



SUSCETIBILIDADES E PROBLEMAS DE SAÚDE DE MULHERES GRÁVIDAS: CUIDADOS ADOTADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SUSCEPTIBILITIES AND HEALTH PROBLEMS OF PREGNANT WOMEN: CARE ADOPTED IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY
SUCEPTIBILIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DE MUJERES EMBARAZADAS: CUIDADOS ADOPTADOS EN NA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Daniela do Carmo Oliveira¹, Edir Nei Teixeira Mandú²

RESUMO

Objetivo: analisar condutas pré-natais da Estratégia Saúde da Família (ESF) adotadas em situações com possíveis repercussões negativas para a mulher e/ou o conceito. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em cinco ESF, a partir de entrevista aberta com médicos e enfermeiros, consulta a registros pré-natais e observação participante de consultas. A análise das informações foi realizada pela Técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** as condutas coadunam-se com a perspectiva de risco privilegiada no pré-natal; abrangem a vinculação da mulher ao pré-natal especializado e orientações sobre a classificação de maior risco e o encaminhamento feito. O acompanhamento conjunto da mulher referenciada e a oferta de ações de apoio à família são assistemáticos, transferindo-se a responsabilidade do cuidado ao serviço de referência e à própria mulher. **Conclusão:** as condutas revelam-se limitadas na perspectiva dos determinantes sociais da saúde reprodutiva e da produção da autonomia das mulheres. **Descritores:** Cuidado Pré-Natal; Gravidez de Alto Risco; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde Reprodutiva; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to analyze prenatal procedures of the Family Health Strategy (ESF) adopted in situations with possible negative repercussions for the woman and/or the baby. **Method:** this study is descriptive with a qualitative approach, carried out in five ESF, from an open interview with doctors and nurses, consultation with prenatal records, participant observation of consultations. The analysis of the information was performed by the Content Analysis Technique in the Thematic Analysis modality. **Results:** the behaviors are consistent with the perspective of privileged risk in prenatal care. There is the bond with the women to specialized prenatal care and guidance on the classification of higher risk and referral. The joint monitoring of the referenced woman and the offer of actions to support the family are non-systematic, transferring the responsibility of care to the referral service and the woman. **Conclusion:** Behaviors are limited from the perspective of the social determinants of reproductive health and the production of women's autonomy. **Descriptors:** Prenatal Care; Pregnancy, High-Risk; Health Vulnerability; Reproductive Health; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: analizar conductas prenatales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) adoptadas en situaciones con posibles repercusiones negativas para la mujer y/o el bebé. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, realizado en cinco ESF, a partir de entrevista abierta con médicos y enfermeros, consulta a registros prenatales, observación participante de consultas. El análisis de las informaciones fue realizado por la Técnica de Análisis de contenido en la modalidad Análisis Temática. **Resultados:** las conductas están en línea con la perspectiva de riesgo privilegiada en el prenatal. Enfocan la vinculación de la mujer al prenatal especializado y orientaciones sobre la clasificación de mayor riesgo y las indicaciones hechas. O acompanhamento conjunto da mulher referenciada e a oferta de ações de apoio à família são assistemáticos, transferindo-se a responsabilidade do cuidado ao serviço de referência e à própria mulher. **Conclusão:** as condutas revelam-se limitadas da perspectiva dos determinantes sociais da saúde reprodutiva e da produção da autonomia das mulheres. **Descritores:** Atención Prenatal; Embarazo de Alto Riesgo; Vulnerabilidad en Salud; Salud Reprodutiva; Estrategia de Salud Familiar.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso/UNEMAT. Cuiabá (MT), Brasil. E-mail: danielacarmoliveira@gmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Cuiabá (MT), Brasil. Email: enmandu@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A gravidez, ainda que saudável, situa a mulher em um grupo de maior vulnerabilidade, que requer cuidados especiais. Porém, suscetibilidades e ocorrências decorrentes, em muitas delas, chegam a patamares mais preocupantes. Essas **situações especiais** causam ou podem causar repercussões negativas à saúde da mulher e/ou do conceito, de diferentes gravidades, e requerem, assim, **ações também especiais de cuidado** pelos serviços de saúde, a princípio da rede básica, que têm a responsabilidade de diagnosticar a situação e de realizar e articular os cuidados necessários, no próprio serviço, em outros serviços de saúde e na rede social.

Essas ações especiais de cuidados fazem parte dos **atos assistenciais** direcionados às mulheres gestantes, nos quais determinadas necessidades de saúde são consideradas em função de finalidades sociais privilegiadas para o pré-natal e outras propostas possíveis de serem adotadas pelos profissionais em seu fazer cotidiano.

Essa produção sócio-histórica e intersubjetiva¹ tem sido encaminhada, sobretudo, em consonância com o modelo biomédico vigente, em cujo contexto a abordagem das suscetibilidades e dos problemas de saúde decorrentes da mulher grávida configura-se privilegiadamente a partir da perspectiva de risco. Isso ocorre tanto no cuidado realizado de forma direta, com a mulher e a família, como no cuidado indireto, feito por intermédio do gerenciamento, em especial da articulação de ações de saúde necessárias.

A perspectiva de risco funda-se em conhecimentos da epidemiologia clássica ou dos riscos, que identifica, por meio de estudos de causa-efeito, de base estatística, a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano biológico ou de um fenômeno não desejado.² Assim, na clínica, as suscetibilidades são interpretadas como decorrentes de fatores que ampliam as chances de adoecimento quando presentes, reconhecidos a partir dessa leitura. De tal modo, o cuidado à saúde reprodutiva identifica e controla fatores individuais, sociais, ambientais que a epidemiologia clássica indica que ampliam a probabilidade de adoecimento, agravo ou dano à saúde da mulher em processo reprodutivo e/ou à saúde do conceito em desenvolvimento. Igualmente, o cuidado identifica problemas de saúde manifestos o mais precocemente possível e realiza práticas preventivas e de atendimento clínico-obstétrico das intercorrências, dando prioridade às possíveis ou ocorrentes morbidades por meio de condutas assistenciais que enfatizam, sobretudo, aspectos médicos e individuais.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), o pré-natal tem incorporado essa importante finalidade, constituindo-se em uma ação estratégica priorizada

nesses termos.³⁻⁴ Essa orientação, em seus desdobramentos na prática clínica, tem contribuído sobremaneira para o controle preventivo e clínico-obstétrico da morbimortalidade materna, fetal e neonatal.⁵

A despeito dessa importância, essa perspectiva descuida-se da correlação da saúde reprodutiva com o processo global de vida da mulher e, ainda, do caráter sociocultural, relacional e intersubjetivo da mesma. Isto é, a leitura das suscetibilidades e dos problemas de saúde das mulheres grávidas desconsidera tanto as causas dos problemas como vários deles, distanciando-se da integralidade da vida da mulher e da complexidade da inter-relação entre a saúde reprodutiva e múltiplos aspectos entrelaçados - ambientais, sociais, culturais, institucionais, comunitários, familiares, individuais.

