendamento e depois volta para pegar a guia”. (EAUBS)
“[...] Nós já sabemos qual o exame que faz em um laboratório, que não faz no outro, e por conta disso separamos as solicitações para facilitar a vida da gestante”. (EAUBS)	

Assim, as gestantes são orientadas quanto aos possíveis locais para a realização dos exames básicos solicitados e, algumas vezes, sobre cuidados básicos a serem providenciados

antes da realização destes (Quadros 18 e 19). Entretanto, uma das gestantes entrevistadas não conseguiu identificar os nomes de alguns dos exames que foram solicitados e realizados (Quadro 21).

Nas argumentações dos quadros 16 e 20, percebe-se que, mesmo esta cidade caso não tendo uma rede própria de laboratórios, o acesso das gestantes aos serviços credenciados melhorou, pois esta rede é ampla, e também devido à implantação de postos de coletas em algumas unidades mais distantes da sede do município.

A implementação dos postos de coleta em algumas unidades de saúde poderia contribuir para o acesso mais fácil das gestantes à realização e aos resultados dos exames básicos solicitados, já que na rede credenciada as mesmas precisam se deslocar de seu domicílio e de suas ocupações para a realização destes exames.

Quadro 20 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“Normalmente a rede credenciada abre a sua agenda de marcação para exames no primeiro dia útil do mês e geralmente essas gestantes vão, fazem e retornam”. (ECAB)	“[...] Com relação aos exames laboratoriais, ultimamente eu tenho percebido que tem existido uma melhoria, no sentido dessa gestante voltar ao PSF com os exames prontos”. (ECAB)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Existem alguns exames que o SUS, em determinadas redes credenciadas, eles não fazem, que é o IgG e o IgM. Mas existem alguns que fazem”. (ECAB)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	REFUTAÇÃO (a não ser que)
“[...] Porque hoje existe no município uma rede credenciada muito grande, para poder atender esses pacientes, não só às gestantes, mas os pacientes em geral”. (ECAB)	“[...] Mas se a gestante escolher ir para um outro laboratório que seja particular e credenciado ao SUS, mas não faça os exames de IgG e IgM, ela tem que pagá-los”. (ECAB)

Por outro lado, esta estratégia poderia contribuir com a entrega mais rápida dos resultados dos exames colhidos garantindo, assim, a realização dos mesmos (Quadro 18). A melhoria no acesso é apontada, também, pelo fato da coleta da citologia e microflora vaginal, que é realizada pela enfermeira ou médico na unidade básica, o que sobremaneira evita a espera pela realização deste exame no centro de referência municipal (Quadro 19).

Permite-se considerar que a realização dos exames básicos na própria UBS poderia contribuir para melhorias na relação da usuária dos serviços de atenção pré-natal com os responsáveis pela coleta do material a ser examinado, pois este espaço coletivo seria a extensão do vínculo iniciado nas consultas acima mencionadas. Contudo, as gestantes não seriam mais as responsáveis pela garantia da realização dos exames.

Dessa forma, o fato de algumas UBS disporem de laboratórios básicos próprios parece compensar um deficiente sistema de referência desses exames. Os aspectos positivos deste sistema de coleta foram ressaltados no estudo de Ribeiro et al. (2004), ao apontarem que 76,0% das entrevistadas afirmaram que os exames pedidos na rede básica foram feitos com rapidez e 75,5% que os resultados são rapidamente conhecidos.

Nesta direção, as gestantes, após a solicitação dos exames, deveriam realizá-los sem a necessidade de agendamento prévio nos laboratórios credenciados, conforme coordenadora da área técnica da mulher, sendo este agendamento apenas necessário para a ultrassonografia obstétrica (Quadro 16).

As ultrassonografias são agendadas via central de marcação de exames desta cidade caso (Quadros 16, 17, 19, 21 e 22). Desta forma, após a sua solicitação pelo responsável pela consulta de pré-natal, a gestante deixa a solicitação com funcionários da recepção da UBS, que serão os responsáveis técnicos pelo contato com a central de marcação. Após este contato, são agendados a data e o local para a realização, sendo que a gestante deverá retornar à unidade de saúde para obter a resposta deste processo.

Quadro 21 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] A maioria dos exames eu que fui marcar e algumas também foram casos de emergência porque eu tive perda de líquido e aí eu fiz as outras no centro de referência”. (G02 UBS)	“[...] Eu tive nenhuma dificuldade para marcar os exames e também para receber os resultados”. (G02 UBS)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] O exame que eu fiz particular eu recebi logo, mas a minha ultrassonografia que foi marcada pelo posto demorou um pouco, mas atendeu direito”. (G02 UBS)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Eu não paguei nenhum exame a não ser o hemograma, o primeiro que eu fiz em uma clínica particular junto com o coombs indireto”. (G02 UBS)	

Vale ressaltar que diante deste fluxo da solicitação da ultrassonografia, os enfermeiros do serviço de pré-natal acabam tendo de adotar estratégias para que as gestantes possam realizar este exame de imagem, tais como a solicitação da mesma antes do período indicado. Assim, a demora no retorno da resposta do agendamento e do local para a realização da ultrassonografia pela central de marcação de exames, seria compensada, já que este retorno seria oferecido para a gestante quando a mesma estivesse no período estabelecido pelo Protocolo Municipal de Enfermagem.

Este acesso à ultrassonografia obstétrica ocorre de maneira diferente para a gestante que apresentar alguma intercorrência obstétrica. Assim, nesta situação, o responsável pela consulta de pré-natal desta usuária deverá encaminhá-la diretamente para o centro de referência municipal de diagnóstico e imagem, encaminhando em conjunto um relatório no qual deverão ser discriminados os motivos pelos quais há a necessidade de urgência deste exame.

Quadro 22 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Eu fui no médico, o particular, ele passou para mim alguns exames e eu fiz no laboratório, não teve a requisição para fazer. No posto foi a mesma coisa, foram os mesmos exames que ele pediu, só que eu não fiz. Só fiz uma vez, aí serviu para todos, porque são os mesmos exames. Mas, agora no oitavo mês ele pediu um que ela não pediu, aí eu fiz, só que ela viu também. Foi o Coagulograma”. (G01 USF)	“[...] cada profissional do pré-natal tem seu jeito de trabalhar”. (G01 USF)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] Os exames todos eu fiz tudo particular. Foi [...] tudo particular, ultrassonografia e tudo. E teve um também que ela (a enfermeira) não passou, que ele (o médico do hospital privado) passou, que ele pediu”. (G01 USF)	
APOIO (considerando/por conta de/porque) “[...] Ele pediu a ultrassonografia morfológica, ela não pediu [...] mas assim, os médicos de hospitais públicos não pedem, assim, nesses lugares a maioria das pessoas não têm condições de pagar alguns exames, aí ele pediu e eu fiz, ela não pediu, só que ela olhou, serviu também para ela, ela anotou no cartão do pré-natal”. (G01 USF)	

No Plano Municipal de Saúde foi estabelecida como meta para a redução da mortalidade materna a garantia de apoio e diagnóstico à gestante, mediante agendamento realizado pela central de regulação de exames do município. Sendo assim, de acordo com a análise dos Relatórios de Gestão, em 2008, foram agendados 238.734 exames de apoio diagnóstico, 135.308 consultas com especialidades e 52.139 exames laboratoriais pela Central de

Regulação Municipal. Entretanto, não foram encontrados registros que especificassem os exames diagnósticos relativos às gestantes.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) argumenta que a ultrassonografia deveria ser solicitada quando não fosse possível determinar a idade gestacional clinicamente. A ultrassonografia de rotina, durante a gestação, embora seja procedimento bastante comum, permanece controversa. Não há evidências científicas de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade materna ou perinatal. A não realização deste exame não constitui uma omissão e não corresponde também a uma atenção pré-natal sem qualidade (BRASIL, 2005a, 2006a).

Assim, nessa última década, o expressivo avanço tecnológico e a consequente incorporação passiva de equipamentos repercutiram de maneira sensível no processo de reorganização da saúde. No setor da medicina neoliberal, devido às condições de financiamento e de custeio, foi possível a incorporação de tecnologia. Essa incorporação, associada à rápida expansão da medicina de grupo ou outras formas de prestação de serviços e reforçada pela política neoliberal, trouxe a necessidade de consumo destas tecnologias e, consequentemente, a clínica foi relegada para segundo plano (TANAKA, 1995).

Acredita-se que a clínica seja soberana na maioria das vezes em que é utilizada com excelência sendo assim, ela é considerada como condição *sine qua non* na prática da atenção pré-natal, pois a mesma poderia evitar os desgastes emocionais da gestante advindos da demora na visualização do sexo de seus filhos.

Entretanto, conforme argumentações dos quadros 19 e 21, as gestantes são as responsáveis pelo agendamento dos exames laboratoriais. De acordo com as falas das trabalhadoras da saúde da UBS (Quadros 18 e 19), parece que a maneira como funciona o processo de coleta e de entrega dos exames básicos nesta cidade parece não oferecer nenhuma barreira para o acesso das gestantes, pois as mesmas retornam logo para a unidade de saúde com os resultados dos exames solicitados em mãos.

Assim, parece não ser esta a realidade das gestantes desta cidade caso, já que os indicadores do PHPN e a vivência das gestantes que participaram deste estudo confirmam uma realidade com alguns entraves que demandam maior atenção dos gestores municipais e dos trabalhadores da saúde.

As gestantes apontaram que apresentaram algumas dificuldades, tais como a demora na marcação dos exames e mesmo na própria entrega dos resultados (Quadros 21, 22 e 23). Diante disso, a maior parte delas preferiu realizar os exames solicitados na rede privada, já que nesta os entraves apontados para a rede pública não foram encontrados. A demora na

entrega dos resultados dos exames laboratoriais foi um dos aspectos negativos mais destacados no estudo de Carvalho e Araújo (2007).

Quadro 23 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Eu fiz exames de fezes, urina, três tipos de sangue, só que não me lembro os três tipos quais foram, eu me lembro só de um que é HIV, os outros dois não me lembro, teve preventivo também e as duas ultrassonografias”. (G01 UBS)	“[...] Eu paguei os exames para ser rápido, mais fácil, porque tem dificuldades”. (G01 UBS)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Na rede pública demora muito para pegar o resultado, e no particular se quiser acordar tarde, pode ir para fazer, e além de tudo, ligam para avisar que já estão feitos, que já têm os resultados ou não. No público demora”. (G01 UBS)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Eu não tive nenhuma dificuldade para marcar os exames, porque a maioria foi pago, foi particular, só os de sangue que não foram particulares, porque foram feitos no hospital público. Só que parece que deu errado, não sei como foi, e o médico mandou eu fazer de novo”. (G01 UBS)	

A escolha pela realização dos exames de forma particular deveu-se ao fato de que nesta rede a realização não demanda marcação prévia, já que a coleta do material a ser analisado ocorre imediatamente após a solicitação da gestante. Ademais, a gestante tem autonomia quanto ao horário de sua realização e os funcionários destes laboratórios comunicam que os resultados destes exames já estão prontos para serem entregues. Assim, parece que as gestantes buscam a realização dos exames nesta rede como forma de chegarem à consulta de pré-natal com todos eles em mãos.

Destarte, as dificuldades elencadas pelas gestantes entrevistadas neste estudo apontam para a desarticulação e fragmentação da rede de laboratórios credenciados ao SUS, pois, não sendo estabelecidos vínculos entre eles e as UBS, não são priorizados os resultados dos exames laboratoriais realizados pelas usuárias do serviço público.

Ademais, esta é uma realidade que precisa ser revista, pois estes laboratórios credenciados são unidades privadas que atendem outras clientela que não utilizam os serviços da rede pública municipal de saúde. Desta forma, conforme relatos das entrevistadas, ao utilizarem os serviços privados, as dificuldades impostas à marcação e realização dos resultados dos exames solicitados são amenizadas.

Talvez esta seja uma prática que reflete o desconhecimento da população em geral quanto aos seus direitos à saúde: de forma integral, equânime e universal. As gestantes, ao não cobrarem qualidade da atenção ofertada e a garantia da realização dos exames preconizados pelo PHPN em hábil, podem não deter conhecimento do próprio programa, já que em momento algum nestas consultas foram mencionadas informações sobre este dispositivo legal.

Quadro 24 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gestante 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre os exames básicos na atenção pré-natal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] no pré-natal eu não gostava da ultrassonografia, por que às vezes demorava muito [...]”. (G02 USF)	“[...] Eu tive algumas dificuldades para realizar os exames que ela (a enfermeira) me solicitou”. (G02 USF)
“[...] O pessoal do posto marcava a ultrassom para mim, para ser encaminhada lá pelo posto, para ir para Secretaria, da Secretaria que ia ser marcado, para onde a gente ia fazer a ultrassonografia, e em que posto seria”. (G02 USF)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] as pessoas que não podem pagar exames particulares. Chega o dia que ela (a enfermeira) marcou a consulta e está sem a ultrassonografia”. (G02 USF)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Eu fiz vários exames. Fiz HIV, exame de sangue, fezes, tudo. Todo o tipo de exame que ela passou, devido à gravidez, eu fiz. Só que pelo SUS demorava muito, e eu tive que pagar, aí eu sempre pagava meus exames, para quando ela marcasse uma nova data, eu apresentar meus exames todos em dia, mas pelo SUS era muito demorado, e eu tive que pagar. E fiz a última ultrassonografia particular. A outra foi pelo SUS”. (G02 USF)	

Permite-se considerar que seja este um dos principais atraves para a implementação e fortalecimento do PHPN no território nacional, pois não sendo devidamente empoderadas, as gestantes e seus familiares não terão condições de lutar em prol de uma atenção pré-natal que repercuta na garantia de uma maternidade segura.

Assim, os indicadores de processo do PHPN poderiam estar abaixo do preconizado devido a alguns entraves representados pelas barreiras encontradas pelas gestantes quanto à realização dos exames básicos, falta de registro da enfermeira do pré-natal e pelo fato de as gestantes valorizarem somente a ultrassonografia (Quadros 22 e 24).

Diante disso, a análise dos indicadores do PHPN desta cidade caso, no que se refere aos exames básicos, conforme quadro 24a, no ano de 2007, apenas 5,85% das gestantes selecionadas de um total de 3.915 realizaram as 06 consultadas de pré-natal e todos os exames

básicos, enquanto que, em 2008, ocorreu um crescimento no atendimento deste programa, pois 7,27% das gestantes selecionadas de um total de 3.987 assim também o fizeram.

Quadro 24a – Indicadores de realização das seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos, o teste anti-HIV e os dois exames de VDRL pelas gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.

INDICADOR	2007			2008		
	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos	3.915	229	5,85	3.987	290	7,27
Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	3.387	2.194	64,78	3.794	2.526	66,58
Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	2.287	747	32,66	2.622	891	33,98

FONTE: Relatório de indicadores do Sispre natal. Divisão de Informática da Secretaria Municipal de Saúde da cidade caso. Bahia. 2009.

Para a Bahia, este indicador foi representado pelo percentual 0,0% em 2001 e 0,15 % em 2002. As mesmas dificuldades para este indicador também foram encontradas neste estado em 2003, sendo representada por 0,01% das gestantes. Segundo Araújo Junior (2007), o município baiano de Itabuna obteve uma redução considerável do percentual de gestantes que realizaram as 06 consultas de pré-natal e os exames básicos: de 5,21% em 2002 para 2,25% em 2005.

Observa-se no quadro 24a que, em 2007, de um total de 3.387 gestantes, apenas 64,78% realizaram o teste anti-HIV, enquanto em 2008, 66,58% de um total de 3.794 gestantes. As gestantes participantes deste estudo realizaram este exame, sendo que uma o realizou duas vezes devido à participação nas consultas de pré-natal na rede SUS e na particular, por questões pessoais.

A realização do exame anti-HIV é recomendado, pois, conforme o Ministério da Saúde, cerca de 90% dos casos de AIDS em crianças estão associados à transmissão do HIV da mãe para o filho, devido à quase totalidade das gestantes não terem recebido o tratamento adequado para a diminuição dos riscos materno-infantis (BRASIL, 2001a).

No estudo de Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) apenas 17,6% das gestantes inscritas no PHPN na cidade de Salvador-BA, realizaram o teste anti-HIV. O Ministério da Saúde recomenda que este teste deva ser oferecido a todas as gestantes, devendo ser sempre voluntário e confidencial (BRASIL, 2000, 2006a).

Até dezembro de 2002, foram notificados no Brasil 8.721 casos de AIDS em menores de treze anos de idade, sendo 85,9% devido à transmissão vertical do HIV. Caso as gestantes com infecção pelo vírus HIV recebam tratamento adequado, o risco de transmissão para o feto poderá ser reduzido para cerca de 2%. Portanto, os profissionais de saúde devem exercer seu papel de aconselhadores no que diz respeito à realização do teste anti-HIV pelas gestantes. Além disso, os serviços de saúde precisam elevar a oferta desse tipo de exame (NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007).

Nessa direção, este indicador poderá ser reflexo de uma prática clínica cujo processo de aconselhamento ou mesmo a informação quanto aos nomes dos exames solicitados poderá não ocorrer no dia-a-dia da atenção pré-natal.

Em relação aos dois exames de VDRL, conforme quadro 24a, em 2007, de um total de 2.287 gestantes, apenas 32,66% tiveram acesso a este exame, enquanto que em 2008 este percentual aumentou para 33,98% de um total de 2.622 gestantes. Todas as participantes deste estudo realizaram os dois exames de VDRL preconizados pelo PHPN (APÊNDICE A).

O teste de VDRL, para diagnóstico da sífilis, deve ser disponibilizado para 100% das gestantes. Estudos sorológicos para detecção das infecções transmitidas verticalmente são de grande importância para a saúde pública, já que o diagnóstico e o tratamento repercutem na prevenção da sua transmissão aos recém-nascidos e reduzindo a sua incidência no Brasil. (MARQUES et al., 2002).

Conforme Plano Municipal de Saúde da cidade caso, para o período de 2006 a 2009, foi estabelecido como meta reduzir o número de casos de sífilis congênita. Esta redução deveria ser de 16 no ano de 2006, 15 em 2007, 13 em 2008 e 10 em 2009. Esta meta não foi alcançada, já que foram notificados 21 casos de sífilis congênita em 2007 e 16 casos em 2008. Em relação às gestantes, foram notificados e investigados 04 casos em 2007 e 07 em 2008. Não foram encontrados registros sobre este agravo de saúde pública no relatório de 2006. Em 2009, até o mês de outubro, foram notificados 21 casos de sífilis congênita e 13 casos em

gestantes, conforme dados da Coordenação Municipal do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Outras estratégias foram estabelecidas para o enfrentamento da sífilis congênita, tais como a implementação do Protocolo de Assistência ao portador de Sífilis Congênita em todas as unidades de saúde, além da garantia da realização do FT-ABS para as gestantes e recém-nascidos com titulação positiva no VDRL. Mesmo com o estabelecimento destas estratégias, não foram encontrados registros nos documentos analisados, sendo consideradas, desta maneira, como não implementadas.

Conforme Relatórios de Gestão, 97,5% das gestantes deste município foram acompanhadas nos serviços de pré-natal das unidades de saúde da rede SUS, no ano de 2006, enquanto que em 2007 ocorreu uma pequena redução para 88%, e em 2008 um aumento para 89,6%. Desta maneira, ao discutir a realização dos dois exames de VDRL, os dados do quadro 32a, podem estar associados à ausência de registro nas planilhas do PHPN ou mesmo a falta de oferta para as gestantes, tanto do ponto de vista da solicitação durante a atenção pré-natal, quanto da própria realização nos serviços credenciados. Ademais, devido à falta de orientação sobre a importância clínica deste exame laboratorial, as gestantes podem não o ter realizado.

Por outro lado, os dados relacionados à notificação da sífilis em gestantes e neonatos podem expressar uma realidade onde predomina a subnotificação ou mesmo o despreparo técnico e científico dos trabalhadores das unidades básicas e da maternidade local na identificação deste agravo. Na maternidade municipal, todas as puérperas entrevistadas realizaram o exame de VDRL.

Considera-se ser importante a capacitação dos trabalhadores da saúde desta cidade no tocante à discussão dos indicadores de sífilis em gestantes e neonatos, com vistas ao repensar do cotidiano profissional e da potencialidade de mudanças tanto estruturais quanto da dinâmica do processo de trabalho.

Por fim, acredita-se que seja necessária uma revisão profunda do fluxo das gestantes na rede de serviços disponíveis para a realização dos exames laboratoriais, pois os entraves encontrados pelas mesmas são passíveis de modificações, partindo do pressuposto de que a universalização do acesso à atenção pré-natal e a organização da rede credenciada poderia, facilitar a realização dos exames preconizados pelo PHPN.

4.1.3 A atenção à gestante/parturiente de alto risco

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades. Apesar disso, há uma parcela de gestantes que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, com repercussões tanto maternas quanto fetais. Esta parcela da população constitui o grupo denominado de “gestantes de alto risco” (BRASI, 2001c). Entende-se por gestação de alto risco como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mulher ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações (BRASIL, 2001b).

No Brasil, há um número significativo de gestantes de alto risco. Aproximadamente 15% das gestações caracterizam-se como de alto risco (BRASIL, 2000). Considerando a complexidade que envolve este tipo de gestação, esta não deve ser limitada apenas ao aspecto biológico, à determinação das suas causas e consequências e ao tratamento das intercorrências, enfatizando-se apenas os riscos e a sobrevida do RN (OLIVEIRA, 2008).

A população de gestantes de maior risco, que, em geral, são aquelas mais desprovidas de proteção social, tais como as de baixa renda, de menor escolaridade, as adolescentes, entre outras, é a que apresenta os piores indicadores de utilização dos serviços de pré-natal (ANDRADE et al., 2004).

Com o objetivo de garantir melhor qualidade à gestação de alto risco e de reduzir o índice de morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde normatizou a implantação de programas estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco, aplicando novos recursos na capacitação de profissionais de saúde, na reestruturação da área física e na aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos para atender às gestantes e os RN de risco.

Esta normatização se organiza através das Portarias MS/GM 3.016 de 19 de junho de 1998, MS/GM 3.482 e MS/GM 3.477 ambas de 20 de agosto de 1998. Posteriormente, em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2000 os Manuais Técnicos de Assistência Pré-natal e Gestação de Alto Risco, os quais foram distribuídos para a rede básica e hospitalar de saúde de todo território nacional. Estes manuais técnicos foram reformulados nos anos seguintes, sendo incorporados os princípios da medicina baseada em evidências (BRASIL, 2001a, BRASIL, 2005a, 2006a).

Nesta direção, ao olhar para a gestação de risco, pensa-se ser importante a consideração da organização da estrutura local, com destaque para o estabelecimento de vínculos entre a atenção básica e os serviços de referência. Este olhar demanda sensibilidade dos gestores locais e dos próprios trabalhadores da saúde, ao considerarem a gestação de alto risco como potencial para a mortalidade materna e perinatal.

Assim, considera-se que a mortalidade materna é um importante indicador de saúde pública que reflete as condições de vida da população, e suas cifras traduzem a qualidade dos sistemas de saúde quanto ao acesso aos serviços, educação em saúde e à qualidade da atenção básica e hospitalar prestada à mulher no ciclo gravídico e puerperal.

Dados recentes sobre o panorama da mortalidade materna no cenário nacional fornecido, pelo estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna em capitais brasileiras apontam para o fato de que dos 7.332 óbitos de mulheres de 10 a 49 anos que foram investigados, 463 ocorreram no ciclo gravídico e puerperal, dos quais foi possível detectar que 239 foram por causas maternas e, destes, 201 (84,1%) foram mortes maternas, 33 mortes maternas tardias e cinco foram sequelas de causas maternas. Das 201 mortes maternas, 54 (22,6%) ocorreram enquanto as mulheres estavam grávidas e 147 (61,5%) enquanto estavam no puerpério, sendo que 69 mulheres morreram nas primeiras 48 horas após o parto (BRASIL, 2006b).

Ainda em relação ao estudo acima, as causas obstétricas diretas foram responsáveis por 67,1% dos óbitos maternos; 25,4% por obstétricas indiretas e 7,5% corresponderam a mortes maternas cujos diagnósticos específicos não foram possíveis determinar. No conjunto, predominaram os transtornos hipertensivos, correspondentes a 24,9%. As complicações hemorrágicas, particularmente as devidas à placenta prévia, ao descolamento prematuro da placenta e outras hemorragias foram responsáveis por 9% do total e 13,3% das mortes obstétricas diretas. Um pouco mais frequentes que as causas que levaram à hemorragia, apareceram as complicações de parto e do trabalho de parto, com 10,4% do total e 15,6% das mortes obstétricas diretas (BRASIL, 2006b).

Em relação à cidade caso, uma dissertação de mestrado em Saúde Coletiva defendida no ano de 2005, que teve como objeto de investigação a mortalidade materna nesta cidade no período de 2000 a 2003. Os dados deste estudo situaram como as principais causas de morte as síndromes hemorrágicas e a doença hipertensiva específica da gravidez (SANTOS C., 2005).

A identificação das causas de mortalidade materna permite evidenciar os aspectos da atenção à saúde da mulher que apresentam falhas. Assim, as complicações hemorrágicas e

infecções deveriam estar relacionadas a ocorrência de falhas na atenção à parturiente, puérpera e à estrutura hospitalar, enquanto que a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez situa-se mais na atenção pré-natal, respectivamente (SANTOS, C., 2005).

Mesmo com a implementação do Pacto Nacional para a Redução da mortalidade Materna e Neonatal, a razão de mortalidade materna para o conjunto das capitais brasileiras é de 54,3 por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2006b). Nesta direção, o padrão da mortalidade materna atual é alto, com predomínio das causas obstétricas diretas, aquelas que são facilmente evitáveis por um bom pré-natal, bem como adequada atenção à parturiente e puérpera.

No estudo de Santos, C. (2005) foram considerados evitáveis 83,2% dos óbitos maternos. Esta evitabilidade esteve relacionada com o estabelecimento de medidas como a melhoria da atenção ao pré-natal, identificação da gestação de alto risco, diagnóstico oportuno, tratamento hospitalar adequado, além de medidas educativas.

Pode-se ressaltar que a assistência pré-natal adequada permitiria o controle do risco gestacional, contribuindo para a redução de complicações do parto e puerpério e, dessa forma, evitar-se-ia que muitas mulheres chegassem aos serviços hospitalares em estado grave, agonizando ou até mesmo morta.

Pelo fato de a mortalidade materna no Brasil poder ser evitada em aproximadamente 90% dos casos e devido ao impacto que a morte de uma mãe jovem produz na estrutura e na dinâmica familiar, evitar estas mortes significa também zelar pela família, impedindo que esta se desintegre por uma morte precoce. Configura-se ainda perda econômica para a família, uma vez que a mulher seria um membro ativo no esquema de produção financeiro da casa (GOMES et al., 2006).

Conforme o Plano Municipal de Saúde da cidade caso no que se refere à redução da mortalidade materna e à atenção a gestante de alto risco, foram encontradas estratégias, tais como o credenciamento e a habilitação dos serviços, a formação de parcerias com os serviços, a garantia de atendimento à gestante de alto risco, a implementação das ações do pré-natal de alto risco, a implementação da redução das carências nutricionais em gestantes, a garantia de insumos e medicamentos para tratamento das Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (APÊNDICE J).

Foi encontrado registro somente para a redução das carências nutricionais, onde ocorreu uma redução do número de gestantes com baixo peso. Em 2006, ocorreram 171 consultas de gestantes com nutricionistas. Em 2007, foram atendidas 3.829 gestantes com baixo peso e, em

2008, 3.380. Assim, as estratégias que não foram encontrados registros nos Relatórios de Gestão analisados foram consideradas como não estabelecidas (APÊNDICE J).

De acordo com o argumento apresentado pela gerente da Atenção Básica da cidade caso, quando a enfermeira da atenção básica detecta riscos para a gestante, ela encaminha para o médico da UBS, que continua com a avaliação até o fim da gestação (Quadro 25). Caso este não consiga resolver os problemas da gestante de risco, ele encaminha para o hospital de referência.

Quadro 25 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] O pré-natal de alto risco, a gente encaminha para a central de regulação marcar”. (ECAB) “[...] Geralmente esse pré-natal é marcado no hospital geral, porque o hospital especializado que há um tempo atrás ainda fazia pré-natal de alto risco, hoje, por uma questão pessoal, porque os médicos que atendiam, não querem mais atender, acho que por questões financeiras, este hospital não faz mais o pré-natal de alto risco”. (ECAB) GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que) “[...] Caso a paciente apresente intercorrências durante o pré-natal que é feito na unidade básica, por exemplo, sangramento, perda de líquido, hipertensão, nós encaminhamos essa gestante, se for urgência, como forma de referência e contra referência para o hospital”. (ECAB) “[...] Caso não seja urgência, nós mandamos para a regulação para marcar consulta com ginecologista obstetra”. (ECAB)	“[...] Geralmente é a central de marcação que faz a marcação destes pré-natais. O médico ou enfermeiro encaminha o relatório de referência junto com a guia amarela solicitando o pré-natal de alto risco e esse pré-natal é marcado”. (ECAB)

Ainda em relação à organização da atenção à gestante de alto risco, nesta cidade caso, conforme estudo de Santos, C. (2005), quanto às características da atenção pré-natal, observou-se que apenas cinco mulheres, de um total de 20, realizaram consultas de pré-natal. A realização ocorreu predominantemente nas UBS do município. A análise dos dados evidenciou baixa cobertura deste serviço para a população estudada e dificuldades de captação precoce das gestantes, uma vez que a maioria das mulheres iniciou o pré-natal no segundo trimestre da gravidez.

Assim, ao encaminhar a gestante considerada de risco para o atendimento na UBS, seja ela no modelo Saúde da Família ou mesmo uma unidade tradicional, é preciso repensar na reorganização das práticas de cuidados aí prestadas, além da garantia de consultas com profissional médico qualificado para esta atenção.

Nesta direção, o simples fato de encaminhar a gestante com risco gestacional para um profissional médico não significa clinicamente a garantia de uma atenção necessária, pois, na prática clínica diária, nota-se um quantitativo de médicos, tanto nas UBS do tipo tradicionais quanto de Saúde da Família, com características de clínico geral.

Há necessidade de capacitação dos trabalhadores da saúde da rede básica para a realização das consultas de pré-natal de alto risco com qualidade. Por outro lado, é importante a oferta de serviços com estrutura adequada a este tipo de atendimento, tanto na rede básica quanto na atenção hospitalar, já que não são todas as gestantes de risco que necessitam ser acompanhadas em centros de referência.

Quadro 26 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Ela não tem uma rede de apoio de assistência pré-natal para as gestantes de alto risco”. (MMM)	“[...] A rede de atenção à gestante de alto risco nesta cidade é deficitária”. (MMM)
“[...] Hoje esta cidade por incrível que pareça, só tem o hospital geral, na residência, com dois turnos de ambulatório, quarta e quinta à tarde, para fazer o pré-natal de alto risco. Só e somente só!”. (MMM)	
GARANTIA (pois)	
“[...] eu aqui, que faço um pré-natal de alto risco, pelo município, em uma unidade básica, mas eu só atendo aquelas gestantes de alto risco que são encaminhadas pelos PSF vizinhos. E as outras vão parta onde? O município tem que ofertar. Tem que sentar. Tem que pactuar para ampliar esta atenção”. (MMM)	

Assim, investir em educação médica geral e permanente reduzirá a necessidade de referenciamento para grandes centros, o que por vezes poderá onerar o próprio sistema de saúde local, tendo em vista a necessidade de transporte e equipe adequados. A implementação deste processo poderá resultar em médicos generalistas com experiência profissional. Estes terão conhecimento e habilidade para diagnosticar e tratar uma ampla gama de problemas e providenciar, somente quando realmente necessário, o encaminhamento ao nível de cuidado adequado. Também a utilização da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) dentro das novas políticas públicas de saúde permitirá minimizar a baixa sensibilidade diagnóstica nos encaminhamentos (BUCHABQUI; CAPP; FERREIRA, 2006).

Nesta cidade caso, o Hospital Geral Estadual é o responsável pela atenção ambulatorial e hospitalar à gestante e ao recém-nascido de risco. Porém, a atenção ambulatorial funciona apenas em um dia da semana, no período da tarde, o que se pode considerar insuficiente, haja

vista a provável proporção de gestantes com quadros hipertensivos e metabólicos, tais como a diabetes crônica ou gestacional (Quadro 26).

Desta maneira, considera-se que a rede de apoio à gestante de alto risco não está bem estruturada nesta cidade caso. A atenção às gestantes nesta condição não funciona devido à estrutura física e à organização do sistema (Quadros 26 e 28).

As gestantes são inseridas nas ações do pré-natal de alto risco através da Central de Regulação, que é a responsável pelo agendamento das consultas na unidade de referência (Quadro 25). Vale destacar que a utilização da ficha de referência constitui um documento legal para a busca do estabelecimento de comunicação entre a atenção básica e hospitalar visando à garantia da atenção.

Na vigência de urgências obstétricas, a enfermeira ou médico da UBS preenche a ficha de referência e a encaminha, juntamente com a gestante, para a unidade hospitalar credenciada na atenção de alto risco (Quadro 25).

Assim, entende-se que seja importante a disponibilidade de recursos mínimos nas UBS desta cidade caso, no que se refere ao atendimento inicial de algumas urgências ou mesmo emergências obstétricas, ainda nestas unidades, quando da tomada de decisão sobre a transferência das gestantes para a atenção hospitalar. Dentre estes recursos, destaca-se o sulfato de magnésio na vigência de crises convulsivas associadas aos fenômenos hipertensivos específicos da gestação, além de soluções e dispositivos intravenosos.

Pensa-se que nesta condição, a gestante poderia chegar até a unidade de referência com boas condições maternas e fetais, caso fossem disponibilizados e estabelecidos estes cuidados iniciais. Assim, poder-se-ia reduzir a morbimortalidade associada às péssimas condições dos transportes que são oferecidos para as gestantes em condições de urgência ou emergência obstétricas.

Desta forma, foram encontrados registros nos Relatórios de Gestão sobre o transporte realizado pelo Serviço de Atenção Médica de Urgência na transferência das gestantes em situação de emergência ou urgência obstétrica. Este serviço atendeu 1.415 gestantes em situação de risco no ano de 2008, sendo que 230 foram transferidas para a maternidade de referência para o Phpn, apesar de não especializada em gestação de alto risco. Por outro lado, não foram encontrados registros do número de gestantes transferidas para o hospital de referência para a atenção à gestante em situação de risco. Esta ausência de registro faz pensar que, diante destes números, a maior parte das gestantes foi transferida para o hospital de referência na atenção da gestação de alto risco.

Mesmo sendo referenciada para a unidade hospitalar, segundo argumentação do quadro 27, é responsabilidade da equipe de saúde da UBS a garantia de acompanhamento da gestante em paralelo com o do serviço de referência. Nesta lógica, compete à equipe destas unidades a vigilância das condições da gestante em sua área de abrangência.

Nesta vigilância, defende-se a importância do papel dos trabalhadores da saúde no tocante à orientação da gestante sobre o seguimento ambulatorial ou mesmo hospitalar. Isso reforça a questão do fortalecimento de estratégias que visam à redução do abandono das consultas de alto risco, já que a gestante terá de se deslocar de sua área de abrangência para o recebimento da atenção necessária às suas demandas, em outra unidade, com distância consideravelmente grande.

Quadro 27 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Área Técnica da Mulher da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Nós já tivemos reuniões com esses ginecologistas e obstetras que atendem na rede para que eles não deixem voltar estas gestantes e que, principalmente, preencham a resposta a essa referência, ou seja, façam a contra-referência, para que essa gestante nunca deixe de ter o seu acompanhamento lá na unidade de origem dela e que, se for necessário, que ela continue em paralelo”. (CATM)	“[...] A Unidade de Saúde da Família nunca deve mandar sua gestante e deixar ela lá, se for o caso de continuar, no pré-natal de alto risco, que eles tenham responsabilidade com essa gestante e que ela tem também, que está fazendo o acompanhamento na Unidade de Saúde da Família”. (CATM)
GARANTIA (pois) “[...] No caso de uma gravidez de alto risco, a gestante passa pelo médico da unidade do PSF e caso ele, como médico clínico, não possa resolver o problema dessa gestante, ela vai ser encaminhada para os ginecologistas e obstetras que atendem nas Unidades Básicas de Saúde, via aquela ficha de referência e contra-referência”. (CATM)	

Destaca-se a ausência de consenso entre a equipe no que se refere à responsabilidade maior para com o acompanhamento paralelo da gestante de risco, já que os profissionais médicos preferem retornar a gestante para a consulta no pré-natal de baixo risco, que é realizada pela enfermeira (quadro 28).

Neste processo, a enfermeira tenta encaminhar a gestante para o hospital de referência, via conhecimento próprio (Quadro 28). Entende-se que esta cena parece não representar a consulta de pré-natal de alto risco como um direito da gestante garantido por instrumentos legais, mas uma conquista da enfermeira via caminhos estabelecidos por conhecimento dos responsáveis pela realização desta atenção na unidade hospitalar de referência.

Quadro 28 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Caso seja necessário, após a análise de exames, a questão de pré-natal de alto risco, tem ginecologistas que fazem pré-natal de alto risco aqui”. (EAUBS)	“[...] a atenção à gestante de alto risco não funciona bem nesta cidade, devido a problemas estruturais”. (EAUBS)
GARANTIAS (pois) “[...] Na verdade eles olham, se tiver tudo bem os exames, o andamento da gestação, eles encaminham de volta para o enfermeiro, aí eu não seguro, eu mando de volta pra eles novamente”. (EAUBS) “[...] Caso eles não aceitem, eu faço um relatório, preencho a ficha de referência e manda para o hospital geral, porque eu prefiro, para não ter nada”. (EAUBS)	
APOIOS (considerando/por conta de) “[...] Lá já tem um médico que nós conhecemos e a referência vai direto pra ele”. (EAUBS) “[...] Nós avisamos para ele que estamos enviando a paciente e ela faz o acompanhamento do pré-natal todo neste hospital”. (EAUBS)	

Contudo, nota-se uma verdadeira peregrinação da gestante de risco entre a consulta na unidade de referência e a consulta médica ou de enfermagem na atenção básica desta cidade. Isso reforça, por um lado, a falta de compromisso durante esta atenção e, por outro, pode retratar até mesmo a falta de articulação entre os serviços e trabalhadores da saúde. Este cenário poderá proporcionar futuras complicações maternas e fetais, com potencialidade para a ocorrência da morte materna e perinatal.

Esta realidade local poderá potencializar na gestante a vivência de sentimentos negativos para com o próprio ciclo gravídico e puerperal, ou mesmo fazer com que se sinta desamparada. Assim, é primordial o acolhimento desta gestante, para que, mesmo na vigência de uma rede desarticulada e fragmentada, ela possa vivenciar a gestação de alto risco de forma segura e expressar sentimentos positivos diante da realidade encontrada.

Na prática, conforme argumentação de uma das puérperas da Unidade de Saúde da Família da cidade caso (Quadro 29), nota-se que esta realizou as suas consultas de pré-natal tanto de forma particular, em uma maternidade privada credenciada ao SUS e cadastrada no Phpn, quanto na USF de seu bairro, sendo que estas consultas ocorreram paralelamente. Esta forma de realização da puérpera foi motivo de própria escolha, conforme comentado na análise da atenção pré-natal.

Ademais, a escolha pela realização das consultas de pré-natal, partiu do pressuposto de que, sendo acompanhada por um médico obstetra na maternidade privada e conveniada ao SUS, ficaria mais fácil o acesso para a atenção hospitalar, já que este poderia estar em serviço na ocasião de seu parto.

Quadro 29 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] eu fiz o pré-natal com o médico do hospital X por minha opção mesmo [...]”. (G01 USF)	
“[...] A última vez que estive na consulta de pré-natal me consultaram e mediram a minha pressão arterial. A minha pressão estava alta e o médico me disse que meu parto poderia ser uma cesariana, pelo fato de minha pressão estar alta”. (P01 USF)	“[...] o médico (do hospital X) me falou que lá não podia fazer este tipo de parto, porque lá (no hospital X) não tinha estabilidade para este tipo de parto”. (P01 USF)
“[...] Quando foi umas doze horas da noite minha bolsa estourou e eu fui para o hospital X. Quando chegou lá, eles me falaram que não iam fazer o meu parto, porque era parto de risco, já que minha pressão estava alta. Neste hospital também não quiseram me atender, porque eles me falaram que seria uma cesariana. Eu fiz meu pré-natal quase todo lá e eu não gostei deles terem feito isso comigo. Eu não merecia isso!”. (P01 USF)	
GARANTIAS (pois)	
“[...] Porque no posto não é o médico que acompanha a gente, é a enfermeira [...] eu quis fazer lá no hospital por causa disso. [...] eu quis fazer com um médico, obstetra já, para ele ficar me acompanhando”. (G01 USF) (G01 USF)	
“[...] O médico (do hospital X) me disse que era para eu procurar a maternidade municipal ou o hospital filantrópico. Como o hospital filantrópico não tinha obstetra como eu tinha falado para ele, eles me falaram para eu ir até a maternidade municipal ou para o hospital geral, porque só nestes dois lugares é que tinham estabilidade para fazer este tipo de parto de mulheres com pressão alta”. (P01 USF)	
APOIO (considerando/por conta de)	
“[...] a enfermeira só vai estar no posto, no seu bairro, e o médico não, ele vai estar trabalhando nos hospitais da sua cidade. Por isso que eu fui fazer com ele”. (G01 USF)	
“[...] No hospital X, eu fiquei em observação, fizeram o toque em mim, ouviram o coração do meu bebê e mediram a minha pressão, só isso! Eles verificaram minha pressão, viram que eu estava com minhas mãos roxas, meus pés bem gelados e brancos, sem sangue nenhum e eles me liberaram”. (P01 USF)	

A presença de alguma pessoa conhecida, para a maioria das entrevistadas do estudo de Lamy et al. (2000) mostrou-se mais importante do que a qualidade da assistência prestada, demonstrando a necessidade de atenção em um momento de fragilidade. Esta mesma busca

fez com que o segundo motivo de escolha para a realização do parto fosse a maternidade onde realizaram as consultas de pré-natal. Muitas mulheres evidenciaram nos seus discursos que, ao escolherem um serviço para realizar o pré-natal, já estavam pensando também no parto, achando que assim estariam garantindo a sua vaga e talvez um médico conhecido fizesse o seu parto. Este fato foi verificado na argumentação de duas das entrevistadas, sendo destacado nesta sessão apenas o argumento do quadro 29.

