

Disparidades e necessidades na atenção sanitária pré-natal

Salcedo-Barrientos D.M.

Enfermeira. Psicodramatista – Sócio Educacional. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH- USP). E-mail: dorabarrientos@usp.br

Caldas, J. M. P.

Senior Researcher Doctor and Sociologist Director of Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship Director of Iberoamerican Journal of Health and Citizenship Member of CLACSO and LASA (Sections: Sexualities Studies and Health, Science and Society) Researcher of COLAM - OUI Faculty of Psychology and Educational Sciences, CIIE University of Oporto

Email: jcaldas@fpce.up.pt

Resumo

Durante o pré-natal, a mulher utiliza com maior frequência os serviços de saúde, favorecendo o vínculo com o serviço e a identificação das necessidades em saúde. O objetivo deste estudo foi compreender as necessidades em saúde identificadas durante a assistência pré-natal realizada pela Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, sustentado pela TIPESC, sobre as necessidades em saúde das gestantes. Utilizou-se da entrevista em profundidade com 12 médicos e enfermeiros que compõem as sete equipas de ESF de uma Unidade. Nas categorias empíricas, destacaram-se: “Práticas institucionais e processo de trabalho”, “Necessidades em saúde das mulheres grávidas”, “Adolescência e gravidez”, “Gestantes imigrantes”, “Violência contra a gestante”, e “Formação profissional”. Conclui-se que na prática do pré-natal, os profissionais deparam-se com situações diversas mas nem sempre sentem-se preparados para oferecer uma assistência de qualidade para as mulheres. Dessa forma, torna-se urgente a inclusão e reformulação dos currículos e oferta de cursos de qualificação para os profissionais que já estão atuam na assistência, afim de rever os objetivos da Estratégia Saúde da Família e do próprio Sistema Único de Saúde no Brasil e direcionar a assistência para as necessidades em saúde da população.

Palavras-chave: Mulher; Pré-natal; Imigrantes; Necessidades em saúde; SUS.

Gaps and needs in prenatal health care

Abstract

During prenatal care, women most frequently used health services, reinforcing the link with the service and the identification of health needs. The aim of this study was to

understand the health needs identified during prenatal care conducted by the Family Health Strategy. This is an exploratory and descriptive qualitative approach, supported by TIPESC on the health needs of pregnant women. We used the depth interview with 12 doctors and nurses who make up the seven teams of ESF Unit. In the empirical categories were identified: the "institutional practices and work process", "health needs of pregnant women", "Adolescence and pregnancy," Pregnant women immigrants, "" Violence against pregnant women "and" vocational training ". It is concluded that the practice of prenatal care, professionals are faced with different situations but not always feel prepared to provide quality care for women. This way, it is urgent to include and reformulation of curricula and offer training courses for professionals already working in care, in order to review the goals of the Family Health Strategy and the actual Health System in Brazil and direct assistance to the health needs of the population.

Keywords: Women; Prenatal; Immigrants; Health needs; SUS.

DESIGUALDADES Y NECESIDADES EN ATENCIÓN DE SALUD PRENATAL

Resumen

Durante el período prenatal, las mujeres utilizan con más frecuencia los servicios de salud, fomentando el vínculo con el servicio y la identificación de las necesidades de salud. El objetivo de este estudio fue identificar y comprender las necesidades de salud durante la atención prenatal realizado por el Programa Estrategia de Salud Familiar. Se trata de un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, con el apoyo del TIPESC sobre las necesidades de salud de las mujeres embarazadas. Se utilizaron doce entrevistas en profundidad con médicos y enfermeras que conforman los siete equipos del ESF de una Unidad. En las categorías empíricas se destacaron las: "prácticas institucionales y proceso de trabajo", "necesidades en salud de las mujeres embarazadas", "Adolescencia y embarazo", "inmigrantes embarazadas", "violencia contra las mujeres embarazadas" y "formación profesional". Se concluye que en la práctica de atención prenatal, los profesionales se enfrentan a distintas situaciones, pero no siempre se sienten preparados para brindar atención de calidad a las mujeres. Por lo tanto, es urgente la inclusión y reformulación de los planes de estudios y ofrecer cursos de formación para los profesionales que ya trabajan en la atención a este colectivo, a fin de revisar los objetivos de la Estrategia Salud de la Familia y del Sistema Único de Salud de Brasil y de este modo direccionar la asistencia para las necesidades de salud de la población.

Palavras-clave: Mujeres; Prenatal; Inmigrantes; Necesidades en salud; SUS

Introdução

O presente trabalho faz parte integrante do projeto intitulado “Reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica na zona leste de São Paulo.

A implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), permitiu reconhecer sua potencialidade como um sistema de práticas de saúde organizadas para o atendimento às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, ressalta-se a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja implantação encontra-se estreitamente vinculada ao objetivo de organização da prática assistencial num dado território, operando mudanças institucionais e estabelecendo novas formas de gestão para incorporar e implementar princípios e diretrizes do SUS (Nascimento & Nascimento: 2005; Solla: 2004). Como prática social, o cuidado organiza-se para atender necessidades de saúde. Entretanto, as práticas de cuidado podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais (Silva & Formigli: 1994).

O reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados a princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aos conceitos de integralidade e equidade, na medida em que houve por parte das equipes de saúde o esforço de tradução e atendimento a necessidades, exigindo ações articuladas e complementares. (Puccini & Cecilo: 2004).