O caráter pragmático e probabilístico da abordagem epidemiológica do risco permite expandir, de forma potencialmente permanente, a investigação da associação causal entre quaisquer eventos de interesse. Porém, as suas características epistemológicas comprometem a objetivação das dimensões propriamente sociais da saúde e doença.⁶

A ferramenta do risco, assim, migra do nível macro do contexto sociodemográfico para o nível micro das características pessoais, das subjetividades, dos comportamentos. Essa redução também se caracteriza pelo fato de que apenas determinados riscos são privilegiados pelos serviços de saúde, bem como determinados modos de enfrentá-los.

A noção de vulnerabilidades, em construção no bojo da epidemiologia social, tem a pretensão de oferecer novos elementos à ampliação da leitura dos riscos, embora não negue a importância desta e das práticas de prevenção. Essa noção aspira dar sentido ao entrelaçamento entre condições individuais e contextuais na produção de fragilidades e da exposição de pessoas não só às doenças, mas também ao sofrimento e às limitações no desenvolvimento de potenciais existentes, próprios e do meio.⁷

Quando os profissionais abordam as suscetibilidades e os problemas da perspectiva das vulnerabilidades das mulheres grávidas, considerando-os em suas ações clínicas, ampliam não só o diagnóstico de saúde, mas também as condutas assistenciais, a partir da abrangência e concreticidade das necessidades de saúde daquelas e por meio de aportes teórico-metodológicos e práticos que se ocupem, de igual modo, da teia de causalidade da saúde e doença reprodutiva.

Desse ponto de vista, são relevantes ações pré-natais tanto de prevenção como de promoção da saúde. Essa última, inclusive, é afirmada como uma das áreas estratégicas da ESF a ser trabalhada de forma tanto destacada como transversal às demais ações assistenciais⁸, como o pré-natal.

O cuidado pré-natal na ESF é tema de muitos estudos. Contudo, neles, como trabalhadores fazem diagnósticos e como efetivam condutas diante de situações especiais (vulnerabilidades e/ou riscos) não têm sido tratados em suas especificidades e movimentos. Ambas as perspectivas não são abordadas em seus desdobramentos assistenciais, havendo uma lacuna na literatura acadêmica a esse respeito.

Desse modo, o estudo ora apresentado analisa as condutas assistenciais profissionais adotadas e afirmadas perante situações especiais, no pré-natal da ESF, e revela se há avanços na direção da abordagem dos determinantes sociais da saúde reprodutiva de mulheres. Almeja-se contribuir para a melhoria do pré-natal, considerando a importância tanto da adequada abordagem de risco como de sua ampliação por meio da abordagem de vulnerabilidades, fornecendo elementos à construção da integralidade na atenção à saúde de mulheres grávidas na ESF.

MÉTODO

Este trabalho integra uma pesquisa qualitativa, realizada em cinco Unidades da Saúde da Família (USF) e em um hospital de referência para gestação de alto risco, situados em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Abordou, em sua totalidade, o cuidado por profissionais e por mulheres gestantes em situações nas quais a saúde destas e/ou a do conceito encontravam-se suscetíveis a problemas ou comprometidas por eles, denominadas, no modelo biomédico, de gestações de maior risco. As ferramentas teóricas de análise utilizadas foram extraídas da epidemiologia clássica e epidemiologia social e de uma leitura que considera a natureza social e intersubjetiva do trabalho em saúde.

Aqui se apresentam os resultados relativos aos cuidados profissionais de médicos e enfermeiros que atuam em USF, em razão de terem participado dos cuidados e do encaminhamento das mulheres participantes (doze), selecionadas em um hospital de referência. Participaram cinco enfermeiros e cinco médicos (identificados, respectivamente, com a letra “E” seguida de um número identificador de 1 a 5, e com a letra “M”, do mesmo modo), de cinco USF (identificadas de “A” a “E”), correspondentes a todos os indivíduos disponíveis.⁹ Apesar de identificadas nove USF envolvidas, foram excluídas quatro, em razão de que, em duas delas, os enfermeiros encontravam-se afastados das atividades, e nas outras duas, esses profissionais não aceitaram participar da pesquisa.

Nas USF eleitas, compostas por uma equipe mínima, o pré-natal consistia basicamente na oferta de pré-consulta, consulta médica, consulta de enfermagem, visita domiciliar rotineira por Agentes Comunitários de Saúde e eventual por médicos e enfermeiros, além de ações

assistêmicas de educação em saúde. A primeira consulta era feita pelo enfermeiro e as subsequentes intercaladas com o médico. O encaminhamento ao pré-natal especializado era realizado por ambos com certa complementaridade da ação entre enfermeiros e médicos.

A construção empírica da pesquisa no espaço das USF ocorreu no ano de 2013, a partir da integração prévia com as equipes. Realizou-se análise dos registros pré-natais (cartão e prontuário das doze gestantes referenciadas incluídas no estudo e livro de controle das atividades do profissional), utilizando-se um instrumento testado, com questões sobre o número de consultas feitas pela mulher, a classificação de vulnerabilidades e/ou risco e as condutas propostas e efetivadas. No tempo de 32 horas, como observador participante, constatou-se 16 consultas médicas e 11 de enfermagem (três na USF A, seis na B, quatro na C, dez na D e quatro na E), feitas com mulheres em diferentes fases da gravidez, e em nenhuma das consultas foi necessária a classificação da gestação como de maior risco pelo profissional que realizava o atendimento. Usou-se um roteiro testado, também orientado à apreensão das ações diagnósticas e dos cuidados prescritos e ofertados. Entrevistaram-se médicos e enfermeiros, individualmente, no tempo de 30 minutos, com auxílio de um roteiro com questões abertas sobre como realizavam e interpretavam as ações assistenciais diante das suscetibilidades e dos problemas de saúde de gestantes e, particularmente, para captar relatos sobre como procediam ao diagnosticar uma gestação como de maior risco.

Na definição do número de consultas observadas foram considerados os limites do recurso da observação na apreensão de ações de cuidado específicas a partir do diagnóstico de situações especiais, de maior suscetibilidade ou ocorrência de problemas. Assim, na aplicação do critério de saturação⁹, considerou-se de interesse as informações que permitiram caracterizar de uma forma mais geral as consultas no conjunto das unidades. Para tal, realizou-se concomitante a apreensão, análise e categorização do material empírico.

O registro do observado foi feito em um diário de campo e, também, por meio da gravação de áudio, autorizada pelos participantes. As entrevistas foram igualmente gravadas e os dados dos documentos foram armazenados por meio de um *scanner* portátil.

Os achados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática¹⁰, incluindo leitura temática - de identificação dos temas de interesse e de enunciados correspondentes, inicialmente agrupados -, leitura interpretativa, com apreensão dos núcleos de sentido, e classificação categorial dos achados, apoiada no raciocínio indutivo e no

referencial teórico. A construção apresentada neste trabalho foi norteada pela pergunta: que ações foram propostas e realizadas? Como foram realizadas? Esse processo resultou em duas categorias centrais: 1) transferência, pela ESF, da responsabilidade pelo cuidado da grávida ao serviço especializado de pré-natal e à própria mulher; e 2) vulnerabilidades como interferência do social no orgânico.