No final da gestação, a puérpera analisada começou a apresentar picos hipertensivos. Assim, conforme sua argumentação, na maternidade conveniada ao SUS foi-lhe negado o direito de internação por ocasião do parto, tendo como justificativa a ausência de condições para a realização da cesariana e de leitos neonatais (Quadro 29).

A maioria dos argumentos utilizados para negar a existência de vagas em maternidades públicas consiste na alegação de que as gestações eram pré-termo e os serviços não tinham estrutura adequada para os recém-nascidos (ROCHA, 2004).

Em relação aos leitos especializados para recém-nascidos, sabe-se que de uma forma geral, o número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e berçário intermediário é bem menor que o necessário em todo o Brasil. A falta de leitos intensivos e semi-intensivos para o recém-nascido torna-se, portanto, o principal fator limitante para internação de gestantes com possibilidade de parto prematuro. Considerando que o prognóstico fetal é melhor quando a transferência ocorre intra-útero e não após o nascimento, as mulheres partem em busca de atendimento, muitas vezes, pelos próprios meios (MENEZES et al., 2006).

Sabe-se que muitos fatores contribuem para a repressão da demanda de gestantes para parir, do mesmo modo que a falta de leitos por superlotação ou de estrutura insuficiente para o atendimento nem sempre são as verdadeiras causas, pois este argumento pode ser utilizado por alguns profissionais como mecanismo leviano de regulação da carga de trabalho (DINIZ, 2001).

Contudo, no estudo de Rocha (2004), percebeu-se que o acesso à atenção pré-natal pode ocorrer de formas variadas. Como exemplo, tem-se aquele em que a unidade é credenciada ao SUS, mas, ao mesmo tempo, tem atendimento privado, desenvolvendo dupla porta de entrada, o que causa discrepâncias na qualidade da atenção e ônus financeiro para uma população que se sacrifica para arcar, ao menos, com os custos ambulatoriais do pré-natal.

Neste sentido, nota-se uma discrepância entre o que é preconizado pelo PHPN, Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e PNAISM, sendo esta cena um episódio de desrespeito ao exercício de um direito legalmente garantido. Ao ser garantido o acesso às consultas de pré-natal no modelo privado, e não tendo esta maternidade estrutura

para a atenção de alto risco, já deveriam ser prestadas orientações para a gestante sobre estas condições. Assim, na vigência de uma gestação ou parto de risco, a gestante e sua família teriam tempo hábil para o planejamento desta situação, sendo evitado o episódio inesperado de violação do direito ao acesso a serviços qualificados para esta atenção.

Ademais, o médico responsável pela avaliação da parturiente na maternidade privada e conveniada ao SUS denominada neste estudo de hospital X orientou a mesma quanto à procura de leito obstétrico na maternidade municipal ou na filantrópica, sendo liberada para a procura de vaga em outro estabelecimento de saúde, em condições clínicas, consideradas aqui como não estáveis, já que a mesma apresentava hipertensão arterial e alterações em suas extremidades corporais, conforme sua argumentação (Quadro 29).

A gestante e sua acompanhante foram as responsáveis pela transferência. Os profissionais da maternidade conveniada não somaram esforços para auxiliar a entrevistada quanto ao encontro de leito obstétrico disponível.

Esta realidade foi encontrada neste estudo de caso, conforme argumentação da gestora da maternidade municipal. Notam-se diferenças no processo de atendimento de gestantes de alto risco nesta maternidade (Quadro 30). As gestantes que já estão internadas neste estabelecimento de saúde e que necessitam de atendimento de maior complexidade, são referenciadas na medida do possível para o hospital desta cidade que é credenciado neste tipo de atenção ou mesmo para centros de referência na capital do estado. Neste processo, buscam-se informações anteriores à transferência da gestante sobre a disponibilidade de leitos obstétricos, via telefonema.

A transferência é realizada em transporte próprio da unidade, do tipo ambulância. Vale destacar que a forma como ocorre este transporte é considerado inadequado, já que a ambulância não dispõe de condições mínimas para um transporte seguro, tais como sistema de monitorização cardiorrespiratória ou sistema de ventilação mecânica. Além disso, não há formação de equipe para transporte. Apenas uma técnica ou auxiliar de enfermagem do serviço é que faz a transferência da gestante.

Contrapondo a realidade deste transporte, segundo dados do estudo de Rocha (2004), para as gestantes de alto risco e seus bebês, nos quais o processo de referência ocorreu de forma adequada, a transferência foi realizada em ambulância e com a assistência médica e de enfermagem.

Quadro 30 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à gestante de risco.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] ultimamente o índice de gravidez de risco tem aumentado consideravelmente”. (GMM)	“[...] nós temos uma dificuldade de localizar vaga obstétrica para transferir a paciente de alto risco”. (GMM)
“[...] Na realidade, o hospital não encaminha a paciente. [...] o profissional médico orienta a paciente que ela deve procurar outra unidade devido à falta de vaga no momento no hospital”. (GMM)	
“[...] Primeiramente é feita essa referência [...] existe a vaga lá? A paciente que precisa de uma avaliação que precisa de um exame ou profissional específico que nós não dispomos, aqui, é feita esta referência, [...] informação de vaga e aí a gente já encaminha”. (GMM)	
“[...] Encaminhamos a paciente [...] se a paciente necessita de uma ambulância, nós encaminhamos com ambulância própria daqui da unidade”. (GMM)	
“[...] No caso de paciente externa que vem para passar por um processo de avaliação e tem condições de ir para outra unidade, o médico informa a procurar outra unidade por conta da ausência de vaga”. (GMM)	
“[...] Na realidade, o serviço do SUS, hoje, a dificuldade, é a questão de vagas realmente”. (GMM)	REFUTAÇÃO (a não ser que)
GARANTIA (pois)	“[...] Como nós somos uma unidade de urgência e emergência, então nós não podemos recusar a não ser que a unidade esteja superlotada e a paciente ela é orientada, a depender da situação da paciente, da avaliação médica, como eu disse, nós temos a triagem, o médico faz a avaliação, vê se a paciente tem condições realmente de ser referenciada para outra unidade e a partir daí o médico informa a paciente que não temos ou dispomos de vaga no momento e a paciente é encaminhada para uma outra unidade”. (GMM)
“[...] Quando a paciente já é considerada interna do hospital, e necessita de outro atendimento que no momento o hospital não atende, é feito um contato com outra unidade de Salvador, ou até mesmo uma unidade daqui desta cidade”. (GMM)	
APOIO (considerando/por conta de)	
“[...] nós temos duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal nesta cidade. Daí a dificuldade de encontrar vaga nestes casos de UTI Neonatal”. (GMM)	

As gestantes que não são internadas devido à falta de vagas na maternidade municipal por ocasião da maior ocupação dos leitos obstétricos ou neonatais disponíveis são orientadas, no momento da avaliação e detecção do risco materno ou fetal, a tentarem vaga em outro estabelecimento de saúde. Estas são transportadas por conta própria (Quadro 30), fato semelhante ao ocorrido com a puérpera entrevistada.

No estudo de Menezes et al. (2006), a maioria das pacientes que peregrinaram teve de buscar assistência em outro estabelecimento pelos próprios meios, pois apenas 1/5 foi transportado de ambulância. Ou seja, as pacientes tiveram de recomeçar a sua busca por local adequado para o parto no momento em que já haviam chegado a uma maternidade. Além disso, muitas vezes, essas gestantes já estavam em trabalho de parto e/ou em situações de

risco. Estes achados refletem não apenas a falta de hierarquização da rede mas, principalmente, a falta de um sistema de transporte e comunicação eficazes.

Permite-se considerar que parece não ser responsabilidade legal da maternidade o transporte de gestantes que não são internadas, por ocasião da falta de leitos obstétricos ou neonatais. Esta assertiva denota a negação dos princípios e diretrizes da integralidade, da equidade e da universalidade do acesso preconizados pelo SUS. Assim, o direito à atenção é negado, sendo que a co-responsabilidade entre usuária do serviço e trabalhadores da saúde não é estabelecida.

Assim, pensa-se que a forma como se estabelece a garantia de leitos obstétricos e o processo de referência para centros especializados na atenção à gestante ou parturiente de alto risco nesta cidade caso poderá repercutir de forma negativa nos sentimentos da mulher sobre a gravidez, intensificando o medo relacional do processo parturitivo, além de fortalecer o fenômeno da peregrinação pela atenção hospitalar durante a vivência do ciclo gravídico e puerperal.

Vale destacar que o número de gestantes de risco aumentou consideravelmente nesta cidade caso (Quadro 30). Isto faz refletir sobre a qualidade da atenção pré-natal de baixo risco que é ofertada e sobre a dificuldade para a realização de transferência de gestantes de risco, quando as mesmas buscam por atendimento na maternidade municipal. Este quadro é representado pela reduzida oferta e disponibilidade de leitos obstétricos e neonatais na cidade (Quadro 30).

Para a atenção ao RN de risco, esta cidade caso conta com treze leitos de Terapia Intensiva Neonatal, distribuídos entre duas Unidades de Terapia Intensiva, sendo uma estadual e a outra do próprio sistema municipal. Há também oito leitos semi-intensivos na maternidade municipal. Considera-se insuficiente o número de leitos intensivos e semi-intensivos desta cidade caso, o que faz refletir sobre a necessidade de esforços e de estratégias locais para a implementação da atenção de alto risco.

Neste aspecto, conforme análise do Plano Municipal de Saúde, em relação ao RN de risco, este município pactuou como meta o aumento do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para 11, sendo 05 leitos em 2006, 02 leitos em 2007, 02 leitos em 2008 e 11 leitos em 2009. Estas metas, até o momento do término da coleta dos dados deste estudo, não tinham sido alcançadas.

Esta não é uma realidade exclusiva desta cidade. Ela faz parte do panorama brasileiro, no qual a gestante de alto risco não recebe a devida atenção no sistema público de saúde, tendo em vista a falta de estrutura física, de recursos materiais e mesmo de profissionais

capacitados para esta atenção. Concorde-se com Gomes et al. (2006) ao dizerem que o déficit de leitos públicos é maior nas regiões mais periféricas, não só em relação ao atendimento de gestantes saudáveis, mas também para gestantes com complicações que exijam atendimento complexo. Este fato, ainda que não tenha provocado alteração na cobertura de partos hospitalares, origina uma peregrinação das gestantes de alto risco em busca de assistência adequada.

A assistência no período pré-natal feita sem retaguarda hospitalar e a impossibilidade de acesso às informações de forma contínua e integral em qualquer um destes períodos fragilizam a assistência e expõe a mulher a riscos de morte (GOMES et al., 2006).

Neste sentido, percebe-se uma fragilidade do sistema de saúde municipal no que se refere à articulação de estratégias para a atenção à gestante de risco, demandando certa urgência na busca por estas, com vistas à redução dos impactos negativos desta realidade nos indicadores de morbimortalidade maternos e perinatais.

Entretanto, ainda que não exista um sistema de referência e contra-referência estabelecido, é fundamental a implementação dos sistemas de transporte e comunicação entre as unidades. Um sistema de regulação eficaz evitaria a peregrinação das pacientes, diminuindo a procura por serviços em maternidades lotadas ou mesmo sem condições de atendimento, tendo em vista a falta de estrutura para a gestação de alto risco.

Finalmente, urge a necessidade de melhorias no sistema de transporte, com transferências de pacientes de risco ou em trabalho de parto feitas por ambulâncias adequadas, quando da vigência da referência para outros estabelecimentos na capital ou mesmo da maternidade municipal para o hospital de referência, pois trariam além de um maior acolhimento às parturientes, uma diminuição dos riscos potenciais existentes durante a viagem, proporcionando, além disso, uma diminuição das desigualdades existentes.

4.2 A ATENÇÃO À MULHER EM PROCESSO PARTURITIVO

Nesta categoria, os argumentos são subdivididos em três subcategorias, assim denominadas: a referência para a atenção hospitalar; considerações sobre o acompanhante na atenção à parturiente; e a atenção à parturiente na Maternidade Municipal.

Na primeira subcategoria são apontadas as dificuldades das parturientes para o acesso à atenção hospitalar no momento do parto; já na segunda subcategoria, aborda-se o processo de atenção à parturiente, enquanto que na terceira, são discutidas as barreiras para a participação de um acompanhante durante o processo do parto e do nascimento.

4.2.1 A referência para a atenção hospitalar

Apesar dos esforços do sistema de saúde brasileiro em desenvolver ações que integrem os três períodos da atenção obstétrica (pré-natal, parto e puerpério), no sentido de garantir o acesso das parturientes e dos RN a um atendimento digno e de qualidade, o acesso à vaga para parir constitui um grave problema a ser enfrentado (ROCHA, 2004).

Para Diniz (2001), o direito ao parto é o mais claramente reconhecido e aquele cuja negação mais mobiliza sentimentos de injustiça, em particular quando causa peregrinação por leito durante o trabalho de parto. Assim, considera-se que a negação deste direito constitui uma violação dos direitos humanos e a desconsideração dos dispositivos legais vigentes internacional e nacionalmente, já que a saúde é um dever do estado e um direito da usuária dos serviços públicos.

No Brasil, há sérias dificuldades de acesso aos serviços, existindo déficits de leitos de maternidades em grandes áreas geográficas, o que leva ao desenvolvimento frequente do fenômeno da “peregrinação” por leito durante o trabalho de parto e o parto (TANAKA, 1995). Neste sentido, é primordial o estabelecimento de vínculo entre a atenção pré-natal e a hospitalar, com vistas à redução deste fenômeno.

Das 6.652 pacientes analisadas, no estudo de Menezes et al. (2006), 2.228 (33,5%) buscaram assistência em mais de uma maternidade. Em quase 70% dessas pacientes, o motivo assinalado para a escolha da maternidade foi a falta de vaga em outro estabelecimento. Observou-se ainda, que nem sempre a paciente conseguiu ser internada na segunda

maternidade que procurou. Das 2.228 pacientes que buscaram assistência em mais de uma maternidade, 70,7% foram internadas na segunda, 15% na terceira, 7,8% na quarta e 1,5% na quinta maternidade que procuraram. Houve uma paciente que passou por cinco estabelecimentos diferentes até conseguir ser internada no sexto hospital que procurou, configurando uma verdadeira peregrinação anteparto.

Boareto (2003), em estudo de avaliação da política de humanização do parto e do nascimento no município do Rio de Janeiro, constatou que, na amostra estudada composta por 292 puérperas, 73,6% destas conseguiram acesso à instituição para o parto na primeira tentativa. Entretanto, no estudo de Rocha (2004) realizado nesta mesma cidade, das doze puérperas entrevistadas, seis “perambularam” em busca de vaga para parir, a partir do momento em que se desenvolveram os sinais do parto. A busca pela vaga se deu de forma “clássica”: fluxos de gestantes em trabalho de parto percorrendo longas distâncias e passagem por mais de um ou dois serviços.

Tanaka (1995), em sua pesquisa sobre causas das mortes maternas no município de São Paulo, constatou que, no período de estudo, 55% dessas mortes ocorreram durante a peregrinação.

Para o Brasil, conforme Lago e Lima (2009), dentre as mulheres cujo parto foi hospitalar, 89,6% informaram terem sido atendidas na primeira maternidade procurada no momento do parto. Esse percentual foi maior na Região Sul do país (96,1) e menor no Centro-Oeste (86,8%). Para o Nordeste, este percentual foi de 88,3%. Este indicador, por mais que pareça representar uma melhora no acesso das mulheres à atenção hospitalar para o parto, denota que muitas mulheres ainda podem estar peregrinando em busca de atenção.

Nesta cidade caso, os serviços de pré-natal das UBS não estão vinculados à rede hospitalar (Quadros 31 e 32). Sendo assim, o fato de a gestante ser cadastrada no programa de pré-natal não significa que a mesma terá como garantia o recebimento de atenção no momento do parto na rede pública de saúde que está cadastrada no PHPN, quando da vigência do trabalho de parto e na primeira vez que chegar à maternidade.

Os envolvidos na gestão da saúde nesta cidade caso ainda não conseguiram estabelecer parceria com o sistema hospitalar, para a criação de estratégias locais que possam garantir a referência da gestante no momento do seu parto (Quadros 31 e 32).

Uma questão fundamental para o planejamento do setor saúde é a distribuição espacial dos serviços e de sua clientela. Os serviços de saúde estão inevitavelmente concentrados em determinados lugares e, conseqüentemente, são mais acessíveis às pessoas que deles estão

mais próximas. A utilização dos serviços se reduz à medida que aumentam as distâncias a serem percorridas pelos que demandam atendimento (MELO et al., 2007).

Quadro 31 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.

DADOS	QUALIFICADOR (aparentemente)	PROPOSIÇÕES (deste modo)
“[...] O agendamento do parto nós não temos”. (ECAB) “[...] Ela é encaminhada para rede hospitalar no momento do parto”. (ECAB) “[...] A rede hospitalar desta cidade hoje é um problema que nós estamos tentando resolver. Hoje nós temos um hospital que atende a gravidez de alto risco, uma maternidade com mais ou menos vinte e quatro leitos e o hospital especializado na atenção à mulher que atende o município e circunvizinhança, e também um hospital particular que atende pelo SUS”. (ECAB)	“[...] muitas gestantes ficam naquela situação, às margens de insegurança, porque podem chegar em qualquer um destes hospitais e não ter vaga e aí a gente sabe que ficam fazendo ela de bolinha de ping pong, de um lado para o outro, e às vezes acabam parindo em casa”. (ECAB) “[...] essas grávidas, no momento, na hora de parir é que elas decidem para onde vão. Não existe esse vínculo, embora devesse existir”. (ECAB)	“[...] Não existe ainda no PSF um encaminhamento da gestante já para um determinado hospital”. (ECAB)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] Infelizmente, nós não conseguimos pactuar ainda com os hospitais essa forma de encaminhar essa gestante”. (ECAB)		
APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] Ela é orientada quanto aos sinais do parto e se apresentar sinais de parto fora do horário do PSF ou no final de semana, ou depois das quatro horas da tarde, ela deve ir diretamente para a maternidade”. (ECAB) “[...] E se for durante o horário do PSF, essa gestante pode ir até o PSF que a gente já referencia ela para um determinado hospital. Assim, se for durante o período de funcionamento do PSF, a gente referencia para uma maternidade para ser atendida, aí ela vai entrar na maternidade, porque ela está indo com a ficha de referência e contra-referência”. (ECAB) “[...] nós orientamos qual maternidade ela deve procurar”. (ECAB)		REFUTAÇÃO (a não ser que) “[...] Mas se ela chega sem referência e contra-referência depois das 16 horas e no final de semana, geralmente elas sofrem, porque elas ficam indo e vindo, porque alguns obstetras preferem que a mulher seja admitida apenas quando já tem uma dilatação maior do colo uterino e mandam esta paciente retornar para casa”. (ECAB)

Considera-se que o comentário acima mencionado poderia ser levado em consideração no planejamento de estratégias entre os envolvidos na gestão deste município, já que não há vinculação entre pré-natal e maternidade, as unidades de saúde deveriam fazer parte de uma rede bem estruturada e hierarquizada. Nesta rede de atendimento à saúde, as UBS poderiam

ser divididas espacialmente entre as três maternidades disponíveis nesta cidade caso, sendo disponibilizada à parturiente a oferta de leitos obstétricos.

Assim, o acesso à atenção hospitalar para o parto seria mais facilitado, tendo em vista a maior proximidade desta unidade de saúde com o domicílio da parturiente.

Nesta cidade caso, as gestantes, durante a atenção pré-natal, são orientadas quanto às maternidades que poderão procurar para a realização do parto. Nesta orientação, são reforçados os sinais do trabalho de parto, como forma de prepará-la para o momento mais exato de buscar a atenção hospitalar para o parto (Quadros 31, 32 e 33). Este foi um dado encontrado no estudo de Santana (2003), que avaliou o acesso das gestantes desta cidade caso ao programa de pré-natal da rede básica de saúde.

Quadro 32 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Em relação à referência para a maternidade, é feita toda orientação na última consulta de pré-natal, geralmente perto da 40ª semana”. (EAUBS)	“[...] não temos como garantir a vaga no hospital para a gestante. Enviamos a ficha de referência para ver se ajuda”. (EAUBS)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Damos toda a orientação quanto à questão do trabalho de parto, os sinais e sintomas que ela vai apresentar com relação ao trabalho de parto”. (EAUBS)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	REFUTAÇÃO (a não ser que)
“[...] Aquelas que chegarem a completar quarenta semanas e não apresentem nada, elas voltam para a unidade e nós fazemos o acompanhamento para o obstetra. Geralmente, este já faz o acompanhamento e referencia a gestante para fazer a cesárea na maternidade municipal.”. (EAUBS)	“[...] A não ser que ela venha para a unidade, ela pode ter sentido dor, alguma coisa, nós avaliamos aqui a ocorrência do trabalho de parto e fazemos o encaminhamento, a ambulância leva. Fora isso, é só orientação e ela vai por conta própria, já sabendo o que vai sentir, vai direto para a maternidade”. (EAUBS)
“[...] nós orientamos (a gestante) que leve todos os exames e o cartão do pré-natal e quando ela começar a sentir a dor do parto que vá direto para a maternidade sem precisar ser referenciada ou não, quando a unidade está fechada”. (EAUBS)	

Considera-se que nesta cidade caso, a busca pelo acesso à atenção hospitalar no momento do parto ocorre de duas maneiras, sendo estas associadas ao horário de funcionamento da UBS. Estando esta unidade em funcionamento, a parturiente busca atenção no programa de pré-natal desta unidade, sendo avaliada pela enfermeira ou médico disponível que, detectando sinais de trabalho de parto, preenche a ficha de referência e o relatório de transferência que são entregues para a usuária. Esta, ao sair da UBS, inicia o processo de busca pela atenção hospitalar por conta própria (Quadros 31, 32, 33). Não foram encontrados

registros na ficha perinatal ou prontuários das puérperas participantes deste estudo sobre o mecanismo da referência para a maternidade local.

Nesta primeira forma de tentar o acesso à atenção hospitalar para o parto, a ficha de referência e o relatório de transferência, além de serem elos de comunicação entre a atenção pré-natal e a maternidade, são utilizados como meio de garantia deste acesso, pois são sinalizadas informações pelos trabalhadores da saúde da UBS que em conjunto com a avaliação clínico-obstétrica do profissional médico do hospital poderiam confirmar a situação clínica favorável para a internação.

Mesmo não tendo um sistema organizado para a garantia da atenção hospitalar na primeira maternidade procurada pela parturiente nesta cidade caso, a transferência desta usuária é garantida mediante utilização do transporte em ambulância até a primeira maternidade (Quadros 31, 32 e 33).

Quadro 33 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] nós temos como referência para o parto normal os seguintes hospitais: um hospital privado credenciado ao SUS, a maternidade municipal e um hospital filantrópico. Estes são os três que a gente mais encaminha”. (EUSF)	“[...] nós sabemos que a paciente foi, através deles mesmos, que retornam e falam ou mostram a receita. Assim ficamos sabendo que foram ou não avaliadas pela referência que nós mandamos”. (EUSF)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] e quando a gestante tem alguma alteração, nós procuramos o suporte para encaminhar para a referência”. (EUSF)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Geralmente, a contra-referência depende do médico. Alguns mandam para nós, enquanto outros não”. (EUSF)	

A garantia do acesso da parturiente, mediante encaminhamento com a ficha de referência preenchida só foi passada ao conhecimento dos trabalhadores da saúde quando da primeira visita à puérpera ou mesmo do primeiro contato do RN com o serviço de saúde, já que na maternidade onde ocorreu o parto não foi preenchida a ficha de contra-referência. Esta comunicação fica a cargo das próprias usuárias do serviço (Quadro 33). Este dado apenas reforça a ausência de mecanismos de comunicação entre a atenção básica e hospitalar desta cidade caso.

Uma das quatro pupérperas entrevistadas apontou na sua argumentação sobre o processo de referência para a atenção hospitalar que não foi informada sobre qual maternidade poderia

realizar o seu parto (Quadro 34). A escolha do acesso à maternidade municipal deu-se em decorrência de indicações de pessoas conhecidas, que vivenciaram a experiência do parto nesta mesma instituição de saúde e da própria proximidade com seu domicílio.

Entretanto, parece que esta vivência poderia ter influenciado esta puérpera quanto à procura por outro local, tendo em vista as informações sobre a atenção e a forma como os profissionais de saúde envolvidos na atenção à parturiente procediam.

Quadro 34 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre o processo de referência para a atenção hospitalar.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Muita gente me indicou para eu parir aqui neste hospital, só que a maioria falava que aqui não era muito bom, que aqui o povo deixava de mão, não olhava, não cuidava, que era para eu ir parir na outra maternidade [...]”. (GP01 UBS) GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] só que quando deu a dor, o único lugar perto da minha casa foi esse, aí eu vim para aqui”. (GP01 UBS) APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] Eu vim de moto, depois eu vim de carro”. (GP01 UBS) “[...] A primeira vez eu vim de moto, o médico mandou eu voltar para casa. [...] Na primeira vez que eu estive aqui eu voltei para casa, porque o médico me falou que não estava na hora. Quando eu sentisse a dor mais forte, quando a dor piorasse era para voltar. [...] Na segunda vez, eu vim de táxi com uma tia do meu marido. Eu vim direto pra cá.”. (GP01 UBS)	“[...] eu vim para este hospital por conta própria. Eu não fui encaminhada por ninguém”. (GP01 UBS)

As dificuldades encontradas pelos clientes no uso dos serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, de obter acesso e de se beneficiar com a atenção recebida refletem as características da oferta dos serviços obstétricos que cada sociedade disponibiliza para seus membros. Nos nascimentos vinculados ao SUS observa-se, de um modo geral, que a utilização dos serviços se reduz à medida que aumentam as distâncias a serem percorridas pelos que demandam atendimento. Esse padrão não se mantém fora do SUS, onde a distância percorrida pela gestante não parece representar um obstáculo capaz de se interpor entre a busca e a obtenção de serviços (MELO et al., 2007).

Ainda em relação ao acesso à atenção hospitalar, segundo a argumentação do quadro 43, a escolha pela busca inicial da maternidade municipal deu-se pela possibilidade da presença

de um profissional médico que realizava consulta de pré-natal na UBS em que a gestante estava cadastrada, o qual era trabalhador deste estabelecimento de saúde.

Quadro 35 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre o processo de referência para a atenção hospitalar.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Desde o início eu tinha a certeza de que eu vinha parir aqui neste hospital porque aqui tem a UTI neonatal [...] Eu optei pelas condições do hospital. [...] eu optei por aqui pelos recursos, porque aqui tem tudo que precisa para os primeiros momentos do bebê caso tenha algum problema. Eu optei pelas condições do hospital”. (P02 UBS)	“[...] Ninguém mandou ficha nenhuma para eu vim para esta maternidade. Eu vim por conta própria, com meu marido que me trouxe de carro próprio”. (P02 UBS)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] e também porque tinha um médico lá do posto, que fazia pré-natal, que trabalha aqui também. Então como eu gosto das consultas dele, pois ele é um médico muito bom, eu até achei que no dia do meu parto ele estivesse por aqui”. (P02 UBS)	
APOIO (considerando/por conta de/porque) “[...] A enfermeira foi quem me aconselhou a procurar esta maternidade ou o hospital geral, por causa do coombs indireto”. (P02 UBS) “[...] No dia que eu vim parir, quando eu cheguei aqui, o médico me disse que eu estava com dois centímetros de dilatação, que naquela madrugada eu ganhava o meu bebê, que naquela noite as dores aumentariam e que eu voltasse aqui e tal. Eu voltei para casa. As dores aumentaram, só que quando eu cheguei aqui eu não tinha dilatação. As dores aumentaram, mas não dilatou mais, ficou como estava e eu passei a noite aqui. No outro dia a médica falou que me internaram antes do trabalho de parto, antes da hora e que como eu já estava com quarenta e duas semanas e não tinha dilatação nenhuma, ela iria fazer a cesariana”. (P02 UBS)	

Na sua argumentação, evidencia-se a necessidade de estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e a gestante, além do fato do profissional médico participante da atenção pré-natal na UBS estar inserido na atenção hospitalar para o parto, como mecanismo facilitador do acesso, pois, sendo este vínculo estabelecido, a garantia da atenção no momento do parto poderia ser facilitada, sendo este o profissional mais adequado para acompanhá-la durante todo o processo parturitivo, tendo em vista o conhecimento da sua história clínica relacionada à gestação.

Nos finais de semana, feriados e no período noturno, a gestante é que decide sobre o momento de buscar a atenção hospitalar, já que foi orientada durante a atenção pré-natal sobre os sinais e sintomas do início do trabalho de parto e as possíveis maternidades que poderão recebê-la, iniciando assim o processo de peregrinação pela busca de leito obstétrico (Quadros 31, 32, 34, 35 e 36). No momento da entrevista das puérperas participantes deste estudo, não

foram encontrados relatórios de encaminhamentos da UBS para a maternidade, fato este considerado como não realizados, tendo a gestante procurado esta atenção por decisão própria.

Considera-se esta segunda forma de acesso à atenção hospitalar como mais desumana para com a parturiente, pois, mesmo sendo orientadas sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, devido ao fato da complexidade de seu reconhecimento, ao conhecimento do senso comum passado de mãe para filha, à influência da mídia e às representações sociais sobre a dor como o sinal mais característico deste período, as mulheres podem precocemente buscar a atenção hospitalar.

É importante destacar que, ao final do processo gestacional, a mulher pode apresentar um quadro denominado falso trabalho de parto, caracterizado por atividade uterina aumentada, permanecendo, entretanto, um padrão de contrações descoordenadas ou mesmo poderão estar no período premunitório. Algumas vezes, essas contrações são bem perceptíveis, contudo cessam em seguida e a cérvix uterina não apresenta dilatação. Tal situação promove um alto grau de ansiedade e expectativa sobre a premência do nascimento, sendo um dos principais motivos que levam as gestantes a procurarem o hospital. O profissional deve estar atento para tais acontecimentos, a fim de se evitar uma admissão precoce, intervenções desnecessárias e estresse familiar, ocasionando uma experiência negativa de trabalho de parto, parto e nascimento (BRASIL, 2003; VORPAGEL, 2008).

Ao chegarem à atenção hospitalar, estas mulheres poderão encontrar profissionais sem experiência, devido ao menor tempo de formação, ou pouco capacitados, sendo avaliadas e internadas ainda no período premonitório ou mesmo no falso trabalho de parto. Diante desta situação, poderão ser prescritas algumas intervenções na fisiologia do processo parturitivo, tais como o uso indiscriminado da ocitocina, que diante de um colo não preparado para o parto poderá aumentar o sofrimento das parturientes, haja vista a ocorrência do fenômeno da dor induzida por este fármaco (Quadro 35).

Ademais, esta cena potencializa o aumento do tempo de espera para a realização do parto, sendo um espaço para a utilização da cesariana, já que a parturiente poderá se encontrar fisicamente cansada em decorrência dos esforços orientados pelos trabalhadores da saúde como medida de auxílio da descida da apresentação fetal durante o período de dilatação do trabalho de parto.

Por outro lado, ainda nesta atenção, a parturiente poderá ser orientada quanto ao retorno para seu domicílio, tendo em vista o fato de não estar no verdadeiro trabalho de parto ou

mesmo com um grau de dilatação considerado inadequado pela rotina do estabelecimento de saúde (Quadros 31, 34 e 35).

Nesta direção, caso a maternidade não disponibilize a vaga, a parturiente nas duas formas de acesso aos serviços hospitalares, peregrinam em busca desta atenção, tendo que providenciar o transporte para a condução desta busca por conta própria.

Isto leva a refletir sobre o verdadeiro motivo que conduz estes profissionais a não admitirem estas mulheres nas unidades hospitalares, partindo do critério grau de dilatação. Seria a necessidade de ocupação dos leitos obstétricos disponíveis por parturientes com dilatação mais avançada?

Quadro 36 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre o processo de referência para a atenção hospitalar.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] como estava anoitecendo, eu liguei para o hospital filantrópico primeiro para saber se lá estava tendo obstetra. Minha tia ligou, e disseram para ela que lá não estava tendo obstetra, que se eu fosse eu ia dar viagem perdida e eu fui direto para o hospital X”. (P01 USF)	“[...] Sobre a maternidade que eu deveria parir não me falaram nada”. (P01 USF)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] O médico que me atendeu aqui (na maternidade municipal), até achou um absurdo, porque ele viu o meu cartão de pré-natal de lá (do hospital X), viu o meu acompanhamento e achou um absurdo isso, porque eu fiz o pré-natal lá(no hospital X) e quando chegou na hora que eu precisei, não me atenderam”. (P01 USF)	

De fato, a busca de acesso ao leito antes da internação implica, com frequência, a volta para casa ou a indicação para outro serviço. Conforme estudo de Campos e Carvalho (2000), embora quase 100% das mulheres tenham tido seus filhos em hospitais, a dificuldade de acesso ao leito para o parto se mantém, pois há desigualdade na oferta dos serviços de saúde entre as áreas programáticas, ficando o maior déficit de leitos públicos nas regiões da periferia, em especial para as gestantes que demandam atenção de maior complexidade (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Assim, sob a ótica da lógica de mercado e tendo em vista a atual forma de pagamento dos profissionais médicos, esta seria uma medida encontrada para aumentar a rotatividade dos leitos disponíveis, com o intuito de gerar mais procedimentos, visando a uma maior remuneração.

Ademais, considera-se que outro fator associado à utilização do critério maior grau de dilatação, como forma de seleção das parturientes a serem admitidas pode estar relacionado

com o fato destas mulheres permanecerem menor tempo demandando atenção obstétrica na sala de parto, o que faz pensar que nesta situação os trabalhadores da saúde não estabeleceriam vínculo de co-responsabilidade com as parturientes, não necessitando, desta forma, de acompanhamento constante da evolução do processo parturitivo.

Quadro 37 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Apesar deste município oferecer uma rede de apoio para a gestante, que conta com esta maternidade, o hospital filantrópico, o hospital geral e uma maternidade privada conveniada ao SUS, estas pacientes encontram dificuldades na hora que vão parir, porque o número de leitos ofertados é pouco com relação à demanda”. (MMM) “[...] esta cidade pactuou com cento e vinte e nove municípios. [...] Então nós temos como exemplo esta maternidade. Hoje, sessenta por cento das nossas gestantes são desses municípios pactuados”. (MMM) “[...] no hospital de referência, parte dos leitos são ocupados por parturientes de baixo risco que moram próximas de lá. Daí, quando é preciso referenciar as mulheres de risco, temos dificuldades [...]”. (MMM)	“[...] O sistema de referência é um sistema deficiente”. (MMM)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] nós temos uma deficiência crônica de leitos na cidade. Não posso dizer quanto leitos precisariam para ofertar para estas pacientes. Mas a grande dificuldade é onde elas vão parir”. (MMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] A regulação não funciona!”. (MMM) “[...] a gestante, muitas vezes fica perambulando de maternidade em maternidade, à procura de vaga e isso pode gerar consequências danosas tanto para a mãe como para o feto”. (MMM) “[...] A não mudança deste perfil dificulta cada vez mais, aumenta a ansiedade desta gestante e conduz a outras complicações, até a morte do feto e da gestante de risco que não encontra leitos suficientes para ficar internada e este é o grande problema”. (MMM)	

Nesta cidade, há deficiência de leitos tanto obstétricos quanto intensivos ou semi-intensivos neonatais, conforme Plano Municipal de Saúde. Mesmo diante desta realidade estrutural, a cidade estabeleceu um sistema de pactuação com outros municípios vizinhos, no que concerne à atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal. Desta forma, nas maternidades cadastradas no PHPN como referência para a realização do parto, diariamente ocorre superlotação dos leitos disponíveis, o que proporciona o menor acesso à atenção para algumas mulheres desta cidade caso (Quadros 31, 37 e 38).

Este panorama potencializa a subutilização dos leitos para a atenção de alto risco nesta cidade, haja vista a ocupação destes por parturientes classificadas como de baixo risco obstétrico (Quadro 38). Assim, percebe-se um fluxo inadequado destas mulheres, pois, como não há disponibilidade de Central de Regulação de Leitos, as parturientes são “autônomas” na tomada de decisão relativa à primeira maternidade que procurarão para a realização de seu parto. O acesso à atenção hospitalar parece depender basicamente da proximidade deste estabelecimento de saúde com o domicílio da parturiente nesta situação.

Quadro 38 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Coordenadora da Área Técnica da Mulher da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Em relação à vinculação entre pré-natal e rede hospitalar, isso a gente ainda não tem”. (CATM)	“[...] O que nós queríamos era drenar essas pacientes de acordo com o risco do pré-natal”. (CATM)
“[...] Esta cidade tem uma característica muito assim dela, porque é um pólo de entroncamento, atende uma macro-região. Para aqui que vem gente de muitos municípios. Às vezes, você está lá com o hospital ocupado 70% por gente de fora, de outra cidade e quando chega a gestante desta cidade, você não tem vaga”. (CATM)	
“[...] o hospital geral que é a nossa referência para alto risco, na maioria das vezes, atende paciente de parto normal, que chega parindo, no período expulsivo [...] isso deveria ser feito nas outras maternidades cadastradas”. (CATM)	
“[...] Temos um déficit também de UTI neonatal que às vezes, tem essa dificuldade, tem que ser mandada para Salvador por conta disso”. (CATM)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] O ideal seria que este município possuísse uma central de regulação obstétrica. Assim seria possível através do número de maternidade, do leito obstétrico, poder dividir essa cidade e encaminhar as gestantes para o parto”. (CATM)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Então, isso ainda nós não temos como fazer por falta de leito mesmo, talvez [...] não sei, se por interesse mesmo, da rede hospitalar, para que a atenção fosse melhor”. (CATM)	

A falta de um sistema de regulação e de referência, assim como a inexistência de protocolos clínicos, faz com que as maternidades de alto risco fiquem sobrecarregadas, sendo muitas vezes incapazes de atender pacientes que realmente possuem alto risco obstétrico, comprometendo a qualidade destes serviços e gerando prejuízos à mulher e seu recém-nascido (MURRAY et al., 2001 apud MENEZES et al., 2006).

A adequação do atendimento está associada à “superutilização” e “subutilização” dos serviços. Não raro, pacientes de baixo risco são internadas em maternidades de maior complexidade (“superutilização”). Essa “superutilização” em geral é associada ao “auto-referenciamento” (“*self-referral*”), ou seja, pacientes buscam atendimento em maternidades de maior complexidade porque entendem que elas abrigam mais recursos ou muitas vezes apenas porque são mais próximas do domicílio (JAHN et al., 200 apud MENEZES et al., 2006).

Urge, pois, a implantação da Central de Regulação de Leitos Obstétricos nesta cidade caso, sob a perspectiva de que facilitaria o processo de distribuição espacial da vagas, evitando sobremaneira o fenômeno da peregrinação das parturientes e a superlotação dos leitos de alto risco.

A respeito da implementação do sistema de referência e contra-referência para a garantia da intersetorialidade, conforme análise do Plano Municipal de Saúde, esta cidade caso tinha estimativa de implantação da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal e da implantação da Central de Regulação de Leitos para o ano de 2009. Porém, até o término da coleta de dados deste estudo estas centrais não tinham sido implantadas.

Considera-se urgente o estabelecimento de vínculos entre a atenção ambulatorial e hospitalar neste município, com vistas à redução da ocorrência do fenômeno da peregrinação das gestantes em busca de leitos obstétricos. Assim, com a melhor oferta e distribuição equânime de leitos obstétricos e neonatais, poderia ser reduzida a ocorrência de complicações obstétricas e perinatais com melhores resultados para a mulher no ciclo gravídico e puerperal e seu RN.

As gestantes ficam preocupadas com o local destinado ao nascimento de seu filho. Como nesta cidade caso não há regulação para o acesso à atenção hospitalar, os responsáveis técnicos pela realização das consultas de pré-natal prestam orientações sobre a busca de atenção na maternidade mais próxima de sua residência (Quadro 39).

Percebe-se na argumentação do quadro 39, inteiro conhecimento de um dos princípios do PHPN, a saber, a garantia de atenção ao parto, bem como das complicações potencializadas pelo fenômeno da peregrinação. Para esta entrevistada, ao término do total de consultas recomendadas para a atenção pré-natal de qualidade, as gestantes já deveriam saber em qual maternidade desta cidade seria realizado o seu parto.

Caso esta realidade fosse implementada, seria uma forma de reduzir o estresse e a própria ansiedade da parturiente, pois a mesma e seu acompanhante teriam condições de planejar uma visita a este serviço de saúde visando conhecer a cena do parto ou mesmo iniciar

um processo de vinculação com os profissionais que poderiam acompanhar o processo parturitivo.

Quando a presença e opinião das mulheres são valorizadas através da liberdade de escolha, de ser colocada em contato com todos os acontecimentos inerentes ao parto e de conhecer o ambiente de pré-parto e parto antecipadamente, seu poder vital é fortalecido e sentimentos negativos como ansiedade e medo do desconhecido são amenizados (FRELLO, 2009).