Durante a gravidez, a mulher passa por mudanças marcantes: físicas, emocionais e o próprio crescimento do feto no seu útero. Tais mudanças variam de acordo com o planejamento da gravidez, a aceitação por parte do parceiro, se mora ou não com o parceiro, o apoio familiar, as experiências prévias com outros filhos e os sentimentos em relação à própria infância. Algumas têm que lidar com a surpresa e o medo de assumir a nova condição (Shimizu & Lima: 2009). Dessa forma, ressalta-se a importância de uma assistência de pré-natal eficiente, de forma que aborde todas as necessidades físicas e emocionais desse momento.

Importante enfatizar como este período tem sido acolhido técnico e politicamente ao longo das últimas décadas. No nível nacional, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) formulado em 1983 e vem sendo implementado até a presente data, propondo um repensar quanto aos direitos sexuais e reprodutivos. O PAISM foi produto de longas discussões políticas e prioriza e assegura o atendimento integral das mulheres ao longo do seu ciclo de vida,

reforçando a integralidade como princípio do SUS, fundamental neste contexto.

Para o Ministério da Saúde brasileiro, a mortalidade materna e neonatal é considerada uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública. Entretanto, indicadores epidemiológicos mostraram através de dados do Datasus (Brasil, 2003), que a razão de Mortalidade Materna por regiões no Brasil x 100.000 nascidos vivos, entre 1996 a 2002, passou de 25 para 60,8 na região Nordeste, de 32,5 para 60,3 no centro-oeste e identificando-se uma queda na região sudeste de 52,4 para 45,9. No indicador nacional, verificou-se um aumento na mortalidade materna de 51,9 para 53,6 x 100,000 nascidos vivos. Quanto à estimativa de taxas de mortalidade neonatal, neonatal precoce, pós-natal x 1000 nascidos vivos, entre 1990 e 2002 identificou-se uma diminuição importante.

Dentre as principais causas destacam a hipertensão arterial, hemorragias, infecção pós-parto, aborto, falta de acesso aos serviços de saúde com boa qualidade, despreparo profissional, reduzida condição econômica, falta de humanização, baixa escolaridade e renda. Destaca-se também o uso inadequado de métodos anticoncepcionais, número insuficiente de serviços para atendimentos da mulher vítima da violência provocando gestação indesejada, abortos clandestinos, recorrência de grávidas de alto risco que não deveriam engravidar levando a óbito materno (Ministério da Saúde: 2010). É evidente que estes determinantes poderiam ser evitados, por meio de uma assistência a saúde da mulher planejada e efetiva.

Existem outros aspectos relevantes sobre a temática, como a ocorrência de gestação entre adolescentes e a violência contra a mulher gestante. Segundo o Ministério da Saúde (2010), nos últimos cinco anos houve queda de 22,4% entre 2005 a 2009, no número de partos entre adolescentes na rede pública. Mas mesmo com essa queda na taxa de adolescentes grávidas, o número ainda é assustador e ainda demanda uma atenção especial por parte dos profissionais diante os problemas sociais que este se defronta.

Já em relação à violência durante o período gravídico-puerperal, constitui-se um dos problemas de saúde pública pouco discutido e estudado. É motivo de muitas preocupações pelas diversas conseqüências que gera, afetando a qualidade de vida das mulheres. A ocorrência da violência é traduzida muitas vezes de forma camuflada nas denominadas “causas externas” e evidenciadas posteriormente em índices questionáveis através das taxas de morbimortalidade materna perinatal.

Cerca de 60% das mulheres entre 15 e 49 anos usuárias de um serviço de saúde em São Paulo e que já engravidaram foram vítimas de violência (sexual, psicológica e física) por parceiro íntimo no decorrer da vida conjugal e 20% destas afirmaram terem sido vítimas de violência física grave durante a gravidez, dentro do qual destacam socos, queimaduras, ameaça ou uso de arma. Durant (2006)

Na perspectiva das necessidades em saúde, olhar as gestantes e reconhecer suas necessidade extrapola os limites da assistência pré-natal centrada no corpo biológico e desenvolvimento fetal. A necessidade na perspectiva do materialismo histórico e dialético, conforme tratada por Agnes Heller (1986), é um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto referido é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem (Heller: 1986). As necessidades são divididas em naturais, as quais são responsáveis pela conservação e à perpetuação da vida, e as necessárias, que são radicais ou propriamente humanas, sendo que ambas são determinadas socialmente. Dentro das naturais encontram-se as necessidades de alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação, relativas à auto-conservação e à preservação da espécie. Já as necessidades necessárias incluem a liberdade, autonomia, auto-realização, autodeterminação, atividade moral, reflexão, entre outras (Heller: 1986).

Diante do exposto, este estudo tem a finalidade de aprimorar a prática do pré-natal em vista das necessidades em saúde das gestantes, reconhecidas pelos profissionais, favorecendo o questionamento da realidade e intervenção efetiva nos perfis epidemiológicos desse grupo especial.

Para tanto, teve como objetivo compreender as necessidades em saúde identificadas durante a assistência pré-natal realizada pela Estratégia Saúde da Família.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, ancorado na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) (Egry: 1996) e a categoria analítica Necessidades em Saúde, entendida como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, caracterizado pelo desenvolvimento

tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização, legitimadas pelos usuários do Sistema Unico de Saúde e pelos atores relevantes na sua definição e implementação e que possibilitem a intervenção sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença valorizando-o fundamentalmente como um produto social (Brasil: 2006) (Heller: 1986).