O estudo teve aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), Parecer 206.916, e respeitou a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época. Solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, são apresentadas e discutidas as ações ou condutas que integram o repertório de cuidados dos trabalhadores da ESF participantes da pesquisa e como estes as concebem em sua relação com a perspectiva dos riscos e das vulnerabilidades e do modelo assistencial que informam.

♦ Transferência, pela ESF, da responsabilidade pelo cuidado da grávida ao serviço especializado de pré-natal e à própria mulher

Nos cinco serviços estudados, os diagnósticos clínicos de saúde das mulheres grávidas feitos, de suas suscetibilidades, problemas de saúde e causas, deram ênfase a aspectos médicos e individuais, via avaliação de morbidades manifestas e classificação de risco. Isto é, as gestantes foram primariamente classificadas como tendo uma gestação de risco habitual ou de maior risco, a partir de determinados fatores de risco, em função da possibilidade de resultarem em problemas médicos ou por sua ocorrência. Em contraponto, as suas suscetibilidades não foram exploradas, avaliadas e interpretadas da perspectiva das vulnerabilidades, embora eventualmente reconhecidas.

Sendo a gestação considerada de maior risco, em correspondência, as condutas ou ações de cuidado priorizadas abrangeram, basicamente: 1) o encaminhamento das mulheres ao pré-natal especializado; e 2) a oferta de orientações relacionadas ao risco e às condutas. Expressam-se contradições em torno da participação da ESF na continuidade do acompanhamento da mulher encaminhada e uma visão das vulnerabilidades que a vincula, sobretudo, aos aspectos orgânicos.

♦ Conduta: encaminhamento das mulheres ao pré-natal especializado

Em Cuiabá - MT, o pré-natal à gestação de maior risco, no Sistema Único de Saúde, é feito através de instituições de atenção terciária e secundária à saúde. As policlínicas se enquadram na atenção secundária da rede municipal e, dentre vários atendimentos, realizam o pré-natal de gestações de maior risco, que atende mulheres

gestantes de livre demanda e as referenciadas por médicos e enfermeiros das USF. Já os hospitais são referências terciárias e configuram-se como unidades especializadas para o acompanhamento da gestação de alto risco. Dentre as ações oferecidas estão as consultas de pré-natal de maior risco, o atendimento ao parto e a internação em intercorrências obstétricas.

Para vinculação de mulheres a instituições de referência para o maior risco, pelas USF, há uma central de vagas no município, denominada Central de Regulação. Esta regula as vagas para o pré-natal de maior risco prioritariamente a hospitais especializados, como também os exames obstétricos (ultrassom, ultrassom com *doppler* e exame transvaginal) a nível hospitalar e ambulatorial, e para o parto em instituições de atenção terciária.

Uma vez diagnosticada a situação de maior risco gestacional, o profissional da ESF decide pelo encaminhamento da mulher a um serviço especializado. Este é feito, prioritariamente, para o ambulatório pré-natal especializado de um serviço público terciário de referência para a continuidade do acompanhamento. Eventualmente, o mesmo ocorre para o setor de urgência da unidade hospitalar, prevendo-se intervenções imediatas, ou para um serviço público secundário (policlínica) da rede de saúde municipal cuja organização, como dita, prevê que esse nível também acompanhe mulheres com gravidezes diagnosticadas de maior risco.

O encaminhamento da mulher ao serviço de referência ocorre através do contato do profissional da ESF com a central de vagas do município e também através da orientação da mulher para a procura direta do serviço de referência, seja ele secundário ou terciário, por decisão do profissional enfermeiro e/ou pelo médico da unidade básica de saúde.

Assim sendo, a forma como ocorreu o encaminhamento das mulheres ao serviço de referência foi diversificada entre as USF. Algumas delas receberam orientação para aguardar uma vaga na instituição especializada, a ser regulada pela central de vagas municipal. Outras foram orientadas a procurar diretamente o serviço de referência, com uma ficha de encaminhamento em mãos, especialmente quando houve preocupação do profissional ou da própria mulher com a possível demora no acesso, em detrimento da situação de saúde apresentada pela mesma.

Nesse último caso, pressupõe-se que o encaminhamento direto da mulher é uma tentativa do profissional de dar uma resposta ágil a ela, a qual ele julga que a mulher necessita ou em função de experiências negativas que teve com encaminhamentos anteriores. Essa forma de encaminhamento pode ser aventada, ainda, em

função de um possível pedido da mulher, que é atendido pelo profissional.

Esse fato também pode ser relacionado com a organização da rede obstétrica municipal, a qual admite que o encaminhamento da mulher ao serviço de referência seja feito através do contato com a central de vagas do município ou por meio da procura direta, pela mulher, do serviço de referência, seja ele secundário ou terciário.

O encaminhamento da mulher com uma gestação de maior risco a serviços especializados, tal como feito, tem sido considerado de grande impacto no controle da morbimortalidade materna, fetal e neonatal, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde¹¹ e pelo Ministério da Saúde⁵ devido à importância do acesso imediato da mulher a certos equipamentos, recursos laboratoriais e diagnósticos, procedimentos, e que se encontram disponíveis particularmente no serviço terciário.

Assim, o encaminhamento da mulher é importante para que seja estabelecido e realizado um plano específico e especializado de cuidado à saúde daquela e de seu conceito¹² no tempo requerido.

Para a efetivação desse processo de referenciamento, é fundamental que a atenção básica dialogue com outros serviços de saúde e com a rede de apoio à assistência pré-natal. Essas articulações quando concretizadas proporcionam a garantia, no tempo necessário, não somente dos exames laboratoriais e diagnósticos, medicamentos e insumos, mas também do próprio transporte das mulheres aos serviços especializados, quando preciso. Deficiências dessa ordem podem resultar em prejuízos para a qualidade do acompanhamento das mulheres.¹³

Então, para que ocorra a necessária integração entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade é preciso que a rede de serviços seja organizada através de um complexo regulador no nível estadual e municipal, o qual deve se responsabilizar por gerenciar as demandas da atenção primária à saúde, de acordo com as necessidades da comunidade, com a disponibilidade de serviços de média e alta complexidade¹⁴, viabilizando a interação de todos os níveis de atenção à saúde.

Nesse sentido, quanto mais bem estruturada for a organização dos serviços da atenção básica e sua articulação com os serviços de saúde de maior complexidade, mais qualificada será a assistência à saúde prestada, assim como será assegurada a integralidade no atendimento prestado à mulher em gestação de maior risco.¹⁵

Igualmente, é necessário que profissionais reconheçam a importância da construção do papel ativo das mulheres no próprio cuidado à saúde gestacional. O trabalho das equipes de saúde e das organizações deve apoiá-las para que ampliem sua

capacidade de pensar-se em um contexto social e cultural e de cuidarem de sua saúde no ciclo reprodutivo e para além dele. Dessa forma, possibilitar, também, que busquem outros caminhos para acessar ou dispor do que consideram necessário à sua saúde, enquanto muitas vezes os profissionais enquadram-se na organização do trabalho predominante, percorrendo trajetórias e utilizando recursos assistenciais padronizados.