Quadro 39 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre o processo de referência da parturiente para a atenção hospitalar.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] É muito comum durante o pré-natal elas perguntarem: doutor, eu vou para onde? Eu vou parir onde? Você não pode dizer para onde ela deve ir! Eu não sei se lá vai ter vaga para receber naquele dia, naquele momento que ela estiver em trabalho de parto. Então o que você diz é o seguinte: vá procurar a maternidade que seja mais próxima, evidente, de sua residência”. (MMM) “[...] A coisa já funciona errada desde quando ela vem de outra unidade de outra cidade. Vem a ficha de referência, mas não há uma regulação. Ela é encaminhada só através da ficha de referência, sem uma regulação prévia, para saber se aquela instituição tem leitos ou não para recebê-la”. (MMM)	“[...] a gestante já deveria sair das consultas de pré-natal já referenciada, ciente da maternidade que iria ter o seu filho. Isso geraria muito menos estresse, menos ansiedade para esta gestante e ela ficaria mais tranquila. Seria até fator para a redução da mortalidade materna e fetal”. (MMM)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] Então fica muitas vezes a equipe médica ligando para alguma maternidade da cidade para falar com algum colega plantonista para ver se tem vaga, para receber esta paciente”. (MMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] E muitas vezes, ocorre que não tem leitos para recebê-la. A paciente já passou por várias maternidades e você tem que dar aquele jeitinho brasileiro. Improvisar uma maca. Improvisar um leito para atender aquela gestante. É isso que ocorre na prática”. (MMM) “[...] Se não houver uma pactuação entre os gestores do município, entre secretários de saúde e gestores das maternidades, nós não vamos mudar este perfil e isso gera as consequências que eu já falei.”. (MMM)	

Nesta ocasião, poderiam ser discutidas com os profissionais dos serviços as condutas que poderiam ser utilizadas durante o trabalho de parto, além da possibilidade de escolha e do estabelecimento de parceria com o acompanhante da mulher no que se refere ao seu papel durante este processo. Considera-se que, nesta prática, seria levada em consideração a opinião da mulher e de seu acompanhante, sendo permitido aos mesmos espaços coletivos para o exercício de sua cidadania e dos direitos legalmente constituídos.

Sendo assim, o estresse e a ansiedade não estariam presentes no momento do parto, o que implicaria a manutenção da fisiologia do processo. Ademais, a peregrinação pela busca de leitos obstétricos seria bem menor, o que implicaria benefícios materno-fetais e para a própria unidade de saúde.

Dentre as vantagens para a instituição hospitalar, destacam-se a menor ocupação de leitos de Terapia Intensiva ou Semi-Intensiva Neonatal, a menor necessidade de transferência da puérpera para outros serviços de referência, tendo em vistas as complicações puerperais associadas; o menor estresse do próprio trabalhador da saúde, o que sobremaneira reduziria gastos e potencializaria repercussões nos índices de morbimortalidade maternos e perinatais.

Nesta cidade caso, a peregrinação das parturientes também é potencializada pela própria organização do sistema de “referência” que é rotineiramente estabelecido entre hospitais das cidades circunvizinhas que fazem parte da pactuação e a maternidade municipal (Quadro 39).

As gestantes de outros municípios chegam à maternidade municipal via ficha de referência, sem ter sido estabelecida uma “regulação” prévia, com vistas à informação sobre a disponibilidade de leitos obstétricos (Quadro 39). Entende-se que, nesta situação, os profissionais de saúde destas cidades deveriam estabelecer contato prévio com este local, evitando-se sobremaneira o fenômeno da peregrinação.

Como estratégia para o enfrentamento desta situação, os profissionais médicos iniciam uma busca de leitos disponíveis, via aparelho telefônico, com outros profissionais desta mesma categoria que trabalham e são plantonistas de outras maternidades da cidade caso ou mesmo da capital do estado (Quadro 39).

Depreende-se desta argumentação que, na tentativa de resolver a situação da parturiente diante da falta de vaga na maternidade municipal, os profissionais médicos estabelecem um processo de negociação com outros serviços, objetivando a garantia do acesso desta usuária. Nesta negociação, torna-se necessário o estabelecimento de laços de amizade entre os profissionais médicos envolvidos neste processo, para que de alguma forma a transferência da parturiente possa vir a ocorrer.

Na prática clínica diária, quando esta cena não é observada na maternidade municipal, diante do fenômeno da peregrinação das parturientes, os profissionais responsáveis pela admissão das mesmas acabam tendo necessidade de improvisar em macas leitos como forma de acomodar as gestantes (Quadro 39). Esta seria uma forma de prestar o atendimento, conforme argumentação apresentada.

Considera-se esta como sendo uma prática que vai de encontro ao princípio da segurança do paciente, tão discutido no cenário nacional, e com riscos potenciais, pois, na

vigência do trabalho de parto, a tendência é que as contrações uterinas fiquem cada vez mais dolorosas e menos espaçadas, o que demanda agitação por parte da parturiente, podendo ocasionar quedas e complicações materno-fetais.

Quadro 40 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre o processo de referência para a atenção hospitalar.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Eu já sabia em que hospital, em que maternidade eu teria o meu bebê. A doutora (a enfermeira) indicou em que hospital eu poderia ter o meu bebê. Ela dá uma opção para a gente fazer o parto”. (P02 USF)	“[...] Para eu chegar aqui foi um procedimento longo, pois eu passei por vários hospitais”. (P02 USF)
“[...] Eu fiquei circulando de umas seis horas da tarde até as doze da noite rodando, para ir a vários hospitais. Quando eu chegava, eles me faziam o toque e diziam que não estava na hora e que iam me mandar para casa. [...] Diziam também que o bebê só ia nascer na outra semana, era uma burocracia danada!”. (P02 USF)	
“[...] E minha pressão estava alta. Eles verificaram minha pressão e ela estava 160 x100mmHg e eles achavam que minha pressão estava ótima e me mandaram para casa e eu não estava me sentindo bem”. (P02 USF)	
“[...] Na primeira vez que eu estive aqui nesta maternidade foi tudo rápido. O obstetra fez o toque e me mandou ir para casa, não olhou mais nada. Eu falei para ele que a minha gravidez era de risco, que minha pressão estava alta e ele mediu minha pressão e me mandou ir para casa, beber muita água, ficar em repouso e voltar na outra semana, porque não estava na hora”. (P02 USF)	
“[...] Na segunda vez, o mesmo médico me atendeu, e ele me falou: é a senhora novamente. Eu não falei para a senhora que só era para eu voltar quando a sua barriga estivesse como uma parede? Eu falei assim: mas doutor, eu não estou me agüentando de dor! Ele me mandou para casa, e disse que isso não era dor que eu estava sentindo, que era apenas o bebê abrindo passagem, para poder se encaixar”. (P02 USF)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] Não estava nada marcado, ela apenas só indicou. Ela me falou que o melhor lugar para se ter o bebê, mais adequado, que tem todos os aparelhos, se precisasse de alguma coisa, aí ela citou o nome do hospital, que seria este aqui, que é o hospital que teria todo o tipo de equipamento adequado para gestante”. (P02 USF)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] E para eu estar aqui hoje, nessa maternidade, foi devido aos meus conhecimentos. Meus conhecimentos foram pessoas que já estão na área da medicina, que conhecem vários médicos, que trabalham na maternidade, devido à amizade, que facilitou um pouco para eu estar aqui hoje”. (P02 USF) “[...] Na outra vez que eu estive aqui, o outro obstetra me examinou, porque a minha amiga conhecia ele e pediu. Ele falou que eu tinha que fazer a cesárea, porque minha pressão estava alta e meu bebê estava sofrendo”. (P02 USF)	

Por outro lado, mesmo não sendo inicialmente consideradas gestantes de alto risco, conforme argumentação de duas puérperas, a escolha da maternidade municipal se deu devido à disponibilidade de leitos de Terapia Intensiva Neonatal, já que nas outras duas maternidades cadastradas no PHPN não há disponibilidade destes (Quadros 35 e 40).

Este critério para o acesso à maternidade reflete uma preocupação imediata das entrevistadas com as condições do nascimento do seu filho em detrimento de condições mórbidas que poderão ocorrer na vigência do seu processo parturitivo. Neste sentido, esta preocupação pode ser o reflexo da prática de cuidado com a prole, atribuída à mulher histórica e socialmente.

Desta forma, as parturientes levam em consideração a busca por uma maternidade bem equipada do ponto de vista tecnológico para o pronto atendimento do RN, o que poderá representar a segurança de bom atendimento para as necessidades imediatas do mesmo, não valorizando sobremaneira a atenção que será oferecida para ela ao longo do processo parturitivo e puerperal nesta maternidade.

Assim, conforme argumentação do quadro 40, a própria profissional responsável pela atenção pré-natal reforçou como critério de escolha da maternidade a sua estrutura tecnológica para pronto atendimento no pós-parto, na vigência de complicações maternas ou neonatais.

Mesmo com esta orientação, esta mulher vivenciou o fenômeno da peregrinação. A mesma referiu tentativas de acesso ao atendimento de suas necessidades por um período de quase seis horas, passando por três serviços da rede, sendo que só na maternidade municipal tentou obter uma vaga por três vezes.

Assim, diante desta realidade, esta mulher procurou auxílio de uma enfermeira de seu conhecimento para tentar conseguir o acesso ao atendimento de seu parto que, como destacado aqui, desde o início da sua peregrinação, a mesma já evidenciava sinais clínicos que demandavam intervenções, representados pelos níveis de pressão arterial elevados. Este indicador não foi levado em consideração durante a avaliação nos consultórios das maternidades procuradas.

Desta maneira, diante de tantas tentativas, a repercussão maior de sua peregrinação foi a ocorrência do sofrimento fetal, demandando desta forma a realização de uma cesariana.

Os problemas de acesso ao leito obstétrico dos quais dependem em grande medida as distorções da assistência podem ser equacionados pelo aumento do número de leitos, sua melhor distribuição geográfica e a sua organização através da central de vagas, de forma a

reduzir ou eliminar a peregrinação por leitos obstétricos ou neonatais, principalmente nos casos de gestações de alto risco (DINIZ, 2001; ROCHA, 2004).

Considera-se que seja necessária a articulação de estratégias municipais que vislumbrem a atenção hospitalar à parturiente, com destaque para o processo da referência e contra-referência, com vistas à facilitação da atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal. É preciso que se busque a concretização da implantação e do funcionamento da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal e do próprio sistema móvel para o transporte das gestantes.

4.2.2 A atenção à parturiente na maternidade municipal

O processo parturitivo configura-se, no contexto das práticas dos profissionais de saúde, como um momento intensamente estressante para a mulher em decorrência do dor relacionada às contrações uterinas, cada vez mais intensas, além de ser uma experiência notadamente estranha do ponto de vista dos atores envolvidos na cena do parto.

O parto corresponde ao momento mais importante do ciclo gravídico e puerperal, tanto no que se refere à sua relevância como marco na vida da mulher e do seu filho, como também no risco potencial de complicações, principalmente na vigência de uma atenção pré-natal precária e diante da peregrinação pela atenção hospitalar para o nascimento.

Desta forma, a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para a garantia de que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar, sendo este um direito fundamental de toda mulher (BRASIL, 2003).

Na argumentação da gerente da maternidade municipal, a forma como vem ocorrendo a atenção à parturiente está funcionando, pois é garantido atendimento todas aquelas que procuram este estabelecimento de saúde (Quadro 41), procura esta que se dá por decisão própria.

Ao chegarem à maternidade municipal, são atendidas na recepção onde são solicitados documentos para que seja gerada a Autorização de Internação Hospitalar. Dentre estes documentos, chama a atenção o fato de ser levado em consideração, neste momento, o cartão da gestante, que é oferecido na atenção pré-natal, o qual seria considerado como uma forma de comunicação entre UBS e atenção hospitalar sobre a história clínica da usuária do serviço (Quadros 41 e 42).

Quadro 41 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] A paciente dá entrada na emergência, que nós somos uma unidade de urgência e emergência, então a paciente já vem solicitando o atendimento”. (GMM)	“[...] como nós atendemos todas as gestantes [...] Acho que a atenção à parturiente funciona nesta unidade”. (GMM)
“[...] Quando se trata de parturiente, ela deve trazer o cartão, que é a garantia de que realizou o pré-natal em outra unidade”. (GMM)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Ela informa a atendente do hospital que solicita a paciente que apresente este cartão para gerar a AIH, faz a ficha de atendimento, que é encaminhada juntamente com a paciente e a recepcionista do hospital até o consultório, que é o consultório de triagem”. (GMM)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] quando a parturiente chega aqui nesta maternidade vai ser encaminhada ao obstetra, que faz a avaliação”. (GMM)	

Neste contexto, surgem as seguintes reflexões: seria o cartão da gestante uma forma de garantir o acesso à atenção hospitalar para o parto? As parturientes que não levam para a maternidade este documento são atendidas? Será que este documento é uma forma de comunicação entre a atenção básica e a hospitalar? Todos os cartões são devidamente preenchidos? No pós-parto, ele é considerado como uma forma de manter esta comunicação para a atenção puerperal de qualidade?

A parturiente é encaminhada para o consultório médico na companhia de uma funcionária da recepção desta unidade. Neste momento, a parturiente é separada da pessoa de seu convívio social que a acompanhou até a maternidade municipal (Quadros 41 e 42).

Acrescenta-se que neste primeiro contato da parturiente com a maternidade municipal, a mesma se depara no primeiro momento com uma barreira física entre o trabalhador que a recepciona e a própria mulher e seu acompanhante, pois é evidente uma vidraça promovendo esta separação.

Esta barreira, na prática clínica diária deste serviço, foi obrigatória, diante da revolta de algumas famílias mediante negação do atendimento provocada pela falta de leitos obstétricos ou neonatais para a atenção à parturiente ou neonato, potencializando o fenômeno da peregrinação periparto.

Mesmo na presença desta barreira física, este trabalhador da saúde é o primeiro a estabelecer contato com a parturiente, já que o mesmo é o responsável pelo acompanhamento da mulher até a unidade do consultório médico. Será que neste curto espaço de tempo são

estabelecidas medidas para o acolhimento inicial da parturiente e sua família? É estabelecida alguma forma de relação entre este profissional e a parturiente? Como é esta relação?

Quadro 42 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Quando eu cheguei aqui, eu fiquei sentada na cadeira lá de fora, meu marido deu um papel na recepção para fazer a ficha e o meu cartão do pré-natal”. (P01 UBS)	“[...] Eu acredito que deveriam ter me recebido bem melhor”. (P01 UBS)
“[...] Lá no consultório só fez o toque mesmo [...] não olhou minha pressão”. (GP01 UBS)	
“[...] Quando chegou perto da sala de parto, retiraram minha roupa, deram banho em mim e colocaram outra roupa em mim”. (P01 UBS)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Depois eu entrei e me encaminharam aqui para dentro, para esperar mais um pouco, mais ou menos meia hora até entrar na sala do médico”. (P01 UBS)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] O médico mandou uma mulher para me levar para a sala para me internar”. (P01 UBS)	
“[...] O médico foi fazendo tudo e não me explicava nada”. (P01 UBS)	

Fica evidente que, conforme argumentação do quadro 42, na condição de parturiente, a entrevistada não reconheceu a função da funcionária responsável por encaminhá-la até o consultório médico, o que faz pensar no estabelecimento de uma relação impessoal com esta usuária. Acredita-se ser importante o acolhimento da parturiente e sua família nas maternidades, pois, além de ser um dos objetivos do PHPN, o estabelecimento adequado deste primeiro contato poderá acalmar e confortar a parturiente.

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica a recepção da mulher desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento e a humanização podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e usuárias dos serviços, a exemplo da forma cordial do atendimento com os profissionais se apresentando, chamando pelo nome, informando sobre

condutas e procedimentos, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas (BRASIL, 2005a, 2006a).

No segundo contato da parturiente com a maternidade municipal, ela fica à espera da avaliação médica no corredor deste estabelecimento de saúde, compartilhando este momento com outras mulheres em igual situação (Quadro 42). Neste espaço estão disponibilizadas oito cadeiras para as parturientes. Entretanto, permite-se considerar que este local não é adequado para o momento vivenciado pela parturiente, já que por ele passam todos os funcionários deste estabelecimento de saúde, além de visitantes, estudantes de graduação e pós-graduação, familiares e amigos de puérperas que se encontram internadas nas unidades de alojamento conjunto desta maternidade, além de outras pessoas.

Ademais, algumas vezes, por conta da dinâmica de trabalho da equipe médica, a parturiente pode demorar um longo período à espera desta avaliação inicial que será decisiva para a sua internação no centro obstétrico deste estabelecimento de saúde. Os registros dos prontuários das mulheres estudadas apontaram que as parturientes esperaram de vinte minutos a uma hora e vinte minutos para serem atendidas no consultório pelo profissional médico (APÊNDICE D).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), não existe um "momento ideal" para internar a gestante em trabalho de parto. Embora o desejável seja a internação já na fase ativa, algumas gestantes poderão se beneficiar de uma internação mais precoce, ainda na fase latente, sendo elas as que têm dificuldade de acesso ao local do parto.

Desta forma, são recomendados procedimentos mínimos, mas essenciais para a prestação de uma atenção de qualidade para a parturiente no momento da avaliação que determinará a sua admissão na unidade hospitalar. Destaca-se neste estudo a anamnese, o exame clínico e o exame obstétrico.

Na anamnese, serão avaliados os antecedentes mórbidos, antecedentes obstétricos, incluindo o levantamento de complicações de partos em gestações anteriores, a data da última menstruação, as informações sobre a movimentação fetal e os dados e evolução de gestação atual (BRASIL, 2003). Alguns destes dados já devem rotineiramente fazer parte do cartão da gestante, sendo evitada a mera repetição de perguntas pelos trabalhadores da saúde.

No exame clínico, ainda que sumária nas gestações de evolução normal, a avaliação clínica da gestante deve incluir medida dos dados vitais, dentre eles a pressão arterial, o pulso e a temperatura, a avaliação das mucosas, a presença ou não de edema e varizes nos membros inferiores e a ausculta cardíaca e pulmonar (OMS, 1996; BRASIL, 2003).

O exame obstétrico compreende a ausculta da frequência cardíaca fetal, a medida da altura uterina, a palpação obstétrica para determinar a situação, a posição e a apresentação fetal, além da dinâmica uterina, sendo estes procedimentos obrigatórios na admissão da gestante. Os toques vaginais subsequentes ao do diagnóstico podem ser postergados até que a gestante se encontre na fase ativa do trabalho de parto, e devem ser utilizados com muita parcimônia nos casos de suspeita ou confirmação de amniorrexe prematura (BRASIL, 2003).

Conforme argumentação do quadro 43, o profissional médico realiza uma avaliação criteriosa no primeiro contato com a parturiente. Nesta avaliação, são valorizadas a frequência cardíaca fetal, a dinâmica uterina e o toque do colo uterino. Este último exame é realizado com o intuito de detectar as condições da dilatação, do apagamento, da bolsa das águas, para confirmar a apresentação fetal e a altura desta, em relação ao estreito superior da pelve materna. São questionados o número de gestações e o grau de paridade.

Quadro 43 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“Quando a gestante chega neste hospital, ela inicialmente passa pela triagem, onde o obstetra faz uma avaliação, constatando se a mesma encontra-se em trabalho de parto, ela é encaminhada para o pré-parto”. (MMM) “[...] a técnica de enfermagem afere a pressão arterial. É feita uma higiene, toma-se um banho, e em seguida ela vai para sala do pré-parto, onde fica internada, nas camas PPP [...]”. (MMM) GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] nós fazemos uma avaliação que consta de ausculta fetal, avaliamos o número de contrações que essa parturiente apresenta. Fazemos a avaliação do colo, o toque vaginal para avaliar a dilatação do colo, apresentação e também se há uma perda de líquido amniótico”. (MMM) APOIO (considerando/por conta de/porque) “[...] Faz-se uma ficha de admissão onde são colocados todos os dados dessa paciente. Consta da paridade, do estado geral da paciente, se está bem, se é uma paciente eupneica, se tem mucosas descoradas, a pressão arterial, e os dados obstétricos propriamente ditos, idade gestacional, paridade, dilatação de colo, número de contrações em 10 minutos, se a bolsa está rota ou não, a apresentação se é cefálica ou não, o número de batimentos cardíacos, a altura da apresentação”. (MMM)	“[...] os médicos fazem uma avaliação criteriosa das parturientes”. (MMM)

Além do exame obstétrico, é avaliado o estado geral da parturiente composto pelo grau de hidratação, o nível de consciência, as condições de suas mucosas oculares e sinais vitais, mais precisamente a pressão arterial. Os achados clínicos e obstétricos detectados no primeiro

contato entre o profissional médico e a parturiente deverão ser comparados com os dados registrados no cartão da gestante. Entretanto, não foram encontrados os cartões de pré-natal nos prontuários das entrevistadas deste estudo.

No estudo de Santos et al. (2000), a solicitação do cartão da gestante ocorreu em apenas 32,6% das admissões que na maioria das vezes, fora realizada pelo profissional médico. Tanaka (1995) demonstrou que a desarticulação entre os serviços de saúde leva a descontinuidade da assistência de pré-natal, parto e puerpério. Isso se agrava, quando o médico no hospital dá pouca importância os registros contidos no cartão de pré-natal.

O cartão da gestante funciona como um instrumento de vital importância neste primeiro contato da parturiente com a atenção hospitalar, pois disponibiliza dados relativos à atenção pré-natal que chegam às mãos de quem vai atender esta mulher. Deste modo, a desinformação poderá comprometer a qualidade dos passos seguintes desta atenção.

Quadro 44 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Na primeira vez que eu estive aqui nesta maternidade foi tudo rápido. O obstetra fez o toque e me mandou ir para casa, não olhou mais nada. Eu falei para ele que a minha gravidez era de risco, que minha pressão estava alta e ele mediu minha pressão e me mandou ir para casa, beber muita água, ficar em repouso e voltar na outra semana, porque não estava na hora”. (P02 USF)	“[...] Na sala de parto eu fui bem tratada”. (P02 USF)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] a menina me encaminhou para uma sala, eu tirei a minha roupa, ela colocou em um saco e me mandou tomar banho. Eu fiz um asseio, coloquei a luva, o sapatinho e fui para a sala de parto”. (P02 USF)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Colocaram o som para eu ouvir. As meninas ficaram dançando, super alegres. O rapaz que me deu injeção nas costas foi legal e tranquilo. Foi uma equipe maravilhosa. Eles me explicaram tudo. Falou que ia passar a sonda, e como minha pressão estava alta olhar a pressão, me colocar no aparelho para avaliar a minha pressão e ouviram os meus batimentos cardíacos”. (P02 USF)	

Assim, nesta unidade, são valorizadas variáveis importantes para o estabelecimento do verdadeiro trabalho de parto, detecção de distócias funcionais e da ocorrência de urgências e emergências obstétricas. Entretanto, conforme argumentações dos quadros 42 e 44, na admissão desta entrevistada foram realizadas na avaliação inicial no consultório médico, só o toque obstétrico, no primeiro caso, e a aferição da pressão arterial, após ter comunicado ao profissional médico que estava apresentando pressão alta, no segundo caso.

A análise documental (APÊNDICE D) das informações registradas pelo profissional médico responsável pela admissão da parturiente neste estabelecimento de saúde possibilitou constatar que algumas informações primordiais não tinham sido coletadas, tais como a história gestacional e pré-natal, além de ocorrência de alergias alimentares e medicamentosas. Estes profissionais registraram apenas as condições da bolsa das águas, da dilatação e do apagamento do colo uterino, a altura da apresentação fetal e a sua estática. Foram encontrados registros sobre a previsão da via do parto e o diagnóstico da evolução da parturiente.

Ao serem admitidas na maternidade municipal, as parturientes foram submetidas à aferição da pressão arterial, ao toque obstétrico e à avaliação dos batimentos cardíofetais (APÊNDICE D). Entretanto, a dinâmica uterina foi avaliada apenas em uma das parturientes participantes deste estudo. Estes achados também foram encontrados no estudo de Goldman e Barros (2003) e Cagnin (2008).

Com relação à verificação da pressão arterial da parturiente, no estudo de Santos et al. (2008), esta variável vital foi aferida em 22,3% das parturientes no período entre a admissão e o parto. A avaliação somente da pressão arterial pode estar associada ao fato da crescente preocupação com a mortalidade materna e neonatal no Brasil, relacionadas às Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação.

Neste primeiro contato com a parturiente, considera-se primordial a avaliação de seu estado geral, suas condições clínicas e obstétricas. Todos os sinais vitais devem ser verificados. Assim, é notória a preocupação geral com as cifras pressóricas das parturientes em detrimento da avaliação das outras variáveis vitais, tais como pulso e temperatura corporal.

Para a OMS (1996), é fundamental a avaliação do bem-estar da parturiente, sendo importante o controle dos parâmetros vitais, com destaque para a pressão arterial, a temperatura corporal e o pulso, pois variações destes dados poderão significar alterações clínicas importantes na determinação do risco de morbidade materna e fetal. A temperatura corporal aumentada pode ser um sinal precoce de infecção ou mesmo representar clinicamente um estado de desidratação da parturiente. Deste modo, a verificação destes sinais vitais em conjunto faz parte da avaliação contínua durante o trabalho de parto, tendo um papel claro na assistência, pois podem indicar a necessidade de alterar o curso de ação em um determinado parto.

Assim, acredita-se que esta primeira avaliação não é realizada de forma criteriosa, pois são passadas despercebidas, algumas informações vitais para a construção da história clínica e da atenção pré-natal à parturiente, podendo comprometer, mais adiante o reconhecimento de

alterações na dinâmica do processo parturitivo e até mesmo no estabelecimento de intervenções necessárias.

Contudo, percebe-se nesta maternidade municipal, que o diagnóstico do trabalho de parto e a decisão pela internação da parturiente são responsabilidades do médico obstetra, já que este profissional é que assina a Autorização para Internação Hospitalar, não sendo inserida neste processo a participação de uma enfermeira obstetra. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Vorpapel (2008).

Ao entrar na maternidade em trabalho de parto, a gestante enfrenta um ambiente desconhecido e muitas vezes hostil. Após a admissão, está entregue aos cuidados de uma equipe de trabalhadores da saúde que ela não conhece. De modo geral, estas pessoas não se identificam, e não explicam ou fazem esclarecimentos a respeito dos procedimentos aos quais ela será submetida (ALVES et al., 2000). Esta situação ficou evidente nas argumentações 52 e 53, nas quais o profissional responsável pela sua admissão procedeu com a sua avaliação, sem ao menos explicar o que estava fazendo com a parturiente, e não estabeleceu com a mesma um diálogo favorável, para que a mesma pudesse expor o que realmente estava sentindo naquele momento.

No estudo de Lamy et al. (2000), a maioria dos trabalhadores da saúde não se identificou para a parturiente. No serviço público, a parturiente, durante a admissão no pré-parto, não conhece a equipe de plantão. Ao longo de sua internação é atendida por diversas categorias de profissionais, sendo que o que realiza o seu parto desaparece por trás de máscara cirúrgica, cumprindo o seu papel meramente técnico.

Pensa-se que são as relações iniciais no primeiro contato entre a equipe de trabalhadores da saúde e a parturiente algo fundamental, além de uma forma de amenizar o medo do desconhecido e da própria violência institucional ainda vigente na atenção à mulher em processo parturitivo.

Os dados avaliados pelo profissional médico são registrados em um impresso denominado folha de parto, que serve de comunicação entre o consultório e os trabalhadores de enfermagem e outros obstetras da sala de parto. Sendo detectadas as condições clínicas favoráveis para a admissão nesta maternidade municipal, a parturiente é encaminhada para o centro obstétrico, através de uma auxiliar ou técnica de enfermagem, que auxilia o profissional médico na avaliação inicial da parturiente (Quadros 42, 43 e 44).

Quadro 45 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Quando chegou a minha vez, eu entrei no consultório, o médico me atendeu, fez o toque em mim, ouviu o coração do meu bebê, só que não verificou minha pressão e me liberou para eu ir para casa. Não me explicou também o porquê. Não me explicou se eu iria ter o nenê naquele dia, se seria na manhã ou depois. Ele não me falou nada”. (P01 USF)	“[...] Eu acredito que a minha assistência poderia ter sido melhor, pois eu estava gestante e não merecia passar pelo que eu passei”. (P01USF)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] Lá na sala de parto tinha várias pessoas, só que em nenhum momento ninguém chegou perto de mim, só o anestesista que me perguntou se eu tinha alergia a algum tipo de remédio, porque ele ia me dar uma injeção”. (P01 USF)	

Após ser avaliada no consultório médico, uma técnica de enfermagem acompanha a parturiente para o centro obstétrico. Na entrada deste setor há um banheiro, onde a parturiente é submetida a um banho morno rápido, antes de adentrar as instalações físicas desta unidade, sendo oferecida para a mesma uma vestimenta da maternidade (Quadros 42, 43, 44 e 45). Este dado também foi detectado no estudo de Vorpágel (2008).

Durante o trabalho de parto, a gestante perde secreções pela vagina e, frequentemente, apresenta sudorese considerável. Ela deve, portanto, ser estimulada a se higienizar e devem estar disponíveis para ela condições para tanto. Os banhos de chuveiro com água morna têm sido utilizados de forma empírica para aliviar a dor do trabalho de parto. Mesmo que não exista ainda comprovação científica em relação a isso, a sensação de relaxamento físico e mental após um banho pode contribuir para o bem-estar das gestantes (BRASIL, 2003).

Este local não possibilita privacidade à parturiente, já que ao seu lado ficam mais três banheiros utilizados pelos trabalhadores deste estabelecimento de saúde e estudantes, promovendo sobremaneira a exposição da parturiente.

Após esta avaliação inicial e tomada de decisão sobre o internamento da parturiente, as mesmas levaram de vinte minutos a uma hora e vinte e cinco minutos para serem recebidas no centro obstétrico, apesar do fato de já terem sido consideradas como admitidas na maternidade local. Estas parturientes permaneceram na mesma situação anterior à avaliação inicial no consultório médico. Permaneceram sentadas ou deambulando no corredor de entrada deste estabelecimento de saúde, aguardando a liberação de leitos no centro obstétrico (APÊNDICE D).

Assim, este espaço de tempo sem a devida atenção e vigilância dos trabalhadores da saúde poderá potencializar a ocorrência de alterações na dinâmica do processo parturitivo, com riscos maternos e fetais. Por outro lado, este espaço de tempo poderá também contribuir com o aumento da ansiedade da mulher, bem como do seu sofrimento, haja vista a menor oferta de condições para o conforto da parturiente no espaço do corredor.

Destaca-se também, que neste contato com a maternidade, a parturiente é despida de suas vestes e adereços, em favor da política de prevenção da infecção hospitalar, sendo estes entregues ao seu acompanhante que fica esperando a resolução do processo parturitivo, na maioria das vezes, na recepção (Quadros 42, 43 e 44).

Desta maneira, permite-se considerar que neste momento inicia-se o processo de perda da identidade da mulher, promovido pelo atual modelo hegemônico da atenção obstétrica, que a descaracteriza mediante a admissão no centro obstétrico, sendo esta submetida ao uso de vestimentas muita vezes desconfortáveis e que potencializam a exposição de sua privacidade.

Quadro 46 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] A prescrição basicamente consta da dieta líquida, alguns colocam dieta zero, mas não se deve”. (MMM) “[...] É comum se colocar também soro fisiológico ou glicosado, é uma coisa que eu sou contra, a não ser que haja uma necessidade que a paciente esteja desidratada, ou com hipoglicemia, mas caso contrário, se a paciente está bem, não tem queixa nenhuma, trabalho de parto franco, não tem por que se colocar soro fisiológico”. (MMM)	“[...] A mulher estando em trabalho de parto só é necessário internar com uma dieta líquida e deixar o trabalho de parto evoluir naturalmente sem intervenção nenhuma” (MMM)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] caso a paciente esteja em trabalho de parto franco, não deve ser prescrito soro, só acompanhamento. [...] Com a dinâmica uterina boa, não vejo a necessidade de se colocar ocitocina, mas se faz muito isso na prática do dia a dia, se coloca soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, que é uma coisa errada. Se estiver com uma dinâmica uterina boa, você pode até gerar uma iatrogenia tomando essa medida”. (MMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] Hoje se faz a cultura do soro, soro para tudo, isso induz com a finalidade de colocar até ocitocina na paciente que está em trabalho de parto franco, duas a três contrações por minuto”. (MMM) “[...] Então está errado, pois gera as consequências, as complicações como a rotura uterina e o sofrimento fetal agudo. [...] Então deve ser criterioso o uso da ocitocina”. (MMM)	

A prescrição médica para as parturientes com o objetivo de condução do processo parturitivo é pautada em intervenções na fisiologia do processo do parto e nascimento, apesar da entrevistada argumentar que não há necessidade destas (Quadro 46), pois, segundo a mesma, seria necessário deixar o processo parturitivo ocorrer de forma o mais natural possível, sendo evitada sobremaneira a realização de intervenções na fisiologia do parto e do nascimento.

Destarte, na prescrição que é realizada pelo profissional médico, dentre as intervenções sinalizadas, são destacadas a dieta zero, o uso indiscriminado de ocitocina e a solução glicosada intravenosa nesta prática clínica.

Scarabotto e Riesco (2006) relatam que a infusão intravenosa de ocitocina é utilizada para acelerar o parto, com aumento das contrações e da pressão intra-uterina no estágio expulsivo do parto. Como consequência do uso dessa medicação, poderá ocorrer o desprendimento cefálico abrupto, com laceração perineal.

Na análise dos prontuários da maternidade municipal, observou-se que as parturientes permaneceram em dieta zero, conforme prescrição médica, por um tempo que variou de vinte e três minutos a seis horas e quarenta e cinco minutos, sendo a dieta zero durante o processo parturitivo observada também no estudo de Vorpagel (2008).

A prática da prescrição do jejum oral durante o processo parturitivo é justificada pela possibilidade de broncoaspiração por parte da parturiente. Talvez, este pensamento seja o reflexo da valorização do processo cirúrgico em detrimento da utilização da via vaginal como recurso clínico para o parto, ou mesmo da própria mecanização da atenção.

Neste sentido, faz-se importante a discussão dos reais benefícios advindos desta prática, haja vista a possibilidade de complicações no período puerperal imediato, tais como a lipotímia e a hipoglicemia. Por outro lado, a prescrição da dieta zero, acarreta a utilização de soluções intravenosas à base de glicose a 5%, com o intuito de manutenção do estado de hidratação e dos níveis de glicose sanguínea da parturiente.

Desta forma, as condições clínicas da parturiente representadas pela ocorrência de desidratação ou hipoglicemia decorrentes do processo de peregrinação pelo acesso à atenção obstétrica ou mesmo devido à orientação sem evidências científicas prestada na atenção pré-natal deveriam ser levadas em consideração, quando da prescrição da dieta zero, sendo as justificativas para a necessidade de uma cateterização intravascular para o uso da solução glicosada e da ocitocina (Quadro 46).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1996), as opiniões sobre a nutrição durante o processo parturitivo variam amplamente em todo o mundo. A denominada Síndrome

de Medelson, caracterizada pela aspiração do conteúdo gástrico durante a realização da anestesia geral, seria o maior temor que justificasse a prescrição do jejum oral. Assim, o fato de restringir a ingestão oral tanto de alimentos quanto de líquidos não reduz o conteúdo estomacal. O ideal é realizar uma criteriosa avaliação quanto à probabilidade de ocorrência de situações de risco, sendo esta avaliação de caráter individual.

Neste cenário de atenção, é de fundamental importância clínica a reposição de energia para a parturiente, já que o processo parturitivo acarreta gasto energético de considerável valor, o que poderá proporcionar a ocorrência de alterações orgânicas maternas, fetais e neonatais, tais como a desidratação e a cetose (OMS, 1996; BRASIL, 2003).

Na medida em que ocorre a aproximação da fase ativa do trabalho de parto, todos os alimentos sólidos devem ser suspensos, sendo permitida, para as parturientes de baixo risco, a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros. Evidentemente, o bom senso e uma decisão conjunta entre obstetras, anestesista e enfermeira obstetra podem permitir a individualização de cada caso. Todavia, as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos ou para parto cirúrgico devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto, evitando-se inclusive a ingestão de líquidos claros (BRASIL, 2003).

Neste estudo, foi detectado via análise documental que duas das quatro puérperas que participaram, não tinham previsão de evolução para parto via operatória. Mesmo assim, permaneceram em jejum oral até o estabelecimento da ocorrência do parto. Este jejum oral foi justificado em duas das parturientes deste estudo, devido ao fato de serem admitidas com diagnóstico inicial de desproporção céfalo-pélvica e sofrimento fetal, sendo prevista a ocorrência do parto operatório (APÊNDICE D).

Apesar de conhecer as iatrogenias decorrentes do uso indiscriminado de ocitócitos, representadas pelo risco aumentado de rotura uterina e sofrimento fetal (Quadro 46), esta entrevistada evidencia o uso indiscriminado de ocitócitos nesta prática clínica como medida para acelerar o processo parturitivo. Das puérperas que participaram deste estudo, a ocitocina foi prescrita para apenas uma delas. Para duas das puérperas não foi prescrito este agente farmacológico devido ao fato de serem submetidas à cesariana.

Assim sendo, considera-se fundamental o uso destas tecnologias, quando há necessidade de sua utilização, sendo respeitadas a subjetividade e a singularidade de cada mulher que vivencia o processo do parto e do nascimento.

Durante o processo parturitivo, a mulher é acompanhada pelos trabalhadores da saúde, no centro obstétrico da maternidade municipal (Quadro 47). Assim, este acompanhamento

valoriza aspectos biológicos associados à clínica do parto, em detrimento da consideração das condições emocionais da parturiente.

Diante disso, realizam-se no centro obstétrico desta maternidade avaliações constantes da frequência cardíaca fetal, da dinâmica uterina e das condições do colo do útero, através do toque (Quadro 47). Percebe-se uma avaliação focada apenas nas condições da evolução do processo parturitivo, com enfoque fetal, não sendo incluída nesta avaliação a satisfação da parturiente com a atenção oferecida neste momento, bem como suas condições emocionais.

Quadro 47 – Esquema representativo do argumento 3 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Durante o trabalho de parto se faz uma avaliação a cada hora, a cada 2 h da dilatação do colo”. (MMM)	“[...] a parturiente é acompanhada durante todo o processo do parto pela equipe de saúde, pela equipe presente: obstetra, enfermeiro e técnicos de enfermagem”. (MMM)
“[...] É comum aqui nós não utilizarmos o partograma, que é uma coisa errada, porque é rotina hoje se ter partograma”. (MMM)	
“[...] A questão de nós não utilizarmos o partograma é mais estrutural e também pode ser pessoal, muitas vezes por falta de conhecimento”. (MMM)	
“[...] Eu acredito que a grande maioria não saiba ainda utilizar, por deficiência de uma graduação ou de uma pós-graduação, uma residência médica”. (MMM)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Infelizmente a gente não tem o partograma. Como eu falei, nós utilizamos através do prontuário da paciente, que tem um local reservado pra colocarmos a altura da apresentação, a dilatação do colo, mas sem ter realmente um partograma, ideal para fazer esse registro da dilatação, da altura e aí sabemos se está tendo uma distócia ou não como está essa dinâmica uterina, se vai precisar fazer ocitocina”. (MMM)	
“[...] Agora a prática nossa, evidente quando fazemos a avaliação do horário dessa paciente, vamos ver a dinâmica uterina. Pelo menos, se tiver duas ou três contrações em dez minutos, de quarenta a cinquenta segundos de duração, é através dessa avaliação que nós avaliamos se há necessidade ou não do uso dessa ocitocina, para que não faça uso indiscriminado, só colocar por colocar, pra acelerar”. (MMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] No prontuário da paciente tem um local só para se colocar esse dado. O que deve ser feito com mais cuidado é a frequência cardíaca fetal que é recomendada a cada trinta minutos e vai fazendo esse acompanhamento”. (MMM)	
“[...] o profissional obstetra não está capacitado ou não foi orientado a saber utilizar o partograma”. (MMM)	

Neste acompanhamento, são priorizados dados relativos à evolução do trabalho de parto, representados pelo número de contrações a cada dez minutos, o grau de dilatação do colo do

útero e pelas condições da altura da apresentação fetal em relação ao estreito superior da pelve materna, como indicadores clínicos para o estabelecimento do diagnóstico favorável de progressão para o parto via vaginal ou mesmo da ocorrência de distócias funcionais (Quadro 47). Nesta avaliação, são considerados suficientes os registros dos profissionais médicos no impresso denominado folha do parto.

Contudo, a tomada de decisão pelo uso das intervenções parece ocorrer de forma empírica, já que não há utilização do partograma na prática clínica destes trabalhadores da saúde (Quadro 47). Ademais, considera-se importante o consentimento da parturiente para a realização destas intervenções.

O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias (BRASIL, 2003).

Neste contexto, considera-se que a utilização da dinâmica uterina, de forma isolada e sem a utilização do partograma, representa um risco para a inadequada tomada de decisão clínica, já que o aumento das contrações uterinas poderá sofrer interferência do próprio uso indiscriminado e da falta de disciplina no controle do gotejamento da infusão da ocitocina utilizada.

Na análise dos prontuários das puérperas, percebeu-se a não utilização da aferição da dinâmica uterina durante o processo parturitivo (APÊNDICE D). A avaliação da dinâmica uterina é uma tecnologia não invasiva, simples e de baixo custo que, aliada à observação global da parturiente, é útil para evitar procedimentos desnecessários, desconfortáveis ou constrangedores, como a monitorização eletrônica fetal, o exame vaginal e a própria prescrição de ocitocina. Esta conduta representa a oportunidade para a enfermeira ou o médico permanecer um tempo maior junto à parturiente, com possibilidade de individualizar a atenção (SCHNECK; RIESCO, 2006).

Assim sendo, a avaliação da dinâmica uterina configura-se na prática clínica dos trabalhadores de saúde das maternidades como um importante indicador da evolução das condições do trabalho de parto e do parto, além das condições fetais, que demandam atenção, no que se refere à sua avaliação, quanto à intensidade e frequência. A avaliação deste indicador poderá servir de base para a tomada de decisão clínica sobre a prescrição e o uso de ocitócitos, haja vista a tendência de seu aumento ao longo da progressão do processo parturitivo. Outrossim, a implementação da dinâmica uterina poderá ser um recurso primordial na atenção à mulher em processo parturitivo.