A TIPESC é uma proposta teórica e metodológica baseada no referencial filosófico do materialismo histórico dialético (MHD), atribuindo caráter histórico aos fenômenos sociais, segundo a suscetibilidade do homem diante dos meios de produção de material. Tem como objetivo, refletir e ampliar o método de intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade, através dos conceitos de historicidade, de dinamicidade e de práxis.

O presente estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na região Leste da cidade de São Paulo. Segundo dados divulgados em 2007, a Zona Leste de São Paulo tinha uma população estimada de cerca de 4.000.000 de habitantes (Câmara Municipal de São Paulo: 2007), aproximadamente 36% do total da cidade de São Paulo e a Unidade de Saúde estudada presta assistência integral a uma população de 28.000 habitantes em uma área de 8.95 Km². Conta com sete equipes de ESF e cerca de 150 gestantes são atendidas mensalmente na unidade.

A Unidade de Saúde cenário deste estudo, tem como principais objetivos de trabalho, a assistência primária à saúde e o seguimento dos princípios do SUS. Contava em 2010 com 6.807 famílias cadastradas, totalizando 24.295 usuários, dentre os quais, 168 eram gestantes. No mês de julho de 2010, foram realizadas 2.182 e 712 consultas, respectivamente por médicos e enfermeiros. Quanto às visitas domiciliares foram realizadas 132 por médicos, 729 por auxiliares de enfermagem, 191 por enfermeiros e 5.715 por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dentre as gestantes acompanhadas em visitas domiciliares por ACS, 19 eram menores de vinte anos, 165 tinham vacina em dia, 158 com o pré-natal no mês e 140 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

A UBS possui um sistema de referência e contra-referência no qual o paciente é referenciado em casos de urgência e emergência aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), ambulatórios de especialidades e para um Hospital Municipal que fica a 2 km.

Os Sistemas de informação em saúde mais usados pela UBS são: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Mãe Paulistana, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS) e Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Esses sistemas são utilizados tanto para a busca de informação, quanto para o cadastro dos dados dos usuários.

Foram entrevistados 12 profissionais de saúde (5 médicos e 7 enfermeiras), com idade entre 28 e 62 anos, maioria do sexo feminino, religião católica, evangélica e espírita. Todos formados por instituições de ensino privadas e cursaram especialização nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, medicina do trabalho, pediatria, neonatologia e licenciatura. O tempo de trabalho dos profissionais na Atenção Básica variou entre dois e 35 anos e no local da pesquisa entre seis meses e sete anos.

Foi realizada uma entrevista em profundidade estruturada, aplicada aos profissionais de saúde, a partir de questões norteadoras e complementares acerca de necessidades em saúde das gestantes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os sujeitos foram selecionados aleatoriamente até saturação da coleta de dados.

Utilizou-se a Análise de Discurso descrita por Fiorin para análise dos resultados e seleção dos temas contidos nos depoimentos. Esta técnica de análise e tratamento do material de fonte primária fundamenta-se na Teoria do Discurso – organização da narrativa e do discurso – dentro da perspectiva da dialética materialista (Fiorin: 2005).

O presente estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Processo nº 834/2009) e da Secretaria de Saúde do Município (Parecer 17/10 CAAE: 0188.0.162.162-09).

Resultados e discussão

Após análise qualitativa dos dados, emergiram seis categorias empíricas as quais explicitam os diferentes aspectos do fenômeno estudado e serão apresentadas a seguir.

Práticas institucionais e processo de trabalho no pré-natal

A matrícula é dos usuários e das gestantes que moram na área de abrangência da UBS é realizada diariamente pelo ACS, na unidade ou na residência do usuário, com a apresentação de um documento pessoal.

Os exames necessários na gravidez (hemograma, glicemia, tipagem sanguínea, fator RH, sorologia de toxoplasmose, VDRL, anti HIV, hepatite B e C, urina I- cultura de Urina e PPF) são solicitados pela enfermeira durante a primeira consulta de pré-natal. A coleta é feita diariamente e o tempo médio de espera para o resultado é de cinco a 15 dias. Na segunda consulta os resultados são entregues ao médico e as consultas posteriores alternam-se entre médico e enfermeira.

Na consulta de enfermagem é utilizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Protocolo Saúde da Família, além de formulários e estatística para a anotação dos registros. O acolhimento é realizado por uma enfermeira ou uma auxiliar de enfermagem em uma sala específica, sem que na Unidade exista treinamento ou capacitação dos profissionais para realizá-lo.

Dentro da Estratégia de Saúde da Família, ao enfermeiro compete a divisão de seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade. São de sua responsabilidade as seguintes atribuições: executar ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde; oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável; discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam e participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família (Ministério da Saúde: 1997).

Os profissionais que participaram desse estudo apontaram facilitadores da assistência:

(...) a principal facilidade é o vínculo. (E12)

Realizei visitas, acompanhando com a família, procurando saber da família, inclusive ela me falou que as irmãs também sofreram violência. (E2)

(...) por causa da desconfiança, mas a gente conseguiu superar, conversando bastante, mostrando pra ela que eu era uma amiga, uma profissional. (E2)

Eu conversei muito com ela, dei muita atenção, porque é isso que eles pedem, mesmo que você não consiga resolver, mas só de você dar atenção, ouvir, ela acaba tendo uma confiança em você e ajuda ela melhorar. (E2)

Os instrumentos usados por equipes da ESF para possibilitar uma melhoria na assistência são letreiros informativos sobre variação nas condições das regiões monitoradas pela Unidades, visita domiciliar, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dados epidemiológicos e registro de atendimentos. Todos esses métodos proporcionam identificar as necessidades de saúde da população local e melhorar o atendimento, inclusive das gestantes.