É importante, ainda, o atendimento às necessidades em saúde expressas e reconhecidas por essas usuárias através do empenho de profissionais da saúde em estabelecer a comunicação entre os diversos níveis de atenção à saúde que elas percorrem quando referenciadas. A organização local do serviço deve considerar as necessidades em saúde expressas pela população usuária do serviço, identificadas a partir do diagnóstico epidemiológico, e por informações do cotidiano das unidades.¹⁵

Portanto, o processo de referenciamento de mulheres gestantes a vários níveis de complexidade e especialidade deve favorecer o acesso delas aos serviços de saúde, conforme suas necessidades, suscetibilidades e problemas de saúde.

Um aspecto para a garantia desse acesso é de que o profissional que atua na área da saúde compreenda que a maneira pela qual ele se posiciona pode tanto favorecer quanto prejudicar esse acesso.¹⁵ Nessa perspectiva, o trabalhador da saúde tem o poder de decisão sobre a trajetória a ser implementada pela usuária, pois no modelo tecno-assistencial ele julga e decide o trabalho a partir da sua própria subjetividade, definindo a necessidade de saúde da usuária. Ressalta-se que esse “poder” de decisão interfere diretamente na garantia do acesso a todos os níveis de atenção que a usuária necessita e na forma como ela é recebida/acolhida pelo serviço de saúde, uma vez que o acolhimento e o vínculo devem ser estabelecidos entre eles visando à promoção da integralidade e da humanização da assistência.¹⁶

Assegurar o acesso de mulheres em gestação de maior risco, potencialmente, pode favorecer o atendimento às necessidades em saúde desse grupo de mulheres. A não efetivação do acesso aos serviços de saúde dos diversos níveis de complexidade configura-se como uma problemática que pode agravar a sua situação gestacional de maior risco e, ainda, provocar novas suscetibilidades e problemas de saúde às mulheres que realizam o pré-natal.

♦ Conduta: orientações às mulheres relacionadas ao risco e ao encaminhamento ao pré-natal especializado

Outra conduta adotada pelos trabalhadores, relacionada, em especial, à finalidade de efetivação do encaminhamento feito, isto é, à vinculação da mulher ao serviço especializado para o qual ela foi referenciada, é a oferta de

orientações ou informações à mulher sobre o encaminhamento, o local do pré-natal especializado e a sua importância.

Nesse sentido, destacam possíveis problemas que a mulher pode ter, caso não busque o atendimento especializado:

Quando eu identifico o risco, eu oriento bastante ela (mulher). Faço um encaminhamento para o alto risco, explico que será um pré-natal de alto risco, onde será, a importância em estar indo, como será o acompanhamento dela, quais os problemas que podem ocorrer se ela não for ao alto risco, e que podem agravar, tanto para ela quanto para a criança durante o pré-natal. Então, ela sai bem orientada da importância do acompanhamento de ambos (M1 - USF A).

Para a oferta de assistência de qualidade e o acesso aos serviços de saúde, é imprescindível respeitar o direito das pessoas de serem informadas sobre os serviços disponíveis, seus horários, pré-condições requeridas para acesso aos mesmos, ações que realizam, dentre outras informações.¹³

Como a busca do serviço especializado depende da mulher, por meio de informações, os profissionais buscam aumentar a sua consciência quanto aos riscos e à importância de comportamentos seguros:

Eu começo orientando, eu gosto pessoalmente de esclarecer muito bem o que ela (mulher) tem, de tirar os anseios e, ao mesmo tempo, deixá-la preocupada em saber que não é simples. Gosto de colocá-la a parte do que vai acontecer com ela, qual o tratamento, explico para onde ela vai, quais são as nossas referências de alto risco (E5 - USF E).

Contudo, essa é uma prática que se fundamenta no modelo informacional tradicional, uma vez que, nas consultas observadas de pré-natal, as ações educativas são realizadas individualmente; no geral, o profissional discursa a respeito da alimentação saudável, da imunização, da preparação para o parto, dos cuidados com o recém-nascido, do planejamento familiar, entre outras. Por exemplo: [E5, USF E, indaga as queixas e os sintomas de uma mulher primigesta, 16 anos, com 27 semanas de gestação, em sua 6ª consulta de pré-natal].

E5: *E as besteiras que você andava comendo, parou? Você tem que se alimentar bem, tomar café da manhã, preferir frutas, alimentos mais saudáveis.*

Mulher: *Só hoje que comi uma bolacha e “toddinho”; peguei dois reais com meu marido e comprei.*

E5: *E por que você não comprou uma banana?*

Mulher: *Porque minha tia ficou de me dar. Ela disse que iria levar algumas frutas para mim.*

[Na continuidade, E5 questiona sobre a moradia da mulher e suas relações familiares; verifica a ultrassonografia trazida pela mulher, calcula a IG, a Data Provável do Parto (DPP) e continua a consulta, realizando o exame físico].

O modelo informacional é aquele no qual o fluxo de comunicação é estabelecido entre emissor e receptor, de maneira vertical e linear. Nesse modelo, o processo comunicativo se constitui de

modo fragmentado, pois o poder da palavra é conferido ao polo emissor, considerado o detentor de conhecimentos e informações a serem transmitidas ao polo receptor, objetivando a sua mudança de comportamento. Ao abordar a comunicação como um mero processo de transmissão de mensagens, com sentidos previamente estabelecidos, esse modelo negligencia a intervenção dos sujeitos na vida social e omite a complexidade da dimensão simbólica presente em todo ato comunicativo.¹⁷

Nesses casos, a mensagem ou informação transmitida durante as ações educativas não se estabelece como efetiva, visto que é preciso que ela seja tomada como conteúdo simbólico, ou seja, quando representa algo para alguém.¹⁸

Além disso, embora os profissionais realcem a importância da participação da mulher no cuidado de si, estimulada pela educação em saúde, não expressam uma compreensão-ação crítica de educação em saúde, tendo em vista propiciar a autonomia da mesma. Contudo, é importante o fato de profissionais reconhecerem a necessidade da educação que a gere.

[...] De forma geral, eu tento empoderá-las de conhecimento, a partir daquilo que elas já sabem e às vezes desconstruindo algumas coisas nocivas. Eu gosto muito de explicar bem os porquês das coisas [...] Então, eu não falo simplesmente que não pode. Assim, eu percebo, na prática, que quando eu faço esse detalhamento elas aderem mais (E5 - USF E).

Esse modo de efetivar aspectos educativos cria barreiras à construção de conhecimentos pelas mulheres, que lhe propiciem tranquilidade e autonomia.

No primeiro sentido, é importante que o profissional considere que a experiência do maior risco gestacional, por mulheres, se faz acompanhar de novas tensões, preocupações e temores. Esses sentimentos tendem a permanecer quando, dentre outras coisas, elas não entendem ou não têm acesso a novas referências para compreender o que lhes acontece; igualmente, se não têm acesso aos cuidados profissionais dos quais necessitam ou julgam necessitar. O diagnóstico de maior risco, quando informado à mulher, pode gerar uma reação importante, de sofrimento, relacionada ao impacto que o problema trará ou que entende que trará à sua vida e à saúde do filho, diante do projetado. Essa reação pode se instalar ou se mostrar agravada se não há o entendimento do que o diagnóstico de maior risco significa.