Foi notória, também, a baixa frequência de realização da avaliação dos batimentos cardíacos e do toque obstétrico durante a avaliação da parturiente. Duas parturientes foram submetidas a estas intervenções (APÊNDICE D).

O monitoramento do trabalho de parto mediante controle da dinâmica uterina, ausculta de batimentos cardíacos fetais e realização do exame vaginal é importante na assistência ao parto normal. Embora não existam recomendações expressas para a frequência de controle da dinâmica uterina, permite-se considerar que as características das contrações uterinas devem ser analisadas em intervalos de no máximo 60 minutos, sobretudo quando há infusão endovenosa de ocitocina. A ausculta de batimentos cardíacos fetais, por sua vez, deve ser feita com intervalos de no máximo 30 minutos, na fase ativa do período de dilatação, e a cada 15 minutos, no período expulsivo do parto.

O controle rigoroso da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto assegura, na quase totalidade dos casos, a adoção de medidas apropriadas para garantir o nascimento de uma criança em boas condições. O exame vaginal deve ser realizado mediante uma avaliação de sua real necessidade, devendo ser evitados toques por mais de um examinador e ser realizado a cada duas horas (OMS, 1996; BRASIL, 2003).

Os motivos argumentados como sendo os responsáveis pelo empirismo desta prática clínica estão associados às condições estruturais para a implementação do acompanhamento da evolução do parto e diagnóstico de distócias através do uso do partograma pela equipe médica, sendo apontadas também falhas no processo de formação desta categoria profissional, que não valorizam este tipo de tecnologia na prestação da atenção à mulher em processo parturitivo (Quadro 47).

Esta prática reflete a própria falta de informações para a parturiente sobre as alternativas disponíveis, para que as mesmas possam ter participação efetiva na luta pelo controle do uso indiscriminado de intervenções na fisiologia do nascimento. A ignorância acerca destas alternativas não permite que o conflito entre as mulheres e os trabalhadores da saúde se manifeste de maneira explícita. Para Bruggemann (2001), a desinformação é o mecanismo utilizado consciente ou inconscientemente para evitá-lo.

Entende-se que a utilização do partograma representa não só a oportunidade de segurança na tomada de decisões relativas ao processo de evolução do trabalho de parto e o diagnóstico de intercorrências, mas proporciona aos trabalhadores da saúde a oportunidade de partejar, de pôr em prática a presença constante, o estar junto, podendo ser estabelecidos vínculos solidários com as parturientes, já que demanda o preenchimento do instrumento e a realização da avaliação desta usuária a cada uma hora.

Assim, o partograma é uma ferramenta básica e de baixo custo para o acompanhamento do parto e para o estabelecimento do diagnóstico apropriado de complicações, sendo realizadas intervenções como resposta às necessidades obstétricas das parturientes, em momento oportuno, segundo as linhas de alerta e ação do partograma (ROCHA et al., 2009).

Os trabalhadores da saúde que acompanham a mulher em processo parturitivo, além de demandarem competência técnico-científica, precisam estar autenticamente presentes, disponíveis aos outros seres humanos. De acordo com Bruggemann (2001), é preciso ser capaz de compreender a parturiente a partir do significado que as mesmas atribuem a esta experiência.

Na análise documental, detectou-se a ausência de utilização deste instrumento no acompanhamento do processo parturitivo, aumentando a preocupação de que o fato de não ser utilizado na prática clínica diária dos trabalhadores da saúde desta maternidade, poderá dificultar a sequência do atendimento na evolução do trabalho de parto, possibilitando a menor condição no reconhecimento do início de uma complicação de maneira rápida, além de comprometer a integração da equipe de enfermagem que acompanha esta mulher durante a sua permanência nas salas de Pré-parto, Parto e Puerpério.

Portanto, é primordial a capacitação de médicos e enfermeiros deste serviço, com relação ao uso do partograma, bem como o investimento da gerência deste estabelecimento de saúde no que tange à ampliação do número de trabalhadores da saúde, na cena da parturição, para que a mulher em processo possa ser acompanhada com segurança, qualidade, excelência e cientificidade.

Conforme análise das argumentações (Quadros 48 e 49) fica evidente que as enfermeiras reproduzem o modelo biomédico hegemônico em sua prática clínica no ambiente hospitalar. As entrevistadas apresentam em suas falas a mesma percepção de acompanhamento que a profissional médica apresentou mais acima. Em sua prática clínica, as enfermeiras reconhecem o ato de acompanhar a parturiente a partir das ações que são executadas durante a admissão da mesma no centro obstétrico.

Nesta direção, o acompanhamento da parturiente seria a realização de condutas buscando reconhecer a história pontual da atenção pré-natal, repetindo sobremaneira as mesmas questões que a obstetra já teria realizado na avaliação inicial do consultório. Acrescenta-se ainda a este acompanhamento a realização de exame físico clínico e obstétrico, a avaliação da ausculta fetal, o toque obstétrico e a avaliação de sinais vitais (Quadros 48 e 49).

Quadro 48 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Em caso de parto normal, elas são admitidas no pré-parto, onde será acompanhado todo o trabalho de parto”. (EGCO)	“[...] no centro obstétrico nós ficamos acompanhando todo o trabalho de parto dela”. (EGCO)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Quando ela é avaliada pelo obstetra no consultório, a gente primeiramente admite esta paciente, onde a gente vai conhecer toda história da paciente, todo o pré-natal dela é questionado [...] como foi realizado”. (EGCO)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] O exame físico também é feito, a ausculta do BCF, o toque. Então, todo o exame da paciente é realizado para avaliar este trabalho de parto”. (EGCO)	
“[...] Se o caso da paciente é indicativo de parto cesariano, ela provavelmente entra direto para a sala de cesárea, onde se realiza o procedimento”. (EGCO)	

No que se refere aos sinais vitais, no centro obstétrico foi realizada apenas a aferição da pressão arterial, igualmente atenção dispensada à parturiente no consultório, no momento da admissão. Esta aferição variou de uma a quatro verificações, sendo que em uma das participantes deste estudo não foram avaliados os sinais vitais dentro do centro obstétrico (APÊNDICE D).

Durante a atenção à mulher em processo parturitivo, faz-se primordial a avaliação dos sinais vitais haja vista a possibilidade de alteração dos mesmos durante os períodos clínicos do processo parturitivo. Sendo assim, é de fundamental importância a avaliação criteriosa dos dados vitais da parturiente, tendo em vista a manutenção de uma atenção de qualidade, com o objetivo de melhores indicadores de saúde materna e perinatal, já que estas variáveis fazem parte de conjunto de critérios que compõem assim, o bem-estar da parturiente.

Por outro lado, a análise do prontuário da maternidade municipal (APÊNDICE D) das puérperas participantes deste estudo apontou para o fato de que o cartão da gestante não foi utilizado pelos trabalhadores da saúde envolvidos na atenção à parturiente no centro obstétrico, como instrumento de potencial fonte de comunicação entre a atenção básica e a hospitalar já que, durante a coleta dos dados, este documento não foi encontrado em anexo ao prontuário das puérperas acompanhadas. Assim, poder-se-á considerar, também, a provável devolução

deste documento com os pertences da parturiente para os seus acompanhantes ou responsáveis legais, no caso das adolescentes.

Quadro 49 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Assistencial do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“Quando nós recebemos a paciente no centro obstétrico, verificamos o diagnóstico médico, para identificar se é trabalho de parto normal ou se vai encaminhar para cesárea”. (EACO)	“[...] nós não temos condições de ficar o tempo todo, ao lado da paciente partejando realmente, damos a orientação, vamos ver outra paciente e retornamos”. (EACO)
“[...] Em relação ao nosso serviço eu acredito que siga uma rotina, mas não protocolada como deveria ser”. (EACO)	
“[...] Temos uma rotina quando recebemos uma parturiente. Fazemos a punção venosa periférica, mas nada assim protocolado”. (EACO)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Quando é parto Cesáreo, aqui nesta instituição tem a questão da sondagem vesical que é estabelecido para todos os partos cesáreos, pois é muito difícil fazer uma cesárea sem sondar a paciente”. (EACO)	
“[...] fazemos a punção venosa, a admissão e a sondagem vesical, para encaminhar a paciente pra a sala de cesárea”. (EACO)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Vai muito assim da visão do plantonista até do próprio obstetra que influencia muito na prescrição”. (EACO)	
“[...] Nós não temos aquele protocolo e não tem aquela autonomia como enfermeiro, de decidir até como é que fica”. (EACO)	

Este achado pode estar associado ao fato de os cartões das gestantes não terem sido preenchidos adequadamente pelos responsáveis pela realização das consultas de pré-natal. Durante a coleta dos dados, tanto nas fichas perinatais como nos próprios cartões das gestantes faltavam informações relevantes, tais como a idade das gestantes, alguns exames solicitados e realizados, apesar das mulheres possuírem-nos em mãos. Os trabalhadores da saúde poderiam ter realizado a leitura destes exames; mas, por outro lado, não procederam com o registro adequado dos resultados encontrados em cada um deles.

Assim, a enfermeira, ao admitir a parturiente, parece não valorizar as informações contidas no cartão da gestante, bem como a sua história obstétrica registrada na folha de parto. Na análise dos prontuários da puérperas sobre os registros da admissão no consultório médico, percebeu-se que algumas informações da atenção pré-natal não tinham sido

registradas, tais como o número de consultas de pré-natal, o número de abortos, a ocorrência de alergias medicamentosas e alimentares, bem como a imunização contra o tétano.

Isso talvez, seja devido ao fato de alguns profissionais médicos não preencherem adequadamente este impresso e as enfermeiras terem de proceder a admissão retomando algumas perguntas para a parturiente.

Desta forma, durante a admissão no centro obstétrico, o cartão da gestante não foi valorizado como instrumento de comunicação entre a atenção pré-natal e a equipe da unidade de ocorrência da atenção à mulher em processo parturitivo e no puerpério, sendo observada nos registros de enfermagem a descrição de informações tais como: o número de gestações, de partos, de abortos, de consultas de pré-natal realizadas e das intercorrências clínicas e gestacionais, o estado de imunização contra o tétano, as condições de ocorrência de processos alérgicos a fármacos e soluções. Todas essas questões já haviam sido direcionadas à parturiente anteriormente pelo profissional médico no consultório (APÊNDICE D).

A repetição de tais perguntas poderá proporcionar às parturientes situações de estresse, haja vista a forma como são conduzidas e a obrigatoriedade de realização deste primeiro contato com a mesma, por parte da enfermeira. Vale destacar que é importante o levantamento de dados clínicos e obstétricos relacionados à atenção pré-natal e da avaliação das condições para a tomada da decisão clínica quanto à admissão na maternidade local.

Entretanto, faz-se necessária a discussão da forma como vem ocorrendo este momento, já que o cartão da gestante deveria ser mais valorizado, sendo evitada a repetição de perguntas que, na verdade, não são devidamente avaliadas quanto ao motivo de sua realização, apenas são registradas pela enfermeira de uma maneira automática e rotineira.

Ainda em relação à atenção recebida no centro obstétrico, a argumentação do quadro 49 deixa claro que a parturiente permaneceu sozinha na sala de Pré-parto, Parto e Puerpério, proporcionando-lhe sentimentos de solidão e medo.

A solidão do pré-parto apareceu em destaque na maioria das entrevistadas do estudo de Lamy et al. (2002), no qual as mulheres falaram de dor e insegurança. Ficar sozinha no pré-parto parece para a mulher uma experiência que, além de assustadora, poderá lhes representar uma ameaça, já que o nascimento poderá ocorrer sem a presença dos trabalhadores da saúde.

Neste sentido, conforme argumentação desta entrevistada, quando ela estava no período expulsivo, não tinha nenhum profissional próximo da sala Pré-parto, Parto e Puerpério onde ela estava internada. Diante desta situação, a mesma preferiu segurar mais um pouco a apresentação fetal que, com certeza, já deveria estar no plano de saída da pelve materna, com o intuito de postergar mais um pouco a ocorrência de seu parto. Para ela, os profissionais de

saúde que estavam de plantão poderiam chegar a qualquer momento e o seu parto poderia ocorrer de forma mais segura.

De acordo com Frello (2009), os momentos que antecedem o parto são tomados por uma mescla de sentimentos e envolvidos nas diversas transformações a ele inerentes. Algumas mulheres referem preocupação e nervosismo.

Percebe-se que essa solidão pode afetar o estado emocional das mulheres. Essa fala denuncia que as parturientes, ao permanecerem na sala de Pré-parto, Parto e Puerpério desta instituição, poderão se sentir sozinhas, muitas vezes esquecidas pelos trabalhadores da saúde que estão de plantão no centro obstétrico. Estes, mesmo sabendo que as mulheres estavam sozinhas, não se fizeram próximos, envolvendo-se em outras atividades além da atenção no trabalho de parto.

Quadro 50 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Eu fiquei na cama deitada e me colocaram no soro. Eu achei isso normal, porque a dor foi tanta [...]”. (P01 UBS)	“[...] eu não tive condições de andar na sala de parto, pois a dor era muita”. (P01 UBS)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Fizaram várias perguntas lá na sala de parto. Perguntaram se eu sabia se o meu filho era homem ou mulher, falaram que ia ficar tudo bem, que não era para eu ficar com medo, que não era para eu gritar muito, porque na hora que eu fosse para ter mesmo, para forçar para o menino para sair eu ia ficar fraca e que não ia doer tanto assim não, que a dor ia passar, que ela era só ali na hora”. (P01 UBS)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] quando eu chequei, ela (a enfermeira da maternidade) ouviu o coração do meu bebê, verificou minha pressão, para saber se estava alta ou baixa. Depois tiveram umas meninas (enfermeiras da especialização em obstetria) que me deram massagem nas costas para ver se passava a dor, para diminuir um pouco a dor. Tinha até umas meninas (enfermeiras da especialização em obstetria) que pegavam na minha mão, para eu me acalmar, me deram água, não muito, só um pouco, para eu molhar meus lábios”. (P01 UBS)	
“[...] Ela (enfermeiras da especialização em obstetria) me falou que se eu quisesse andar, que eu poderia. Só que eu não aguentava não, pois a dor era muito forte, e por causa do soro também, que me dava muita dor, que me colocaram para sentir mais dor e eu não aguentava andar não”. (P01 UBS)	
“[...] Teve uma hora que eu fiquei só! Eu acho que eles foram almoçar e eu fiquei só. Eu senti a dor e prendi um pouco, mas na hora que elas chegaram não deu tempo e não tive mais como prender e foi a hora que eu tive o meu bebê”. (P01 UBS)	

Pensa-se ser este cenário uma forma de proporcionar, às parturientes, momentos de desconforto e de alteração na fisiologia do processo parturitivo, já que o medo poderá potencializar a sensação dolorosa das contrações uterinas. Sendo assim, admite-se considerar que esta prática vai de encontro aos princípios da humanização da atenção obstétrica, já que as mulheres vivenciam experiências de solidão, de medo e até mesmo de tristeza diante do abandono nas salas de Pré-parto, Parto e Puerpério.

Percebeu-se que o contato da enfermeira com a parturiente parece ocorrer de forma diferente, dependendo da via do parto. Nos partos vaginais, a enfermeira ainda consegue estabelecer um contato inicial com a parturiente através do processo da admissão, compreendida neste estudo como a realização da anamnese e do exame físico. Entretanto, nos partos operatórios, a enfermeira participa da atenção prestada à parturiente, realizando a admissão e procedimentos, tais como a técnica da sondagem vesical (Quadros 48, 49, 50 e 51).

Quadro 51 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Na sala de parto tinha muitas enfermeiras e um médico me esperando. Eu fiquei no quarto sozinha com outra moça que já tinha feito cirurgia e estava lá. Ela já tinha feito a cirurgia”. (P02 UBS)	“[...] Eu gostei muito da assistência dada da qui nesta maternidade”. (P02 UBS)
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Quando eu cheguei me perguntaram se eu tinha alergia a algum remédio, se eu tinha pressão alta, se tinha alguém na minha família com diabetes, essas perguntas aí. Fizeram um toque quando eu cheguei e o outro toque de manhã pela médica, alguns minutos antes de eu ter o meu filho, antes de eu ir para a sala de cesárea”. (P02 UBS)	
“[...] Da hora que eu cheguei até a hora que eu pari, eles me deram assistência. Aferiram minha pressão, perguntaram se eu estava me sentindo tonta, se eu estava bem, se eu estava vomitando, sempre estavam dando assistência”. (P02 UBS)	

Esta prática pode estar associada à ausência de uma organização da atenção das enfermeiras, via estabelecimento de protocolos institucionais, bem como pelo reduzido número de trabalhadores da Enfermagem neste serviço.

Assim, mesmo no momento da admissão, da realização da sondagem vesical ou da cateterização venosa periférica, a enfermeira deveria fazer uso destas tecnologias para que a prestação destes cuidados permitisse um encontro entre usuárias dos serviços e trabalhadora da saúde, e assim o diálogo fosse estabelecido.

Desta forma, conforme argumentações dos quadros 50 e 51, as entrevistadas consideram que foram bem atendidas devido ao fato da equipe de saúde ter prestado atenção às condições clínicas antes da realização do parto operatório.

As tentativas de “acalmar” a parturiente e convencê-la a colaborar com os procedimentos cirúrgicos invariavelmente são caracterizadas pelo automatismo e pouco calor humano (ALVES et al., 2000). Este discurso é comum a toda a equipe de saúde e o comportamento médico se reproduz no comportamento dos outros trabalhadores da saúde deste serviço.

Percebe-se que não se estabelece este diálogo com vistas à prestação de um cuidado pautado na valorização do ser humano como detentor de demandas a serem atendidas, já que as prioridades desta atenção são levantar informações e realizar procedimentos de forma rápida, como parte de uma rotina complexa e cristalizada, que não possibilita o ato de escuta e de dialogar com o outro.

Diante disso, a enfermeira se depara com o exercício de uma prática clínica que valoriza apenas o registro de informações em impressos institucionais, em detrimento do ato de partear, já que em decorrência de questões administrativas e gerenciais a mesma se afasta do processo de atenção à parturiente. Assim, a enfermeira parece não dispor do fator tempo para a prestação de uma atenção mais humanizada.

Pelo fato de não possuir condições de implementar em sua prática o ato de estar ao lado da parturiente de forma mais efetiva, a enfermeira não participa do processo de tomada de decisão clínica, já que compete ao profissional médico, que executa a prescrição e o acompanhamento da parturiente, a responsabilidade por este processo, direcionando sobremaneira, a atenção prestada no centro obstétrico (Quadro 52).

Adotando a lógica da atenção médica, no que se refere à maior taxa de ocupação dos leitos, a enfermeira, consciente ou inconscientemente, adota estratégias para acelerar o trabalho de parto, pensando que estas medidas irão favorecer a parturiente.

Dentre estas medidas na atenção da enfermeira oferecida à parturiente, destaca-se a prestação de orientações sobre a evolução do parto, já que estas não são devidamente preparadas na atenção pré-natal sobre questões relativas ao trabalho de parto e do próprio parto. Assim, esta trabalhadora da saúde ao repassar as orientações para a parturiente, focaliza a posição para o parto, o controle das contrações uterinas, mediante incentivo de uma única posição e na realização de esforços repetitivos na tentativa de auxiliar a progressão da apresentação do feto sobre o canal parturitivo (Quadros 50 e 52).

Quadro 52 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Assistencial do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] As parturientes que não vêm orientadas do pré-natal ficam muito assustadas, pois elas não sabem o que vai acontecer e como as coisas vão acontecer, como devem se posicionar para o parto, a questão de ajudar, de fazer a força no momento certo e tudo”. (EACO) “[...] Logo depois do pós-parto, a paciente deve ser encaminhada para enfermaria. Então elas passam muito pouco tempo conosco aqui no centro obstétrico depois do parto”. (EACO)	“[...] nós ajudamos para que o parto evolua mais rápido até e que seja menos desgastante para a paciente e para a equipe”. (EACO)
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Em caso de trabalho de parto nós orientamos a paciente, como é que acontece esse processo, a questão das contrações, como é melhor ela se posicionar”. (EACO) “[...] nós tentamos passar o máximo destas orientações”. (EACO) “[...] o serviço aqui demanda muito de nós. Tem muita parturiente para admitir. Diante disso, não temos condições de ficar deambulando com as parturientes. Elas ficam o tempo todo deitadas em decúbito lateral esquerdo, conforme nossa orientação. E tem ainda o acesso que poder ser retirado”. (EACO) “[...] E por conta da dinâmica do serviço, a depender de como o bebê nasce nós colocamos junto da mãe para incentivar o aleitamento, mas nem sempre isso é feito de rotina, depende muito de como está o movimento da unidade, como o nenê nasceu”. (EACO)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] E nem todas já vêm orientadas do pré-natal”. (EACO) “[...] Caso tenha esta oportunidade, estimulamos o contato entre mãe e filho no pós-parto imediato, mas nem sempre isto é efeito como rotina aqui no hospital”. (EACO)	

O estímulo aos “puxos” maternos, esforços voluntários de expulsão, longos e dirigidos, geralmente acompanhados de apnéia forçada pela manobra de Valsalva e interrompidos pela respiração profunda, foi assinalado por mais de 70% dos enfermeiros no estudo de Narchi (2009).

Esta prática predispõe alterações na frequência cardíaca fetal e redução do índice de Apgar, especialmente quando a mãe está em decúbito dorsal, posição associada à compressão da aorta distal e à redução do fluxo sanguíneo para o útero e membros inferiores, o que por sua vez promove alterações circulatórias maternas e comprometimento da oxigenação fetal. Por este motivo, a recomendação é permitir que a mulher, durante o período expulsivo, faça os esforços de puxo mais curtos e de forma espontânea, preferentemente em posições verticalizadas (OMS, 2001 apud NARCHI, 2009).

Ressalta-se que a realização de esforços da parturiente no que se refere ao uso da força muscular perineal de forma voluntária poderá implicar riscos para as mesmas, partindo da premissa de que esta orientação poderá ser realizada ainda na fase de dilatação do trabalho de parto, o que sobremaneira poderá potencializar a ocorrência do desgaste físico durante o período expulsivo.

Durante o processo parturitivo, todas as participantes deste estudo permaneceram restritas ao leito, conforme prescrição médica (APÊNDICE D), sendo este achado semelhante ao do estudo de Pereira (2006). Nesta maternidade local, não há uma política interna que preconize a deambulação da parturiente no centro obstétrico, o que por sua vez poderia substituir o uso indiscriminado de ocitocina em muitos casos.

Destaca-se aqui o fato de que, neste centro obstétrico, a deambulação das parturientes não faz parte da rotina destes trabalhadores da saúde (Quadros 43 e 50). Assim, a mulher fica restrita ao leito obstétrico, sendo orientada quanto a posição lateral esquerda, objetivando melhorar o fluxo sanguíneo para o feto. Verifica-se também que, diante da utilização do acesso venoso periférico e infusão da ocitocina, a parturiente referiu aumento do seu desconforto doloroso, não se disponibilizando para a deambulação.

Assim, considera-se que na prática clínica destes trabalhadores da saúde, diante da dinâmica do setor e da própria prescrição médica, valorize-se a restrição da parturiente no leito, como medida para assegurar a permeabilidade do acesso venoso periférico, já que a deambulação desta usuária poderia provocar a retirada acidental deste dispositivo (Quadro 52).

Uma característica marcante dos serviços avaliados no estudo de Diniz (2001) foi a pequena mobilidade das pacientes motivada em parte pelo uso rotineiro do soro, muitas vezes acrescido da bomba de infusão, que imobiliza ainda mais a paciente que o soro preso no seu suporte, pois este pode ser levado – ainda que com alguma dificuldade – ao contrário da bomba.

Quando deitada, a gestante é orientada a não permanecer em decúbito dorsal porque essa posição reduz o fluxo sanguíneo uterino e placentário. Ou seja, quando deitada, a gestante deve adotar o decúbito lateral, tanto direito quanto esquerdo.

Contudo, percebe-se uma subutilização do espaço da sala de Pré-parto, Parto e Puerpério e das camas disponíveis, já que o mesmo não é utilizado como local para a participação da parturiente como sujeito ativo do processo do nascimento, uma vez que a mesma fica restrita ao leito, em posição lateral esquerda.

O modelo dominante de atenção ao parto considera “parto normal” aquele também reconhecido como “parto vaginal dirigido”, ou seja, o parto que rotineiramente é conduzido com a parturiente imobilizada ou semi-imobilizada, privada de alimentos e de líquidos, usando drogas para indução e aceleração dos tempos do parto, em posição de litotomia no período expulsivo, com eventual uso de fórceps e emprego de rotinas de episiotomia e episiorrafia (DINIZ, 2001).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), salvo raras exceções, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito. Deambular, sentar e deitar são condições que a gestante pode adotar no trabalho de parto de acordo com a sua preferência e, em geral, de forma espontânea, existe uma tendência à alternância de posições. As mulheres devem ser apoiadas na sua escolha.

A liberdade de deambulação e o incentivo ao uso das mais variadas posições da parturiente correspondem a uma forma de proporcionar o conforto e o alívio da dor decorrente das contrações uterinas. Os trabalhadores da saúde não deveriam esquecer que a escolha da posição mais confortável é de responsabilidade da parturiente e não da equipe de saúde. Parece que, nesta unidade de saúde, a restrição ao leito é conduta imposta à parturiente, à qual não é oferecida a oportunidade de escolher a posição que melhor lhe agrade e conforto.

Quadro 53 – Esquema representativo do argumento 3 apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida durante o trabalho de parto.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Elas (as enfermeiras da especialização) me falavam que era para eu ter calma, que já ia ter já, que só faltava um pouco. Elas sempre me acalmavam”. (GP01 UBS)	“[...] Elas (as enfermeiras da especialização) me trataram bem, pois me explicavam e me comunicavam tudo que faziam”. (GP01 UBS)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Ela (a enfermeira da especialização) me falou que ia cortar e que ia dar mais ou menos treze pontos, mas ela não perguntou se eu queria o corte”. (GP01 UBS)	

Percebe-se certo estímulo a uma única posição que promove benefícios fetais, já que, em decúbito lateral esquerdo, a tendência é que as contrações uterinas fiquem mais intensas e menos frequentes, o que aumenta em parte o desconforto da parturiente e acelera a evolução do processo parturitivo.

Desta maneira, os dados acima apontam que nesta maternidade municipal não se presencia a ação direta da enfermeira na atenção à parturiente de baixo risco. Este presta

assistência no trabalho de parto apenas em alguns momentos do ato cirúrgico, ao invés de desenvolver uma assistência mais efetiva, integral e presencial a fim de detectar precocemente intercorrências e proporcionar os cuidados necessários.

A Instituição em estudo não conta com a presença de enfermeira obstetra, vista aqui como profissional que dispõe das competências necessárias para prestar este tipo de atenção. A enfermeira está sobrecarregada com responsabilidades e tarefas tendo de se organizar para atuar na atenção obstétrica e aspectos administrativos.

A participação da enfermeira obstetra durante a atenção à parturiente nesta maternidade municipal ocorre de forma pontual, pois está limitada à prática em campo de uma instituição privada da capital do estado, aos finais de semana, fato este confirmado nos quadros 50 e 53.

No ambiente atual, a enfermeira obstétrica que busca conduzir a sua prática dentro do modelo humanizado, lançando mão das tecnologias recomendadas pela OMS e pela história feminina dentro da instituição médica, enfrenta muitos conflitos. Afinal, o hospital é o palco central e supremo da ideologia biomédica dominante (ROCHA, 2004).

As discussões sobre a menor intervenção na fisiologia do nascimento encontram apoio no movimento de retomada do protagonismo feminino. As experiências européias com enfermeiras obstétricas e/ou parteiras formais servem de modelo alternativo ao modelo brasileiro, em que o parto é realizado quase que exclusivamente por médicos. Nesse sentido, é criado um ambiente favorável à inserção da enfermeira no cenário do nascimento. A práxis da enfermeira nessa política é caracterizada pela contradição: apesar de defenderem as propostas de humanização do parto, utilizam algumas práticas da assistência tradicional. A fragilidade de sua autonomia não possibilitou que elas concretizassem plenamente essas propostas (PEREIRA, 2006).

Da análise das argumentações 50 e 53, pode-se considerar que há diferenças importantes entre a atenção prestada pela enfermeira obstetra e pela generalista. Esta diferença parte do princípio de que, nesta maternidade, a enfermeira generalista participa de forma restrita da atenção à parturiente, já que a mesma apenas realiza a admissão e o controle da frequência cardíaca fetal, enquanto que as técnicas ou auxiliares de enfermagem fazem o controle da pressão arterial e fazem a punção venosa periférica para a infusão de glicose a 10%, com ou sem ocitocina, conforme prescrição médica.

As tecnologias de cuidado são entendidas neste estudo como um conjunto de alternativas que promovem o bem-estar desta usuária dos serviços públicos. Dentre estas alternativas, destacam-se aqui: o uso da massagem, a presença constante ao lado da parturiente, o incentivo à deambulação, a oferta de líquidos via oral e orientações mais

adequadas sobre as contrações uterinas e sobre os procedimentos realizados (Quadros 50 e 53). Assim, as tecnologias de cuidado em enfermagem obstétrica seriam práticas, atitudes e conhecimentos fundamentados no modelo humanístico de atenção e que têm como principal característica a não invasão do corpo e da privacidade da parturiente (MEDINA, 2003; PROGIANTE; VARGENS, 2004; VARGENS; PROGIANTI; ARAÚJO, 2007).

Percebe-se que os dados acima podem ser o retrato de uma prática em que devido à precariedade dos serviços públicos de saúde, no que se refere ao número reduzido de trabalhadores da saúde, em especial de enfermeiras obstetras, não são utilizadas medidas alternativas para o manejo não farmacológico do fenômeno da dor associada ao processo parturitivo.

Nesta maternidade municipal, verificou-se que nas salas de Pré-parto, Parto e Puerpério havia o banco para relaxamento da parturiente, o cavalinho e chuveiro com disponibilidade de água morna. Ademais, neste estudo, apenas as enfermeiras do curso de especialização em obstetrícia utilizaram a massagem como método não farmacológico de alívio da dor em umas das entrevistadas (Quadros 50)

O cavalinho é um equipamento que a maternidade campo desta pesquisa utiliza como método para auxiliar no alívio da dor e progressão do trabalho de parto. Consiste em um assento com apoio para os braços, o que favorece uma postura sentada com as costas inclinadas para frente, e promove um balanço pélvico (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Neste sentido, a participação da enfermeira obstetra potencializa a incorporação dos princípios da humanização, valorizando a fisiologia do processo parturitivo e a consideração da mulher como agente ativa deste evento. Considera-se, a participação da enfermeira obstetra como de maneira autônoma, pois a mesma é capaz de participar da tomada de decisões clínicas que envolvem demandas das parturientes.

Assim, permite-se considerar que a enfermeira generalista deste serviço, focaliza na suas orientações o controle da parturiente, já que a mesma é orientada a permanecer restrita ao leito e reprimir suas manifestações dolorosas, o que retira da parturiente o controle sobre o seu parto. Diante deste contexto, o produto final desta prática é uma atenção pautada na intervenção da fisiologia do processo do nascimento, tais como a episiotomia e a não permissão do contato entre mãe e filho imediatamente após o parto, conforme comentários a seguir.

A episiotomia é uma das intervenções utilizadas no processo parturitivo que demandam consentimento da mulher para a sua realização. Entretanto, conforme quadros 53 e 54, as parturientes foram submetidas a esta técnica sem terem dado consentimento.

Quadro 54 – Esquema representativo do argumento 4 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] A paciente evoluindo para um trabalho de parto normal via vaginal, se faz algumas vezes, dependendo, cada caso é um caso, a episiotomia”. (MMM)	“[...] a decisão de fazer ou não a episiotomia tem que ser do obstetra!”. (MMM)
“[...] E em alguns casos se for multipara ou até primigesta, com bom períneo, bem elástico, não há necessidade desse procedimento”. (MMM)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Na maioria das vezes quem toma a decisão de fazer a episiotomia ou não, é o obstetra, porque através da avaliação do trabalho de parto e também como eu já falei, depende muito”. (MMM)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Temos pacientes multiparas na maioria das vezes, três, quatro, cinco filhos, que raramente precisam fazer uma episiotomia, e tem aquelas também primigestas, que muitas vezes tem um períneo elástico bem relaxado e avaliamos que não precisa fazer uma episiotomia”. (MMM)	

Segundo Osawa (1997), atualmente a episiotomia é um dos procedimentos mais comuns em obstetrícia, sendo superado apenas pelo corte e pinçamento do cordão umbilical. Embora seja um método que não apresente benefícios comprovados em relação a sua prática, é realizado muitas vezes sem autorização da paciente, que também não é informada a respeito do procedimento.

Assim, conforme análise destes argumentos, a competência para decisão clínica sobre o uso da episiotomia fica a cargo do profissional obstetra, que é o detentor do poder de avaliação e do saber. Entretanto, mesmo não sendo levados em consideração a opinião e o consentimento da parturiente, percebe-se o uso criterioso por parte desta profissional entrevistada, já que a mesma prioriza as condições perineais da mulher aqui destacada.

Isto provoca as seguintes reflexões: será que na prática clínica diária dos demais obstetras, o grau de paridade é considerado no momento da realização da episiotomia? Não seria este procedimento cirúrgico realizado de forma rotineira e indiscriminada, semelhante ao uso da ocitocina?

Neste estudo, das quatro entrevistadas, apenas uma evoluiu para parto via vaginal, sendo submetida à episiotomia. Vale ressaltar que esta parturiente tinha 15 anos de idade.

Em estudos realizados nesta cidade caso, sendo um nesta instituição e o outro no Hospital Geral, foi detectado que as parturientes são submetidas rotineiramente à episiotomia

em grande parte das situações, sendo que a taxa de realização deste procedimento cirúrgico variou de 27,4% a 36%, respectivamente (SILVA; ALMEIDA; SILVA, 2009; SILVESTRE, 2008).

Estes dados são semelhantes aos do estudo de Progianti, Araújo e Mouta (2008) e ao de Santos et al. (2008), sendo a episiotomia realizada em sua maioria em mulheres jovens. Acrescenta-se, ainda, que esta intervenção é realizada com frequência nas primigestas e nulíparas, conforme Oliveira e Miquilini (2005), Silvestre (2008), Santos et al. (2008) e Silva, Almeida e Silva (2009).

Os indicadores mais atuais da episiotomia no Brasil apontam que esta técnica foi realizada em 71,6% dos partos, em particular nas Regiões Sudeste (80,3%), Centro-Oeste (78,8) e Sul (78,5%). Na Região Nordeste, a taxa de realização de episiotomias no parto mais atual é de 65,5%. Estes dados revelam uma prática clínica com uso rotineiro desta conduta e, consequentemente, a predominância de um modelo mais intervencionista também na condução do parto normal no Brasil (LAGO; LIMA, 2009).

Uma explicação para a maior ocorrência desta técnica em mulheres jovens é o fato de a pelve materna não ter atingido um padrão adequado para o parto. Melo Junior, Lima e Freire (2006) relatam que o maior percentual de ocorrência de episiotomias em adolescentes é causado pela maior dificuldade de lidar com o trabalho de parto, devido à imaturidade psicológica.

Por outro lado, estes dados levam a crer que a alta frequência desta prática em mulheres jovens pode estar associada à falta de exercício da autonomia das mesmas, bem como o acesso a informações seguras relativas ao processo de atenção ao parto. As decisões relativas ao processo parturitivo ficam a cargo dos profissionais envolvidos na assistência à parturiente.

Compreende-se que a tomada de decisão sobre este ato cirúrgico é de responsabilidade do trabalhador da saúde encarregado pela realização do parto, não sendo levadas em consideração as implicações deste ato na vivência sexual e reprodutiva na vida de tais mulheres. Outro aspecto relevante é que, na prática clínica dos trabalhadores de saúde nas unidades de centros obstétricos, a episiotomia acaba sendo praticada em todos os partos, independente do grau de gestação e do próprio número de partos, configurando-se como uma rotina hospitalar e não sendo consideradas as desvantagens do procedimento.

Através deste estudo, percebe-se a necessidade de uma maior reflexão dos profissionais médicos e enfermeiros em relação ao uso de técnicas intervencionistas desnecessárias a fim de que haja uma maior inserção de tecnologias de cuidado, de maneira a estimular modelos de assistência mais humanizados para a mulher, respeitando a fisiologia do parto, bem como os

aspectos sócio-culturais, além de conceder a ela e a seus familiares subsídios que os tornem esclarecidos no processo parturitivo.

Desse modo, a forma como ocorre a tomada de decisão clínica sobre o uso da episiotomia no processo parturitivo representa uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, já que a mesma não é envolvida nesta atenção, tornando-se objeto da mesma.

Neste contexto, a prática da realização da episiotomia como rotina hospitalar precisa ser repensada, haja vista a possibilidade de promoção de repercussões negativas na vida sexual e reprodutiva da puérpera, partindo da premissa de que a dor no pós-parto associada a este procedimento poderá implicar na intervenção do relacionamento entre a mesma e o seu parceiro. Por outro lado, o procedimento poderá potencializar a ocorrência de infecção puerperal, tendo em vista as condições de sua realização.

Quadro 55 – Esquema representativo do argumento 5 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação da enfermeira na atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] É preciso que tenhamos mais capacitação das enfermeiras no atendimento às parturientes na sala de parto”. (MMM)	“[...] Eu acho muito pouco a participação da enfermeira. A participação é nota zero!”. (MMM)
“[...] A turma mais antiga que sabia fazer, sabia tocar, não precisava da figura nossa, estávamos lá presentes como estamos aqui, mas vocês chegavam lá, examinavam, tocavam, faziam a anotação”. (MMM)	
“[...] Não vão lá, a não ser que o obstetra diga assim: dá para você fazer um toque, dá uma auscultada, uma examinada, até como uma forma de praticar”. (MMM)	
“[...] Basicamente, só fica para passar a sonda vesical e fazer as anotações. Eu acho que é muito pouco para uma enfermeira que se diz obstetra”. (MMM)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Mas hoje eu não vejo aqui no hospital participação nenhuma da enfermeira durante o trabalho de parto! Fica só para o obstetra detectar, mas em nenhum momento mais ausculta ou toca, participativamente do processo, em hipótese alguma”. (MMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] É importante que a enfermeira tenha conhecimento em obstetrícia, ela é um componente importante”. (MMM)	
“[...] depende da iniciativa, algumas fazem, mas não têm iniciativa!”. (MMM)	

Na opinião da médica entrevistada, as enfermeiras do centro obstétrico deveriam ter mais iniciativa, pois as mesmas só realizam o cuidado à parturiente entendido aqui como a

realização de avaliação das condições fetais e maternas, mediante solicitação médica. De acordo com esta entrevistada, a enfermeira não participa do processo devido ao fato de não ser remunerada para a realização do parto, tendo assim uma visão mercadológica e biomédica (Quadro 55).

Esta participação é considerada pela médica entrevistada como sendo pequena e superficial, já que as enfermeiras se limitam à admissão da parturiente e realização da cateterização vesical, quando da vigência de partos operatórios, conforme discussão nas páginas anteriores (Quadro 55). Desta maneira, a atenção à parturiente ocorre de forma desarticulada e fragmentada.

No estudo de Araújo e Oliveira (2006), alguns profissionais visualizavam a enfermeira como uma coadjuvante na assistência sendo, na maioria das vezes, seu trabalho mencionado como ajuda, não se reportando às mesmas como uma profissional atuante na atenção à parturiente, mas envolvidas com atividades administrativas.

Atualmente, há poucas enfermeiras dedicando-se à parturiente e realizando os partos normais. Na maioria dos hospitais, essas enfermeiras são encarregadas da administração da unidade obstétrica (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006). Concordando com estas autoras, complementa-se com o fato de que, na prática clínica, a enfermeira é valorizada pela sua função gerencial, o que de fato poderá facilitar o trabalho médico do ponto de vista da manutenção da organização da unidade obstétrica.

Permite-se acrescentar, ainda, nesta discussão o fato do reduzido número de enfermeiras no centro obstetra desta maternidade estudada, sendo que apenas uma é especialista em obstetrícia, sendo as demais enfermeiras generalistas ou com especialização em outras áreas de atuação na Enfermagem.

Assim sendo, o dimensionamento de pessoal de enfermagem não é realizado de forma adequada, posto que, diante do número reduzido destes profissionais, há sobrecarga de tarefas e outras funções a serem cumpridas. Admite-se que a repercussão deste aspecto na qualidade da atenção oferecida parece não ser considerada.

Por um lado, a análise das argumentações dos quadros 55, 56 e 57 evidencia que as enfermeiras não se disponibilizam para a prestação de cuidados com as parturientes, já que não são capacitadas para o exercício desta função; e por outro, devido ao fato de não serem remuneradas para o exercício da realização do próprio parto. Sendo assim, pode-se considerar que estas profissionais de saúde possam ter uma visão reducionista da atenção à parturiente, já que é colocado como foco desta o ato de realização do parto.