(...) as pacientes com hipertensão eu encaminho tudo para alto risco. Aí vai do profissional tudo que no protocolo manda, eu já encaminho. Encaminho mas continuo acompanhando; eu faço esse prontuário dos exames que eu peço. Verifico se está com movimento fetal, cefaléia, edema, visão turva (...). (M6)

No depoimento acima o profissional defende o acompanhamento contínuo do paciente, mesmo quando este é encaminhado para alguma especialidade, dessa forma permite a manutenção das notificações e da coleta de dados para a estatística.

No discurso dos profissionais foi possível identificar limitadores da assistência,

tais como a organização do serviço e a demanda excessiva para atendimento, que interferem diretamente na qualidade da assistência

(...) no pré-natal, Já deixo o modelo pronto. Para ser mais rápido, faço assim, deixo tudo por escrito porque é pouco tempo que tem para falar com o paciente. (M6)

(...) é que a gente corre muito, a gente não dá tempo para por exemplo quando eu acho que o caso precisa de um pouco atenção especial eu já falo para enfermeira, esse casinho aqui. (M6)

(...) no serviço publico a gente não tem tempo para pensar se houve alguma doença ou não. (M6)

(...) não dá para ir mais profundo, a gente atende muita gente... não dá. (M6)

Historicamente o trabalho do enfermeiro tem o compromisso com a qualidade de vida e com a tecnologia. O trabalho em saúde é o centro para as conquistas necessárias ao processo de mudança, representando possível superação das barreiras que entram o processo de busca de saberes diversos. Entretanto, o que se vê é um trabalho focado no atendimento biologicista, evidenciando o caráter do programa de saúde da mulher sustentado no projeto médico (Brienza: 2005).

Necessidades em saúde das mulheres grávidas

Heller (1986) define necessidade como um desejo consciente, de aspiração, de intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto referido é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem. Ela divide em naturais, aquelas responsáveis pela conservação e perpetuação da vida, e necessárias, também

chamadas radicais e propriamente humanas, sendo que ambas são determinadas socialmente. Dentro das necessidades naturais estão a alimentação, o abrigo, sexualidade, o contato social e a cooperação, relativas à auto-conservação e à preservação da espécie.

Em geral, as necessidades naturais são melhor percebidas pelos profissionais, por estarem relacionadas aos processos biológicos dos sujeitos. Entretanto não se limitam ao corpo biológico, visto que embora naturais, também são determinadas socialmente. Os profissionais entrevistados declararam que no atendimento das gestantes do Programa Saúde da Família (PSF), algumas vezes foram identificadas questões relacionadas a algumas necessidades básicas e essas questões acabaram dificultando a assistência.

A gente não consegue entrar na casa, mal eles deixam a gente entrar lá fora, até porque é um sobrado, é estranho lá (...) não tem muito o que a gente possa fazer. (E7)

A gestante tinha hipertensão, o dela era gestacional, foi depois dos 21 anos, não era hipertensão crônica. Foi muito bem, fazia controle de pressão, controlava com remédio, foi bem mesmo. (E8)

A adolescente tinha um problema de hipertensão não tomava a medicação, ela tomou uma vez quando engravidou pela primeira vez, na segunda ela não tomou, falou que não ia tomar ainda bem que não teve nada. (E8)

Tentamos sensibilizar a ela (gestante boliviana com VDRL positivo) dos riscos que ela e o nenê corria, mas ela não quis saber, mas ela foi encaminhada para o planejamento familiar também. (E7)

As necessidades necessárias incluem a liberdade, autonomia, auto-realização,

autodeterminação, atividade moral, reflexão, entre outras (Heller, 1986), as quais podem ser exemplificadas a seguir:

Ai já não é nem de gestão, o problema é outro, é diferente é outra cultura, são clandestinos, tem aqueles trabalhos clandestinos de fabrica de costura, eles não são legalizados. (E8)

Uma outra gestante que eu tenho com VDRL positivo que nem deu tempo de tratar por que ela voltou pra Bolívia, ela não voltou ainda, espero que volte. (E8)

Os filhos eram do mesmo parceiro, ele não quis tomar a medicação por que doía muito. (E8)

A gestante boliviana vinha aqui, acompanhava, nos conversávamos, a enfermeira conversou com ela (gestante com VDRL positivo), agente comunitária conversou com ela, mas ela não quis tomar de novo não, como o marido não quis tratar ela não quis. (E8)

Na maioria das vezes, uso abusivo de droga, bebida dos maridos. Ele não aceita tratamento, ele está ainda naquela fase de negação, que não é dependente, que a hora que ele quiser ele para. (E4)

Tentamos sensibilizar a ela (gestante boliviana com VDRL positivo) dos riscos que ela e o nenê corria, mas ela não quis saber, mas ela foi encaminhada para o planejamento familiar também. (E7)

A prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) torna-se mais difícil quando o contexto envolve questões de gênero, cultura e valores morais. Principalmente, quando está inserido no cotidiano de pessoas casadas com valores de fidelidade (Jimenez *et al.*: 2001). As questões de gênero que caracterizam a sociedade, pautadas nos valores de poder masculino e condição de subalternidade feminina, dificultam a aceitação sobre a necessidade de se prevenir. Muitos homens não aceitam a prevenção e o tratamento e a mulher por não querer passar a idéia de infidelidade acaba por aceitar a imposição do parceiro.