Pesquisa sobre vivências da gravidez de alto risco, desenvolvida em Divinópolis, Minas Gerais, aponta que no pré-natal da mulher em situação de maior risco a atenção e a disponibilidade oferecidas pelos profissionais, para esclarecer dúvidas e dar orientações detalhadas, amenizam o medo e a angústia apresentados. Com o diálogo em torno do diagnóstico de risco e sobre os motivos do

Oliveira DC, Mandú ENT.

Suscetibilidades e problemas de saúde de mulheres...

encaminhamento, comumente, as mulheres se sentem mais seguras.¹⁹

Quanto à produção da autonomia, a mulher deve emergir no espaço assistencial de modo não restrito a elemento apenas coadjuvante da decisão do como fazer, ou seja, deve participar ativamente também das escolhas do que fazer⁷ diante do seu processo reprodutivo.

Para isso, as mulheres e os seus acompanhantes devem ser estimulados e apoiados para ampliarem os seus conhecimentos, reconhecerem os recursos dos quais a comunidade dispõe e aprenderem sobre direitos reprodutivos e sexuais e sobre leis que envolvem a gestação, o parto e puerpério, tendo em vista a sua participação na reivindicação de direitos e na proposição de mudanças na assistência. Assim sendo, o processo educativo participativo favorece o protagonismo das mulheres e dos familiares, na medida em que contribui para que façam escolhas, para que fortaleçam suas capacidades individuais e coletivas, para que ampliem a visão dos recursos disponíveis e que as encorajam a buscar novas estratégias para compreender os seus problemas, a fim de minimizá-los ou resolvê-los, além de fortalecê-las para enfrentar os desafios.²⁰

A intensificação das ações de educação em saúde entre as mulheres que se encontram em situação especial constitui estratégia fundamental. Todavia, em sua efetivação, é necessário promover a autonomia de mulheres e de suas famílias, tendo por orientação a abordagem social da saúde. A educação em saúde constitui importante estratégia de promoção da saúde reprodutiva ao estimular a capacidade de análise e de intervenção da mulher perante as suscetibilidades e os problemas de saúde aos quais estão expostas.

Para isso, os trabalhadores necessitam conhecer as mulheres, suas capacidades e potencialidades, bem como considerar as suas vivências e suas necessidades a partir das perspectivas delas. Pois, a adequada assistência pré-natal na ESF requer a aproximação e o entendimento de como as mulheres se sentem e de como atribuem sentido e cuidam da experiência de gerar um filho, em especial quando elas se encontram em situação de maior suscetibilidade.

♦ Contradições em torno da participação da ESF na continuidade do acompanhamento da mulher encaminhada

Além das duas condutas destacadas, priorizadas pelos profissionais, estes afirmam controlar a permanência da vinculação da mulher no serviço de referência. Nesse contexto, destacam a atuação domiciliar dos ACS, checando essa vinculação, e o uso de abordagem confirmatória pelo profissional do pré-natal quando a mulher comparece à USF para acessar um dado procedimento ou mesmo para continuá-lo:

[...] Às vezes acontece, da gestante, depois do encaminhamento, ter uma consulta agendada aqui (USF) e vir sem ter levado o encaminhamento. Aí a gente orienta [...]. Vêm separadas no meu relatório, quantas gestantes eu tenho por microárea, aí eu consigo ter o controle com a agente de saúde: - “as suas gestantes estão indo ao pré-natal? Quem não está, procura saber por que não está indo”, então eu tento manter o controle (E3 - USF C).

Da perspectiva da vigilância tradicional, esta tem sido considerada uma prática importante, uma vez que a ausência de controle pré-natal pelo profissional pode incrementar o risco para a mulher gestante ou o conceito.⁵ Nesse sentido, beneficiar o contato da mulher com o serviço local e com serviços de referência e seus recursos propicia, em alguma medida, que a mesma seja mais bem acompanhada em sua condição de saúde reprodutiva e que ocorra a continuidade do cuidado.⁴

Há várias ações preconizadas no manual técnico do pré-natal²¹ que compõem a vigilância à saúde reprodutiva no âmbito da atenção básica, dentre elas, recomenda-se a busca ativa das faltosas nas ações sistemáticas ofertadas. Outro eixo da vigilância à saúde reprodutiva é a promoção da saúde, com a garantia do acesso a serviços e ações de saúde, voltada a problemas/necessidades abrangentes e reconhecidos, incluindo as causas da saúde/doença reprodutiva. Portanto, ao ter como perspectiva a vigilância à saúde reprodutiva com sentido abrangente, espera-se que as ações ocorram em diferentes direções, de forma sólida, articulada, envolvendo diversas estratégias e sujeitos.⁴

A manutenção do vínculo entre a mulher e a USF é parte das recomendações feitas para os serviços locais. Ela está presente na política nacional de saúde para o cuidado à gestação de maior risco, a qual propõe que a equipe local tenha informação a respeito da evolução das condições de saúde da mulher, dos tratamentos administrados e, se necessário, que realize a busca dela em seu território por meio da visita domiciliar. O acompanhamento conjunto é tido como necessário para garantir a qualidade da assistência à gestação de maior risco.⁵

Assim, o serviço local deve organizar o seu processo de trabalho para alcançar esse objetivo, no sentido de estabelecer quais ações serão realizadas, por quem e de que modo. Assim sendo, a mulher deve ser orientada e estimulada a não perder o vínculo com a atenção básica que iniciou o seu acompanhamento. As visitas domiciliares dos ACS, enfermeiros e médicos, se necessário, devem ser previstas e efetivadas.

Espera-se que o serviço de maior complexidade, inclusive, a contra referência para a equipe da ESF visando melhor acompanhamento do seu processo, sendo essa uma prática que favorece a continuidade da assistência e promove maior

resolutividade e longitudinalidade do cuidado.²² O estabelecimento de uma comunicação dinâmica entre os serviços de saúde permite que a mulher gestante acesse mais facilmente os serviços de atenção básica em razão da proximidade destes com o seu domicílio.⁵

Médicos e enfermeiros consideram importante a manutenção das consultas de pré-natal, da mulher encaminhada, na USF. Afirmam que o acompanhamento conjunto propicia a conservação do vínculo com a USF, o acesso mais rápido e sem custo financeiro a cuidados dos quais a mulher precisa, bem como o acompanhamento do histórico de saúde da mulher e a oferta de orientações durante todo o ciclo reprodutivo.