Quadro 56 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação da enfermeira na atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] No caso do enfermeiro obstetra, ele pode estar fazendo [...] partejando realmente esta paciente. Ele vai observando se ocorre alguma bradicardia, alguma alteração do BCF, se aquele colo está dilatando ou não”. (EGCO) “[...] Infelizmente, nem todos os enfermeiros que trabalham no centro obstétrico são obstetras, tem especialização em obstetrícia”. (EGCO) “[...] É uma maternidade que sempre está cheia. Então, acaba dificultando. Poderia ser melhor!” (EGCO)	“[...] o fato de não ser enfermeiro obstetra acaba dificultando e limitando a atuação do enfermeiro no centro obstétrico”. (EGCO)
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que) “[...] o enfermeiro obstetra tem que realmente fazer a vigilância deste trabalho de parto”. (EGCO) “[...] os enfermeiros que não são especialistas em obstetrícia ficam limitados, não podendo estar realizando realmente o parto normal dessa paciente”. (EGCO)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] A atuação dos demais enfermeiros ocorre de forma empírica”. (EGCO) “[...] aquele que é especialista, que tem especialização em obstetrícia, que dá mais autonomia ao enfermeiro, na hora de acompanhar o parto dessa paciente”. (EGCO) “[...] Na verdade, poderia ser o enfermeiro, deveria ser obstetra, porque ele tem mais autonomia nas decisões com relação a esta parturiente e a questão da quantidade de pacientes a serem acompanhadas”. (EGCO) “[...] A questão do número de enfermeiros para o acompanhamento de cada parturiente, o número de enfermeiros por pacientes. Então, se tivesse mais acredito que essa dinâmica seria melhor, até pra equipe médica também”. (EGCO) “[...] na verdade, o parto acompanhado pelo obstetra, no caso o médico”. (EGCO)	

Uma das situações citadas com maior frequência no estudo de Angulo-Tuesta et al. (2003) foi a definição do responsável pela assistência ao parto. Para algumas das entrevistadas, este momento é grandemente valorizado pelos obstetras, pois podem demonstrar experiência e capacidade técnica para realizar manobras.

No estudo de Rabelo (2006), a competência técnica para o atendimento ao parto normal institucionalizado foi um tema que recebeu muita atenção. A ênfase deu-se, principalmente, em função da percepção de que a competência técnica é primordial para a realização desse atendimento e de que, apesar da relevância, é uma competência ainda a ser desenvolvida. A contradição entre o papel profissional enfatizado na formação e aquele exercido na prática

gerou uma gama de percepções heterogêneas entre as entrevistadas. Uma parte das enfermeiras entrevistadas afirma que deseja readquirir a competência técnica para a realização do parto eventualmente perdida após anos sem a realização dos procedimentos envolvidos, pois sentem que não estão demonstrando sua competência na sua atual prática assistencial. Realizar o parto tão bem quanto o médico, incluindo-se aí a realização de intervenções como rotina, parece ser a essência da competência pretendida por essas profissionais.

Quadro 57 – Esquema representativo do argumento 6 apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação da enfermeira na atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Isso é uma questão do processo de trabalho. Nesse processo, ela coloca o médico como a figura central [...] que você é o sabe tudo, o faz tudo, sem ter uma participação da equipe”. (MMM)	“[...] As enfermeiras do centro obstétrico centralizam a figura do médico. Elas não sabem como são importantes neste momento”. (MMM)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Elas não sabem da importância que vocês têm neste processo!”. (MMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Elas acham que não estão ali para fazer isso, que não ganham para fazer o parto, por isso elas dizem que é o obstetra que tem que fazer”. (MMM)	
“[...] Isso não é bom, porque os demais membros da equipe têm que participar”. (MMM)	
“[...] É a cultura do ganhar. Elas colocam o dinheiro na frente de tudo, não pensam na parturiente!”. (MMM)	

Concorda-se plenamente com a argumentação do quadro 54, no que se refere à realização do parto pela enfermeira generalista, pois a habilidade e a própria competência clínica para tal são de responsabilidade da enfermeira obstetra. Porém, a atenção direta à parturiente parece não ser valorizada, já que o foco da argumentação da enfermeira entrevistada foi o parto. Destarte, as medidas de conforto que poderiam ser utilizadas durante o processo parturitivo não são vislumbradas na prática clínica das enfermeiras generalistas deste serviço, o que pode estar atrelado às questões estruturais, mais especificamente ao número de profissionais disponíveis, mas também poderá ser o reflexo de uma prática onde o próprio profissional não se sente à vontade para a prestação destes cuidados.

A competência técnica das enfermeiras na detecção de alterações e/ou distócias no trabalho de parto constitui-se numa das principais responsabilidades desta profissional, posto que as possibilidades de construção do trabalho em equipe dependem do aprimoramento desta

capacitação técnica para fortalecer sua autonomia profissional (ANGULO-TUESTA et al., 2003).

Assim, as argumentações desta entrevistada não evidenciam a participação das enfermeiras tanto obstétricas quanto generalistas como uma forma de implementar as tecnologias de cuidados de enfermagem obstétrica, pois esta participação apenas seria do ponto de vista da realização de controles fetais e obstétricos.

As possibilidades de construção do trabalho em equipe na atenção obstétrica dependem do aprimoramento da capacitação técnica das enfermeiras para fortalecer a autonomia profissional. Dessa forma, conseguem o reconhecimento dos saberes e práticas (ANGULO-TUESTA et al., 2003). Assim, aponta-se, na argumentação do quadro 54, uma estratégia para o maior envolvimento da enfermeira generalista na atenção à parturiente. Para esta entrevistada, seria necessária para a inclusão mais efetiva da enfermeira generalista a capacitação técnica desta profissional demandando, desta forma, investimentos da gerência de enfermagem.

Acrescenta-se que somente o fato de serem capacitadas para a prestação de uma atenção mais qualificada não significa totalidade de êxito na sua prática clínica diária, já que a enfermeira poderá encontrar algumas barreiras para a implementação do seu conhecimento no dia-a-dia. Considera-se primordial a valorização da própria gerência da maternidade municipal, pois compete a este segmento a articulação de mecanismos para a efetivação desta participação na prática clínica.

Assim, ao centralizar a figura do médico na atenção à parturiente, as enfermeiras se submetem ao mero seguimento de prescrições, transformando sua prática clínica em uma rotina que deve ser rigidamente seguida.

No processo de trabalho em saúde hospitalar, o agente condutor é a figura do médico, tendo a parturiente como objeto de sua assistência. As prescrições rotineiras, não individualizadas, constituem o processo de trabalho de assistência ao parto. Tais situações denotam que uma das finalidades deste processo de trabalho é tratar o parto para atender às necessidades antes do profissional do que da própria parturiente. A decisão sendo centrada na figura hegemônica do poder/saber do médico faz com que as enfermeiras permaneçam submissas aos critérios e prescrições médicas, resultando, por vezes, numa relação entre médico e enfermeira conflitante e desarticulada (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Assim, nas argumentações da enfermeira gerente do centro obstétrico e da médica entrevistadas, nota-se a valorização e o reconhecimento do trabalho da enfermeira obstetra, o que reforça a discussão levantada mais acima sobre a potencialidade da atuação desta

profissional no exercício de uma obstetrícia mais humana e que respeita a natureza do parto e do nascimento através da utilização das tecnologias de cuidado em enfermagem obstétrica. Ademais, devido a sua competência clínica, ela é capaz de realizar uma avaliação mais criteriosa da situação das parturientes mediante conhecimentos adquiridos em seu processo de formação e qualificação profissional, com autonomia para a tomada de decisão clínica.

No que diz respeito à humanização do atendimento e melhorias da qualidade da prestação dos serviços de saúde na rede SUS, foram estabelecidas como estratégias no Plano Municipal desta cidade caso a implantação e implementação das ações de humanização da assistência, a implantação e desenvolvimento de ações da gestão da qualidade da assistência, e a capacitação de pessoal de nível médio e administração para atendimento e humanização no serviço. Não foram encontrados registros sobre a implementação destas estratégias. Sendo, assim, considera-se que as mesmas não foram atingidas.

O grande desafio que se coloca para todos os profissionais que prestam esta atenção é o de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do trabalho de parto e do nascimento experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família.

Pensa-se ser necessária para a melhoria da prática clínica destes trabalhadores da saúde uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher e de seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto da parturiente, preconize o suporte físico e emocional e o uso de novas tecnologias de cuidado que proporcionem o alívio da dor o conforto da parturiente.

Assim, ao se inserir de maneira mais efetiva no processo de nascimento, esta enfermeira poderia entender que ela não é a protagonista deste momento, não olharia para este evento como sendo um aspecto unicamente biológico, acreditaria que sua participação seria fundamental no processo de cuidar, pois buscaria o resgate do controle do parto pela própria parturiente, defendendo, sobremaneira a sua individualidade e privacidade. Desta forma, esta inclusão poderá, acredita-se, proporcionar uma vivência mais harmoniosa e tranqüila para a parturiente.

Considera-se primordial o estabelecimento de modificações na atenção à mulher em processo parturitivo nesta cidade caso, já que os argumentos analisados apontam para o fato de que neste processo centraliza-se a figura do médico como ator responsável pela prescrição das ações a ser implementadas na atenção à parturiente. Por outro lado, notou-se que esta atenção é permeada pelo uso indiscriminado de consultas intervencionistas, baseada no empirismo, não sendo utilizado para a tomada de decisão, o partograma.

Por fim, notou-se que a atenção à parturiente é pautada pelo uso de ações que buscam a avaliação do bem-estar fetal em prol da manutenção de cuidados que potencializa o bem estar materno, representados pelo controle das condições da evolução do processo parturitivo, mediante toque vaginal e dos batimentos cardíacos do feto. Assim, é primordial o estabelecimento de condutas que possam promover o conforto da parturiente. Por outro lado, defende-se ser fundamental a incorporação da filosofia da atenção humanizada à mulher em processo parturitivo, com ênfase na inclusão do acompanhante na missão desta instituição, sendo proporcionadas mudanças tanto na estrutura física quanto na criação de espaços coletivos para a discussão das evidências científicas disponíveis, com vistas à mudança de postura dos trabalhadores da saúde envolvidos neste processo.

4.2.3 Considerações sobre o acompanhante na atenção à parturiente

Nos últimos anos, a participação do pai ganha maior visibilidade, já que o movimento feminista começa a discutir e a dar maior ênfase às questões de gênero no que se refere aos papéis socialmente construídos de homens e mulheres. Nesta discussão a função de cuidado com a prole associada ao mundo feminino passa a fazer parte do mundo masculino, sendo que este começa a ter participação na cena do parto, como co-responsável pela experiência do nascimento. Sendo assim, a participação da família no cenário da atenção obstétrica, com destaque para a participação do marido/pai, faz-se de inteira importância, pois permitire o fortalecimento dos laços familiares.

A presença de um acompanhante, familiar ou profissional no período de trabalho de parto e do próprio parto tem sido valorizada como forma de favorecer o conforto, a saúde e o bem-estar das mulheres e dos recém-nascidos.

No estudo de Barbosa (2008), foi evidenciado que apesar da presença dos trabalhadores da saúde na cena da parturição, os mesmos não são considerados como suporte para o enfrentamento deste momento. Este fato pode estar associado ao não estabelecimento de vínculos solidários entre os trabalhadores da saúde e a parturiente, tendo em vista a complexidade e a dinâmica do processo de trabalho, por um lado e por outro, por aqueles não considerarem o estabelecimento deste vínculo como meta a ser alcançada no planejamento do cuidado.

As rotinas institucionais bem como uma deficiência de profissionais nas unidades de centro obstétrico acabam interferindo no cuidado que é oferecido à mulher em processo parturitivo. Neste contexto, a parturiente acaba ficando sozinha, compartilhando sua singularidade e individualidade com outras parturientes em igual situação, perpassando neste momento em seu organismo um intenso estado de medo e ansiedade em relação às alterações características de cada fase clínica do trabalho de parto e parto.

No cenário da sala de parto, as parturientes demonstram uma intensa preocupação com o medo de ficarem sozinhas e isoladas nestes ambientes, sendo visível a importância do acompanhante como um paliativo para a melhoria deste desconforto psicológico. (BARBOSA, 2008).

Desta forma, Storti (2004) afirma que o acompanhamento durante o processo parturitivo, quando da escolha da mulher, transmite à parturiente a segurança familiar necessária para tranquilizá-la, proporcionando bem-estar físico e psicológico e favorecendo o vínculo familiar. Entretanto, tanto a mulher como o acompanhante de sua escolha devem ser preparados durante a atenção pré-natal.

Assim, o objetivo principal do preparo da mulher e de seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto e parto sejam vivências tranquilas e de participação, resgatando o nascimento como um momento da família (REIS; PATRÍCIO, 2005)

Os efeitos do suporte à parturiente estiveram mais associados aos resultados maternos, destacando-se redução da taxa de cesariana seguida da redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, analgesia/medicamentos para alívio da dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento. As parturientes que recebem apoio por acompanhante de sua escolha ficam mais satisfeitas com o trabalho de parto (BRUGGEMANN, 2005; BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Sendo assim, a OMS reconhece e recomenda a presença do acompanhante escolhido pela parturiente. A prática de inserção do acompanhante na atenção obstétrica deve ser estimulada, com base em evidências científicas para garantir o bem estar da mulher (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

O direito da parturiente de ter um acompanhante está previsto na legislação nacional. Contudo, o Ministério da Saúde vem estimulando a implementação de medidas que assegurem a permanência de um acompanhante de preferência da mulher nas unidades de centro obstétrico durante todo o processo parturitivo, porque entende a importância da humanização da atenção à parturiente como uma medida eficaz para a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal.

A Lei do acompanhante não foi devidamente implementada na maternidade municipal (Quadros 58 e 59), não sendo desta maneira uma rotina desta instituição. Entretanto, sua gerência vem buscando recursos para a adequação à mesma. Nos registros dos prontuários das puérperas, na maternidade municipal, não foram encontradas informações referentes à participação do acompanhante no processo do parto e do nascimento.

Quadro 58 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação do acompanhante na atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] a paciente tem direito a um acompanhante”. (GMM)	“[...] Esta maternidade municipal, com relação ao acompanhante, está buscando recursos para adequar à nova lei de acompanhamento, que a paciente tem direito e a gente pretende atender na medida do possível”. (GMM)
“[...] Esse acompanhante é escolhido pela própria paciente, sendo o marido, irmã, mãe. Quem escolhe é a paciente”. (GMM)	
“[...] Até o momento nós já tivemos três casos, que aconteceram aqui, que a paciente pediu este tipo de acompanhamento”. (GMM)	
“[...] Nós conversamos com a equipe da unidade. Informamos que já se tornou lei e eles têm aceitado numa boa, e não tem nenhum problema maior, não”. (GMM)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Esta maternidade municipal no momento ainda não está totalmente adequada pra atender às normas desta portaria”. (GMM)	
“[...] Nós estamos na medida do possível, tentando atender essa norma, mas ainda estamos em processo de adequação”. (GMM)	
“[...] Como já se tornou lei, o profissional ele tem que aceitar”. (GMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Na realidade, nós estamos tentando adequar à exigência do Ministério da Saúde, que tem que [...] o Ministério da Saúde, já excedeu o prazo pra as unidades de saúde se adequarem à nova norma, a nova portaria, que dá direito à parturiente ao acompanhante”. (GMM)	

Segundo Lago e Lima (2009), 16,3 % das mulheres que procuraram atenção hospitalar tiveram a oportunidade da presença de um acompanhante, variando este percentual de 12,1% no Nordeste brasileiro e 19,3% na Região Sul. Por outro lado, no estudo de Costa, Guilemb e Walterc (2005), em 58,9% dos municípios com alta prioridade ao período gestacional, não foi admitida a presença de um acompanhante no momento do parto.

Apesar dos instrumentos regulamentadores da atenção obstétrica vigentes no país, os estabelecimentos de saúde não colocam em prática e também não estimulam a presença do acompanhante no cenário da parturição. Isso corresponde a uma violação dos direitos das

parturientes, já que negar este direito é não valorizar o potencial da família e seu poder de decisão no momento do parto e do nascimento.

Quadro 59 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação do acompanhante na atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Acredito que não foi feita estrutura para que tenha um acompanhamento por alguém da família, com a gestante”. (MMM)	“[...] Aqui nesta maternidade a Lei do acompanhante no parto não é obedecida”. (MMM)
“[...] O problema aqui nesta maternidade é estrutural, porque a maternidade não tem lugar reservado para que você tenha o acompanhante ali naquele momento”. (MMM)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] A figura de uma pessoa da família, mãe ou esposo, ou alguém, ou irmã para acompanhar essa gestante durante a permanência dela no hospital, na instituição, nós não temos estrutura”. (MMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] ela não é seguida, principalmente com relação à questão de humanização”. (MMM)	
“[...] É preciso modificar essas instalações para que possa o acompanhante ficar e acompanhar a parturiente”. (MMM)	
“[...] Mesmo que você modifique a estrutura física você tem que dar uma melhorada na organização desde o atendimento lá na recepção, passando pelo consultório médico até os profissionais do centro obstétrico. Tem que mudar a cabeça das pessoas”. (MMM)	
“[...] Tinha que ter primeiro uns apartamentos isolados para cada parturiente. Você num pré-parto desse aqui da maternidade, não dá para alojar um acompanhante do lado. Não vai ter condições! Não tem uma cadeira para sentar, além de ser desgastante para o acompanhante”. (MMM)	

Talvez, este cenário possa ser estar atrelado à importância que as questões relativas à saúde da mulher recebem no cenário da prática clínica dos trabalhadores da saúde. Isso, mais uma vez, reforça o seu papel reprodutor, haja vista o fato de que na atenção à mulher predominam as ações que objetivam o bem estar do concepto.

Contudo, poucos serviços já aderiram a esta prática, sendo que a maioria continua desrespeitando a lei e as diretrizes governamentais relacionadas à presença do acompanhante no parto. Duas razões são apontadas como facilitadoras desta condição: a falta de informação por parte dos usuários do serviço público sobre seus direitos e a resistência à implementação desse direito, encontrada em instituições ou em alguns profissionais que nelas trabalham (TOMELERI et al., 2007)

As mudanças no contexto assistencial também requerem que as evidências disponíveis sobre o suporte durante o trabalho de parto sejam conhecidas e debatidas nas instituições de saúde e nos foros profissionais, de maneira a viabilizar e disseminar a boa prática e seus benefícios, para que efetivamente se alcance esse aspecto da humanização do nascimento (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Quadro 60 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a participação do acompanhante na atenção à parturiente.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Não existe nenhum consenso entre a equipe, quando existe a solicitação, a gente faz uma preparação mínima, que é só as orientações da rotina do setor, do que vai acontecer e acolhe realmente este acompanhante”. (EGCO)	“[...] Não é rotina a presença do acompanhante dentro da sala de parto, ocorre quando existe a solicitação pelo acompanhante”. (EGCO)
“[...] A gente teve um exemplo que aconteceu recentemente, onde a equipe médica, quando o acompanhante solicita presença ao lado da gestante, a equipe médica tenta convencê-lo de não acompanhar”. (EGCO)	
“[...] Mas quando o acompanhante sabe que existe a lei que permite a presença dele, ele vem embasado e procura até mesmo a diretoria para estar permanecendo ao lado de sua esposa”. (EGCO)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] o hospital não tem estrutura pra receber estes acompanhantes [...]”. (EGCO)	
“[...] existe outra questão que é a preparação dos acompanhantes, para estar ficando do lado das gestantes”. (EGCO)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Mas não é rotina [...] existe quando há a solicitação”. (EGCO)	
“[...] Infelizmente, a enfermeira do centro obstétrico não tem muita autonomia sobre a presença do acompanhante na sala de parto”. (EGCO)	
“[...] nós recebemos a orientação de instâncias superiores e não temos muita autonomia, não. Apenas de acolhimento desse acompanhante”. (EGCO)	

Neste sentido, o Ministério da Saúde em conjunto com os as secretarias estaduais da Saúde dos estados brasileiros deveriam implementar medidas para a avaliação destes estabelecimentos com o objetivo de pôr em prática a RDC 36 e a própria Lei 11.108, com vistas a assegurar uma atenção mais digna e coerente com os princípios da humanização e da ética para com as parturientes e seus familiares.

No âmbito do SUS, tem-se um vasto caminho a ser percorrido para a sua implementação. Os gestores estaduais e municipais, os gestores das maternidades públicas e conveniadas ao SUS, os trabalhadores da saúde e a própria sociedade civil organizada

deveriam somar esforços coletivos no sentido de discutir as evidências disponíveis e adequá-las à prática clínica diária na atenção obstétrica, com vistas à permanência do acompanhante no processo parturitivo.

Vale destacar o conhecimento em relação à Lei do acompanhante demonstrada nos quadros 58, 59 e 60. O conhecimento desta Lei é considerado como um avanço para a prática clínica da atenção à saúde das parturientes e puérperas, já que poderá ser levada em consideração quando solicitada pelas parturientes, sendo mais fácil esta aceitação, por um lado, e, por outro, corresponde a um passo para a busca coletiva da discussão sobre os benefícios desta conquista, tanto para a parturiente, quanto para a própria instituição.

Quadro 61 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a participação do acompanhante.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Sobre o direito a um acompanhante eu também não fui orientada. E tem é? Foi agora que saiu essa lei, foi? Não, eu não conheço esta lei”. (P01 USF)	“[...] É muito difícil ouvir falar que fica alguém para acompanhar a mulher no parto”. (P01 USF)
“[...] Eu não conheço esta Lei”. (P01 USF)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Eu gostaria de ter um acompanhante comigo. Sei lá, acho que a pessoa fica mais segura, um pouco, um pouquinho mais segura”. (P01 USF)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Geralmente eles não deixam, até para fazer a visita mesmo é a maior coisa, tem que ter o horário certo para entrar, e as pessoas nem estão disponíveis nesse horário, aí, às vezes, as pessoas falam aquela dificuldade para ir, muito, muitas coisas”. (P01 USF)	

Entretanto, o conhecimento desta Lei apresenta-se de maneira fragmentada, pois, para as entrevistadas, a participação de um acompanhante é muito desgastante para o mesmo, além do fato de alguns profissionais médicos não encorajarem esta participação. As gestantes ou parturientes não solicitam este tipo de acompanhamento durante o parto e pós-parto na maternidade municipal (Quadros 58, 59, 60, 61, 62 e 62a).

Esta situação não é particular desta cidade caso, mas sim faz parte do panorama geral da atenção obstétrica nacional. O fato das gestantes não conhecerem o conteúdo inerente a esta Lei pode estar associado à falta de conhecimento dos próprios trabalhadores da saúde, o que

reflete na ausência de orientações tanto durante a atenção pré-natal, quanto na chegada à própria unidade hospitalar.

Quadro 62 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a participação do acompanhante.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] a enfermeira do pré-natal me falou que eu tinha direito de ter uma pessoa me acompanhando no parto, que agora era lei, ou o marido ou outra pessoa que a gente quisesse, eu poderia estar indicando”. (P02 USF) GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] Eu peguei e chamei uma conhecida minha, que já tinha sido enfermeira deste hospital, que foi comigo para sala de parto. Só que quando ela chegou lá na sala de parto, a médica mandou ela se retirar na maior ignorância. E ela teve que se retirar”. (P02 USF)	“[...] A médica mandou a minha acompanhante que eu tinha levado se retirar da sala e como é um direito eu achava que a minha acompanhante não deveria se retirar da sala, da forma como ela mandou”. (P02 USF)

Nesta direção, as parturientes que solicitam a presença do acompanhante no processo parturitivo procuram a gerência da maternidade municipal para a provável “liberação” no momento da internação hospitalar, sendo esta a responsável pelo repasse desta informação para a equipe do centro obstétrico (Quadro 58, 60 e 62).

Isto denota o desconhecimento das parturientes e seus familiares com relação a este direito, o que é reforçado pelo fato da orientação sobre a presença do acompanhante não aparecer no argumento de uma puérpera da UBS tradicional. Por outro lado, duas puérperas entrevistadas da USF afirmaram não conhecer a Lei do acompanhante e não terem sido orientadas durante a atenção pré-natal (Quadro 61 e 62a), enquanto que a outra puérpera deste serviço apontou ter sido orientada sobre esta Lei, sendo a enfermeira da atenção pré-natal a responsável pela prestação desta orientação (Quadro 62).

No estudo de Tomeleri et al. (2007) ao se indagar os homens que participaram do nascimento do filho se sabiam o porquê de poderem assistir ao parto, os autores evidenciaram desconhecimento do direito legal, pois a maioria dos entrevistados respondeu que o fato deles poderem acompanhar este evento era devido à permissão da equipe médica.

As maternidades e os seus trabalhadores da saúde já deveriam estar preparados para receber o acompanhante no momento da atenção à parturiente. Desta forma, a conquista deste direito faz parte do movimento pela humanização da atenção à mulher em processo parturitivo, tendo a participação do movimento feminista e da organização das próprias mulheres, não devendo ser uma liberação institucional.

Quadro 62a – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a participação do acompanhante.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Tinha lá muitas alunas, mas ninguém me falou nada não! Eu vim saber hoje, que tinha que ficar alguém me acompanhando. Quem me falou foi meu marido. Agora quem falou para ele, eu não sei”. (GP01 UBS)	“[...] eu não sabia que poderia ter alguém da minha família comigo lá naquela sala!”. (GP01 UBS)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] Ele (o marido) não quis ficar aqui, porque não pode homem, só pode mulher, ele falou”. (GP01 UBS)	

Percebe-se que na argumentação da enfermeira gerente do centro obstétrico (quadro 60), mesmo quando da “liberação” da presença do acompanhante, não há consenso da equipe sobre como deverá ser a sua participação na atenção à parturiente. A enfermeira assistencial ou gerencial desta unidade realiza a recepção do acompanhante, entendida na fala desta entrevistada como um processo de acolhimento.

Neste contato da enfermeira com o acompanhante é realizado o repasse de informações relativas à rotina do setor e sobre as intervenções que serão realizadas na parturiente. Por outro lado, esta ausência de decisões relativas às formas de participação no processo parturitivo podem estar associadas à ausência de implementação deste direito como parte do cuidado prestado no centro obstétrico, por um lado, e, por outro devido ao não conhecimento efetivo dos benefícios desta participação.

É importante enfatizar que as orientações fornecidas pela equipe de enfermagem, de forma geral são restritas, ou seja, relacionadas ao posicionamento dentro da sala de parto, dando a impressão de que os profissionais que atuam neste serviço não incorporaram ou aceitaram plenamente esta idéia e sim estão limitados a cumprir a lei (TOMELERI et al., 2007).

Sendo assim, a forma como vem ocorrendo este contato da parturiente com o acompanhante “liberado” pela gerência da maternidade local, em consonância com a equipe médica, poderá contribuir para a não participação de outros acompanhantes, já que se percebe que esta participação ocorre de forma limitada e passiva, sendo o acompanhante um sujeito do processo de trabalho destes trabalhadores da saúde. Os acompanhantes participam apenas assistindo aos procedimentos realizados com a parturiente, não exercendo adequadamente o seu papel de suporte na parturição.

Destarte, as gestantes que têm a “liberdade” de levar alguém de sua escolha para a cena do parto não desfrutam plena e integralmente dos benefícios que este acompanhante pode oferecê-la. Assim, percebe-se uma visão muito reducionista e passiva do acompanhante na sala de parto por parte destes entrevistados.

A insatisfação do acompanhante quanto à maneira com que participam do processo da parturição pode ser evidenciada como “sem coragem”, “sem atitude”, “sem saber o que fazer”. Entretanto, o acompanhante deve ser visto como alguém que está vivenciando um momento especial. Logo, ele também precisa ser acolhido pela equipe de saúde, o que poderá contribuir para que ele se sinta confiante no seu papel, refletindo na sua participação como suporte à parturiente (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; NAKANO et al., 2007).

Mais uma vez, a atenção pré-natal é citada nos argumentos dos trabalhadores da atenção hospitalar (Quadro 60) como responsável primordial pelo preparo da gestante e de seu acompanhante. Nesta direção, por não terem sido preparados na atenção pré-natal, competirá à enfermeira do centro obstétrico o cumprimento de um ritual que já faz parte de sua clínica diária, que é a prestação de informações inerentes à dinâmica do setor para os acompanhantes, quando estes são permitidos.

O não seguimento da Lei 11.108 e a forma pontual como ocorre a participação do acompanhante no processo parturitivo estão atrelados às questões de estruturação física deste estabelecimento de saúde, de acordo com os argumentos da gerente da maternidade municipal e da médica participantes deste estudo (Quadros 58 e 59).

Nesta maternidade, há disponibilidade de três salas, cada uma com dois leitos, que possibilitam que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo espaço. Entretanto, não há total privacidade da parturiente, já que até o período do término da coleta dos dados deste estudo as divisórias entre os leitos encontravam-se quebradas em sua maioria.

Diante da necessidade de redirecionar a assistência obstétrica e de incorporar os direitos da mulher com as diretrizes institucionais, os dirigentes das instituições de saúde, em sua maioria, se depararam com vários obstáculos, os quais compreendem desde problemas de infra-estrutura, como não possuir uma sala de parto separada do bloco obstétrico, inviabilizando com isso a entrada do pai no momento do parto e a inexistência de leitos individualizados, tanto no pré-parto quanto nas enfermarias do alojamento conjunto, impossibilitando a permanência do acompanhante escolhido pela mulher, até a resistência dos profissionais para redimensionarem suas práticas, buscando uma relação mais humanizada e segura (OLIVEIRA, 2008).

Assim, percebe-se que, mesmo com a ausência de uma estrutura física adequada para a incorporação da participação do acompanhante na atenção à parturiente, faltam condições mínimas para esta participação, tais como maior espaço entre os leitos e existência de assentos. Estes dados são reforçados nos argumentos das entrevistadas mencionadas acima.

Devido ao fato de não estar completamente adequada, conforme quadro 59, é primordial a mudança de postura dos trabalhadores da saúde envolvidos na atenção à parturiente e puérpera, demandando alterações desde os primeiros contatos na admissão até a saída da maternidade.

De acordo com o quadro 62, a acompanhante escolhida pela parturiente foi uma ex-funcionária da maternidade municipal. Esta escolha pode ter sido permeada pela garantia de vaga neste estabelecimento de saúde ou talvez pela garantia de uma assistência digna. Isso reforça o panorama geral da atenção obstétrica, em que a atenção ofertada às parturientes vai de encontro aos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Durante a vivência no exercício da enfermagem obstétrica, notou-se que no dia a dia os trabalhadores da saúde modificam sua atenção à parturiente quando as mesmas são acompanhadas por profissionais da área. Assim, ao permitirem a presença deste, estão possibilitando a discriminação para com as demais parturientes que tiveram oram negado este direito.

Mesmo tendo escolhido alguém com conhecimento na maternidade municipal, o direito à presença deste acompanhante foi violado, já que a profissional médica responsável pela atenção à parturiente solicitou a retirada imediata desta pessoa da sala de parto. Esta ocorrência também foi encontrada no estudo de Pereira (2006).

Desta maneira, entende-se esta cena como uma falta de compromisso ético e legal para com uma das necessidades básicas da puérpera durante a atenção obstétrica, que é o direito de ser acompanhada por alguém de sua escolha.

A presença desses novos sujeitos, acompanhantes de trabalho de parto e parto, pode provocar reações positivas e negativas nos profissionais, sendo que alguns são mais receptivos e estimulam a sua participação, enquanto outros se sentem invadidos e questionados (TORNQUIST, 2003; TOMELERI et al., 2007).

Por outro lado, a vigência da Lei 11.108 não assegura a sua implementação. De fato, inicia-se um processo de reorganização dos serviços de saúde e dos profissionais para vivenciarem essa prática. A inserção do acompanhante é uma intervenção comportamental que mobiliza a opinião dos profissionais de saúde e das pessoas escolhidas para desempenharem esse papel (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Talvez os profissionais possuam uma rejeição inicial, que pode ser atribuída ao preconceito e ao medo de se sentirem ameaçados e questionados sobre a conduta profissional adotada na atenção à parturiente (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002).

Os aspectos negativos percebidos pelos profissionais de saúde quanto à presença do acompanhante referiram-se a um possível comportamento inadequado das parturientes: algumas ficaram mais dengosas, mimadas e desestabilizadas por acharem que o acompanhante era a “salvação”, quando estavam cansadas e pensavam que não aguentariam até o final do trabalho de parto. Essa opinião reflete que os profissionais, em geral, esperam da parturiente um comportamento adequado, de passividade, resignação e aceitação das circunstâncias, inerente ao modelo de assistência centrado na conveniência do profissional de saúde e da instituição, e não nas necessidades da mulher (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Para tanto, os profissionais devem interagir com esse acompanhante e fornecer orientações necessárias no momento da internação da parturiente, para que essa pessoa desempenhe o papel de provedor de suporte. Esse acompanhante precisa ser visto como alguém que está vivenciando um momento especial. Logo, ele também precisa ser acolhido no contexto assistencial em que estiver inserido. Isto, por certo, produzirá um sentimento de confiança e reconhecimento do seu papel, que refletirá positivamente no desenvolvimento de suas atividades de conforto físico e emocional (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Nas argumentações dos quadros 62 e 62a, evidencia-se que é permitido pela gerência da maternidade municipal, com o consentimento da equipe médica, apenas o acompanhamento da parturiente por uma pessoa do sexo feminino. No estudo de Pereira (2006), todas as acompanhantes das parturientes foram mulheres. Isto faz pensar no quão se faz mister a apropriação do conceito de gênero e suas implicações na prática clínica.

Acredita-se que a escolha pelo sexo feminino pode estar associada à manutenção da privacidade das outras parturientes, já que, nesta maternidade, como já mencionado, a sala de PPP é dividida entre duas parturientes. Assim, é preciso somar esforços com o objetivo de ampliar a estrutura desta maternidade municipal, para que a presença do pai possa ser garantida.

A presença marcante do acompanhante do sexo masculino na sala do parto e, em particular, do cônjuge, constitui um indício das transformações em curso nas construções de gênero e de família. Esse fato sinaliza uma mudança nos valores em relação a esse evento, o qual não é mais percebido pela maioria dos trabalhadores da saúde e usuárias como “coisa de

mulher”. Esta nova visão indica o início das transformações nas relações de gênero e na compreensão do parto como um momento íntimo da família (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002; STORTI, 2004).

Deste modo, é preciso repensar os motivos pelos quais é negado ao homem o direito de participação na cena do nascimento de seu filho. O acompanhante do sexo masculino poderá representar a oportunidade de permitir ao homem algumas reflexões sobre o próprio significado de família, pois a visualização do nascimento de seu filho poderá ajudá-lo a vivenciar com a parturiente os momentos de sua passagem para um novo papel, que demandará a co-participação responsável.

Assim, percebe-se que, na prática clínica dos trabalhadores desta maternidade municipal, a família é excluída devido ao julgamento dos profissionais, bem como da adoção de políticas institucionais que impedem a sua entrada na sala de parto em decorrência da probabilidade do aparecimento de comportamentos não estipulados para os mesmos diante da situação da parturiente.

Neste contexto, os gestores locais e os trabalhadores de saúde envolvidos na atenção à mulher em processo parturitivo e à puérpera deveriam somar esforços no sentido de pôr em prática o direito ao acompanhamento durante a internação nas maternidades locais, no sentido de transformarem a vivência da parturição e do puerpério em momentos mais íntimos e ligados à natureza feminina e familiar.

Sendo assim, os dados empíricos deste estudo apontam para o fato de que nesta maternidade investigada, a Lei do acompanhante não é efetivamente implementada, já que os trabalhadores da saúde e as próprias mulheres entrevistadas não denotaram conhecimento adequado desta. Por outro lado, é considerada acompanhante a pessoa do sexo feminino, sendo negado ao pai o direito de participação no processo parturitivo.

Acredita-se ser fundamental para a superação dos obstáculos quanto à presença do acompanhante na atenção à parturiente e puérpera, a incorporação deste tipo de acompanhamento na missão e filosofia institucional, sendo necessária, também, a prática da educação permanente quanto às formas de participação desta nova figura no cenário parturitivo, para que, assim, a atenção humanizada, de qualidade e de excelência possa ser atingida.

4.3 A ATENÇÃO PUERPERAL

Nesta sessão, os argumentos são subdivididos em: a atenção à mulher no puerpério imediato na maternidade municipal; o encaminhamento para a consulta puerperal; e a consulta puerperal.

Na primeira subcategoria, são apontadas as relações dos trabalhadores da saúde com as mulheres no puerpério imediato, tanto na unidade de centro obstétrico quanto no alojamento conjunto da maternidade municipal. Na segunda subcategoria, aborda-se o processo de encaminhamento da puérpera para a busca da UBS, enquanto que na terceira subcategoria é discutida a forma como é realizada a consulta puerperal nesta cidade caso.

4.3.1 A atenção à mulher no puerpério imediato na maternidade municipal

A prática dos trabalhadores da saúde em unidades de centro obstétrico tem proporcionado cada vez mais o afastamento da mulher como a responsável pela condução do seu processo parturitivo. Nesta prática, mãe e filhos são separados em prol de uma rotina local, que visa a dinamizar o turno de trabalho e ao mesmo tempo proporcionar a desocupação do leito obstétrico, seja para fins de nova ocupação ou mesmo para amenizar a carga de trabalho nestas unidades.

Assim, a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, referente ao período de 2001 a 2005, revela dados preocupantes sobre a prática do contato pele a pele e aleitamento na primeira hora de vida: mesmo sendo a amamentação na primeira hora de vida um importante indicador para o sucesso da amamentação, ela esteve presente em apenas 42,9% das crianças que foram alguma vez amamentadas. Este dado foi 30% superior ao encontrado na pesquisa de 1996. Mais da metade das crianças das Regiões Norte e Nordeste do País foram amamentadas na primeira hora de vida (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Neste contexto, mesmo sendo um hospital considerado pela Unicef como Amigo da Criança, com relação ao contato entre mãe e filho no pós-parto imediato, a prática de incentivo do contato pele a pele e do aleitamento imediatos é considerada como uma rotina a ser seguida e não como um ato que beneficia tanto a mulher quanto o seu Rn. Este ato é

realizado de forma rotineira, já que depende da dinâmica do centro obstétrico e das próprias condições do RN (Quadros 63, 64 e 65).

Quadro 63 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Logo depois do pós-parto a paciente deve ser encaminhada para enfermaria. Então elas passam muito pouco tempo conosco aqui no centro obstétrico depois do parto”. (EACO)	“[...] na nossa rotina, não dá para colocarmos o bebê no peito da mãe, por conta dos cuidados com ele após o parto”. (EACO)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] E por conta da dinâmica do serviço a depender de como o bebê nasce nós colocamos junto da mãe para incentivar o aleitamento, mas nem sempre isso é feito de rotina, depende muito de como está o movimento da unidade, como o nenê nasceu”. (EACO)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Caso tenha esta oportunidade, estimulamos o contato entre mãe e filho no pós-parto imediato, mas nem sempre isto é feito como rotina aqui no hospital”. (EACO)	

Após o parto, apenas uma das quatro puérperas participantes deste estudo que estavam sendo acompanhadas pelas enfermeiras do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica teve a oportunidade de praticar o contato pele a pele e aleitamento imediatos. No estudo de Dotto (2006), foram as enfermeiras obstétricas as responsáveis pelo estímulo deste contato entre mãe e filho no centro obstétrico.

Neste estudo, as demais puérperas entrevistadas estabeleceram este contato no alojamento conjunto. As puérperas, em sua maioria, permaneceram os primeiros momentos do puerpério imediato sem o seu recém-nascido, variando de duas a seis horas. Este fato pode ter sido ocasionado pela permanência do recém-nascido no centro obstétrico devido à necessidade de observação ou mesmo da espera de avaliação do neonatologista escalado para o turno de trabalho. Apenas uma das quatro puérperas foi transferida do centro obstétrico em companhia de seu filho.

Nesta rotina, mãe e filho não conseguem estabelecer um contato físico direto, já que os trabalhadores da saúde podem apenas estimular um contato visual rápido entre ambos, visando não ao estabelecimento de vínculo entre a mulher e o seu filho, mas com o objetivo maior de que a mulher possa confirmar o sexo do seu RN.

Quadro 64 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Os funcionários (do alojamento conjunto) daqui não me orientam sobre nada ainda”. (P01 USF) GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que) “[...] O atendimento aqui é bom. Algumas enfermeiras são boas, mas outras não. Tem umas que atendem melhor você e têm outras que não atende. Fica de cara fechada. A gente pergunta alguma coisa, responde e dá a maior resposta. Têm outras que são compreensivas, sabe o que você passou. Sabe o que é um parto. Eu acho que estas enfermeiras que atendem desta forma ruim, elas não sabem o que é um parto, porque se elas soubessem disso, elas não fariam isso”. (P01 USF) APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] Quando eu tive o nenê, eu não peguei o meu filho. Eu só fui pegar no outro dia, no sábado, nove horas da manhã”. (P01 USF) “[...] Depois do parto eu fiquei no corredor, na maca acho que eles estavam procurando uma vaga para me colocar. Quando acharam, me deixaram aqui e eu fiquei deitada, e o bebê ficou lá dentro da sala de parto”. (P01 USF)	“[...] Eu não peguei ele depois do parto porque levaram para colocar aspirar a boquinha dele, pois tinha muita secreção”. (P01 USF)

No estudo de D’Orsia et al. (2005), em relação ao contato com o recém-nascido na sala de parto, praticamente todas as mulheres viram seus bebês logo após o parto, embora entre as mulheres submetidas à cesárea na maternidade pública esse percentual tenha sido um pouco menor (84%). O contato físico com o recém-nascido foi menos frequente do que o contato visual, exceto para as mulheres de parto vaginal na maternidade conveniada, onde 92% relataram haver tocado seus bebês.

Durante a realização deste contato entre a mulher e seu recém-nascido, as parturientes poderão vivenciar situações de expressão de sentimentos negativos relacionados ao recém-nascido nos primeiros instantes do pós-parto, podendo representar um momento de escape dos desgastes decorrentes do trabalho de parto e do parto. Por outro lado, as mulheres, neste momento, poderão se preocupar com as condições clínicas e não clínicas do seu filho e questionar a equipe obstétrica sobre a aparência e condições clínicas do mesmo, não aceitando sobremaneira o estabelecimento de contato com o mesmo (Quadro 65).

No estudo de Silva e Clápis (2004), com base nos relatos das mulheres, os partos normais sem intervenções, tais como a analgesia, a episiotomia e a revisão do canal do parto foram os que mais contribuíram para o primeiro contato entre mãe e filho, pois, após o nascimento as parturientes referiram dor e desconforto. As puérperas submetidas à

episiorrafia referiram dificuldade ao segurar seus filhos e para amamentar em sala de parto, comprovando que este procedimento pode interferir no primeiro contato mãe e filho.