Na perspectiva helleriana, existe ainda outro tipo de necessidade: as alienadas. Elas são representadas pelo dinheiro, poder e posse de objetos (Heller: 1986). As necessidades alienadas provindas do consumo, do capitalismo se apresentam inesgotáveis, trazendo a insatisfação (Egry & Oliveira: 2008) e conseqüentemente, desgastes ao processo saúde-doença dos sujeitos.

Falta um pouco de higiene neles, nas mulheres e para os
bebes, mas eles cuidam do jeito deles, mas cuidam bem;
fazem aleitamento materno... o casal mais difícil foi este, tem
muito boliviano e o mais difícil deles foi esse mesmo que deu.
(E8)

Adolescência e gestação

A gravidez na adolescência é uma transição que integra o desenvolvimento humano, porém revela complicações por envolver a necessidade de reajustamento e reestruturação em diferentes dimensões (Moreira *et al.*: 2008). Por ser um período de muitas mudanças, desperta interesse coletivo para entender a gravidez nesse período bem como a percepção e compreensão dos profissionais no atendimento do pré-natal das adolescentes.

Alguns estudos realizados com adolescentes grávidas e membros de famílias com adolescentes grávidas revelaram que a gravidez na adolescência significa muitas vezes a reconstrução e a procura de uma nova identidade para as adolescentes que não conseguiram se inserir na escola e no meio profissional (Foresti: 2001; Komura-Hoga *et al.*: 2010). A partir desse achado percebe-se que o significado da gravidez para algumas adolescentes guarda relação com a realização de sonhos e de projetos

de vida.

A percepção dos profissionais, entretanto, nem sempre considera essas peculiaridades do processo. O discurso dos profissionais revelou a exacerbação do próprio juízo de valor a respeito da idade da gestante, com depoimentos permeados pelo preconceito, questionando o papel de “ser mãe” e os valores subjacentes nas adolescentes grávidas.

Ah... é uma violência uma adolescente ser mãe cedo, ela não tem maturidade, a gente vê assim, não generalizando... (M9)

(...) as meninas [adolescentes] não tem uma perspectiva de vida, um sonho, não pensam em estudar construir uma carreira, o sonho delas é ser mãe. (M9)

Eu fico até surpresa quando eu vejo uma mulher de 30 anos querendo engravidar, que nunca engravidou ou que tá com 36 anos tendo o primeiro filho, eu fico até assustada porque estou mal acostumada de tanto ver adolescente grávida. (M9)

Além de assumirem a responsabilidade de criar sozinhas seus filhos, muitas adolescentes grávidas ainda sofrem pressão por parte dos profissionais que as consideram meninas imaturas. As adolescentes são julgadas como irresponsáveis por não usarem preservativos, enquanto os parceiros quase nunca são citados. Esses traços podem ser percebidos nos depoimentos dos profissionais entrevistados:

(...) elas [adolescentes], já engravidaram, não usaram nada, nenhum método anticoncepcional, nem preservativo (...) não fizeram nenhum tipo de planejamento e engravidou porque quis. Nunca tomou nad. (M8)

(...) precisa de maturidade, porque se ela fosse uma menina mais madura ela não ia querer engravidar logo em seguida, já

sabendo que o marido tinha acabado de ser pai, ele já tem outras preocupações, atenção para outra criança. Ela ia pensar melhor. (M9)

Contraditoriamente, o profissional também reconhece a potencialidade da mãe adolescente, como é possível evidenciar na fala a seguir:

(...) ela nunca trouxe uma preocupação a respeito do companheiro. Apesar de nova ela sempre veio às consultas, traz a menina direitinho nas consultas, deu de mamar até os 6 meses (...) é uma vitória e está sendo uma boa mãe, está cuidando bastante da menininha. (M9)

Estudos mostraram que a maternidade tem um significado muito importante para essas jovens e que não existe arrependimento, mesmo que isso as tenha feito sofrer. Elas se demonstram zelosas, dedicadas e bem afetivas com os bebês, mostrando preocupação com a amamentação e com o efetivo cuidado mãe-filho. (Trindade: 2005; Tomeleri & Marcon: 2009). Por outro lado, gera problemas e desvantagens como, inserção antecipada na vida adulta e responsabilidades decorrentes da maternidade precoce (Chalem *et al.*: 2007).

No olhar de Brandão e Heilborn (2006), a trajetória sexual e reprodutiva é um marco importante na efetivação da autonomia juvenil. Sendo assim, o fato de procriar é atrelado a condições sociais, como responsabilidade, inserção no mundo dos adultos e “liberdade”.

As necessidades necessárias ou propriamente humanas, na perspectiva helleriana, incluem a liberdade, autonomia, auto-realização, autodeterminação, atividade moral, reflexão, entre outras (Heller: 1986). Sendo assim, a gravidez na adolescência pode ser justificada pela busca consciente ou inconsciente desses valores. Dessa forma, o determinante social exerce influência nos resultados obtidos, pois é a soma desses fatores e dos psíquicos que um indivíduo é formado. Sendo assim, o desejo pode ter sido facilitado por uma vida sexual sem impedimentos e com fantasias de infertilidade, como próprio da adolescência (Komura-Hoga: 2010).

A partir disso, fica explícita a necessidade de uma boa formação para o profissional da saúde, preparando-os para compreender e capturar as necessidades de cada adolescente grávida, pois a gravidez na adolescência pode significar, a despeito de todos os problemas que possam surgir em decorrência da pouca idade e responsabilidades geradas, algo desejado e enfim realizado. Isso possibilitaria ar uma assistência integral às adolescentes para a compreensão dos valores individuais de cada uma, bem como o atendimento das suas necessidades.