Eu acredito que o certo seria ela (mulher) estar sendo acompanhada nas duas unidades, tanto no centro de referência quanto na nossa (USF). Na nossa porque estamos perto da paciente, é um acesso fácil que ela tem aqui. Mas ela estar indo ao centro de referência, ser consultada, ter uma ficha, ter cadastro, também é importante no caso de uma urgência, quando precisar, pois ela vai ser atendida lá de uma forma bem fácil, sem precisar daquela burocracia, de ficar esperando, de tentar uma vaga. Então, é importante pela proximidade da residência da paciente, da gente estar controlando alguma coisa de forma mais rápida, até porque a gestante, qualquer coisinha, em qualquer minuto, qualquer hora, faz diferença, ainda mais por a paciente ser de uma comunidade carente, vemos a dificuldade de ela estar indo lá (serviço especializado). Então, seria importante estar acompanhando de uma forma parceira, o centro de referência e o PSF, para podermos estar acompanhando e orientando da melhor forma (M3 - USF C).

Precisamos saber do histórico dela, de ter esse vínculo para cuidar da criança, da puérpera. Então, precisa sim ter vinculação na Saúde da Família, mesmo que ela esteja no alto risco (E5 - USF D).

Esse modo de ver a questão é importante para o acompanhamento local não só do processo médico que gerou o maior risco, mas também para acolhimento e apoio amplo da mulher, coerente com a perspectiva de vulnerabilidade.

Profissionais não só atribuem valor ao acompanhamento pré-natal da mulher, pelo serviço especializado e também pela USF, como também afirmam realizá-lo:

Ela (mulher) continua sendo acompanhada aqui (na USF). Ela tem as consultas lá na referência, mas têm as consultas mensais aqui, que a gente marca, e tem o acompanhamento das agentes comunitárias. Então, continua o acompanhamento da mesma forma, só orientamos que será um acompanhamento mais amplo, porque não será restrito, aqui com a gente. Elas vão ter o acompanhamento também pelo hospital (E2 - USF B).

Contudo, apesar de os trabalhadores afirmarem existir a continuidade do pré-natal local de mulheres encaminhadas, isso não ocorre rotineiramente. Algumas mulheres, de fato, continuam a ser acompanhadas pela USF, através da consulta e/ou pelo ACS, particularmente as com algum fator físico considerado mais significativo

pela equipe (nos casos acompanhados, microcefalia, deficiência visual, hipertireoidismo, diabetes gestacional, pressão arterial elevada), enquanto outras não. Essas últimas estabelecem contato eventual com a ESF, apenas para cuidados como imunização, obtenção de medicações, aferição de pressão arterial, dentre outros.

Pesquisa que analisou a ótica de puérperas sobre o pré-natal, realizada no Rio Grande do Sul, também evidenciou essa descontinuidade na atenção pré-natal e a quebra do vínculo da mulher com os profissionais da ESF a partir do seu encaminhamento ao serviço de referência.²³

Quando as consultas de pré-natal são realizadas, mantém-se a rotina básica de atendimento, repetindo-se muitas das ações realizadas no serviço de referência. Nessa rotina, o controle dos riscos é central, o que é feito investigando-se fatores preexistentes à gestação (individuais; sociodemográficos; da história reprodutiva e condições clínicas) e manifestações patológicas no decorrer dela (exposição a teratogênicos, doença obstétrica e intercorrências clínicas). O objeto da ação de trabalho, para o qual o controle volta-se, no lugar da pessoa e de sua história, recai em dados de interesse, trabalhados como história clínica e exame físico, e resulta em diagnósticos médicos da situação. Mesmo que causas radicadas na vida da pessoa sejam investigadas, esta praticamente desaparece.

Desse modo, as equipes locais não atuam com especificidade e de forma complementar ao serviço de referência, por exemplo, lançando mão de recursos de abordagem de condições de vida da mulher, da ativação da rede de suporte familiar e social, que a apoiem continuamente e à família em sua participação no cuidado.

O serviço de saúde local, além de referenciar a mulher com gestação de maior risco a um serviço especializado, deve acompanhá-la e apoiá-la, assumindo a coordenação do cuidado a ela dirigido. A coordenação do cuidado pela ESF é importante para afiançar a vinculação da mulher ao serviço referenciado, para acompanhar os cuidados definidos e para apoiá-la no que necessita.^{5,24} A continuidade do contato propicia a realização de ações de promoção da saúde e de cuidados na esfera emocional e familiar. Para isso, o pré-natal deve apoiar-se em serviços e recursos sociais diversos visando romper com a fragmentação existente na abordagem da saúde e com a transferência de responsabilidade da ESF para o serviço especializado e para a própria mulher gestante.

♦ Vulnerabilidades como interferência do social no orgânico

Na efetivação dos cuidados pré-natais, os trabalhadores alegam lidar constantemente com aspectos de ordem social, familiar e comportamental de mulheres grávidas. Estes são

traduzidos como vulnerabilidades enfrentadas por estas. Isto é, para eles, vulnerabilidades dizem respeito a questões não orgânicas. Nesse sentido, evidenciam: falta de interesse ou de conhecimento da mulher para adoção de comportamentos reprodutivos e de cuidado da saúde “adequados”; deficiências no acesso à educação formal e à renda; carência de apoio social para o cuidado dos filhos em situações nas quais se faz necessária a ida da mulher aos serviços; dificuldades na aceitação da gestação pela família e pelo companheiro; e falta de apoio destes à mulher.

[...] Existe uma vulnerabilidade no sentido social, de ter condição para ir (ao serviço especializado): às vezes, o lugar é muito longe, ela (mulher) tem outras crianças que não tem com quem deixar, para ir fazer os exames [...] Então, tudo isso nós temos que estar vendo, e achar uma forma de estar acolhendo essa gestante [...] (M3 - USF C).

Geralmente nessas classes inferiores tem muita vulnerabilidade, o desinteresse delas (mulheres) em fazer o pré-natal, a falta de informação, tem meninas de 14 e 15 anos que não sabem a importância do pré-natal, tem problemas na família, com o namorado, não sabe quem é o pai, esses tipos de coisas [...] Então são esses tipos de vulnerabilidades (M4 - USF D).

A compreensão de trabalhadores de que esses aspectos comprometem a saúde reprodutiva das mulheres é importante à abordagem dos riscos reprodutivos priorizada na ESF, mediante ações preventivas.

Contextos vulneráveis reforçam a importância da dimensão social no entendimento da complexidade dos riscos, visto que, mesmo em situações em que os riscos são conhecidos e medidas preventivas podem ser aplicadas, vários fatores impedem tanto o reconhecimento dos problemas como a implementação de medidas preventivas e de controle mais efetivas.²⁵ Na perspectiva dos riscos, porém, aspectos tais como os evidenciados pelos trabalhadores são tomados como fatores isolados na ação cuidativa, diante das suscetibilidades e dos problemas de saúde de mulheres gestantes reconhecidos.

A análise de vulnerabilidades, tomada como referência conceitual e metodológica integradora, busca compreender a saúde articulando-a com múltiplos aspectos e processos do contexto social, ambiental, institucional e os modos de viver, agir e pensar das pessoas e dos grupos.

Quadro como o da vulnerabilidade busca resgatar as relações entre os aspectos contextuais e os individuais e implicá-los nos diagnósticos e na ação efetiva em saúde.⁷ Na prática clínica, esses aspectos devem ser identificados e analisados em suas articulações e se transformar em diagnósticos das vulnerabilidades enfrentadas pela mulher, assim como dos potenciais que dispõem. Mais que isso, eles devem resultar em ações de promoção da saúde, em seu sentido amplo.