Segundo Monteiro, Gomes e Nakano (2006), a reação da mulher pode variar ao ver seu filho pela primeira vez, podendo apresentar explosões de risos, de conversas e choro, até apatia aparente. Este fato deverá ser levado em consideração na rotina e prática clínica diária da equipe de enfermagem, quando do cuidado à mulher em processo parturitivo, já que o não reconhecimento desta situação poderá provocar desordens psíquicas maternas no puerpério imediato, interferindo desta maneira na manutenção e estabelecimento de vínculos afetivos entre mãe e filho.

Tanto o contato, quanto a amamentação devem ocorrer de forma natural e humanizada, principalmente. A equipe de profissionais deve colocar o bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe imediatamente após o parto propiciando um ótimo ambiente para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Estas condutas poderão proporcionar o restabelecimento psíquico da puérpera, para que essa possa oferecer os cuidados necessários ao seu filho, diminuindo os episódios de recusas ao primeiro contato nesse primeiro momento do puerpério.

Assim, faz-se mister a consideração por parte da equipe de saúde das condições maternas no pós-parto mediato, bem como a valorização de sua autonomia através do consentimento, para que a prática do incentivo ao contato pele a pele e aleitamento imediatos possa acontecer de forma natural e humanizada.

Admite-se a importância da promoção do contato pele a pele e do aleitamento na primeira meia hora de vida. Os trabalhadores da saúde que promovem este contato íntimo entre mãe e filho devem levar em consideração a opinião das mulheres envolvidas nesta prática, já que a simples execução de forma rotineira e automática não está de acordo com os princípios da humanização e com a qualidade e excelência da atenção oferecida.

Nesta prática, não é considerado o consentimento da mulher que por circunstância da atenção até o momento recebida poderá se encontrar em condições clínicas desfavoráveis após o parto, representadas aqui pelo cansaço decorrente dos esforços do período expulsivo.

Pensa-se que a forma como ocorre a prática do incentivo do contato pele a pele e do aleitamento imediato, ainda no centro obstétrico, pode representar para estes trabalhadores da saúde certa perda de tempo ou mesmo a demora na execução dos primeiros cuidados dispensados ao RN, repercutindo sobremaneira no tempo de permanência da mulher nesta unidade (Quadro 63 e 64).

Quadro 65 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Depois do parto eu fiquei esperando meu filho”. (P01 UBS)	“[...] O atendimento depois do parto foi bom, pois quando eu chamo vem sempre alguém me atender”. (P01 UBS)
“[...] A minha família veio me visitar, só que tem dificuldades, pois só podem entrar duas pessoas e mesmo quando a minha mãe, minha tia e o pai vieram, não puderam ver o meu filho, porque ela ainda não estava aqui”. (P01 UBS)	
“[...] Eu não fui examinada ainda hoje. Ontem, por uns minutinhos, aferiram minha pressão e colocaram o termômetro na criança, para ver se estava tudo bem”. (P01 UBS)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Este tempo que eu fiquei esperando meu filho foi ruim, porque eu fiquei com medo de alguém pegar meu filho e não devolver”. (P01 UBS)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Eu fiquei com medo e toda hora que entrava alguém na sala eu perguntava onde estava meu filho, se ele não ia vim e depois trouxeram meu bebê”. (P01 UBS)	
“[...] Quando eu cheguei aqui, me perguntaram se eu estava bem, se eu já estava dando a mama direito. As enfermeiras me colocaram na cama e trouxeram um suco, porque eu ainda não tinha comido nada, uma bolacha e me mandaram dar a mama para o bebê”. (P01 UBS)	
“[...] A mulher apertou a minha barriga e colocou em mim o termômetro e no meu bebê quando ele chegou, e olharam minha pressão”. (P01 UBS)	
“[...] Hoje pela manhã passou a pediatra para olhar o meu bebê e colocou um aparelho no coração dele para ver se estava batendo, e depois saiu e não me disse nada”. (P01 UBS)	
“[...] Quando meu filho nasceu, ela colocou em cima de mim, me mostrou a criança, perguntou se eu queria dar leite para ele e eu falei com ela que não, porque eu estava fraca ainda e minhas pernas tremiam, eu não aguentava segurar ele e ainda por cima ela ainda ia me costurar ainda”. (GP01 UBS)	

As mulheres, imediatamente após o parto, nesta maternidade, são transferidas da sala de Pré-parto, Parto e Puerpério para uma área na lateral do centro obstétrico que dá passagem para o corredor central desta maternidade, o que facilita a transferência da mesma pelos trabalhadores de enfermagem de alojamento conjunto, ficando em macas até o estabelecimento deste transporte interno (Quadro 64).

Classicamente, com relação a este último período do parto ou de Greenberg, não há na literatura consenso sobre sua duração exata. Entretanto, inicia-se após a dequitação e estende-se pelas primeiras horas do pós-parto (BRASIL, 2003; GERK, 2006). Neste período, a puérpera pode apresentar riscos, como a possibilidade de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina. Nesta direção, a transferência da puérpera para a unidade de alojamento conjunto somente deverá ser efetuada após o término do quarto período.

Na prática, não é adotado um critério quanto ao intervalo de tempo para a realização das avaliações de mulheres no pós-parto imediato, e também não é levado em consideração o tempo decorrido após o desprendimento fetal ou a dequitação. No estudo de Cagnin (2008), a primeira avaliação pós-parto foi realizada no momento em que a mulher foi retirada da sala de parto e as demais a cada 30 minutos, ainda no centro obstétrico. Estas mulheres permaneceram no centro obstétrico em observação após terem sido retiradas da sala de parto, em média 60 minutos, com tempo mínimo de 25 minutos e máximo de 1 hora e 45 minutos.

As puérperas que participaram deste estudo permaneceram no centro obstétrico após o parto por um período que variou de 01 hora e 24 minutos até 01 hora e 40 minutos (APÊNDICE D). Na análise documental não foram encontrados registros de realização de avaliação após o parto no que se refere ao controle da manutenção do Globo de Segurança de Pinard, avaliação dos sinais vitais e controle da loquiação das puérperas. Estes registros foram detectados na evolução do parto realizado pela enfermeira ou técnica de enfermagem desta unidade imediatamente após este procedimento, ainda na sala Pré-parto, Parto e Puerpério. Deste modo, a primeira avaliação da puérpera ocorreu no momento de sua chegada ao alojamento conjunto, sendo realizada pelas trabalhadoras de nível médio da equipe de enfermagem.

No estudo de Cagnin (2008), no pós-parto imediato, ainda no centro obstétrico, foram avaliados a consistência e involução uterina, e o sangramento vaginal. Algumas atividades deixaram de ser realizadas para todas as mulheres como a aferição da pressão arterial e a avaliação da região perineal. Foi verificado que tanto a enfermeira, quanto os trabalhadores de nível médio assumiram, em proporção igual, a realização de atividades no pós-partos imediato, e o profissional médico não realizou nenhuma atividade com a mulher durante este período. Nota-se que a enfermeira não participa do momento que a puérpera mais necessita de uma atenção criteriosa.

Neste estudo, conforme análise documental, tanto a enfermeira quanto o profissional médico não participaram da avaliação da puérpera após a sua retirada da sala Pré-parto, Parto e Puerpério. Estes apenas estiveram presentes na sala de parto, durante a recepção do RN ou na realização do procedimento, respectivamente.

Neste sentido, percebe-se uma subutilização do sistema de Pré-parto, Parto e Puerpério em detrimento de uma rotina que tenta diminuir o tempo de permanência das puérperas nas instalações físicas do centro obstétrico, o que poderá potencializar a menor vigilância de complicações puerperais que ocorrem imediatamente após o parto, tais como a não

manutenção do Globo de Segurança de Pinard, repercutindo, assim, em hemorragias do período gravídico e puerperal.

O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois, enquanto a mulher amamentar, ela estará sofrendo modificações da gestação, não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Neste período, o corpo da mulher retorna ao estado anterior à gestação (BRASIL, 2003; GERK, 2006; FARIAS, 2008).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), pode-se didaticamente dividir o puerpério em imediato, que vai do primeiro ao décimo dia do pós-parto, tardio, que corresponde ao décimo primeiro até o quadragésimo segundo dia, e o remoto, que se inicia a partir do décimo terceiro dia do nascimento.

Esse período tem evolução diferente nas mulheres que, juntamente ao exercício da maternidade, experimentam profundas modificações genitais, gerais e psíquicas, com gradativo retorno ao período não gravídico. Apresenta-se, ainda, como um período vivenciado de acordo com seus valores, crenças, costumes e experiências anteriores, assumindo, assim, uma relevante conotação cultural (BRASIL, 2003; GERK, 2006; FARIAS, 2008).

De acordo com Alves et al. (2007), o período puerperal é cercado de intensas mobilizações, pois a mulher que agora é mãe, por vezes não entende a transição pela qual está passando. A transição é entendida como a passagem, a mudança, a mobilização, a modificação de um estado, a condição de uma circunstância para outra; pode ocorrer de forma intencional ou inesperada. A transição à maternidade ou papel materno caracteriza-se como transição familiar, pois o impacto das experiências tem sentido para todos os membros da família.

O puerpério está associado, também, com mudanças e estas ocorrem na vida da mulher em decorrência da transição quanto ao papel materno. E isto significa não só alterações físicas, mas também um novo momento de vida, isto é, o deixar de ser somente mulher para ser mãe, sem deixar o “ser mulher” de lado. Neste período, a mulher deverá ser considerada como um ser integral, indivisível e que vivencia transitoriamente um momento de estresse (KUNZLER, 2006).

Na prática clínica diária, os trabalhadores da saúde devem ampliar o seu foco de atuação com vistas à prestação de uma atenção mais equânime, integral e articulada com os princípios da humanização, objetivando a segurança materna para a vivência desta nova etapa do seu ciclo vital. Neste sentido, percebe-se que ao adentrar nas instalações físicas da unidade de alojamento conjunto, a puérpera é submetida ao exame físico de enfermagem, com vistas ao

controle do período em que se encontra, pois são valorizadas as alterações orgânicas imprimisse no organismo feminino pelo puerpério (Quadros 65 e 66).

Neste primeiro contato da equipe de enfermagem com a puérpera, além do exame físico, a história clínica e obstétrica é colhida, o que faz pensar na possibilidade de que, mais uma vez, dentro desta instituição de saúde, o cartão da atenção pré-natal não é considerado um documento para a comunicação desta história clínica, pois as enfermeiras parecem repetir os mesmos questionamentos que a mulher foi submetida durante a passagem pelo consultório médico e exame admissional de enfermagem no centro obstétrico.

Quadro 66 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Assistencial do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Nós fazemos alguns questionamentos em relação ao pré-natal, ao histórico de vida dessa mulher, antecedentes patológicos, alergia medicamentosa e como foi o trabalho de parto dela dentro do centro obstétrico e se teve alguma alteração”. (EAAC) “[...] Examinamos as mucosas, a face, se está corada ou descorada, as mamas, se já têm colostro ou se não têm, o mamilo se é protuso ou invertido. Como é que está o globo de segurança de Pinard, se ele está formado, em que posição ele se encontra, se foi parto cesáreo, como está o penso desta ferida operatória, se está sujo ou se está seco. Os lóquios que esta mulher pode apresentar, que pode estar fisiológico ou patológico. A questão do odor nesse lóquio, se tem algum odor que esteja chamando a atenção [...] a questão de edemas em membros inferiores para termos um olhar mais específico para a questão da prevenção de trombose, já que a mulher que pare cesáreo fica mais limitada ao leito do que a mulher de pós-parto normal”. (EAAC) “[...] Assim que admitimos essa paciente, se possível, já colocamos esse RN no seio para mamar. Testamos todos os seus reflexos para ver se ele está apto à sucção, caso contrário, nós fazemos alguns tipos de estímulos e solicitamos uma seringa de leite materno para que seja oferecida a esse recém-nascido, para que ele não venha a ter uma hipoglicemia, ou ficar chorando com fome, e sempre colocando o peito para que ele venha a conseguir, mais tarde, poder sugar o seio da mãe”. (EAAC)	“[...] no alojamento conjunto fazemos a assistência e as orientações para a puérpera”. (EAAC)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] A partir daí, nós fazemos nosso exame físico, tendo o olhar mais específico para o que a gente realmente tem que focar na saúde da mulher em relação ao puerpério”. (EAAC) APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] Depois disso, acompanhamos essa mulher, observando-se as queixas e, principalmente, o sangramento, porque muitas vezes evolui com um sangramento abundante e precisa-se de intervenção médica”. (EAAC) “[...] Eu estou relatando a minha assistência pessoalmente. Não sei se isso acontece nos outros plantões, até porque é uma enfermeira por enfermagem, e não tem como a gente comparar muito o trabalho de uma com a outra, não existe norma e rotina, isso é a minha rotina de trabalho, o que eu faço. Pelas outras enfermeiras eu não posso responder, porque realmente não tem o manual que norteia nossa assistência”. (EAAC)	

Por outro lado, pensa-se que, nesta prática clínica, o próprio prontuário da usuária poderia ser um instrumento para a transmissão de informações relativas ao trabalho de parto e próprio parto entre os trabalhadores da saúde do centro obstétrico e os do alojamento conjunto, já que o tempo de permanência da puérpera no centro obstétrico é pequeno.

No alojamento conjunto, a mulher poderá ficar vulnerável a intercorrências, tais como, hemorragias, infecções, intercorrências da lactação e depressão puerperal. Ajustes fisiológicos rápidos começam logo após o parto, dentre eles, a involução uterina, a eliminação de lóquios, a cicatrização da episiorrafia ou da ferida operatória da cesariana, estabelecimento da lactação, alterações circulatórias importantes, dentre outros (BRASIL, 2003; GERK, 2006).

Sendo assim, a coleta de informações e o exame físico realizado pela enfermeira com puérperas normalmente é focado nas mamas, incisão cirúrgica, involução uterina, características da loquiação, presença de edema, e a puérpera é questionada sobre suas queixas, sono, presença de diurese, evacuação, aceitação alimentar, amamentação e interação com seu filho. O olhar das enfermeiras é direcionado para verificar a presença de alterações e atuar prontamente, a fim de impedir alguma complicação (SOARES, 2009).

Desta forma, ao priorizarem a coleta de achados orgânicos tanto no exame físico quanto na história clínica da puérpera, pensa-se que este período pode ser considerado como um momento onde predominam as intercorrências obstétricas, sendo fundamental o controle da involução uterina.

Assim, a individualidade e subjetividade da puérpera não são levados em consideração, pois esta atuação se estende a todas aquelas que são admitidas nesta unidade. Nesta direção, esta prática parece ser executada com certo automatismo, não sendo levadas em consideração as condições em que se encontra a puérpera.

Na argumentação do quadro 65, nota-se um desrespeito às condições clínicas da puérpera, pois a mesma referiu ter sido submetida a uma avaliação abdominal, considerada com o intuito de controle da involução uterina e da eliminação de coágulos decorrentes do fenômeno da hemostasia puerperal. Considera-se esta prática, neste primeiro momento, da forma como ocorre nas unidades de alojamento conjunto, uma agressão à natureza feminina, pois é necessário o uso da força manual do trabalhador da saúde para que os coágulos sanguíneos possam ser expulsos.

Ademais, acredita-se que a realização desta expressão manual do abdômen da puérpera, no momento da admissão, possa ser executada para evitar as queixas dolorosas do pós-parto, diminuindo assim a sobrecarga de trabalho dos trabalhadores das unidade de alojamento conjunto.

Nota-se, também, na argumentação do quadro 66, uma valorização do registro das ações executadas com a puérpera em detrimento da promoção da prática do aleitamento materno por parte da equipe de enfermagem do alojamento conjunto, pois a orientação para a prática do aleitamento ocorre de forma pontual e com questionamentos à puérpera, sendo estimulado quando a rotina da unidade permite.

Compreende-se que o incentivo ao aleitamento materno parece mais uma obrigação materna e não uma necessidade, no contexto da prática clínica destes trabalhadores da saúde. As práticas assistenciais buscam modular o comportamento da mulher em favor da amamentação, responsabilizando-as pela saúde de seus filhos, mas todos terminam esquecendo que a mulher tem o direito a opinar sobre esta prática, uma vez que ela recebeu informações sobre os benefícios acerca do aleitamento materno. À mulher deveria ser oportunizado o direito de compreender as implicações que a prática do aleitamento materno poderá trazer para o seu cotidiano.

O objetivo do sistema alojamento conjunto não é sobrecarregar física nem mesmo emocionalmente as mulheres. Neste tipo de sistema, as puérperas são estimuladas a realizar o autocuidado e prestar cuidados a seu filho; porém, isso não pode configurar que a mulher tenha a obrigação, ou mesmo a responsabilidade de assumir o cuidado pelo seu filho e por ela mesma (SOARES, 2009).

O cuidado profissional da enfermeira pode facilitar, no espaço do alojamento conjunto, o desenvolvimento de um cuidado materno feito com relações menos desiguais e menos autoritárias. O cuidado profissional da enfermeira poderia permitir à mulher resgatar sua autonomia no período em que necessita voltar-se para si mesma, em busca da tranquilidade necessária ao desenvolvimento do cuidado materno e à absorção de novos elementos que possibilitem entender o encantamento da vida (PILOTTO; VARGENS, PROGIANTI, 2009).

Certamente, as mulheres iriam sentir-se mais seguras e confiantes se pudessem participar das decisões que envolvem a sua passagem pelo alojamento conjunto.

Após a admissão, as puérperas são acompanhadas diariamente pela equipe médica e de enfermagem, com permanência do foco no controle das alterações puerperais, com destaque para a involução uterina, a eliminação da loquiação e as principais queixas apresentadas. Desta maneira, o referencial adotado nesta prática, seja inconsciente ou conscientemente, é o modelo hegemônico biomédico, cujas relações entre usuários dos serviços e trabalhadores da saúde ocorrem de forma fragmentada, e o indivíduo não é considerado no seu todo biopsicossocial.

Assim, no dia-a-dia do seu exercício profissional no alojamento conjunto, cada profissional adota a sua forma de abordar a puérpera e seu RN, pois, segundo argumentação do quadro 66, não há normas, rotinas e protocolos institucionais que possam nortear esta prática clínica. Durante a coleta dos dados no alojamento conjunto não foram encontrados no setor informações referentes à existência de normas, rotinas e protocolos de enfermagem, apesar da enfermeira gerente desta unidade informar que estes dispositivos existiam em todos os setores da maternidade municipal.

O reduzido número de enfermeiras na unidade é apontado como outro responsável pela forma como a atenção à puérpera ocorre (Quadro 66). As transformações tecnológicas, econômicas e sociais ocorridas nas últimas décadas têm alterado significativamente o mundo do trabalho. No aspecto referente ao setor saúde, estas mudanças representam contínuos desafios à gestão de recursos humanos para o alcance e manutenção da qualidade na assistência.

No alojamento conjunto da maternidade municipal, conforme argumentação do quadro 75, as puérperas são orientadas pela equipe de enfermagem. Estas orientações estão voltadas para os cuidados com a ferida operatória, no caso de cesarianas, deambulação e cuidados com o RN. Algumas puérperas deste estudo (Quadros 64, 65, 68 e 70) referiram deficiência de informações sobre o período puerperal e as suas particularidades durante o pré-natal, as quais se estenderam até sua alta hospitalar, dado semelhante ao de Rodrigues et al. (2006).

Destaca-se que, para a prática da orientação no puerpério, a equipe de saúde deverá considerar os aspectos culturais que envolvem este período, ao mesmo tempo incluir a família neste espaço, pois a transmissão de informações intrafamiliar ocorre de forma transgeracional, demandando conhecimento das práticas mais aceitas e corrigindo os eventuais erros que possam comprometer o bem-estar materno e do RN.

O principal enfoque da atenção do profissional está na educação e orientação à saúde, para que as mulheres adquiram segurança e tranquilidade ao assumirem o papel de mãe. Este perfil de paciente não requer equipamentos sofisticados ou mesmo grandes procedimentos, o que conduz alguns administradores a considerarem essa assistência como cuidados mínimos de enfermagem. Contudo, requer do profissional grande habilidade de comunicação, disponibilidade, observação e postura de acolhimento, o que demanda tempo e competência profissional (SOARES, 2009).

Quadro 67 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Assistencial do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Se essa mãe não tem colostro, encaminhamos ao banco de leite pra fazer o estímulo da mama. Caso ela tenha mamilo invertido, nós oferecemos uma seringa e orientamos o uso pra que esse mamilo fique um pouco mais protuso e facilite na amamentação”. (EAAC)	“[...] no alojamento conjunto, desde a admissão nós prestamos orientações para a puérpera, pois é muito importante o auto-cuidado”. (EAAC)
“[...] na admissão, nós orientamos a questão do primeiro momento, não levantar de vez da cama, porque ela pode ter uma síncope, uma vertigem, devido à perda de sangue no parto, até o trabalho de parto trabalhoso que deixa um pouco a mulher mais enfraquecida”. (EAAC)	
“[...] No banho, orientamos a lavagem dessa ferida operatória, a lavar com água e sabão, a enxaguar com água abundante, a secar e acompanhamos essa ferida, se vai apresentar algum tipo de endurecimento ou vermelhidão, sinais, algum sinal de inflamação, ou até a própria secreção para poder fazer as intervenções e comunicar ao médico”. (EAAC)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] orientamos, também sobre não ficar muito limitada ao leito. [...] Essa mulher, essa puérpera precisa, deambular um pouco para evitar as trombozes e até a produção de gases, que é muito comum no pós-parto”. (EAAC)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] orientamos a não levantar do leito, a sentar um pouco, respirar, ver se vai ficar tonta e levantar”. (EAAC)	
“[...] Orienta a importância da amamentação nas primeiras horas de vida para essa criança, sempre estar atenta para a questão de estar revezando os seios, não dar só em uma mama. A questão da pega, para que não venha mais tarde fazer fissuras, ingurgitamento e uma possível mastite”. (EAAC)	
“[...] A orientação com o autocuidado, então, vinte e quatro horas após o parto, orientamos a retirada, no caso de mulheres de parto cesáreo, a retirada do penso cirúrgico”. (EAAC)	

Apesar do puerpério sobrecarregar a mulher, exigindo que reorganize o seu modo de viver, frequentemente reforça questões de gênero, pois tanto o homem como a mulher assumem determinados papéis socialmente constituídos.

Desta forma, o estudo de Farias (2008) evidenciou a existência e a presença de um homem mais participativo e companheiro na família, mais atento às necessidades subjetivas da mulher nesse período, mais companheiro e amigo, procurando dividir com a mulher as responsabilidades, compartilhando as demandas de cuidado com a mulher, a casa e o filho.

Há entre os pais expectativas de encontrar dificuldades para a sua participação, sejam de ordem institucional ou por dificuldades impostas pelos papéis sociais e de ordem pessoal. Na prática profissional, percebe-se que, no dia-a-dia, em um alojamento conjunto de mães e RN, o pai está presente e interessado no bem-estar de sua mulher e filho, mas ainda é tratado como

um membro qualquer da família, não sendo incluído, na maioria das vezes, nas orientações e cuidados de sua mulher e filho (SCHMIDT; BONILHA, 2003).

Quadro 68 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Quando meu bebê nasceu, não colocaram em mim. Meu bebê só veio para minhas mãos durante a noite. Eu tive meu bebê pela manhã, só que eu só vim pegar ela era mais ou menos umas seis horas da noite, porque ela teve, eu acho, um problema de respiração e teve que ficar lá usando oxigênio e pronto”. (P02 UBS)	“[...] Estes dias aqui após o parto está sendo bom para mim, estou sendo bem tratada.”. (P02 UBS)
“[...] Eles nunca olharam minha barriga para ver se eu estava com dor, não olharam meus pontos para ver se estavam inflamados, eles só dão medicação”. (P02 UBS)	
“[...] Eu não fui orientada por ninguém, não, a voltar no posto”. (P02 UBS)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] A equipe está sempre me dando medicamento na hora certa, perguntando se meu bebê já fez xixi, se já defecou, se eu estou sentindo alguma coisa, é normal”. (P02 UBS)	
“[...] Aqui eu não fui orientada sobre nada ainda! Acho que o que cabe aqui de orientação a gente já sabe. Tem que tomar os remédios na hora certa, para o nosso bem, do nosso filho”. (P02 UBS)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Afere a minha pressão, escuta o coração, o pulmão do meu bebê com um aparelho. Eles sempre deram aqui toda a atenção após o parto”. (P02 UBS)	
“[...] Tem algumas enfermeiras assim que são mais ásperas”. (P02 UBS)	

Diante destas considerações, acredita-se que seja importante a inclusão do pai no espaço do alojamento conjunto, pois os novos papéis a serem desenvolvidos serão mais rapidamente ajustados em prol da harmonia na dinâmica e rotina do núcleo familiar. É preciso que instâncias gerenciais possibilitem a modificação das rígidas rotinas institucionais, com vistas à aproximação da família, para que o período puerperal seja considerado um momento de crescimento e empoderamento. Assim, esta realidade poderia estimular o exercício da cidadania e a retomada do poder de decisão da família.

Neste contexto, é preciso considerar o conhecimento e a experiência anterior da família, para que, desta forma, os conhecimentos venham a ser somados, evitando a ocorrência de divergências ou a supremacia de um em detrimento do outro. Assim, trabalhadores da saúde e puérperas poderão estabelecer uma relação de confiança mútua e de respeito.

Quadro 69 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Após o parto, a paciente é imediatamente encaminhada para o alojamento conjunto da unidade”. (GMM)	“[...] Acho que a atenção à puérpera funciona nesta unidade”. (GMM)
“[...] Nós temos a enfermaria A, B e C [...]”. (GMM)	
“[...] No momento da alta, também tem o acompanhamento do obstetra. Nós temos os diaristas do hospital, que avalia a paciente, se ela tem condições de alta ou não”. (GMM)	
“[...] Há também a necessidade de avaliação do pediatra que acompanha, também, durante a estadia da mãe dentro da unidade de alojamento conjunto. O pediatra também faz o acompanhamento do recém-nascido”. (GMM)	
“[...] caso os dois tiverem condições de alta, há liberação dos dois profissionais, do obstetra juntamente com o pediatra”. (GMM)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] onde ela vai ter o atendimento pós-parto necessário, com medicamentos, alimentação [...] então, todo atendimento necessário para a parturiente. E aí é acompanhada”. (GMM)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] A paciente, tendo condições de retornar a sua casa, ela recebendo a alta do pediatra e do obstetra, é orientada pela enfermeira como ela deve proceder depois do parto [...]”. (GMM)	

Neste aspecto, as puérperas entrevistadas e a gestora da maternidade municipal argumentaram que no alojamento conjunto é oferecida uma atenção digna para as puérperas, pois, neste espaço, são disponibilizados pessoal capacitado, alimentação, vestuário, medicamentos e o controle dos sinais vitais (Quadros 65, 68, 69 e 70).

Assim, os trabalhadores da enfermagem, ao administrarem medicamentos nos horários estabelecidos pelas enfermeiras as puérperas, prestariam atenção as suas necessidades, pois se sabe que o pós-parto pode ser doloroso o suficiente para demandar a administração de analgésicos. Ao entrarem na unidade de alojamento conjunto com uma medicação em mãos, significaria muito para as puérperas, já que alguém deu valor ao seu sinal.

Nas entrevistas, as puérperas declararam que tinham sido bem atendidas na unidade de alojamento conjunto, devido ao fato da própria equipe questionar o seu estado de saúde e do seu filho, bem como de avaliar os seus sinais vitais (68 e 70). Talvez, devido à própria falta de conhecimento sobre o direito à saúde, estas mulheres podem ter interpretado esta prática como a atenção de alguém para com as suas demandas.

Quadro 70 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 02 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Quando entra alguém aqui elas dizem bom dia, só isso e pronto! Dá medicamento e se retira. Não fala mais nada”. (P02 USF) GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que) “[...] Eu estou sendo bem atendida, uma maravilha! Eu não tenho do que queixar. Está sendo muito bom! Eu tenho alimentação certa, toda balanceada, vindo na hora certa. Eu não tenho o que falar. Aqui é muito bom”. (P02 USF) “[...] Devido a minha alimentação, a minha medicação na hora certa, está tudo bom! Logo nos dois primeiros dias fui examinada certinha. Vinha uma moça aqui pela manhã, aferia minha pressão, para ver se estava normal. Só que hoje, já no terceiro dia, não teve ninguém para examinar, não mediu pressão, mas teve medicamento tudo certo. Ninguém me examinou hoje ainda”. (P02 USF) APOIOS (considerando/por conta de/porque) “[...] Eu não recebi nenhuma orientação aqui nesta maternidade”. (P02 USF) “[...] Eu não sabia que tinha que voltar para o posto para me consultar. Eu estou sabendo disso agora. Não recebi nenhuma informação sobre isso”. (P02 USF)	“[...] Estes dias, após o parto, está sendo muito bom, porque eu estou tendo acompanhamento do pessoal!”. (P02 USF)

Os argumentos das puérperas são reforçados na fala da gerente da maternidade local, pois, segundo a mesma, o fato de serem disponibilizados para a puérpera medicamentos, alimentação e médicos pediatras e obstetras seria o suficiente para a mesma (Quadros 65, 68, e 70). Nota-se uma preocupação com necessidades humanas básicas, não sendo consideradas as relações que são estabelecidas no espaço do alojamento conjunto como indicadores para a qualidade da atenção oferecida à puérpera e seu RN.

Mesmo diante desta realidade, percebe-se que uma das entrevistadas parece fundamentar a sua prática clínica diária com o referencial da humanização da atenção. Assim, a mesma informa que ao se relacionar com as puérperas, estas recebem atenção diferenciada, pois cada uma delas tem necessidades particulares. Assim, nesta relação, a puérpera necessita ser considerada como um ser humano, devendo receber uma atenção digna, com respeito, amor, carinho, dedicação, afeto e harmonia (Quadro 71).

Ao reconhecer a individualidade do outro, poderão ser estabelecidas ações de enfermagem que, sobremaneira, ajudarão a puérpera na vivência deste período, já que a atenção será diferenciada e de acordo com a sua necessidade. Assim, o fator tempo seria uma peça fundamental, pois, nesta vivência do alojamento conjunto, seriam estabelecidos vínculos entre trabalhadores da saúde e a puérpera.

Quadro 71 – Esquema representativo do argumento 1 apresentado pela Enfermeira Gerente do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Então eu sempre coloco para os funcionários que trabalham comigo que o ser humano tem que ser tratado com dedicação, com amor, com respeito”. (EGAC)	“[...] A atenção de enfermagem à paciente ocorre de forma humanizada nesta unidade”. (EGAC)
“[...] Então, esta mulher, às vezes tem muitas dúvidas em relação ao cuidado das mamas, ao cuidar do corpo, a saber, como ela vai proceder no momento que estiver aqui, nos dias que estiver aqui internada”. (EGAC)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Nós lidamos com a paciente, admitimos a paciente aqui como ser humano, como um ser único”. (EGAC)	
“[...] Então nós orientamos a puérpera com relação aos procedimentos que devem ser feitos com esse seu filho”. (EGAC)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] eu trato esta paciente com dignidade, com respeito, com harmonia, com amor, porque eu gosto, eu amo o que eu faço”. (EGAC)	
“[...] porque eu sei tratar a pessoa como ela deve ser tratada, com amor, com carinho e com afeto”. (EGAC)	
“[...] você sabe que o indivíduo vem de um ambiente diferente de sua casa para estar num hospital [...] então, você tem que ter a dedicação, respeito, amor a esta cliente, a esta paciente”. (EGAC)	
“[...] Até o momento que ela chega até sua alta, nós temos que orientá-la em relação a todas as dúvidas que ela tem”. (EGAC)	
“[...] Em todos os setores deste hospital, desta unidade hospitalar, existem protocolos”. [...] Em todos os setores existe um protocolo, que podemos seguir para prestar, a esta assistência ao cliente”. (EGAC)	

No entanto, mesmo recebendo todo tipo de ajuda, esta não se qualifica como tal quando a mulher não encontra no profissional uma pessoa com disponibilidade de vê-la como pessoa e que a trate com atenção, carinho, expresse preocupação. Na ausência desses elementos, as mulheres se sentem fragilizadas, assustadas, perdidas (SOARES; SILVA, 2003).

No estudo de Rodrigues et al. (2006), enquanto a mãe permaneceu com o seu bebê por 24 horas, no mínimo, no alojamento conjunto, não foi associado pelas puérperas como um ambiente acolhedor, de aprendizagem, de liberdade e de interação interpessoal entre profissional e usuárias. Ao contrário, a unidade puerperal foi representada como um lugar de abandono, onde a presença da enfermeira e das auxiliares pouco contribuiu para a adaptação da mulher ao puerpério e onde as solicitações de ajuda pouco eram atendidas (RODRIGUES et al., 2006).

Esta vivência também foi relatada pelas puérperas deste estudo, já que, para elas, a equipe não está totalmente presente na unidade puerperal, pois não são estabelecidos meios de comunicação com as puérperas no momento da prestação de ações, sejam com elas ou RN (Quadros 64, 65, 70, 71 e 72). Os profissionais adotam como forma de distanciamento das puérperas uma relação assimétrica, não sendo estabelecida a escuta ativa.

Quadro 72 – Esquema representativo do argumento 2 apresentado pela Enfermeira Gerente do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] cada pessoa trata diferente”. (EGAC)	“[...] uma assistência infelizmente que não seja digna do ser humano é uma assistência incompleta”. (EGAC)
“[...] Tem pessoas que não têm a paciência de ouvir uma paciente ou uma queixa”. (EGAC)	
“[...] o setor é a cara do seu chefe, da sua chefia [...] então, particularmente aqui neste setor que eu sou a coordenadora, os funcionários seguem muito a rotina de seu chefe”. (EGAC)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] quando eu estou ausente, as pacientes sempre perguntam: por que que você estava ausente? Você é a única enfermeira que dá atenção! Você é a única enfermeira que dá importância para nós como ser humano, como pessoa, como paciente!”. (EGAC)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] eu tenho, assim, muitos elogios em relação a minha assistência como pessoa, como ser humano, porque eu sou muito humana no que eu faço. Eu faço com amor, dedicação e carinho”. (EGAC)	
“[...] Eu, particularmente, fico muito, muito alegre, contente em relação a isso, porque as pessoas, nós sabemos, não são iguais, as pessoas são diferentes no tratar e no ouvir”. (EGAC)	

Ao se referirem à experiência da internação no alojamento conjunto, as mulheres indicaram a desumanização da assistência; a falta de garantia de um cuidado qualificado; a desvalorização de suas queixas, sentimentos e necessidades, identificando tais características nas profissionais de enfermagem. O agir dos trabalhadores da saúde em unidades de alojamento conjunto faz com que seja negado às mulheres o direito de serem vistas como sujeitos e predomina a falta de diálogo, o que as expõe a riscos, reforçando a violência institucional (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Desta forma, a atenção à mulher na unidade de alojamento conjunto parece ser de menor relevância, já que a mesma passa poucos dias neste setor. Por outro lado, quando não oferecem uma atenção voltada para as necessidades da puérpera, os trabalhadores da saúde

poderão contribuir para a perpetuação de uma visão biologicista e voltada para os cuidados com o neonato, sendo relegada a atenção para mulher que vivencia este momento.

Apesar das enfermeiras entrevistadas informarem que prestam atenção à mulher, por mais distante que pareceu ser a realidade de ambas, considera-se que esta equipe não dimensiona a importância do puerpério para a mulher e compartilha a idéia de que nesta faz a natureza é quem deverá agir em prol da mulher, pois o puerpério não seria mais do que o simples retorno do organismo feminino às condições pré-gravídicas. Sendo assim, algumas puérperas informaram, implicitamente, não terem sido examinadas em momento algum durante a estadia no alojamento conjunto, o que denota total descaso para com as suas necessidades. Este fato foi verificado na análise documental, ao se constatar, apenas a avaliação de pressão arterial.

Assim, considera-se a necessidade imperiosa de transformações no cotidiano desta prática clínica e gerencial, para que a mulher em alojamento conjunto possa receber uma atenção compatível com o momento pelo qual está passando, sendo levado em consideração o seu componente psicoemocional.

Por fim, a falta de atenção no alojamento conjunto poderá repercutir na busca pela consulta puerperal, pois as mulheres poderão entender que o ciclo gravídico e puerperal encerrou-se na maternidade, uma vez que a última atenção recebida, entendida por ela como a prestação de cuidados físicos, foi realizada ainda no centro obstétrico. Estas mulheres poderão acreditar que na saída da maternidade a natureza é quem vai agir, reproduzindo, desta forma, o pensamento biológico dos trabalhadores da saúde, o que justificaria a ausência de vigilância da puérpera.

4.3.2 O encaminhamento para a consulta puerperal

A atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal deverá ser estendida para além do espaço da maternidade, completando-se com a consulta puerperal. Esta deverá ser valorizada e incentivada pelos profissionais de saúde desde a atenção pré-natal, tanto nas consultas individuais, quanto nos grupos de gestantes.

No entanto, o que se observa na prática diária é que se adota como conduta, na grande maioria das maternidades, a alta hospitalar à mulher e ao seu filho após 24, 48 ou 72 horas do parto. Não há contra-referência no sistema de saúde público que assegure à mulher e a seu filho retornarem ao serviço de saúde no qual fora atendidas. Desta forma, a instituição de

saúde perde o contato com mulher e seu filho após a alta hospitalar de ambos (GONÇALVES; MERIGHI, 2001; MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

Quadro 73 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Gerente do Centro Obstétrico da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] O encaminhamento desta paciente no pós-parto é feito oralmente [...]”. (EGCO) GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	“[...] não existe o preenchimento da ficha de referência e contra-referência”. (EGCO)
“[...] Mas ela é orientada a procurar a unidade de saúde de sua residência, para que faça o acompanhamento do puerpério”. (EGCO)	

Na maternidade municipal da cidade caso em estudo, o processo de encaminhamento da puérpera para o retorno para a unidade de saúde se onde realizou o pré-natal se faz de forma oral (Quadros 73, 74, 75, 75a, 75b e 76). Não faz parte da rotina deste estabelecimento de saúde o preenchimento da ficha de contra-referência, já que na cidade caso não é bem estabelecido o sistema de referência para a atenção hospitalar.

Quadro 74 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Gerente da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Tem toda uma orientação para o acompanhamento pós-parto”. (GMM) GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	“[...] Acho que o encaminhamento da puérpera é fundamental, pois ela cuidará bem da criança”. (GMM)
“[...] elas são orientadas, porque tem que ter este acompanhamento pós-parto”. (GMM) APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] elas são orientadas pelos profissionais que procurem a unidade de referência para fazer a revisão, a consulta do RN, todo acompanhamento pós-parto. É orientada!” (GMM)	

Este encaminhamento da puérpera é realizado de forma não sistematizada, já que as enfermeiras orientam esta cliente ao retorno para a unidade de saúde mais próxima de sua residência, a qual estava vinculada pela atenção pré-natal, para que possa receber o acompanhamento puerperal. Nesta orientação, não são enfocados os motivos deste retorno, bem como a busca pela atenção puerperal como forma de garantir a vigilância das condições

que podem transformar o puerpério em período crítico, tais como a vigência de crises hipertensivas, de hemorragias, de infecções ou transtornos psicológicos puerperais.

Assim, não há garantias de que a forma como ocorre o processo de encaminhamento da puérpera se concretize na prática, pois ela poderá não entender a importância clínica desta consulta, não valorizando o retorno para a unidade de saúde, com vistas ao estabelecimento da continuidade da atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal.

Conforme argumentação da enfermeira gerente do alojamento conjunto da maternidade municipal (Quadro 75), as puérperas, ao receberem alta desta unidade, foram orientadas quanto ao retorno para o ambulatório deste estabelecimento de saúde para a consulta puerperal. Assim, com a descentralização de algumas ações para a atenção básica e com a desativação parcial deste ambulatório na unidade de alojamento conjunto, as gestantes são orientadas quanto à procura do Banco de Leite humano desta instituição, na vigência de complicações mamárias associadas ao puerpério.

Quadro 75 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Gerente do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] O encaminhamento aqui, antes, há algum tempo atrás, existia o encaminhamento das puérperas que faziam [...] uma revisão no pós-parto, tanto parto normal, como parto cesáreo. Então elas tinham como se fosse um feed-back”. (EGAC)	“[...] Nós orientamos estas pacientes, em relação ao encaminhamento para o planejamento familiar que elas devem buscar nas comunidades, na localidade que elas realizaram pré-natal, na comunidade, no local onde ela tem mais acesso, ou mais próximo a sua residência”. (EGAC)
“[...] Infelizmente, hoje nós não temos ambulatórios para atender esta cliente em relação a esse encaminhamento”. (EGAC)	
“[...] Então só temos, infelizmente, neste hospital, este encaminhamento, só em relação ao banco de leite”. (EGAC)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] O encaminhamento que nós fazemos hoje em dia, é em relação ao banco de leite, que hoje funciona muito bem neste hospital. Inclusive, falamos com essas pacientes que existe esse banco de leite que pode norteá-la em relação algumas dúvidas que por acaso elas venham a ter, em relação ao aleitamento materno”. (EGAC)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] o planejamento familiar, que no ambulatório do hospital existia, tinha. Hoje, infelizmente, o ambulatório não funciona todos os setores, que inclusive, era assim, muito importante, para estas pacientes, para se nortearem”. (EGAC)	

Nota-se um olhar muito fragmentado em relação à importância da consulta puerperal, haja vista a argumentação acima discutida, sendo talvez reflexo da desarticulação entre

atenção básica e hospitalar, nesta cidade caso. Esta desarticulação é representada pela falta de comunicação entre estes dois locais de atenção às parturientes e puérperas, a qual é estabelecida por meio do sistema de referência e contra-referência ainda não implementado nessa cidade caso.