Cabe ao profissional de saúde assumir o papel de mediador entre a sociedade e suas necessidades de saúde. Cabe a ele fornecer um atendimento cada vez mais cuidadoso, visando as necessidades que permeiam o meio onde a adolescente está inserida, a condição epidemiológica particular dela, que faz com que ela carregue consigo necessidades de saúde específicas, como é exemplificado na seguinte frase:

(...) ela fez o pré-natal com a gente, a família dela é toda daqui e a gente tem vínculo bom, e a gente sabe que ela já sofreu algum tipo de violência verbal por parte desse marido que é usuário de droga. (E4)

Desta forma, fica evidente a importância da equipe de saúde de forma a estabelecer um vínculo com a mãe adolescente, juntamente com a família formando uma rede de apoio, criando confiança para que se estabeleça um relacionamento terapêutico que a auxilie no processo de cuidado ao filho (Tomeleri & Marcon, 2009).

Gestantes imigrantes

Outra questão importante dentro das necessidades identificadas é a assistência às gestantes imigrantes.

O presente estudo identificou no discurso dos sujeitos, a preocupação ligada à ilegalidade, visto que nas proximidades da UBS residem imigrantes bolivianos, empregados em oficinas de costura instaladas na região. A ilegalidade na imigração desses usuários da UBS é o maior entrave no atendimento dessa população.

O maior temor dos imigrantes está no momento do atendimento hospitalar, principalmente no nascimento dos filhos, onde se pode constatar a irregularidade

documental. A falta de informação, por parte de alguns imigrantes os fazem tomar decisões como o registro do próprio filho em nome de um familiar, retirando-lhe a oportunidade de legalização (Silva: 2006).

Por outro lado, a presença de bolivianas grávidas no Brasil se faz expressiva para a efetivação da regulamentação documental (Aguir: 2007), sendo confirmado no cotidiano dos próprios profissionais entrevistados como é possível evidenciar a seguir:

Parece que elas engravidam pela cidadania, elas engravidam muito rápido, às vezes em 2 meses já engravidam, mas todas são super tranquilas. (E8)

Diante de todos estes empecilhos, muitos destes imigrantes criam pra si barreiras de proteção psicológica, não permitindo que as pessoas conheçam sua moradia ou que tenha todas as informações sobre sua vida, comprometendo o atendimento de saúde e identificação do perfil epidemiológico do grupo.

A gente não consegue entrar na casa (gestantes estrangeiras), mal eles deixam a gente entrar lá fora, até porque é um sobrado, é estranho lá... não tem muito que a gente possa fazer. (E7)

Outra barreira na comunicação entre os profissionais e os imigrantes é estabelecida pela diferença de idioma e cultura. Estes obstáculos influenciam, não só a comunicação com o empregador, mas também, a comunicação necessária para o atendimento cotidiano dos profissionais, como é evidenciada na frase a seguir:

Diante a dificuldade da língua (boliviana) tem que se virar pra entender, a gente não tem opção, de tanto você lidar com elas você acaba aprendendo. (E7)

Desta forma torna-se importante a discussão da inclusão de novas habilidades

relacionadas com o conhecimento de línguas e culturas latino-americanas.

Violência contra a gestante

Os casos de violência doméstica durante a gestação não são poucos e a recorrência revela o quanto a saúde da mulher necessita de atenção integral. A fala dos profissionais, entretanto, se mostra desarticulada com essa realidade:

(...) não estudei, não comprovei, não tenho como comprovar isso, mas, às vezes, quando a mulher engravida o homem fica mais calmo, procura não bater. (E12)

Estudos revelam o parceiro como participante ou principal agressor de violência doméstica contra gestante (Audi *et al.*: 2008; Rodrigues & Nakano: 2007).

(...) estava batendo nela, agredindo fisicamente. Passou de verbal pra física acabou machucando ela. (E4)

Estudo realizado em maternidades públicas do estado do Rio de Janeiro mostrou que profissionais de saúde que realizavam o pré-natal não dispunham de condições efetivas para o atendimento de gestantes que sofriam violência sexual, sendo influenciados por padrão hegemônico e preconceitos não superados na nossa sociedade relacionados com gênero (Cavalcanti *et al.*: 2006; Moreira *et al.*: 2008).

As frases a seguir elucidam este fenômeno:

Identifico algum risco Patológico sim, mas risco de violência não consigo não. (M6)

Difícil as que não falam alguma coisa da vida delas, de quando elas sofrem violência também, é difícil. (E12)

Dificuldade é a tensão, mesmo das mulheres que, elas acham que têm que suportar.. e "se" vê que às vezes, vai um ano, entra outro ano, a mesma coisa, não toma atitude, é, principalmente as mulheres que dependem do marido ou do parceiro. (E12)

Nos depoimentos dos profissionais eles declaram grande dificuldade em atender gestantes que sofrem violência e acabam deixando as mulheres desamparadas e sem solução para a situação que estão submetidas.

Gravidez e aborto

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2007) o aborto clandestino é uma das mais importantes causas de mortalidade materna, além de apresentar os mais significados motivos de internações nos serviços públicos. Em São Paulo, as complicações de aborto são a terceira causa de mortalidade materna, principalmente na região periférica.

A possível explicação para pequena quantidade de estudos empíricos sobre o fenômeno do aborto no Brasil é o contexto de ilegalidade e imoralidade em que o tema do aborto encontra-se imerso. Esse fenômeno deve ser enfrentado com seriedade como uma questão de saúde pública e não como um ato de infração moral de mulheres levianas (Diniz: 2007).