Então, para dar sentido aos promotores de vulnerabilidades da mulher gestante, é

imprescindível apreender e articular o conjunto de processos individuais, econômicos, culturais, políticos, além dos propriamente biomédicos, em suas repercussões para a saúde daquela, e reconhecer o quanto e como esse conjunto resulta no enfraquecimento ou no fortalecimento da mulher diante das situações vivenciadas.

Dito isso, a questão a indagar é como esses aspectos são inter-relacionados pelos trabalhadores das unidades estudadas, no cotidiano da assistência, ao avaliarem as condições de saúde da mulher, e se eles implicam na definição, realização ou articulação de ações de promoção da saúde. Isto é, se elas de fato representam alguma abertura à superação da predominante prática clínica de pré-natal, apoiada exclusivamente em saberes biomédicos e na epidemiologia dos riscos.

O que se pode apreender do discurso dos trabalhadores é que, de algum modo, diferenciam riscos e vulnerabilidades, ao associá-los a graus de gravidade da saúde da mulher e às ações requeridas, ao tempo que admitem certa associação entre ambos, ao se reportarem às interferências do social no orgânico.

O risco é compreendido como algo mais grave que a vulnerabilidade, que resulta em doenças, comprometimento orgânico ou morte da mulher e/ou de seu filho. A ideia de risco aparece ligada às doenças, à urgência dos cuidados e ao uso de tecnologias de outros níveis assistenciais. A gestação é de “risco” quando requer acompanhamento imediato em serviço médico especializado, pois a USF não dispõe de tecnologias para enfrentá-lo.

O risco é visto como de maior gravidade por representar socialmente aquele que tem maior chance de agravamento do quadro clínico-orgânico, com possíveis consequências prejudiciais à saúde. Quanto mais crítico o risco, maior a importância dada a ele na adoção de medidas preventivas, no seu monitoramento por indicadores e na predefinição de medidas corretivas aplicadas quando ele se concretiza.²⁶

A vulnerabilidade, por sua vez, é vista como de menor gravidade e como tarefa a ser desempenhada pela unidade de saúde local, com o uso de recursos assistenciais diferenciados dos da ação sobre os riscos - entre os quais destacam a educação em saúde e as parcerias com órgãos sociais. A vulnerabilidade é relacionada a questões sociais e comportamentais ou a aspectos não claramente identificados (“essas coisas”), admitindo-se, ou não, secundariamente, a sua relação com doenças.

Na vulnerabilidade a gente intervém de uma forma diferente, do que um risco, pois a vulnerabilidade são os itens: a escolaridade baixa, gestantes que já têm vários filhos. O risco refere-se mais a doenças mesmo, toxoplasmose, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional. Tem essa diferença, e aí a abordagem é diferente, porque as pacientes que classifico como vulneráveis, a

maioria eu acompanho na unidade, e as que eu classifico como de risco eu encaminho a maioria (M2 - USF B).

Às vezes, a gestante é vulnerável, mas ela não apresenta o risco na gravidez, o risco na gravidez a gente considera quando a mãe pode entrar em sofrimento e o bebê também. Muitas vezes, ela ser vulnerável nós conseguimos contornar, entramos em parceria com outras ações do Ministério. A gente consegue contornar aquele caso, consegue ajudar. Agora, uma gestação de alto risco, muitas vezes, nós não conseguimos interferir e aí precisamos encaminhar essa gestante (E2 - USF B).

Ainda que seja relevante a compreensão encontrada, em especial, de que cabe à ESF lidar com vulnerabilidades, atribuiu-se maior valor à abordagem do risco; e os recursos a serem usados para o enfrentamento das vulnerabilidades são simplificados ou vistos como menos complexos.

Expressam a ideia de que a abordagem das vulnerabilidades propicia condições para a saúde física e a qualidade de vida da mulher e, ainda, para o nascimento de um conceito saudável:

É bastante importante estar rastreando vulnerabilidades, porque baseado nisso, conservamos ou não um feto bem formado, um feto saudável, e até para a questão de uma qualidade de vida da gestante durante a gestação, o parto e pós-parto. Então, avaliar a vulnerabilidade de gestante é algo muito importante, é preciso estar sempre perto da gestante (M5 - USF E).

Entretanto, dicotomizam vulnerabilidades, riscos e doenças ou vulnerabilidades e saúde em sentido amplo. Dessa forma, na análise dos problemas de saúde das mulheres gestantes, não são valorizadas outras dimensões, além das biológicas, o que contribui para condutas limitadas que supervalorizam questões orgânicas, em detrimento da sua contextualização sociopolítica, econômica, cultural e intersubjetiva.

O risco não pode ser traduzido como vulnerabilidade, mas há relações estreitas entre eles, por exemplo, o comportamento dos sujeitos perante situações de risco depende de sua vulnerabilidade.²⁷ Assim, ambos devem ser analisados de forma integrada e contextualizada, possibilitando a confrontação e a complementação das duas abordagens. Isto é, avaliar e compreender os riscos e, para além deles, também as vulnerabilidades existentes propiciam uma visão mais abrangente da situação de saúde da mulher grávida e das práticas de cuidado das quais ela necessita.

Os profissionais reconheceram a importância de avaliar e intervir em vulnerabilidades das mulheres no pré-natal. Mas, para eles, intervir revelou-se como compreender o que de suas condições de vida interfere na evolução dos problemas médicos que as grávidas apresentam e usar o conhecimento profissional e a conversa para enfrentá-las. Além disso, a ação voltada às vulnerabilidades inclui a obtenção da participação da família no cuidado, a articulação de parcerias intersetoriais, a realização

do acolhimento (como escuta e apoio) e adequação das orientações às condições de vida da mulher.

É muito importante avaliar vulnerabilidade, porque não adianta falar para ela (mulher) comer isso, comer aquilo, que tem que comer de três em três horas, comer seis refeições ao dia, sendo que ela não tem condição de fazer nenhuma. Às vezes, não tem condição de comer nem no almoço, no café da manhã, e você fica falando. Então, se não pesquisar, como você vai saber do que ela precisa? Você pode fazer uma lista de alimentação para ela fazer, orientar, orientar e orientar, e no próximo mês que ela voltar, vai estar hipocorada do mesmo jeito, com baixo peso; os exames vão continuar alterados e você vai ficar sem entender o porquê disso. É porque você não viu o “por trás” dela. Então, aqui a gente vê não só a gestante, mas o “por trás” da gestante também. Então, é importante saber (E2 - USF B).

Trabalhar com vulnerabilidade não é algo simples. As vulnerabilidades não se manifestam da mesma forma para todos. Elas requerem análise e ação profissional especializada para a sua apreensão, compreensão e enfrentamento.²⁸ Além disso, elas demandam respostas intersetoriais²⁹ e integração com alternativas da rede de apoio social.