O encaminhamento de retorno para a unidade de saúde está voltado para a atenção ao neonato, em detrimento da realização da consulta puerperal (Quadros 74, 75a, 75b, 76 e 77). Assim, este encaminhamento reforça os papéis de gênero designados para a mulher, com enfoque no seu plano reprodutivo, segundo os quais as ações de saúde são voltadas para a promoção integral da saúde do RN, não sendo valorizados aspectos da saúde sexual, reprodutiva e as condições físicas da puérpera.

As enfermeiras do alojamento conjunto orientam a puérpera quanto ao retorno para a unidade de saúde, com vistas à promoção da saúde do RN através das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimentos reforçando a importância da imunização e da realização da triagem neonatal.

O modelo vigente de assistência específica para a puérpera enfatiza como fundamentais os aspectos educativos voltados para o desenvolvimento de habilidades maternas com a finalidade de instrumentalizar a mulher a cuidar do filho, responsabilizando-a por esse cuidado (SOARES; SILVA, 2003).

Quadro 75a – Esquema representativo do argumento apresentado pela Médica da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Após o parto, essa gestante vai para o alojamento conjunto, na enfermaria, e o puerpério imediato se faz através da visita do médico obstetra diarista desta instituição”. (MMM) GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] são feitas visitas domiciliares, e nessas visitas a puérpera é orientada com relação à amamentação, cuidados de higiene dela e do recém-nascido e mais algumas coisas, mas basicamente é a orientação e outras que vierem durante o momento”. (MMM)	“[...] As puérperas são orientadas para serem acompanhadas nos programas de saúde da família, nas suas unidades básicas de origem, onde serão acompanhadas pela agente de saúde, ou a enfermeira ou obstetra, naquilo que nós chamamos de primeira semana de saúde de acompanhamento integral a mulher no puerpério”. (MMM)

Durante a prática clínica do pesquisador, enquanto enfermeiro obstetra desta maternidade, percebia-se no dia-a-dia que a família, ao visitar a mulher na unidade de alojamento conjunto, também se preocupava com as condições clínicas do neonato. Durante a visita à puérpera, eram realizados alguns questionamentos pelos trabalhadores da saúde

quanto às eliminações urinárias e intestinais, juntamente com as dificuldades para amamentar, valorizando ainda mais os aspectos da atenção em prol do RN.

Quadro 75b – Esquema representativo do argumento apresentado pela Puérpera 01 da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção recebida no Alojamento Conjunto.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Só falaram que tem que levar o bebê na primeira semana, logo no início. Quanto mais cedo, melhor [...] para fazer exame do pezinho, essas coisas. Mas, para eu ir, não. Sobre eu me consultar, não”. (P01 USF) GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] Eu vou ter que retornar ao posto para levar o bebê para fazer o teste do pezinho, para pesar o bebê e para fazer outras coisas. Quem me disse estas coisas foram a enfermeira e o médico que trabalham lá no posto. Eles me falaram que eu tinha que retornar depois que ganhasse o nenê, até mesmo para eu receber o anticoncepcional, o que eu preferir”. (P01 USF)	“[...] Eu não fui informada sobre a consulta após o parto”. (P01 USF)

Assim, a maternidade poderá implicar para as mulheres a omissão do autocuidado em prol do RN, o que nas unidades de alojamento conjunto é reforçado pela atenção dos trabalhadores da saúde que intensificam o processo de orientação das puérperas com os cuidados físicos ao neonato. A mulher recebe poucas orientações sobre a promoção de sua saúde, sendo as orientações relativas ao cuidado com as mamas, episiorrafia e uso de métodos contraceptivos com enfoque no controle familiar.

Quadro 76 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial do Alojamento Conjunto da maternidade municipal da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Na verdade, o que acontece, eu sempre questiono de onde ela é”. (EAAC) GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] se é deste município ou se não é. Se for, pergunto o bairro, se tem unidade básica, PSF e daí ela me responde. Tendo essas unidades básicas, o PSF, ou algum posto de referência, a gente encaminha para lá, orienta o tempo de retirada dos pontos da ferida operatória, a questão do acompanhamento deste RN na consulta de ACD, sobre as vacinações e sobre o tempo, que é do terceiro ao sétimo dia para realização do teste do pezinho”. (EAAC) APOIO (considerando/por conta de/porque) “[...] Muitas vezes acontece que nem todos PSF de bairro faz o teste do pezinho, então a gente tem que está orientando a ela a procurar o setor de referência do seu município para realizar esse teste e não passar do período ideal para realização do teste do pezinho, a triagem neonatal”. (EAAC)	“[...] Não existe também nenhum protocolo, que a gente possa estar preenchendo de referência e contra-referência para essas puérperas”. (EAAC)

Desta forma, a prática clínica dos trabalhadores da saúde envolvidos na atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal parece finalizar este ciclo no alojamento conjunto, já que não são reforçadas orientações sobre a consulta puerperal, bem como cuidados mais essenciais para a puérpera, que vão mais além da simples prestação de informações sobre alimentação do RN, cuidados com o banho, limpeza do coto umbilical, aleitamento materno e cuidados com a mama.

O encaminhamento para a consulta pós-parto não apareceu na argumentação das puérperas entrevistadas. Entretanto, conforme quadro 77, uma das puérperas da UBS tradicional informou não ter conhecimento do retorno para este tipo de avaliação. Esta falta de conhecimento pode estar atrelada à ausência de orientações tanto na atenção pré-natal quanto na hospitalar à puérpera.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a, 2006a), a atenção à mulher e ao RN no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, depois do parto, deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade.

Quadro 77 – Esquema representativo do argumento apresentado pela puérpera 01 da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre o encaminhamento para a consulta puerperal.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Quem me falou que eu tinha que voltar lá no posto foi a minha cunhada, porque tem que fazer a puericultura dele e ver se ele estava bem ou não”. (P01 UBS)	“[...] Eu não sabia que era para retornar ao posto para ser examinada depois do parto”. (P01 UBS)
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Aqui, depois do parto, eu não fui orientada sobre nada ainda”. (P01 UBS)	
APOIO (considerando/por conta de/porque)	
“[...] Eu só vou lá no posto agora para marcar a puericultura. Esta foi a orientação que eu recebi [...]”. (P01 UBS)	

Neste sentido, é fundamental que a atenção à puérpera nesta maternidade municipal ocorra de maneira sistematizada a partir de um modelo para direcionar a atividade de encaminhamento para a consulta puerperal, sendo este modelo pautado no referencial teórico de gênero. Além disso, esta atenção sistematizada poderá ajudar os trabalhadores da saúde na construção de um novo olhar e de uma nova prática para com a mulher que vivencia o puerpério imediato.

4.3.3 A consulta puerperal

A alta hospitalar pode representar para a puérpera e sua família um momento que requer rápidos ajustes para o desempenho de novos papéis socialmente construídos. Assim, entendendo-se que o nascimento representa para o núcleo familiar a necessidade de reajuste da sua dinâmica, com o intuito de redistribuição de papéis no cuidado ao novo ser e à própria puérpera.

Isso reforça a necessidade da criação de espaços para o empoderamento da puérpera e seus familiares no que diz respeito às questões relativas às práticas de cuidados no âmbito domiciliar para com o RN, bem como para a prática do autocuidado.

Nesta nova etapa do seu ciclo vital, a mulher se depara com novas necessidades, tanto demandadas pelo processo de transformação de seu corpo com o retorno às condições pré-gravídicas quanto as do novo ser que está sob sua total dependência. Por outro lado, há uma maior tendência da família e dos próprios profissionais de saúde no que se refere à preocupação com as condições do RN.

Na trajetória com as mulheres que vivenciavam o puerpério e que necessitavam ser cuidadas, percebeu-se, no estudo de Kunzler (2006), que elas direcionavam grande parte de sua atenção e preocupação para os filhos. Após o nascimento do filho, seus questionamentos e ansiedades são direcionados a ele, como se ela não existisse.

Neste sentido, o puerpério pode ser vivenciado com sentimentos de ambivalência pela mulher, já que poderá não contar com o apoio de alguns profissionais da saúde ou mesmo da própria família para o enfrentamento das demandas emanadas deste momento.

Por outro lado, o sistema de saúde está estruturado de tal forma que reforça essa situação. A mulher, enquanto gestante, é merecedora de todas as atenções necessárias para que a sua gestação chegue a termo, gerando uma criança o mais saudável possível. Após o nascimento, todas as atenções se voltam para o RN e a mulher puérpera é deixada de lado. Deixa de ser o foco do cuidado, para ser alvo de cobranças para com o bem-estar do RN. Este enfoque voltado para a criança já conduz ao descuido da mulher para consigo mesma, o que se reflete na própria literatura sobre o puerpério, a qual, na sua maioria, registra as alterações fisiopatológicas sem se voltar para a mulher na sua integralidade (KUNZLER, 2006).

O Ministério da Saúde preconiza que o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve ser entre 7 a 10 dias após o parto, devendo ser incentivado já durante o pré-

natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar (BRASIL, 2006a). A consulta de puerpério também está inserida dentro do Sisprenatal.

Os objetivos da consulta puerperal visam (BRASIL, 2005a, 2006a) à avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido e o retorno às condições pré-gravídicas; a orientação e o apoio à amamentação; a avaliação da interação da mãe com o recém-nascido; a identificação de situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; a orientação sobre o planejamento familiar; a complementação ou a realização de ações não executadas no pré-natal e, ainda, a orientação sobre os cuidados básicos para com o recém-nascido.

Quadro 78 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Depois do parto, elas voltam para o PSF para fazer o seu acompanhamento puerperal e da criança. Um mês depois no máximo”. (ECAB)	“[...] Existe uma evasão muito grande nessa consulta de puerpério”. (ECAB)
“[...] Nós temos uma grande evasão nesse sentido, porque o Ministério da Saúde só faz o repasse da verba do pré-natal se ele for realizado por completo, se fizermos sete consultas de pré-natal e de puerpério”. (ECAB)	
GARANTIA (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] Esse acompanhamento deve ser feito pelo enfermeiro e pelo médico do PSF. Geralmente, essa consulta é feita depois do parto”. (ECAB)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] O agendamento é feito geralmente depois do parto, porque ela volta para casa”. (ECAB)	
“[...] O agente comunitário faz a visita para o binômio mãe e filho. No momento da visita, ele vai até a unidade dizendo que a paciente pariu e geralmente já deixamos uma consulta de puerpério agendada”. (ECAB)	
“[...] Muitas vezes, por conta da mãe que após o parto, não volta para o seu bairro, vai para a casa da avó da criança e só volta para o seu bairro algum tempo depois ou vai para roça, porque isso é muito relativo, depende do bairro”. (ECAB)	
“[...] E também porque, muitas vezes, a própria unidade de saúde, não agenda esse puerpério”. “[...] E muitas vezes a unidade também não faz, nem marcam”. (ECAB)	
“[...] Porque muitas vezes a unidade faz a consulta de puerpério, mas não mandam para nós os dados de que ela fez”. (ECAB)	

Nas argumentações apresentadas nos quadros 78 e 79, fica evidenciado que a consulta de puerpério não é uma realidade implementada nas unidades de saúde da atenção básica desta cidade caso. Conforme Lago e Lima (2009), a realização de pelo menos uma consulta de puerpério foi realizada em 32% dos nascimentos no Brasil nos últimos cinco anos que

antecederam a realização da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Estes dados vão de encontro à proposta do PHPN e da própria PNAISM, que consideram a consulta de puerpério como parte do conjunto de critérios mínimos para a qualificação e humanização da atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal.

A implementação da consulta de puerpério é uma realidade que precisa ser efetivada no território nacional, pois se evidencia na literatura uma escassa produção científica referente a esta temática, com destaque para pequenas experiências exitosas em municípios brasileiros, tal como as descritos por Ravelli (2008).

Quadro 79 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira Assistencial da Unidade Básica de Saúde da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADOS	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Na verdade, nós usamos a consulta de Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento da criança como puerpério. A gente atende a criança, que já vem com quinze dias pra gente fazer ACD, a gente acompanha a criança e já faz o acompanhamento da mãe”. (EAUBS)	“[...] Na verdade, o puerpério ainda não é totalmente implementado”. (EAUBS)
“[...] Como já teve uma paciente no puerpério que teve um abscesso, e ela disse assim: Não, não tinha nada, não, só estou sentindo um pouco doendo aqui na cesárea. Quando foi ver, tinha um abscesso imenso e o ginecologista encaminhou para a maternidade para fazer a drenagem”. (EAUBS)	
GARANTIAS (já que/ pois/ sendo que)	
“[...] No pré-natal, nas últimas consultas, nós orientamos. Tanto é que nós já forçamos ela ter que vir trazer o bebê para fazer a puericultura e a consulta dela também no puerpério”. (EAUBS)	
“[...] Como nunca existiu consulta de puerpério nesta unidade, a população não sabe o que é puerpério, para que serve esta consulta, quem é que vai vim fazer, por que que não vai fazer. [...] a consulta é só orientação, é só fazer isso”. (EAUBS)	
APOIOS (considerando/por conta de/porque)	
“[...] é mais feita a questão de orientação, aí já entra também um pouco de planejamento familiar, um pouco de ACD e é feita a questão da suplementação de ferro que é feita até o terceiro mês pós-parto e qualquer intercorrência que tenha, a gente já encaminha para o ginecologista”. (EAUBS)	
“[...] Registro de puerpério não tem ainda, é feito só a questão do pré-natal, a gente preenche a ficha de pré-natal, manda para a secretaria”. (EAUBS)	

Por outro lado, os estudos publicados apontam como cenário de pesquisa o próprio espaço do alojamento conjunto (ALMEIDA; SILVA, 2008; RODRIGUES et al., 2006; SOARES; SILVA, 2003). Este aspecto é o “retrato” de uma prática ainda não consolidada em nível nacional, posto que a ausência de registros de ocorrência desta consulta aliada ao fato da

própria ausência de realização da mesma contribui em reflexos no campo do saber/fazer na atenção à puérpera, com destaque na prática de Enfermagem.

O espaço da consulta puerperal poderia ser mais explorado no campo da investigação científica, para que o puerpério pudesse ser vivenciado com maior qualidade e excelência, partindo do pressuposto que ao considerar a prática clínica diária, através dos envolvidos nesta atenção, a saber, os trabalhadores da saúde e as próprias puérperas, mudanças poderiam ocorrer neste cenário.

Estes dados reforçam o indicador do PHPN denominado percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e de puerpério, sendo detectado que o mesmo permanece abaixo do recomendado, apesar de um crescimento de 5,27% em 2008.

QUADRO 79a – Indicador combinado de consultas pré-natal e puerperal das gestantes cadastradas no PHPN na cidade caso, no período de 2007 a 2008. Bahia. 2009.

INDICADOR	2007			2008		
	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)	Total de gestantes	Gestantes selecionadas	Percentual (%)
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	1.276	126	9,87	1.354	205	15,14

FONTE: Relatório de indicadores do Sispre natal. Divisão de Informática da Secretaria Municipal de Saúde da cidade caso. Bahia. 2009.

Nos primeiros dois anos do PHPN, o estado da Bahia, não realizou as atividades previstas no indicador em análise, representando 0,0% (ARAÚJO JUNIOR, 2007).

O atual percentual de gestantes que além das consultas pré-natais realizaram a consulta puerperal (15,14%) é considerado muito baixo nesta cidade caso, quando comparado ao desempenho de outros municípios. O estudo realizado sobre o programa de pré-natal em postos de saúde na Região Sul do Brasil aponta que a consulta puerperal foi realizada em aproximadamente 50% das mulheres (DIAS-da-COSTA et al., 2000).

Estes dados podem refletir uma realidade de que mesmo realizando a consulta de puerpério, o profissional responsável não registra na ficha do PHPN. Assim, de acordo com a argumentação da gerente da Atenção Básica (Quadro 78), há falhas no sistema de saúde local no que tange à sistematização da consulta puerperal. De acordo com a argumentação desta entrevistada, algumas unidades de saúde não agendam ou não fazem a consulta de pré-natal, sendo que naquelas que realizam esta consulta, os profissionais de saúde responsáveis pelo

registro desta informação na ficha do PHPN não repassam para a secretaria municipal de saúde.

Em relação à análise documental, nos prontuários da atenção pré-natal não foram encontrados registros referentes ao agendamento da consulta puerperal para as participantes deste estudo. Desta forma, sentiu-se a necessidade de retornar às UBS escolhidas para este estudo com o intuito de averiguar a ocorrência da consulta puerperal das entrevistadas.

A análise dos argumentos das enfermeiras envolvidas com a atenção básica, nesta cidade caso (Quadros 78, 79 e 80), denota que a consulta de puerpério está atrelada à consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RN.

Quadro 80 – Esquema representativo do argumento apresentado pela Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da cidade caso sobre a atenção à puérpera.

DADO	PROPOSIÇÃO (deste modo)
“[...] Em relação ao puerpério, o que nós fazemos [...]. Quando ela ganha nenê, o agente de saúde nos comunica e vamos fazer a visita à puérpera e ao Rn”. (EUSF) GARANTIA (já que/ pois/ sendo que) “[...] nós damos novamente as mesmas orientações que foram dadas na gravidez, e os outros cuidados que deve ter, como o teste do pezinho, com a vacinação da criança, o banho da criança, o banho de sol, a continuação do sulfato ferroso por mais três meses, que a puérpera tem que fazer o acompanhamento, e o planejamento familiar”. (EUSF) APOIO (considerando/por conta de/porque) “[...] E outra coisa também é a puericultura, que nós orientamos, que a partir de quinze dias é que pode ser feito o acompanhamento dessa criança até cinco anos de idade”. (EUSF)	“[...] Nós realizamos a consulta de puerpério aproveitando o momento que a puérpera retorna à unidade de saúde com o recém-nascido”. (EUSF)

De acordo com Nascimento, Rodrigues e Almeida (2007), as mulheres retornam ao serviço após o parto muito mais para o cuidado do recém-nascido, pois, nos últimos seis anos no Brasil, a cobertura vacinal no primeiro mês de vida, relativa à BCG, é de 100%. Este fato denuncia a falta de articulação das ações básicas e também o viés de gênero, uma vez que uma atenção qualificada e humanizada deve incorporar condutas acolhedoras e de fácil acesso a serviços de saúde com qualidade, integrando ações em todos os níveis de atenção, desde a promoção, a prevenção e a atenção à saúde de ambos, mulher e recém-nascido (NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

No Protocolo Municipal de Enfermagem da Atenção Básica foi encontrado registro referente ao início das consultas de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, que está estabelecido após o 15º dia de vida. Este documento não deixa evidente o

período do pós-parto imediato destinado à realização da primeira consulta puerperal, devendo ser realizada até o 42º dia do pós-parto.

Dessa forma, sendo a consulta puerperal atrelada à primeira avaliação do RN, surge a seguinte reflexão: não seria este um intervalo de tempo muito grande para o estabelecimento das ações de saúde pelos profissionais das unidades de saúde?

Nesta direção, nota-se uma fragmentação na atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, partindo da premissa de que após a alta da maternidade municipal as puérperas esperam uma média de quinze dias para ter o primeiro contato com algum trabalhador da saúde.

No estudo de Santos, C. (2005), nesta cidade caso, a mortalidade materna referente ao período de 2000 a 2003 foi maior no puerpério imediato (53,0%). Este dado aponta para a necessidade de reformulação das práticas de cuidado estabelecidas no puerpério, bem como da modificação do protocolo municipal. As consultas de puerpério necessitam ser reajustadas para um período menor em detrimento de sua ocorrência após o 15º dia do pós-parto, considerado o momento mais crítico do ciclo gravídico e puerperal devido ao estabelecimento das complicações puerpeais, tais como as hemorragias e infecções.

Neste processo, há diferenças estruturais no que se refere ao agendamento desta consulta entre a UBS tradicional e a USF. Nestas unidades, o Agente Comunitário de Saúde é o responsável por detectar as puérperas. Na primeira unidade de saúde, este comunica para a enfermeira do serviço de pré-natal a ocorrência de puérpera na área de abrangência, sendo a seguir agendada uma consulta para esta. Na segunda unidade de saúde, nota-se que o Agente Comunitário de Saúde procede da mesma maneira que na UBS tradicional, sendo que a diferença está no fato de que a enfermeira ou o médico da USF realiza primeiramente uma visita para a puérpera e seu RN (Quadros 78 e 80), deixando agendada a consulta puerperal. Desta maneira, a consulta puerperal é agendada após o parto nas duas unidades de saúde.

No estudo de Rodrigues et al. (2006), as puérperas foram unânimes em dizer que não receberam nenhuma visita por parte da Equipe de Saúde da Família. Assim, considerando esta informação, mesmo sem o registro da consulta puerperal nas unidades selecionadas, entrou-se em contato, via celular com as puérperas participantes deste estudo, vinte dias após o final das entrevistas, não sendo informada a realização da consulta de puerpério, mas apenas a realização da consulta com o RN.

Os argumentos analisados (Quadros 78 e 79) apontam que a consulta de puerpério é reforçada como orientação nas últimas consultas de pré-natal. As enfermeiras entrevistadas

argumentam que orientam a puérpera a retornar à UBS nos primeiros quinze dias do pós-parto, para a avaliação do RN.

Neste sentido, a evasão argumentada como motivo da não realização das consultas de puerpério pode estar associada ao fato das gestantes não entenderem o significado e a importância clínica desta consulta, pois as orientações fornecidas às gestantes durante a atenção pré-natal valorizaram a atenção ao RN.

Parece que a forma como são conduzidas as orientações para a realização da consulta puerperal pode conduzir as puérperas a incorporarem o seu papel biológico socialmente construído e difundido, de reprodutora e cuidado de outrem, repercutindo sobremaneira no não comparecimento às consultas agendadas no puerpério.

Talvez este cenário pudesse ser modificado, à longo prazo, se nas consultas de pré-natal fossem incluída e discutida com a família da puérpera a importância da vigilância promovida pela consulta puerperal. Assim, a família, ao se reorganizar para este evento, poderia apoiar a puérpera, auxiliando na compreensão e no comparecimento às consultas puerperais.

Compreende-se que não há uma consulta puerperal efetivada de fato nesta cidade caso, apenas encontros entre trabalhadores da saúde e a puérpera, pois não se percebe uma sistematização quanto à realização de avaliação clínico-ginecológica, o registro desta consulta e a periodicidade desta realização. Esta periodicidade pode ser uma lacuna deixada no próprio PHPN, ao estabelecer como critério para pagamento da atenção apenas uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento. Assim, a escolha do momento exato para a realização da consulta puerperal vai depender do profissional de saúde ou mesmo pelo que é protocolado pela secretaria municipal da Saúde.

Isto provoca a seguinte reflexão: não seria este encontro uma forma de aumentar os indicadores de realização da consulta puerperal? Nesta direção, parece que mesmo não sendo realizada de fato a consulta puerperal e aproveitando a presença da puérpera no espaço da consulta de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, os trabalhadores da saúde aproveitam esta oportunidade para o reforço das orientações concedidas durante a atenção pré-natal.

Notou-se, por outro lado, que na realização da avaliação puerperal, o foco central deste encontro é a prestação de orientações voltadas para os cuidados com o RN e para a prática do planejamento familiar, sendo este direcionado para o uso de métodos contraceptivos, com vistas à prevenção de uma nova gravidez.

O Protocolo Municipal de Enfermagem da Atenção Básica discrimina as ações a serem executadas com a puérpera na consulta puerperal. Nele foi evidenciada a avaliação das

condições de saúde da puérpera e do RN, o estado emocional da puérpera, as queixas, as condições do aleitamento materno e os cuidados básicos com o RN, a identificação da depressão, a avaliação da atividade sexual e anticoncepção, além do controle do calendário vacinal. De acordo com este documento, devem ser realizadas também, ações educativas e a avaliação clínico-ginecológica da puérpera.

Nesta direção considera-se que este protocolo reforça ações de controle da reprodução da puérpera em detrimento das ações de saúde sexual e reprodutiva. A sexualidade não é abordada neste momento do ciclo vital da mulher, sendo apenas avaliada a ocorrência de atividade sexual.

Por fim, Farias (2008) considera importante a necessidade de instrumentalizar a família para o cuidado à puérpera e a puérpera para o cuidado de si e não apenas do bebê. Assim, a consulta de enfermagem deve incluir os familiares cuidadores e o companheiro, que são as pessoas com as quais a puérpera compartilha esse período e que diretamente a auxiliam a vivenciar este processo da maternidade.

Certamente, a mulher sentir-se-á mais fortalecida se a assistência no período pós-parto não se resumir apenas a uma consulta de rotina. Frente a tantas vulnerabilidades vividas, a mulher necessita de ajuda dos profissionais da área da saúde, pois o cuidado necessita ter continuidade após o parto. A atenção deve também, englobar os aspectos biológicos, físicos e emocionais, pois estes profissionais certamente poderão ajudá-las a escolher mecanismos adaptativos e defensivos para superar essa crise (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006)

A busca da integralidade do cuidado à puérpera requer a compreensão da sua história, de suas crenças e valores. A atuação da enfermeira durante a consulta de enfermagem pode contribuir para um ambiente de confiança que propicie um suporte emocional necessário para que a puérpera verbalize suas dúvidas, apreensões e necessidades. Esta relação da/o profissional enfermeira/o com a puérpera necessita ser acolhedora, mobilizando seus saberes, auxiliando-a a construir os conhecimentos necessários para vivenciar este período de forma mais positiva (FARIAS, 2008).

Desta maneira, faz-se primordial a necessidade de efetivação da consulta puerperal para a qualificação da atenção à mulher durante o ciclo gravídico e puerperal, tendo em vista o pressuposto de que devido às questões de gênero, o foco desta atenção continua sendo a extensão do cuidado ao neonato, com destaque para a perpetuação do papel histórica e socialmente difundido para as mulheres, a saber: o papel de mãe e mantenedora da saúde de sua prole.

A atenção puerperal precisa ser incluída de maneira mais efetiva como política municipal nas unidades de saúde como extensão da atenção à mulher no ciclo gravídico, demandando assim a articulação de estratégias que incluam a participação dos trabalhadores da saúde e as próprias puérperas, em espaços de discussões coletivas que possam garantir a integralidade e equidade da atenção.

Por outro lado, considera-se necessária a implementação da consulta puerperal, para que a promoção da saúde e a vigilância deste momento possam ser efetivadas com segurança, já que atrelar esta consulta à visita nos primeiros quize dias do pós-parto ou do início do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança poderá repercutir sobremaneira na ausência de controle de complicações inerentes ao período puerperal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher identificou que, nesta cidade, há valorização dos registros dos indicadores numéricos do Sispre natal em detrimento da qualidade da atenção que é prestada. Isto pode estar associado à necessidade deste registro como uma forma de repasse de financeiro pelo PHPN.

Na análise dos argumentos evidenciou-se que os trabalhadores da saúde na atenção pré-natal estão voltados para a realização de ações que focalizam o exame físico e a solicitação de exames laboratoriais preconizados. Nesta atenção, as gestantes apontaram algumas dificuldades para o acesso aos exames básicos, partindo da premissa de que a rede laboratorial disponível apresenta algumas fragilidades do ponto de vista do agendamento e da entrega dos resultados para as gestantes. Isto pode estar associado ao fato de que os resultados dos exames laboratoriais demoraram para chegar às mãos das gestantes, o que de fato fez com que algumas destas usuárias procurassem a rede privada para a realização dos exames solicitados, pagando por este serviço.

Esta pode ser o reflexo da fragilidade e desarticulação do sistema de saúde local, já que são as gestantes as responsáveis pela busca da rede laboratorial. Assim, estas barreiras podem dificultar o acesso das gestantes, repercutindo nos indicadores de resultado do PHPN. Ademais, esta situação precisa ser re-estruturada, pois a saúde é um dever de todos, cabendo ao município a reorganização da rede disponível para que a universalidade e a integralidade possam ser efetivada na prática clínica.

Entretanto, é importante destacar que as gestantes apontaram que a relação-médico paciente ocorre de forma impessoal, não sendo estabelecidos vínculos de confiança e de coresponsabilidade, pois as consultas são realizadas rapidamente, baseadas na queixa da gestante ou limitadas à solicitação ou leituras dos exames laboratoriais, sendo consideradas por estas entrevistadas como um espaço de distanciamento entre estes trabalhadores da saúde e as usuárias do serviço de pré-natal.

Com relação às gestantes de alto risco, percebeu-se que a rede de atendimento é desarticulada do sistema de saúde como um todo, pois não são consolidadas estratégias locais

que possam impactar na saúde destas mulheres. Notou-se que elas fazem uma peregrinação em busca de um serviço que possa resolver suas demandas de saúde.

Neste cenário, faz-se necessário ressaltar que, como parte da estruturação do sistema de referência para a atenção à gestante de risco, destaca-se a implantação e modernização de centrais de vagas e sistemas de regulação. Compreende-se que esta preocupação poderá racionalizar o sistema de saúde local, permitindo um melhor dimensionamento da oferta de consultas de pré-natal de alto risco e dos leitos disponíveis para estas gestantes, garantindo sobremaneira a atenção a toda a demanda de modo eficiente, eficaz e efetivo.

Pelo fato de não possuir um sistema de regulação e da utilização racional dos leitos obstétricos nesta cidade caso, as parturientes vivenciam o fenômeno da peregrinação em busca da atenção obstétrica na rede hospitalar. Assim, a responsabilidade municipal, no que tange à oferta de leitos nas maternidades para o atendimento das parturientes, é transferida para a mulher e sua família que, juntas, vivenciam a dor e o sofrimento pela negação de um direito nacionalmente constituído. Esta realidade vai de encontro aos fundamentos básicos do PHPN, já que nesta cidade caso é garantido à mulher o acesso às consultas de pré-natal e suas ações básicas sem considerar a importância da vinculação entre a rede básica e a atenção hospitalar no momento do trabalho de parto, o que poderá impactar na ocorrência de complicações maternas e fetais.

É urgente o estabelecimento de vinculação entre a atenção ambulatorial e hospitalar neste município, com vistas à redução da ocorrência do fenômeno da peregrinação das gestantes em busca de leitos obstétricos. Assim, com a melhor oferta e distribuição equânime de leitos obstétricos e neonatais, poder-se-ia ser reduzir a ocorrência de complicações obstétricas e perinatais, com melhores resultados para a mulher no ciclo gravídico e puerperal, e seu RN.

A atenção à parturiente proporciona o seu afastamento de seus familiares quando da internação das parturientes nas unidades obstétricas, bem como pelo seu isolamento, invasão de sua privacidade, realização de procedimentos invasivos, uso indiscriminado de ocitócitos, abuso das cesarianas e da prática da episiotomia.

Em relação ao recém-nascido, o modelo de atenção obstétrica tem proporcionado o afastamento imediato e impedimento da instituição do contato pele a pele e aleitamento imediatos, tendo em vista a crescente preocupação dos profissionais de saúde com a execução de procedimentos tidos como fundamentais e primordiais na adaptação do neonato às condições extra – uterinas, tais como a aspiração de vias aéreas superiores, o aquecimento em

berços de calor radiante, a credeização, a administração da vitamina K e a aferição dos perímetros cefálico, torácico e abdominal, além do peso.

Evidenciou-se nas argumentações das entrevistadas que na maternidade municipal predomina o uso de intervenções na fisiologia do processo parturitivo com o objetivo de acelerar a dinâmica do trabalho de parto, com vistas à maior rotatividade nos leitos obstétricos. Desta forma, esta prática precisa ser repensada, partindo do ponto de vista de que as mulheres deverão exercer sua autonomia neste espaço de atenção para que sejam levadas em consideração suas opiniões e experiências anteriores.

O puerpério representa um momento do ciclo aqui estudado que requer um investimento por parte dos profissionais de saúde e das políticas públicas, dado que ocorre um vazio na atenção à mulher e passa a se constituir num espaço de cuidado voltado ao desenvolvimento e crescimento saudáveis do recém-nascido. Desta forma, pode-se destacar que a consulta puerperal não é efetivada nesta cidade caso, pois as mulheres retornam à UBS para o início das consultas de crescimento e desenvolvimento da criança, sendo aproveitado este momento para a abordagem de aspectos relativos à saúde do RN. Assim, este é registrado como tendo sido realizada uma consulta de puerpério, conforme argumentações analisadas.

É possível perceber que a assistência obstétrica nestas instituições baseia-se em uma relação assimétrica, impessoal, com rotinas e intervenções, com pouco respeito aos direitos e opiniões das mulheres, dificultando que elas sejam ativas no seu processo de parto e, ao mesmo tempo, “desreponsabilizando-as” do poder de escolha e inclusive desrespeitando a legislação que garante a presença de uma pessoa acompanhante, o que traria conforto e segurança às parturientes e puérperas.

Assim, é preciso repensar esta abordagem, pois a consulta puerperal não é valorizada nesta cidade caso como um espaço para o empoderamento da mulher e inclusão da família neste processo, o que faz pensar que o término da atenção oferecida para a mulher durante o ciclo gravídico e puerperal ocorre na maternidade municipal, já que daí em diante a preocupação dos trabalhadores da saúde é com as condições do recém-nascido.

Nesta direção, sendo o foco de toda a atenção da mulher no ciclo gravídico e puerperal, a manutenção da saúde do conceito, por mais que se considera o processo evolutivo das políticas públicas de saúde voltadas para a mulher, permanece-se no mesmo patamar do Programa Materno-Infantil. Contudo, o reflexo desta prática está na melhor estruturação política da atenção pré-natal e na perpetuação das consultas de pré-natal como um momento de vigilância e promoção da saúde da mulher, por um lado; e, por outro, a prevenção de agravos, tendo em vista a manutenção do bem-estar fetal em prol do materno.

O conteúdo das políticas disponíveis precisa ser incorporado na prática clínica para que, desta forma, o discurso dos atores sociais se aproxime da prática, pois, somente assim, as mulheres poderão ter o direito de exercitar a sua autonomia, participando do processo de tomada de decisão neste momento.

As mulheres necessitam se engajar na luta pela defesa do exercício de seus direitos e que os trabalhadores da saúde possam dar maior visibilidade a estes direitos, sendo preciso o acesso à informação referente a esta atenção por meio da mídia local ou mesmo de outras estratégias. Entende-se que as mulheres bem informadas sobre este aspecto poderão exigir atendimento de qualidade nos serviços públicos de saúde, passando a usufruir desta atenção de forma a contemplar suas necessidades.

Tem-se clareza de que, como se trata de um estudo de caso, a realidade apresentada é parcial e as verdades são relativas. Contudo, espera-se que os resultados deste estudo possam suscitar reflexões nos trabalhadores da saúde envolvidos na atenção às mulheres no ciclo gravídico e puerperal desta cidade caso, bem como no gestor municipal, para que, assim, ocorram mudanças em longo prazo na atenção ofertada à mulher no ciclo gravídico e puerperal. Permite-se considerar que para a efetivação e concretização de uma atenção humanizada, de excelência, segura e de qualidade, é preciso ultrapassar o campo normativo e modificar o modelo que fundamenta a prática clínica dos trabalhadores da saúde.

Por fim, pensa-se ser necessária a utilização de novos referenciais teóricos que possam fundamentar esta prática e que considerem as questões de gênero como indicadores para uma prática universal, integral e equânime nos serviços de saúde desta cidade caso.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Lourdes Bernadete dos Santos Pito. Políticas Públicas de Saúde da Mulher. In: FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. São Paulo: Editora Manole, 2007. cap. 1, p. 1-29.
- ALMEIDA, Cristiane Andréa Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2010.
- ALMEIDA, Mariza Silva; SILVA, Isília Aparecida. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 2, p. 347-54. 2008.
- ALVES, Gilberto Sousa; MOCHEL, Elba Gomide; LAMY, Zeni Carvalho; ALVES, Maria Teresa Soares de Britto. O olhar do profissional: o dia-a-dia do trabalho nas maternidades. In: ALVES, Maria Teresa Soares de Britto; SILVA, Antonio Augusto Moura da. (Orgs). **Avaliação de qualidade de maternidades**: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: Gráfica Universitária da UFMA, 2000. p. 47-55.
- ALVES, Alexandra Maria; GONÇALVES, Cristhiane da Silva Ferreira; MARTINS, Maria Aparecida; SILVA, Sueli Terezinha da; AUWERTER, Tânia Cristina; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 4, out/dez. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/10063/6918>>. Acesso em: 08 nov. 2009.
- ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; SZWARCOWALD, Célia Landmann; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; LEAL, Maria do Carmo. Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/05.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.
- ÂNGULO-TUESTA, Antonia; GIFFIN, Karen; GAMA, Andréa de Sousa; D'ORSI, Eleonora; BARBOSA, Gisele Peixoto Barbosa. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, set/out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17815.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.
- AQUINO, Estela Leão. A questão de gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. In: SILVA, Alcione Leite da; LAGO, Mara Coelho de Souza; RAMOS, Tânia Regina oliveira. (Orgs.). **Falas de gênero**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999. p.161-172.

ARAÚJO, Nara Regina de Albuquerque Santos; OLIVEIRA, Sheyla Costa de. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 31-38, jan/abr. 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5969/4270>. Acesso em: 10 jan. 2010.

ARAÚJO, Carla Luisa França; GOMES, Sônia Regina Carvalhal. Práticas e Políticas de Saúde como determinante do papel social da mulher. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, p. 49-57, set. 1997.

ARAÚJO JUNIOR, José Carlos. **Assistência pré-natal o município de Itabuna-Ba através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. 2007. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

BAHIA. Prefeitura Municipal de Saúde de Feira de Santana. **Relatório de Gestão 2006**. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. 143p.

_____. Prefeitura Municipal de Saúde de Feira de Santana. **Relatório de Gestão 2007**. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. 184p.

_____. Prefeitura Municipal de Saúde de Feira de Santana. **Relatório de Gestão 2008**. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. 176p.

BARBIERI, Márcia. Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher. In: FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. São Paulo: Editora Manole, 2007. cap. 3, p. 62-81.

BARBOSA Tiago de Souza. **Percepção da puérpera sobre a possibilidade de participação do acompanhante no processo parturitivo em uma maternidade pública de Feira de Santana-BA**. 2008. 50p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Tecnologia e Ciências, Feira de Santana, Bahia, 2008.

BASILE, Anatólia Lopes de Oliveira; PINHEIRO, Monica de Souza Bomfim; MIYASHITA, Newton Tomio. **Centro de Parto Normal Intra-hospitalar**. 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007. 266 p.

BOARETTO, Maria Cristina. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. 2003. 141p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BORBA, Regina Issuzu Hirooka; SARTI, Cynthia Andersen. A abordagem do estudo de caso na pesquisa social. In: MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTIONI, Suzete Maria. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006. cap. 9, p. 77-83.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ações programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1985. 27p.

_____. **Resolução 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 10 de outubro de 1996.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 ago. 2000. Seção 1, p. 112-4.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 199p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 164p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar a gestante de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do parto: humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 199p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 82p.

_____. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. In: **Informe da Atenção Básica**. Ano V, maio/jun. Brasília: DF, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo22.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 158p.

_____. **Portaria MS/GM n. 2.418**, de 2 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a regulamentação, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós –parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Gabinete Ministerial, Brasília. 2005b. Disponível em: <<http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/LEGISLACAO/Portaria%202418%20-2005%20presen%C3%A7a%20dp%20acompanhante%20na%20maternidade.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 163p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 126 p.

_____. Resolução - RDC n. 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de junho de 2008. Seção 1, p. 50-53.

BRÜGGEMANN, Odaléia Maria. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. In: OLIVEIRA, Maria Emília de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRUGGEMANN, Odaléia Maria. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. cap 3, p. 61-71.

_____. **O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha**: abordagem quantitativa e qualitativa. 2005. 168p. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.prpg.unicamp.br/teses_defesa01.phtml>. Acesso em: 24 ago. 2009.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set/out. 2005.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; OSIS, Maria José Duarte; PARPINELLI, Mary Ângela. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n.1, p. 44-52. 2007.

BUCHABQUI, Jorge Alberto; CAPP, Edison; FERREIRA, Jair. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 6, n.1, p. 23-29. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a03v6n1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

CAGNIN, Elaise Regina Gonçalves. **Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP**. 2008. 158p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06032009-085135/>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

CAMPOS, Tatiana Pacheco; CARVALHO, Marília Sá. Assistência ao Parto no Município do Rio de Janeiro: Perfil das Maternidades e Acesso da Clientela. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-420, abr/jun. 2000.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Iislia Aparecida. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 485-92, jul/ago. 2002.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAUJO, Thália Velho Barreto de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 7, n.3, p. 309-317. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/10.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

CECAGNO, Susana; ALMEIDA, Francisca Dias de Oliveira. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 409-13, jul/set. 2004.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean; DESLANDES, Jean-Pierre; GROULX, Leonel H.; LAPERRIERE, Anne ; MAYER, Robert ; PIRES, Alvaro. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Pretrópolis. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008. p. 295-315.

COELHO, Marta Roberta Santana. **Atenção básica à saúde da mulher:** subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. 2003. 80p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. O Planejamento Familiar no Brasil no contexto das Políticas Públicas de Saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 26-36, mar. 2000.

COIMBRA, Liberata C.; SILVA, Antônio A. M.; MOCHEL, Elba G.; ALVES, Maria T. S. S.; RIBEIRO, Valdinar S.; ARAGÃO, Vânia M. F.; BETTIOL, Heloisa. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública.**, v. 37, n. 4, p. 456-62. 2003.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. cap. 17, p. 319-335.

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela Leão. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HARMANN, Edgar; TAJER, Débora. (Orgs.). **Saúde, equidade e gênero:** um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. Parte III, cap 1, p. 181-202.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues da. **Memórias de parteiras:** entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. 2002. 166f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

COSTA, Ana Maria; GUILHEMB, Dirce; WALTERC, Maria Inêz Machado Telles. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública.**, v. 39, n. 5, p. 768-74. 2005.