Para as mulheres, o aborto pode tomar o significado de reafirmação da própria autonomia e possibilidade para realizar projetos de vida que seriam adiados pela maternidade. Já para os homens, pode significar a perda de um projeto familiar, além da liberdade de um vínculo não desejado que se formaria pela paternidade, onde o significado da reprodução parece estar necessariamente ligado à mudança de uma conduta irresponsável, livre de compromissos, para uma vida regrada e familiar. (Duarte *et al.*: 2002).

Eu acho que é mais por desejo da mulher. Não sei se é desejo da mulher esses abortos ou se é por desejo do marido. (M6)

É, quando a gravidez é indesejada, que o parceiro quer financiar o aborto, ficam falando palavras pesadas. (E12)

Já na classe média o pessoal pensa no aborto, alguma coisa né. Faz alguma pressão na mulher, tem que tirar, tem que tirar. (M6)

É necessário que se enfatize a relação dialógica entre o profissional e o cliente. O que torna a implantação da política de humanização da assistência às mulheres em processo de aborto provocado um desafio, é exatamente essa relação. A maneira dos profissionais de saúde prestar atendimento aos casos de aborto espontâneo destaca-se pela comunicação por meio de palavras de conforto, de apoio, estando próximos das pacientes e sabendo ouvir o que elas transmitem. Este atendimento humanizado muitas vezes não é visto quando o aborto foi induzido (Bazotti *et al.*: 2009). Os profissionais da saúde devem ser sensibilizados para que suas opiniões pessoais não influenciem na garantia de atendimento humanizado às mulheres (Collas *et al.*: 2007).

Logo de cara, já falo para o paciente que vem com umas conversas meio diferente e falo: Eu não faço aborto. Eu já explico sabe (...). (M6)

Tem casos que a mulher quase perdeu (suspeita de aborto induzido)e você tem que acreditar e falar: não entend. (M6)

A partir disso, evidencia mais uma razão pela qual a formação dos profissionais de saúde deve ser reformulada, pois o presente estudo mostrou que os médicos e enfermeiros da Atenção Básica não estão preparados para esse atendimento, visto que a questão do aborto é uma temática real e importante no atendimento do pré-natal. Ainda que a questão legal seja uma discussão em pauta e não finalizada, os profissionais precisam estar preparados para lidar com os sentimentos que as mulheres expressam a respeito, dialogando sobre a autonomia, escolhas e anseios presentes nesse contexto.

Considerações finais

O caminho percorrido neste estudo possibilitou o conhecimento e compreensão sobre as práticas de trabalho dos profissionais e do serviço que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, além do aprofundamento no tema da violência, questão de grande importância dentro da assistência à saúde da mulher.

Destacou a adolescência como um período de grande importância na vida da mulher mas que traz alguns medos e insegurança aos profissionais de saúde, já que estes não estão preparados para lidarem com as questões específicas da adolescência, sobretudo a gravidez.

Foram identificadas facilidades no processo de trabalho dos profissionais de saúde como vínculo, a amizade e a confiança entre profissional e a gestante, a participação do profissional durante todo o pré-natal, até mesmo quando a gestante é encaminhada para algum atendimento especializado, o cuidado em dar atenção e ouvir, facilitando a captação das necessidades de saúde dos usuários.

Dentro das dificuldades no processo de trabalho dos profissionais de saúde foram identificadas a falta de capacidade dos serviços para atender a demanda, a dificuldade dos profissionais de saúde em atender, identificar e intervir nos casos de gestantes vítimas de violência. Além disso, alguns profissionais atendem e prestam assistência priorizando o aspecto biológico da doença e se isentam de identificar integralmente as necessidades de saúde.

Sendo assim, percebe-se que a formação dos médicos e enfermeiros necessita de reavaliação dos conteúdos, para que os futuros profissionais possam atender a demanda que existe atualmente. Contudo, ressalta-se a importância da qualificação dos profissionais em exercício, através de cursos complementares e oficinas que possam trazer maior conhecimento sobre os assuntos discutidos, principalmente em relação ao reconhecimento das necessidades em saúde em uma perspectiva materialista histórica e dialética.

A questão do aborto foi identificada no cotidiano da assistência pré-natal, entretanto os profissionais não demonstraram facilidade para lidar com as questões que envolvem o aborto.

Na questão do atendimento de mulheres imigrantes na assistência pré-natal,

principalmente das mulheres bolivianas, os profissionais declararam dificuldades devido a diferença de cultura, costumes e idioma, além da falta de confiança delas com os mesmos. O tipo de vida e trabalho das imigrantes evidenciou preocupação dos profissionais de saúde. É necessário assisti-las sem desrespeitar suas características próprias. Identificou-se que a gravidez, muitas vezes, significa uma forma dessas mulheres conseguirem legalidade no Brasil.

Finalmente, os resultados obtidos no presente estudo, orientam para uma nova forma de olhar e refletir prioritariamente o atendimento cotidiano da assistência em saúde da mulher no período gravídico puerperal, tomando as necessidades sob a perspectiva ampla do materialismo histórico e dialético. Desta forma, cabe ressaltar que o processo de trabalho dos profissionais de saúde precisa de uma reformulação quanto à coerência dos objetivos da ESF, sendo assim, instituições de ensino, serviços e os próprios profissionais precisam repensar em novas mudanças e estratégias para fortalecer os princípios do SUS, atendendo as necessidades em saúde da população.