Apesar de trabalhadores identificarem algumas vulnerabilidades das grávidas na prática clínica de pré-natal e de considerarem importante a sua avaliação nesse espaço, esta não é uma prática sistemática. Assim sendo, informações relacionadas não são registradas nos prontuários e outros instrumentos de acompanhamento. Igualmente, a abordagem de vulnerabilidades que realizam não passa pelo provimento de ações abrangentes de promoção da saúde da mulher, de seu filho e da família, concentrando-se em ações educativas tradicionais e/ou eventuais encaminhamentos a serviços sociais disponíveis.

Nós (profissionais) tentamos (diagnosticar graus de vulnerabilidades), porque é um bairro periférico, tem bastante carência. A gente vê pelo nível social, cultural, tudo isso. Então, conseguimos identificar vulnerabilidades, mas interferir, dar suporte e acompanhamento, nós ficamos um pouco deficiente, mas tentamos trabalhar com a educação em saúde (E3 - USF C).

No segundo sentido, uma ação efetivada é o referenciamento da mulher para o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, sendo frágil a articulação das ações locais com recursos sociais de apoio à mulher, incluindo a própria família. Embora os trabalhadores reconheçam as ações intersetoriais como medidas importantes para o enfrentamento das vulnerabilidades das grávidas, essas não se encontram organizadas no município. Nesse sentido, são importantes ações, tais como apoio à escolarização e às atividades físicas, de lazer e socialização; promoção e defesa dos direitos; integração das práticas de saúde a ações de desenvolvimento comunitário e de participação política, dentre outras.⁷

A não avaliação e reconhecimento de vulnerabilidades da mulher e de suas possíveis

implicações, pelos profissionais, assim como as dificuldades na articulação e provimento de ações de promoção da saúde, guardam relação com o modelo biomédico, histórico e predominante em saúde, com as políticas de saúde decorrentes, priorizadas para a atenção básica, bem como com os modos como se efetiva no dia a dia o processo de trabalho nesse espaço.

Isso se reflete em certo despreparo de médicos e enfermeiros para a abordagem das vulnerabilidades na clínica e nas ações coletivas, tal como apontado por eles próprios.

Eu acredito que eu consigo identificar os riscos, as vulnerabilidades eu demoro um pouco a perceber, principalmente, vulnerabilidade social, econômica, que, muitas vezes, a gente não entende [...] Fazemos a identificação biológica, que a gente sabe fazer bem, mas tem que melhorar também outros olhares. Existem capacitações para nós, e isso é bom; pois há algumas coisas que caem no esquecimento [...] (E3 - USF C).

Essa percepção representa certa crítica ao feito e abertura a novas incorporações. Nesse sentido, é importante investir no preparo dos profissionais, a respeito dos limites do que fazem e dos vários saberes que os orientam cotidianamente, para que exerçam um protagonismo na construção de novas alternativas para o cuidado, desdobradas em proposição e uso, no trabalho clínico, de novas tecnologias.

CONCLUSÃO

No contexto estudado, a superação da exclusividade da perspectiva de risco adotada no pré-natal da ESF permanece desafiada pela necessária incorporação da abordagem social da saúde reprodutiva e da atenção aos seus determinantes e condicionantes.

Embora aspectos intersubjetivos, familiares e socioculturais sejam reconhecidos pelos profissionais como promotores de vulnerabilidades de mulheres grávidas, com repercussões em sua saúde física e qualidade de vida, apresentam uma visão restrita da questão e dificuldades na articulação e provimento de ações de promoção da saúde. Esse é, então, um tema a ser objeto de debate e reconstrução conjunta por trabalhadores locais, gestores do setor e outros sujeitos sociais.

Há a necessidade de aprofundar o estudo da abordagem de vulnerabilidades de mulheres grávidas, particularmente a necessidade de construir criativamente, com o apoio da pesquisa, caminhos operacionais para a apreensão e a interpretação dos determinantes sociais da saúde da mulher na clínica de pré-natal, assim como a atuação sobre eles.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandu ENT, Ayres JRCM. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2017 May 11];20(1):19-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_04.pdf
2. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2010.
3. Jabra KL. Consulta de enfermagem de pré-natal na Saúde da Família em Cuiabá: reflexo burocrático e normalizador do social [dissertação]. Mato Grosso (MT): Universidade Federal de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.
4. Elias NA, Mandú ENT, Araújo LMA. Vigilância à saúde reprodutiva na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 05];18(3):456-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0456.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico: gestação de alto risco. Série A - Normas e Manuais Técnicos [Internet]. 2012 [cited 2013 June 12];5:1-304. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
6. Ayres JRCM. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. Cad saúde pública [Internet]. 2011 July [cited 2013 Oct 15];27(7):1301-11. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n7/06.pdf>
7. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E - Legislação em Saúde [Internet]. 2012 [cited 2013 June 12];1:1-114. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
9. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad saúde pública [Internet]. 2011 Feb [cited 2014 Mar 12]; 27(2):389-94. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
10. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 15];17 (3):621-6. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>
11. World Health Organization. Programme to map best reproductive health practices [Internet]. 2002 [cited 2014 Jan 24]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf
12. Feitosa ACR, Queiroz AM, Vianna AM, Schleu M. Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 10];32(10):504-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n10/v32n10a06.pdf>
13. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na

Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2013 May 14];15(3): 3579-586. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores [Internet]. 2010 [cited 2013 June 12];6(2):1-57. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf

15. Correa ACP, Goi HY. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de Saúde da Família em Cuiabá. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2014 [cited 2014 May 14]; 13(1):104-10. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19916/pdf_119

16. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

17. Simões PG. Para uma abordagem das interações comunicativas. Verso Reverso [Internet]. 2007 [cited 2014 July 31];21(46):[about 5 p.] Available from: <http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/versoerverso/article/view/5776/5234>

18. Silva LB, Soares SM. Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na saúde da família. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 15];47(3):640-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00640.pdf>

19. Oliveira VJ, Madeira AMF. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. Esc anna nery rev enferm [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2013 Oct 15];15(1):103-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/15.pdf>

20. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 May 14];19(4):719-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400015

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A - Normas e Manuais Técnicos [Internet]. 2012 [cited 2013 June 12];32:1-320. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

22. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 May 14];21(3):549-57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300009&script=sci_arttext

23. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da

medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 15];47(2):281-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200002&script=sci_arttext

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha [Internet]. 2013 [cited 2014 June 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

25. Porto MFS. Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007.

26. Areosa J. O risco no âmbito da teoria social. In: VI Congresso Português de Sociologia. Mundos sociais: saberes e práticas [Internet]. 2008 June [cited 2013 Sept 24]. Available from: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/323.pdf>

27. Janczura R. Risco ou vulnerabilidade social? Textos Contextos [Internet]. 2012 [cited 2014 Oct 15];11(2):301-8. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/12173/8639>

28. Luciano MP, Silva EF, Cecchetto FH. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 July [cited 2014 May 15];5(5):1261-266. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1727/pdf_559

29. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Sisprenatal [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 24]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>

Submissão: 09/12/2015

Aceito: 03/04/2017

Publicado: 01/05/2017

Correspondência

Daniela do Carmo Oliveira

Rua João Batista S. de Oliveira, 244, Ap. 706 C

Bairro Vista Alegre

CEP: 78085-712 – Cuiabá (MT), Brasil