COUTINHO, Tadeu; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; DAIN, Sulamis; SAYD, Jane Dutra; COUTINHO, Larissa Milani. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 25, p. 717-24. 2003.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; MADEIRA, Angela C. C.; LUZ, Rafael M.; BRITTO, Marcelo A. P. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.4, p. 329-336. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v34n4/2528.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto**. 2001. 264p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/parto/tela_cheia/Doutorado%20-%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2009.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

D'ORSIA, Eleonora; CHORB, Dora; GIFFINB, Karen; ANGULO-TUESTAC, Antonia; BARBOSAD, Gisele Peixoto; GAMA E, Andrea de Souza; REISD, Ana Cristina; HARTZF, Zulmira. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 646-54. 2005.

DOTTO, Leila Maria Geromel. **Atenção qualificada ao parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco (AC)**. 2006. 148P. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FARIAS, Dóris Helena Ribeiro. **Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas**. 2008. 83p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008. Disponível em: <http://bdtd.furg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=140>. Acesso em: 18 out. 2009.

FERREIRA, Silvia Lúcia. **Mulher e os Serviços de Saúde: o processo de trabalho em Distritos sanitários**. Salvador: Ultragraph Editora, 1996. 141p.

_____. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo (Orgs.). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 175 -227.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de; ROSSONI, Eloá. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 2, p. 238-45, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5587/3197>>. Acesso em: 02 jan. 2010.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Mulher, direito e saúde: repensando o nexco coesivo. **Saude Soc.** São Paulo, v. 8, n. 2, dez. 1999.

FRELLO, Ariane Thaise. **Componentes do cuidado de enfermagem de Carraro: o processo do parto sob a lente das puérperas.** 2009. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0636-D.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2010.

GERK, Maria Auxiliadora de Souza. Assistência de enfermagem à puérpera. In: BARROS, Sonia Maria Oliveira (org.). **Enfermagem no clíco gravídico – puerperal.** Barueri, SP: Manole, 2006. cap. 13, p.193-210.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 43-44.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 171p.

GOLDMAN, Rosely Erlach; BARROS, Sônia Maria Oliveira de. O acesso às maternidades públicas no município de São Paulo: procedimentos no pronto-atendimento obstétrico e opinião das mulheres sobre esta assistência. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 9-17, 2003.

GOLDMAN, Rosely Erlach; NASCIMENTO, Simone Renata Rodrigues; LOTTI, Raquel Pacheco Valente; SANTOS, Álvaro da Silva. A prática da Episiotomia no Parto Humanizado. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 10, n. 115, p. 550-554. 2007.

GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó; ALMEIDA, Ana Maria de; MATUO, Yuriko Kanashiro. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 40, n. 1, p. 50-56. 2006.

GONÇALVES, Roselane; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 18-27. 2001.

GRANGEIRO, Gisele Ribeiro; DIÓGENES, Maria Albertina rocha; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira, atenção Pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 42, n. 1, p. 105-11. 2008.

GUIMARÃES, Gléssia Carneiro; SANTOS, Luciano Marques dos. **Percepções da equipe de enfermagem de uma instituição pública sobre parto humanizado**. 2006. 65f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.639-649, jul/set. 2005.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; ALVARENGA, Augusta Thereza de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Rev. Estud. Fem.**, v.10, n.2, p. 461-481. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14971.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2008.

KUNZLER, Ilse Maria. **O cuidado às mulheres no puerpério de alto risco**: aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale. 2006. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0533.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2008.

LAGO, Tânia Di Giacomo do; LIMA, Liliam Pereira de. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenças regionais e desiguais socioeconômicas. In: BRASIL Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde a criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. cap 8, p. 151-170.

LAMY, Zeni Carvalho; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; FERNANDES, Luciana Palácio; MOCHEL, Elba Gomide. O olhar das mulheres: vivendo a gravidez e o parto. In: ALVES, Maria Teresa Soares de Britto; SILVA, Antonio Augusto Moura da. (Orgs). **Avaliação de qualidade de maternidades**: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: Gráfica Universitária da UFMA, 2000. p. 56-63.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/13.pdf>>. Acesos em: 23 dez. 2009.

LIAKOPOULOS, Miltos. Análise Argumentativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e sons**: um manual prático. 7. ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008. cap. 9, p. 318-343

LIMA, Alessandra Silva. **Avaliação da atenção a gestantes, na prevenção da transmissão vertical do vírus HIV, no distrito leste de belo horizonte**. 2007. 201p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em:

<<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/Alessandra%20Silva%20Lima.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

MACEDO, Priscila de Oliveira; SANTOS, Iraci dos; QUITETE, Jane Baptista; VARGENS, Octávio Muniz da Costa; LIMA, Eneida Coimbra. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 341-7, jun. 2008.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; DIÓZ, Majoreth; REINERS, Annelita Oliveira; TOMIYOSHI, Janete Tamami. A atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 1, p. 31-8, mar. 1999.

MARQUES, H. H. S.; LATORRE, M. R. D. O.; DELLA NEGRA. B.; PLUCIENNIK, A. M. A.; SALOMÃO, M. L. M. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 385-92. 2002.

MEDINA, Edymara Tatagiba. **Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto**: um estudo exploratório. 2003. 75p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MELO, Enirtes Caetano Prates; KNUPP, Virginia Maria de Azevedo Oliveira; OLIVEIRA, Rejane Burlandi de; TONINI, Teresa. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. esp, p. 804-809. 2007.

MELO JÚNIOR, Elias Ferreira de; LIMA, Marília de Carvalho; FREIRE, Sálvio. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 95-101, mar/abr. 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 19-91.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi; LEITE, Iúri da Costa; SCHRAMM, Joyce Mendes Andrade; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, mar. 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/10.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; GONÇALVES, Roselane; RODRIGUES, Isabela Granghelli. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev. Bras. Enfer.**, v. 59, n. 6, p. 775-9, nov/dez. 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: vozes, 4. ed., 1995.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed., Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999. 269p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed., Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006. 406p.

MIQUELUTTI, Maria Amélia. **Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 427-32. 2006.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PILOTTO, Diva Thereza dos Santos; VARGENS, Octavio Miniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 472-6, out/dez. 2008.

NAKANO, Ana Márcia Spanó; SILVA, Luciene Amorin; BELEZA, Ana Carolina Sartorato; STEFANELLO, Juliana; GOMES, Flávia Azevedo. Support during the labor and delivery processes: viewpoint of companions of women giving birth. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 2. 2007.

NARCHI, Nádia Zanon Narchi. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 546-51, jul/ago. 2009.

NASCIMENTO, Silvania Sousa do; VIEIRA, Rodrigo Drumond. Contribuições e limites do padrão de argumento de Toulmin aplicado em situações argumentativas de sala de aula de ciências. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 8, n. 2. 2008.

Disponível em: <<http://www.fae.ufmg.br/abrapec/revistas/V8N2/v8n2a1.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2009.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo; PAIVA, Mirian Santos; FERREIRA, Sílvia Lúcia. **O atendimento às mulheres em serviços públicos de saúde, Salvador, Bahia**: relatório de pesquisa. Salvador: Ultragraph Editora Gráfica LTDA, 1995. 87p

NASCIMENTO, Enilda Rosendo; PAIVA, Mirian Santos; RODRIGUES, Quessia Paz. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 191-197, abr/jun. 2007.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo; RODRIGUES, Quessia Paz; ALMEIDA, Mariza silva. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em salvador-Bahia. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, v. 3, p. 311-1-5. 2007.

NEUMANN, Nelson A; TANAKA, Oswaldo Y.; VICTORA, Cesar G; CESAR, Juraci A. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 4. 2003.

NUNES, Isisa Maria; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A atenção ao parto como espaço de poder. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 17, n. 3, jul/set. 2004.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. Frequência e Critérios para Indicar a Episiotomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 289-95. 2005.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. **Vivenciando a gravidez de alto risco**: entre a luz e a escuridão. 2008. 111p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996. 54p.

OSAWA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1997.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, suplemento 1, p. 25-32. 1998.

OSIS, Maria José Martins Duarte; HARDY, Ellen; FAUNDES, Aníbal; ALVES, Graciana. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 27, p. 49-53. 1993

PAIVA, Mirian Santos. Teoria Feminista: o desafio de tornar-se um paradigma. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 50, n. 4, p. 517-524, out/dez. 1997.

PERREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **A casa de parto no contexto do Sistema Único de Saúde: uma estratégia para a humanização e a qualidade da atenção.** 2005. 126f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no rio de janeiro. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 233-239, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/remem/remev10n3.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2010.

PILOTTO, Diva Thereza dos Santos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n.4, p. 604-607. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/19.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Luciane Marques de; MOUTA, Ricardo José Oliveira. Repercussões da Episiotomia Sobre a Sexualidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 45-9, mar. 2008.

PROGIANTI, Jane Márcia; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologia não invasiva de cuidado como estratégia na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 8, n. 2, p. 194-97, ago. 2004.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; SILVA, Aderlaine Oliveira da; JORGE, Maria Salete Bessa. Cuidado de Enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectiva de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 18, n. 1/2, jan/ago. 2003.

RABELO, Leila Regina. **A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar.** 2006. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6071>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

RAVELLI, Ana Paula Xavier. A consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v. 29, n. 1, p. 54-9, mar. 2008.

REIS, Adriana Elias dos; PATRICIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, supl, p. 221-230, set/dez. 2005.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe da Silva; SILVA, Pedro Luiz Barros. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 534-545. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/22.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

ROCHA, Francisca Auricélia Furtado Rocha. **Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. 2004. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docs/online/7/0/307-rochafafm.doc>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de; SCHNECK, Camilla Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; COSTA, Adriana de Souza Caroci da. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 880-888. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a20v43n4.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2010.

RODRIGUES, Dafne Paiva; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; SILVA, Raimunda Magalhães da; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-86, abr/jun. 2006.

SANTANA, Jusiene Nogueira de. **Acesso da usuária ao programa de pré-natal em unidades básicas de saúde de Feira de Santana-Ba: limites e potencialidades**. 2003. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

SANTOS, Glenda Maria Bezerra dos; LAMY FILHO, Fernando; ALVES, Maria Teresa Soares de Britto; SILVA, Antonio Augusto Moura da. Aspectos da assistência hospitalar ao parto. In: ALVES, Maria Teresa Soares de Britto; SILVA, Antonio Augusto Moura da. (Orgs). **Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde**. São Luís: Gráfica Universitária da UFMA, 2000. p. 33-45.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da Episiotomia: refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Rev. Enfermagem.**, v. 12, n. 4, p. 645-50, dez. 2008.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família**. 2006. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SANTOS, Carmem Liêta Resurreição dos. **Mortalidade materna no município de Feira de Santana (BA), no período de 2000 a 2003**. 2005. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; BOLANHO, Izabel Cristina; MOTA, Jaqueline Queiroz; COLEONI, Lidiane; OLIVEIRA, Márcia Alessandra de. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, 2008 dez; 12 (4): 658 – 63.

SCARABOTTO, Leila Barreto; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto em nulíparas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 3, p. 389-395. 2006.

SCHMIDT, Maria Luiza Soares; BONILHA, Ana Lúcia de Lorenzi. Alojamento conjunto: expectativas do pai com relação aos cuidados de sua mulher e filho. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 24, n. 3, p. 316-24, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4479/2418>>. Acesso em: 09 jan. 2010.

SCHNECK, Camilla Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal intra-hospitalar. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 240-246, jul/set. 2006.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; COSTA, Isabel Aparecida Ribeiro; YAMANAKA, Nilsa Mara de Arruda. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 9, 1996.

SEGALL-CORRÊA, Ana Maria; MARÍN-LEON, Letícia; PANIGASSI, Giseli; REA, Marina Ferreira; PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde a criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. cap 10, p. 194-212.

SESCATO, Andréia Cristina; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; WALL, Marilene Loewen. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 585-90, out/dez. 2008.

Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13120/8879>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

SERRUYA, Suzane Jacob. **A Experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 132f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2003.

SERRUYA, Suzane Jacob; LAGO, Tânia de Giacomdo; CECATTI, José Guilherme. Avaliação preliminar do Programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **RBGO**, v. 26, n. 7. 2004.

SERRUYA, Suzane Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tânia de Giacomdo. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set/out. 2004.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, mai/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2010.

SILVA, Andréia Margarida; ALMEIDA, Edjane Aparecida Lacerda; SILVA, Verena de Souza. **Prática da episiotomia em um hospital público do interior da Bahia**. 2009. 67p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade Nobre, Feira de Santana, Bahia, 2008.

SILVA, Larissa Mandarano da; CLAPIS, Maria Jose. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 286-91. 2004.

SILVEIRA, Denise Silva da; SANTOS, Iná Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan/fev. 2001.

SILVEIRA, Joyce da Costa; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Ensino da prevenção e Reparo do Trauma Perineal nos Cursos de Especializações em Enfermagem obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 512-7, out/dez. 2008.

SILVESTRE, Cristiane Santos. **Partos vaginais com episiotomia no segundo trimestre de 2007 no centro obstétrico de uma maternidade pública**. 2008. 49p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Tecnologia e Ciências, Feira de Santana, Bahia, 2008.

SOARES, Alda Valéria Neves. **Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto**. 2009. 152p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOARES, Alda Valéria Neves; SILVA, Isília Aparecida Silva. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 2, p. 72-80. 2003.

SODRÉ, Thelma Malagutti; LACERDA, Rúbia Aparecida. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 1, p. 82-9. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a10.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

STORTI, Juliana de Paula Louro. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. Ribeirão Preto: 2004. 103p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SUCCI, Regina Célia de Menezes; FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio; ZANATTA, Letícia de Carvalho; PEIXE, Marina Biffani; ROSSI, Marina Bertelli; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 6, n. 6, p. 986-992, Nov/dez. 2008.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte**. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC, 1995. 107p.

TOMELERI, Keli Regiane; PIERI, Flávia Meneguetti; VIOLIN, Mara Rúbia; SERAFIM, Deise; MARCON, Sonia Silva. "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 28, n. 4, p. 497-504, dez. 2007.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. 419-427. 2003.

TREVISAN, Maria do Rosário; DE LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAÚJO, Natacha Machado de; ÉSBER, Khaddour. Perfil da assistência Pré-natal entre usuárias do sistema de Saúde em Caixias do sul. **RBGO**, v. 24, n. 5. 2002.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia; SILVEIRA, Anna Carolina Ferreira da. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da

concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-46. 2008.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Luciane Marques de. Humanização como princípio norteador do cuidado à mulher. In: FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. São Paulo: Editora Manole, 2007. cap. 16, p. 277-287.

VELLOSO, Ana Maria de Souza. **Casos investigativos no ensino de corrosão**: estratégia para o desenvolvimento de habilidades argumentativas de alunos de graduação em química. 2009. 119p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto de Química de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/75/75132/tde-25082009-095912/>>. Acesso em: 08 nov. 2009.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **Medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2002. 84p.

VILLANI, Carlos Eduardo Porto; NASCIMENTO, Silvania Sousa do. A argumentação e o ensino de ciências: uma atividade experimental no laboratório didático de física do ensino médio. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 8, n. 3, p. 187-209. 2003. Disponível em: <http://www.if.ufrgs.br/ienci/artigos/Artigo_ID104/v8_n3_a2003.pdf>. Acesso em: 08 out. 2009.

VORPAGEL, Márcia Gomes Barcellos. **A participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira-SP**: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao parto. 2008. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; LEITE, Josete Luzia; FULY, Patrícia dos Santos Claro; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; CLEMENTE, Adriana de Souza; DIAS, Maria Socorro de Araújo; PONTES, Maria Alzenir Coelho. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.5, p. 595-602. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2010.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. 2006. 437P. Tese (Doutorado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ZAGONELI, Ivete Palmira Sanson; MARTINS, Marialda; PEREIRA, Karen Fabiana; ATHAYDE, Juliana. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 24–32. 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 15 set. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DAS GESTANTES MATRICULADAS NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL**

ANÁLISE DA FICHA PERINATAL E CARTÃO DA GESTANTE

CONDIÇÕES SÓCIO- DEMOGRÁFICAS	GP 01 - UBS	GP 02 – UBS	GP 01 - USF	GP 02 – USF
Idade	15 anos	27 anos	17 anos	27 anos
Raça/cor	Negra	Negra	Parda	Negra
Condição civil	União estável	União estável	União estável	Casada
Grau de escolaridade	Ensino Médio Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Incompleto
Renda familiar	02 a 05 salários mínimos	02 a 05 salários mínimos	02 a 05 salários mínimos	02 a 05 salários mínimos
Ocupação	Dona de casa	Banca em casa	Balconista	Promotora de vendas
CONDIÇÕES GESTACIONAIS	GP 01 - UBS	GP 02 – UBS	GP 01 - USF	GP 02 – USF
Idade gestacional no início das consultas de pré-natal	16 semanas	18 semanas	14 semanas	18 semanas
Nº de consultas de pré-natal	06 consultas	05 consultas	07 consultas	08 consultas
Nº de gestações	01 gestação	02 gestações	01 gestação	01 gestação
Nº de partos	01 parto	02 partos	01 parto	01 parto
Nº de partos vaginais	01 parto	01 parto	-----	-----
Nº de partos cesarianos	-----	01 parto	01 parto operatório	01 parto operatório
Idade gestacional na última consulta de pré-natal	38 semanas e dois dias	Não registrado	37 semanas e seis dias	39 semanas e quatro dias
Preenchimento completo do cartão da gestante	Não	Não	Não	Não
Suplementação com ácido fólico	Sim	Sim	Sim	Sim
Suplementação de ferro	Sim	Sim	Sim	Sim
Referência para a maternidade	Não	Não	Sim (DHEG)	Não
Agendamento da consulta puerperal	Não	Não	Não	Não

ANÁLISE DA FICHA PERINATAL E CARTÃO DA GESTANE

CONTEXTO DA ANÁLISE				
EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS NO PN	GP 01 - UBS	GP 02 – UBS	GP 01 - USF	GP 02 – USF
Grupo sanguíneo e fator Rh	01	01	01	01
Hemoglobina	01	01	02	01
Hematócrito	01	01	02	01
VDRL	02	02	02	02
URINA	02	02	02	02
GLICEMIA	02	02	02	02
Anti-HIV	01	01	02	01
OUTROS EXAMES				
IgG e IgM para Toxoplasmose	01	01	01	01
IgG e IgM para Rubéola	01	01	01	01
IgG e IgM para Citomegalovírus	01	01	01	01
Teste de Falcemia	01	01	01	01
HTLV	01	01	01	01
Citologia Oncótica	01	01	01	01
USG obstétrica	03	03	04	02
VACINAÇÃO ANTI-TETÂNICA	GP 01 - UBS	GP 02 – UBS	GP 01 - USF	GP 02 – USF
1ª dose	X	X	X	X
2ª dose	X	X	X	X
3ª dose	X	X	X	X
Dose de reforço				

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS GESTANTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

ROTEIRO 01: GESTANTES ENTRE A 37^a A 40^a SEMANA DE IDADE GESTACIONAL

CÓDIGO DA ENTREVISTADA:

DATA:

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Geral: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Específicos: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTÃO NORTEADORA

Fale para mim como foi o Pré-natal da senhora nesta gestação.

QUESTÕES ADJACENTES PARA APROFUNDAMENTO DO TEMA COM AS GESTANTES

1. Como a senhora conseguiu agendar a sua primeira consulta de pré-natal?
2. Como a senhora conseguiu realizar os exames durante o pré-natal?
3. Como foi a realização dos exames solicitados pela (o) enfermeira (o) da Unidade de Saúde da Família?
4. Como foi o período da última vez que a senhora foi ao Pré-natal até a ida para a maternidade?

APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PUÉRPERAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

ROTEIRO 02: MULHERES EM PUERPÉRIO IMEDIATO**CÓDIGO DA ENTREVISTADA:****DATA:****OBJETIVOS DO ESTUDO**

- Geral: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Específicos: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção.

ROTEIRO DE ENTREVISTA**QUESTÃO NORTEADORA**

Como foi o parto e estes primeiros dias após o parto da senhora?

QUESTÕES ADJACENTES PARA APROFUNDAMENTO DO TEMA COM AS GESTANTES

1. Como a senhora chegou até a maternidade que conseguiu ter o seu filho (a)?
2. Como foi sua admissão nesta maternidade?
3. Como está sendo estes dias do pós-parto para a senhora?

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DAS PUÉRPERAS NO PRONTUÁRIO DA MATERNIDADE LOCAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO
HOSPITALAR DAS PUERPERAS

ANÁLISE DA FICHA PERINATAL, CARTÃO DA GESTANE E PRONTUÁRIO DA
MATERNIDADE LOCAL

CONTEXTO DA ANÁLISE				
CONDIÇÕES DO PARTO	GP 01 – UBS	GP 02 – UBS	GP 01 - USF	GP 02 – USF
Idade gestacional do parto	39 semanas e cinco dias	38 semanas	38 semanas e quatro dias	41 semanas e 01 dia
Uso do cartão da gestante	Não	Não	Não	Não
Aferição de sinais vitais no consultório	Não	Sim (só PA)	Sim (só PA)	Sim (só PA)
Avaliação da dinâmica uterina no consultório	Sim (01 vez/médico)	Não	Não	Não
Realização do toque	Sim	Sim	Sim	Sim
Avaliação dos batimentos cardíofetais no Consultório	Sim	Sim	Sim	Sim
Horário de admissão na maternidade	09:50 h	01:25 h	02:00 h	08:45
Tempo de espera para atendimento no consultório	20 min	1h e 20 min	30 min	20 min
Prescrição de soro glicosado à 5%	Sim	Não (SF 0,9%)	Não (SF 0,9%)	Sim
Prescrição de ocitocina intravenosa	Sim	Não se aplica	Não se aplica	Não
Número de ampolas de ocitocina utilizadas	02 ampolas	-----	-----	-----

ANÁLISE DO PRONTUÁRIO DA MATERNIDADE LOCAL

CONTEXTO DA ANÁLISE				
CONDIÇÕES DO PARTO	GP 01 - UBS	GP 02 – UBS	GP 01 - USF	GP 02 – USF
Horário de admissão no Centro Obstétrico	10:20	02:50	02:45	09:05
Tempo de espera entre a admissão na maternidade e para admissão no Centro Obstétrico	30 min	1h e 25 min	45 min	20 min
Prescrição de dieta via oral	Não	Não	Não	Não
Aferição de sinais vitais no Centro Obstétrico	Sim (só pressão arterial)	Sim (só pressão arterial)	Sim (só pressão arterial)	Não
Nº de verificações dos sinais vitais no Centro Obstétrico	01 vez	02 vezes	04 vezes	-----
Avaliação da dinâmica uterina no Centro Obstétrico	Sim	Não	Não	Não
Nº de verificações da dinâmica uterina no Centro Obstétrico	(01 vez pela enfermeira)	-----	-----	-----
Realização do teste-rápido para o HIV no Centro Obstétrico	Sim	Sim	Não	Sim
Avaliação dos batimentos cardíacos do feto no Centro Obstétrico	Sim	Sim	Sim	Sim
Nº de verificações dos batimentos cardíacos do feto no Centro Obstétrico	02 vezes (enfermeira)	01 vez (médico)	Não	Não
Liberdade de movimentação no trabalho de parto no Centro Obstétrico	Sim	Não	Não	Não
Acompanhamento pela equipe durante o trabalho de parto	Sim	Não (só no PSAC)	Não (só no PSAC)	Não (só no PSAC)
Realização de episiotomia	Sim	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Realização do toque	Sim	Sim	Não	Não
Nº de realizações do toque	01 (pela enfermeira obstetra 1h depois do primeiro)	01 (médico. Intervalo de 06 h após o primeiro)	-----	-----

ANÁLISE DO PRONTUÁRIO DA MATERNIDADE LOCAL

CONTEXTO DA ANÁLISE				
CONDIÇÕES DO PARTO	GP 01 - UBS	GP 02 – UBS	GP 01 - USF	GP 02 – USF
Tipo de parto	PSNV	PSAC	PSAC	PSAC
Horário do parto	13:05	09:36	03:40	09:20
Prática do contato pele a pele e aleitamento	Sim	Não	Não	Não
Tempo de permanência no Centro Obstétrico	04h e 45 min totais, sendo 2 horas e 45 min antes do parto	10 horas totais, sendo 06 horas e 46 min antes do parto	03 horas totais, sendo 50min antes do procedimento	2h e 55 min totais, sendo 23 min antes do parto
Tempo de permanência no centro obstétrico após o parto	01h e 40 min	01h e 24 min	01h e 30 min	01h e 40 min
CONDIÇÕES DO PUERÉRIO	GP 01 - UBS	GP 02 – UBS	GP 01 - USF	GP 02 – USF
Horário de admissão no Alojamento Conjunto	14:45	11:00	05:10	11:00
Chegada do recém-nascido no Alojamento Conjunto	16:30	17:00	08:10	11:00
Tempo de espera da puérpera para receber o recém-nascido	03 horas	08 horas	03 horas	-----
Aferição dos sinais vitais no Alojamento Conjunto	Sim	Sim	Sim	Sim
Realização do VDRL no puerpério	Sim	Sim	Sim	Sim
Realização de grupo sanguíneo e fator Rh	Sim	Sim	Sim	Sim

APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PARTICIPANTES DO GRUPO 02 (COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA E COORDENADORA DA ÁREA DA MULHER)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL**

**ROTEIRO 03: COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA, COORDENADORA DA
ÁREA DA MULHER**

CÓDIGO DA (O) ENTREVISTADA (O):

DATA:

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Geral: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Específicos: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1 Como funciona a rede de atenção à mulher no período gravídico e puerperal nesta cidade?
2. O (a) senhor (a) acha que esta rede está funcionando?

APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM A GERENTE DA UBS**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL****ROTEIRO 04: GERENTE DA UBS****CÓDIGO DA (O) ENTREVISTADA (O):****DATA:****LOCAL DA GERÊNCIA:****OBJETIVOS DO ESTUDO**

- Geral: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Específicos: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção.

ROTEIRO DE ENTREVISTA**QUESTÕES NORTEADORAS**

1. Como funciona a atenção à mulher no período gravídico e puerperal nesta unidade básica de saúde?
2. O (a) senhor (a) acha que esta atenção está funcionando?
3. Para que maternidade as gestantes são encaminhadas após as consultas de pré-natal? Fale para mim como ocorre este encaminhamento.

APÊNDICE G - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PARTICIPANTES DO GRUPO 02 (GERENTE DA MATERNIDADE LOCAL, COORDENADORA DO CENTRO OBSTÉTRICO E DO ALOJAMENTO CONJUNTO)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL**

**ROTEIRO 05: DIRETORA GERAL DA MATERNIDADE,
COORDENADORA DO CENTRO OBSTÉTRICO E DO ALOJAMENTO**

CÓDIGO DA (O) ENTREVISTADA (O):

DATA:

LOCAL DA GERÊNCIA:

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Geral: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Específicos: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTÃO NORTEADORA

1. Como funciona a atenção às parturientes e puerperas nesta unidade hospitalar?
2. O (a) senhor (a) acha que esta atenção está funcionando?
3. Para que unidade de saúde as gestantes são encaminhadas após a alta desta maternidade? Fale para mim como ocorre este encaminhamento.

APÊNDICE H - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PARTICIPANTES DO GRUPO 03 (ENFERMEIRAS RESPONSÁVEIS PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UBS TRADICIONAL E NA USF)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL**

**ROTEIRO 06: ENFERMEIRAS RESPONSÁVEIS PELA
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UBS TRADICIONAL E NA USF**

CÓDIGO DA (O) ENTREVISTADA (O):

DATA:

LOCAL DA GERÊNCIA:

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Geral: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Específicos: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTÃO NORTEADORA

1. Como ocorre a atenção à mulher no período gravídico e puerperal nesta unidade básica de saúde?
2. Para onde você encaminha as gestantes? Como você realiza este encaminhamento?

APÊNDICE I - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS PARTICIPANTES DO GRUPO 03 (ENFERMEIRAS E MÉDICA QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA ÀS PARTURIENTES E PUÉRPERAS NA MATERNIDADE LOCAL)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL**

**ROTEIRO 07: ENFERMEIRAS E MÉDICA QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA ÀS
PARTURIENTES E PUÉRPERAS NA MATERNIDADE**

CÓDIGO DA ENTREVISTADA:

DATA:

LOCAL DE ATUAÇÃO:

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Geral: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Específicos: descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTÃO NORTEADORA

1. Como ocorre a atenção à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério nesta unidade hospitalar?
2. Para onde você encaminha as puérperas? Como você realiza este encaminhamento?

APÊNDICE J – MATRIZES DA ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE E DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DO PERÍODO 2006 A 2009



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVIDICO E PUERPERAL**

**MATRIZ 01 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
PMS de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Redução da mortalidade materna	Implementação do PHPN em todas as unidades de saúde		Meta alcançada	PHPN implantado em todas as ESF /EACS em 2007. 66% das gestantes inscritas no PHPN em 2008.
			Qualificação de consultas básicas de pré-natal e puerpério	Reduzir o número de óbitos materno em 1% (2006), 3% (2007), 4% (2008) e 5% (2009)	Meta alcançada	Treinamento em Pré-natal e puerpério em 2007, com participação de enfermeira e médicos. Ver dados do apêndice N.
			Garantia de apoio e diagnóstico a gestante		Com registro	Em 2008 foram agendados 238.734 exames de apoio diagnóstico, 135.308 consultas com especialidades e 52.139 exames laboratoriais pela Central de Regulação municipal. Não especificado os relacionados às gestantes.
			Implementação do planejamento Familiar em toda a rede		Sem registro	Sem registro



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 01 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
PMS de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Redução da mortalidade materna	Redução da Implementação da redução das carências nutricionais em gestantes	Reduzir o número de óbitos materno em 1% (2006), 3% (2007), 4% (2008) e 5% (2009) Implementação das ações do pré-natal de alto risco	Meta alcançada	Redução do número de gestantes com BP. Em 2006 ocorreram 171 consultas com nutricionistas. Em 2007 foram atendidas 3829 gestantes com BP e em 2008 3380. Sem registro
			Implementação do sistema de referência e contra-referência garantindo a intersetorialidade		Com registro. Perspectiva para 2010	Implantação da central de regulação obstétrica e neonatal. Implantação da central de regulação de leitos



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 01 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
PMS de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Redução da mortalidade materna	Redução da Implementação da rede Municipal de Apoio às Mulheres em Situação de Risco	Reduzir o número de óbitos materno em 1% (2006), 3% (2007), 4% (2008) e 5% (2009)		SAMU atendeu 1415 gestantes em situação de risco, sendo que 230 foram transferidas para a maternidade de referência para o PHPN, apesar de não especializada em gestação de alto risco sem registro do número de gestantes transferidas para o hospital de referência para a atenção à gestante em situação de risco.
			Garantia de insumos e medicamentos para tratamento das Síndromes hipertensivas Específicas da Gestação	Sem registro		Sem registro



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 01 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
Plano Municipal de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Redução da mortalidade materna e materna	Implementação do sistema de Informação do PAISM	Reduzir o número de óbitos materno em 1% (2006), 3% (2007), 4% (2008) e 5% (2009)	Sem registro	Sem registro
			Manutenção das ações de Vigilância Epidemiológica dos óbitos das mulheres em idade fértil e óbitos maternos	Meta alcançada. Em 2006 Vigilância realizada pelo (91 óbitos), 2007 (143 PAISM da SMS, CMM e (óbitos) e 2008 (175 Enfermeiras das ESF/EACS. óbitos- 04 maternos). Sem 2006 (123 óbitos notificados registro de óbitos e 86 investigados), 2007 (108 maternos de 2003 a 2007. óbitos notificados e 85 investigados) e 2008 (175 óbitos notificados e 99 investigados).	Sem registro	Sem registro
			Intensificação das ações do Comitê de Mortalidade Materna		Sem registro	Sem registro



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 02 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: REDUZIR O NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
Plano Municipal de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Reduzir o número de casos de Sífilis Congênita	Implementação do PHPN nas unidades Básicas de Saúde	Reduzir para 10 o número de casos de Sífilis congênita confirmados. 16 (2006), 15 (2007), 13 (2008) e 10 (2009)	Meta alcançada	PHPN implantado em todas as ESF /EACS em 2007. 11 casos de Sífilis congênita diagnosticados no município em 2008. 03 casos de sífilis em gestantes em 2008. Não foram encontrados registros sobre esta categoria nos relatórios de 2006 e 2007. Em 2006 97,47% das gestantes foram acompanhadas no PN, em 2007 88,94% e em 2008 89,6%. Em 2009, 19 casos de sífilis congênita e 10 casos em gestantes.
			Implantação do Protocolo de Assistência ao portador de Sífilis congênita em todas as unidades de saúde e PSF		Sem registro	Sem registro
			Assegurar a realização do FTABS para as mães e recém-nascidos com titulação positiva em VDRL		Meta alcançada	Mulheres e neonatos acompanhados pelo centro de referência municipal



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 03 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: MANTER O MUNICÍPIO SEM NENHUM CASO DE TÉTANO NEONATAL

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
Plano Municipal de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Manter o município sem nenhum caso de Tétano Neonatal	Monitoramento da cobertura vacinal contra o Tétano em mulheres em idade fértil e gestantes	Atingir 100% de cobertura contra o Tétano Neonatal em gestantes. 100% (2006), 100% (2007), 100% (2008) e 100% (2009).	Meta alcançada	Aumento da cobertura vacinal das gestantes cadastradas nas consultas de PN. Em 2005 (91,19%), 2006 (90,8%), 2007 (91,8%) e em 2008 (91,8%).
			Captação precoce de gestantes no pré-natal		Meta alcançada	Pré-natal iniciado no I trimestre. 2005 (74,9%), 2006 (75,8%), 2007 (76,1%) e em 2008 (78,6%).
					Sem registro de casos de tétano neonatal nos relatórios de gestão.	



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 04 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
Plano Municipal de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Implementação da rede de gestação de alto risco	Credenciamento e habilitação de dos serviços Formação de parcerias com os serviços	Aumentar o número de leitos de Unidade Terapêutica Intensiva Neonatal para 11, sendo 05 leitos em 2006, 02 leitos em 2007, 02 leitos em 2008 e 11 leitos em 2009.	Sem registro Sem registro Sem registro Sem registro	Sem registro Sem registro Sem registro Sem registro



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 05 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
Plano Municipal de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Reorientação do modelo assistencial e ampliação do acesso e da qualidade das ações e serviços	Informatização das Unidades de Saúde da Família Implementação de protocolos de serviços básicos em todas as unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família Promoção à humanização do atendimento ao usuário do SUS, em todos os níveis de assistência, inclusive nos serviços contratados pelo SUS, garantindo a redução do tempo de espera nos procedimentos regulados, com qualidade, resolutividade e espaço físico adequado	Perspectiva para 2009. Com registro Sem registro	Sem registro Com registro Sem registro	Sem registro Discussão dos protocolos de enfermagem na atenção básica. Sem registro



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 05 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
Plano Municipal de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Reorientação do modelo assistencial e ampliação do acesso e da qualidade das ações serviços	Implantação do sistema de referência e contra-referência	de	Sem registro	Sem registro
		promoção e melhoria da assistência (AMQ)	Promoção à Avaliação para a Qualidade da Assistência (AMQ)		Perspectiva para 2009	Sem registro
		Promoção de capacitação para os profissionais das Equipes de Saúde da Família			Sem registro	Sem registro



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

MATRIZ 06 DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA
TEMA CENTRAL: HUMANIZAR O ATENDIMENTO E MELHORAR A QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA
REDE SUS

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?	ALCANCE DE METAS	COMO OCORRE NAS UNIDADES EM ESTUDO
Plano Municipal de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Humanizar o atendimento e melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde na rede SUS	Implantação e implementação das ações de assistência Implantação e desenvolvimento de ações da gestão da qualidade da assistência	Implantar em 100% das Unidades de Saúde da Rede, ações de humanização do atendimento	Sem registro Sem registro	Sem registro Sem registro
		Capacitação de pessoal de nível médio e administração para atendimento e humanização no serviço	Implantar o programa de Qualidade Total em 108 unidades de saúde	Sem registro	Sem registro	Sem registro

APÊNDICE K - INFORMAÇÕES E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PARTICIPANTES DO GRUPO 01



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

INFORMAÇÕES PARA AS GESTANTES

Meu nome é Luciano Marques dos Santos, sou enfermeiro e aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), estou realizando um Projeto de Pesquisa intitulado “**Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**”, tendo como orientadora a Professora Dr^a Mirian Santos Paiva. A pesquisa tem como objetivos: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção. Os resultados obtidos com essa pesquisa poderão contribuir com a identificação da situação do atendimento à mulher no durante a gestação, o parto e pós-parto na cidade em estudo. Você terá como benefício a oportunidade de refletir quanto a atenção que lhe é prestada na gravidez e no pós-parto. Quero informá-la que sua colaboração é voluntária, seu nome não será revelado e você terá a liberdade de desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Caso aceite participar da pesquisa, peço sua permissão para gravar sua fala, o que muito ajudará na realização deste trabalho. Após a entrevista você poderá ouvir a fita e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. A entrevista poderá causar risco de constrangimento ou você poderá se emocionar durante sua realização. Entretanto, você terá total liberdade para não responder às perguntas que lhe causem algum desconforto, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase deste estudo, sem penalização ou problema algum, mesmo após ter sido iniciado, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. Os pesquisadores e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. As despesas do projeto são de responsabilidade dos pesquisadores. Os resultados do estudo serão publicados em congressos e em Revistas científicas e estarão também à sua disposição. No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (71) 3283-7631, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Os dados coletados ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores, ficando disponível para acesso dos entrevistados por um período de cinco anos, sendo destruídos (queimados) em seguida. Após ter sido informada sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo. Estaremos a sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa.

Desde já nossos sinceros agradecimentos.

Professora Dr^a Mirian Santos Paiva
Pesquisador
Pesquisadora do GEM/UFBA

Luciano Marques dos Santos
Mestrando da Escola de Enfermagem da
UFBA

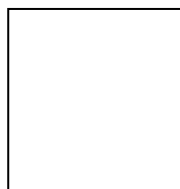
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**”, li o conteúdo do texto **Informações para as gestantes** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa. Declaro não ter dúvidas e que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízos ou perda. Estou ciente de que não receberei benefícios financeiros e que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coerção, indução ou intimação.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2009.

Assinatura da entrevistada

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de consentimento Livre e Esclarecido desta entrevistada, para participação nesta Pesquisa.



Impressão digital

Professora Dr^a Mirian Santos Paiva
Pesquisador
Pesquisadora do GEM

Luciano Marques dos Santos
Mestrando da Escola de Enfermagem da
UFBA

APÊNDICE L – INFORMAÇÕES E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PARTICIPANTES DOS GRUPOS 02 E 03



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL**

INFORMAÇÕES AOS DEMAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Meu nome é Luciano Marques dos Santos, sou enfermeiro e aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), estou realizando um Projeto de Pesquisa intitulado “**Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**”, tendo como orientadora a Professora Dr^a Mirian Santos Paiva. A pesquisa tem como objetivos: analisar a atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal em uma cidade caso do estado da Bahia à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; descrever o fluxo das mulheres durante a atenção pré-natal, o parto e o puerpério imediato e analisar o acesso das mulheres no ciclo gravídico e puerperal aos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar, com base nos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para a qualidade da atenção. Os resultados obtidos com essa pesquisa poderão contribuir com a identificação da situação do atendimento à mulher no durante a gestação, o parto e pós-parto na cidade em estudo. Você terá como benefício a oportunidade de refletir quanto a atenção prestada na gravidez e no pós-parto. Quero informá-la que sua colaboração é voluntária, seu nome não será revelado e você terá a liberdade de desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Caso aceite participar da pesquisa, peço sua permissão para gravar sua fala, o que muito ajudará na realização deste trabalho. Após a entrevista você poderá ouvir a fita e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. A entrevista poderá causar risco de constrangimento ou você poderá se emocionar durante sua realização. Entretanto, você terá total liberdade para não responder às perguntas que lhe causem algum desconforto, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase deste estudo, sem penalização ou problema algum, mesmo após ter sido iniciado, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. Os pesquisadores e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. As despesas do projeto são de responsabilidade dos pesquisadores. Os resultados do estudo serão publicados em congressos e em Revistas científicas e estarão também à sua disposição. No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (71) 3283-7631, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Os dados coletados ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores, ficando disponível para acesso dos entrevistados por um período de cinco anos, sendo destruídos (queimados) em seguida. Após ter sido informada sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo. Estaremos a sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa.

Desde já nossos sinceros agr: Feira de Santana, ____ de _____ de 2009.

Professora Dr^a Mirian Santos Paiva
Pesquisador
Pesquisadora do GEM

Luciano Marques dos Santos
Mestrando da Escola de Enfermagem da
UFBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**”, li o conteúdo do texto **Informações aos demais participantes do estudo** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa. Declaro não ter dúvidas e que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízos ou perda. Estou ciente de que não receberei benefícios financeiros e que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coerção, indução ou intimação.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2009.

Assinatura da (o) entrevistada (o)

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de consentimento Livre e Esclarecido desta entrevistada, para participação nesta Pesquisa.

Professora Dr^a Mirian Santos Paiva
Pesquisador
Pesquisadora do GEM

Luciano Marques dos Santos
Mestrando da Escola de Enfermagem da
UFBA

ANEXO

ANEXO 1 – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



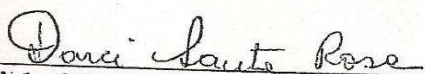
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE - UFBA Tel.:3283-7615 (0**71) / TELEFAX:
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

PARECER DO CEPEE.UFBA

PARECER sobre o Projeto de nº16/2009 FR 253135, "Análise da Atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal", em Reunião Plenária do CEPEE UFBA realizada em 13 de agosto de 2009, foi considerado **APROVADO** devendo o pesquisador lembrar-se da entrega do relatório final conforme a lei MS196/96.

- (x) Aprovado
() Não Aprovado
() Projeto com Pendências

Salvador, 14 de agosto de 2009



Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do CEPEE.UFBA
Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10111