Referências

- AGUIAR, A. 2007. Os bolivianos na periferia de guarulhos [online]. Ponto Urbe: Graduação em Campo. Disponível em: http://pontourbe.net/index.php?option=com_content&view=article&id=20:os-bolivianos-na-periferia-de-guarulhos&catid=7:graduacao-em-campo&Itemid=12 [acceso 10 mai 2010].
- AUDI, C, CORRÊA, MAS, SANTIAGO, SM, ANDRADE, MGG, PÉREZ-ESCAMILA, R. 2008. “Violência contra mulheres grávidas: prevalência e fatores associados”. *Revista de Saúde Pública*. oct. 2008, vol. 42, no. 5, p. 877-885.
- BAZOTTI, K, STUMM, E, KIRCHNER, R. 2009. “Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento”. *Texto & Contexto Enfermagem*. jan./mar. 2009. Vol. 18, no. 1, p. 147-154.
- BRANDÃO, E, HEILBORN. M. 2006. “Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*. jul. 2006, vol. 23, no. 7, p. 1421-1430.

- BRASIL. 2003. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS Brasília: Informações de saúde; [citado 2010 mai 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/matuf.def>
- BRASIL. 2006. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília.
- BRASIL. 2010. Ministério da Saúde. Brasil acelera redução de gravidez na adolescência. Portal da Saúde [homepage na Internet] Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalh eNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137. [citado 2010 mai 7].
- BRASIL. 1997. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRIENZA, AM. 2005. O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- CAVALCANTI, L, GOMES, R, MINAYO, M. 2006. “Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*. jan. 2006, vol. 22, no. 1, p. 31-39.
- CHALEM, E, MITSUHIRO, SS, FERRI, CP, BARROS, MCM, GUINSBURG, R, LARANJEIRA, R. 2007. “Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*. jan. 2007, vol. 23, no. 1, p. 177-186.
- COLLAS, O, AQUINO, N, MATTAR, R. 2007. “Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. set. 2007, vol. 29, no. 9, p. 443-445.
- DINIZ, D. 2007. “Aborto e saúde pública no Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*. set. 2007, vol. 23, no. 9, p. 1992-1993.
- DUARTE, G, ALVARENGA, AT, OSIS, MJD, FAÚNDES, A, HARDY, E. 2002. “Perspectiva masculina acerca do aborto provocado”. *Revista de Saúde Pública*. 2002, vol. 36, no. 3, p. 271-277.

- DURANT, JG. 2006. *Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade da São Paulo.
- EGRY, EY. 1996. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone.
- EGRY, EY, OLIVEIRA, M. 2008. "Marcos teóricos e conceituais de necessidades". En: EGRY, EY (org.). *Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica*. São Paulo: Dedone. p. 33-38.
- FORESTI, R. 2001. *Gravidez na adolescência: um estudo exploratório sobre o início da experiência da gravidez* [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo.
- FIORIN, JL. 2005. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto.
- HELLER, A. 1986. *Teoría de las necesidades em Marx*. Barcelona: Península.
- JIMÉNEZ, AL, GOTLIEB, SLD, HARDY, E, ZANEVELD, L. 2001. "Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas". *Cadernos de Saúde Pública*. jan./fev. 2001, vol. 17, no. 1, p. 55-62.
- KOMURA-HOGA LA, BORGES, A, REBERTE, LM. 2010. "Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativa dos membros da família". *Escola Anna Nery*. jan./mar. 2010, vol. 14, no. 1, p. 151-157.
- MOREIRA, T, VIANA, DS, QUEIROZ, MVO, JORGE, MSB. 2008. "Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez". *Revista da Escola de Enfermagem: USP*. 2008, vol. 42, no. 2, p. 312-320.
- NASCIMENTO, MS, NASCIMENTO, MA. 2005. "Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde". *Cadernos de Saúde Coletiva*. abr./jun. 2005, vol. 10, no. 2, p. 333-345.
- Prefeitura Municipal de São Paulo. 2007. Secretaria Municipal de Saúde. Encarte Técnico Assistência Obstétrica e Perinatal. São Paulo: Prefeitura da Cidade de São Paulo.
- PUCCINI, PT, CECILO, LC. 2004. "A humanização dos serviços e o direito à saúde". *Cadernos de Saúde Pública*. set./out. 2004, vol. 20, no. 5, p. 1342-1353.

- RODRIGUES, D, NAKANO, A. 2007. "Violência doméstica e abuso de drogas na gestação". *Revista Brasileira de Enfermagem*. jan./fev. 2007, vol. 60, no. 1, p. 77-80.
- SHIMIZU, HE, LIMA, MG. 2009. "As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem". *Revista Brasileira de Enfermagem*. mai./jun. 2009, vol. 62, no. 3, p. 387-392.
- SILVA, S. 2006. "Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade". *Estudos avançados*. 2006, vol. 20, no. 57, p. 157-170.
- SILVA, LMV, FORMIGLI, VLA. 1994. "Avaliação em saúde: limite e perspectivas". *Cadernos de Saúde Pública*. jan./mar. 1994, vol. 10, no. 1, p. 80-91.
- SOLLA, J. 2004. "Organizando o SUS a partir do PSF". *Revista Brasileira de Saúde da Família*. jan./abr. 2004, vol. 5, no. 7, p. 7-8.
- TOMELERI, K, MARCON, S. 2009. "Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida". *Revista Brasileira de Enfermagem*. mai./jun. 2009, vol. 62, no. 3, p. 355-361.
- TRINDADE R. 2005. *Entre o sonho e a realidade: maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió-Alagoas [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.