

SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA VIVENCIADAS POR GESTANTES NO PRÉ-NATAL

PROGRAMMATIC SITUATIONS OF VULNERABILITY EXPERIENCED BY PREGNANT WOMEN IN PRENATAL

SITUACIONES DE VULNERABILIDAD PROGRAMATICA EXPERIMENTADA POR LAS MUJERES EMBARAZADAS EM EL PRENATAL

Anne Jacob de Souza Araújo¹, Jeane Freitas de Oliveira², Priscilla Nunes Porto³

RESUMO

Objetivo: identificar situações de vulnerabilidade programática vivenciadas por gestantes no acompanhamento do pré-natal. **Método:** realizaram-se entrevistas semiestruturadas com oito gestantes. Os dados foram analisados segundo a técnica Análise de Conteúdo. **Resultados:** a partir dos relatos das gestantes entrevistadas, depreende-se que essas vivenciam significativas situações de vulnerabilidade. Estão inseridas em um contexto socioeconômico desfavorável. O acompanhamento gestacional realiza-se exclusivamente no Sistema Único de Saúde, mediante de ações do Programa de pré-natal. Entretanto, o acesso a essas ações revela-se incipiente, o que é evidenciado pelos relatos de peregrinação em busca de uma unidade de saúde pública para o acompanhamento do pré-natal. **Conclusão:** as situações de vulnerabilidade programática identificadas revelam fragilidades no atendimento aos princípios de integralidade, regionalização e humanização da assistência a gestantes e apontam desafios para a qualificação da rede pública de saúde e das ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: saúde da mulher, gravidez, vulnerabilidade em saúde, enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify situations of programmatic vulnerability experienced by pregnant women during prenatal care. **Method:** semi-structured interviews were performed with eight pregnant women. Data was analyzed in accordance with the Content Analysis technique. **Results:** from the accounts of the interviewed pregnant women, it can be surmised that they experienced significant situations of vulnerability. They are inserted in an unfavorable socio-economic context. Prenatal care is performed exclusively by the Unified Health System (SUS), through actions of the Prenatal Program. Nevertheless, access to these actions is presented as incipient, which is evidenced by the accounts of peregrination in the search for a public health unit for prenatal care. **Conclusion:** the identified situations of programmatic vulnerability reveal weaknesses in the compliance with the principles of integrity, regionalization and humanization of prenatal care and pinpoint challenges for the qualification of the public health network and of actions developed in the Unified Health System.

Key-words: women's health, pregnancy, health vulnerability, nursing.

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFBA.

² Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Federal da Bahia.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia.

RESUMEN

Objetivo: identificar situaciones de vulnerabilidad programática vivenciadas por gestantes en el acompañamiento prenatal. **Métodos:** se realizaron entrevistas semiestructuradas con ocho gestantes. Los datos fueron analizados según la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** a partir de los relatos de las gestantes entrevistadas, se desprende que ellas vivencian significativas situaciones de vulnerabilidad. Están inseridas en un contexto socio-económico desfavorable. El acompañamiento gestacional se realiza exclusivamente en el Sistema Único de Salud, mediante acciones del Programa de Prenatal. Entretanto, acceso a estas acciones son incipientes, lo que es evidenciado por los relatos de peregrinación en la búsqueda por una unidad de salud pública para el prenatal. **Conclusión:** las situaciones de vulnerabilidad programática identificadas revelan fragilidades en el atendimento a los principios de integralidad, regionalización y humanización de la asistencia a gestantes y apuntan desafíos para la cualificación de la red pública de salud y de las acciones desarrolladas en el Sistema Único de Salud.

Palabras-chave: salud de la mujer, gravidez, vulnerabilidad en salud, enfermería.

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade é um indicador de iniquidade e de desigualdade social. Seu conceito tem caráter interdisciplinar e envolve aspectos individuais e condições coletivas que podem produzir maior suscetibilidade aos agravos e à morte.^{1,2} Nesse contexto, a análise da vulnerabilidade abarca três dimensões interdependentes: individual, programática e social.³

A dimensão programática, a qual será analisada neste artigo, trata do desenvolvimento de ações institucionais, subsidiando os recursos sociais de que as pessoas precisam para não se exporem aos agravos, especialmente em se tratando de saúde, educação, bem-estar social e cultural¹.

No que concerne à vulnerabilidade programática na área da saúde da mulher,

reconhece-se, na história da Saúde Pública, a prioridade de ações direcionadas para a população feminina, mais especificamente o grupo materno-infantil, haja vista a oferta de serviços e de ações de saúde para a diminuição da mortalidade materno-infantil. Nessa perspectiva, o cuidado à saúde da mulher no período gestacional insere-se na agenda das políticas públicas de saúde.

Em 2005, visando atender aos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), foi lançado o manual técnico “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” .⁴ O referido manual foi formulado com a finalidade de subsidiar a organização da rede assistencial, a qualificação profissional e a normatização das práticas em saúde, de forma a garantir uma atenção qualificada e humanizada nos

períodos de pré-natal e puerperal para todas as mulheres do país.

Com o propósito de promover a melhoria da atenção materno-infantil, o Ministério da Saúde propõe medidas, tais como: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento e ampliar as ações de atenção à gestante no sentido de expandir a assistência pré-natal. A implementação dessas medidas resultou no aumento do número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação.⁵ Logo, em 2003, ocorreram 8,6 milhões de consultas na rede pública de saúde e, em 2009, esse número chegou a 19,4 milhões.⁶

A despeito desses números, foi identificado, por meio de um estudo transversal realizado com 1.640 mães de três municípios do Piauí, no período de julho e setembro de 2008, que a cada cinco gestantes uma teve pré-natal inadequado.⁷ No Brasil, a atenção ao pré-natal de baixo risco, embora possua boa cobertura, precisa ser revista, uma vez que as normas do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) não são cumpridas na sua totalidade, visto que as gestantes são captadas tardiamente para a primeira consulta e não é realizada a quantidade de

consultas e de exames complementares recomendados.⁸

Os profissionais de saúde têm o compromisso de promover ações que garantam a maternidade com segurança.⁹ Para tanto, faz-se necessária a existência de uma relação de confiança que permeie a equipe de saúde, a gestante e seus familiares, para que situações de vulnerabilidade possam ser identificadas e estratégias sejam delineadas para minimizá-las, com fortalecimento de fatores de proteção.¹⁰ Diante do que foi apresentado, delimitamos como questão norteadora: Quais as vulnerabilidades programáticas que as gestantes vivenciam no período do pré-natal? Nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo identificar situações de vulnerabilidade programática vivenciadas por gestantes no acompanhamento do pré-natal.

METODOLOGIA

Os dados apresentados derivam da pesquisa “Vulnerabilidade de mulheres envolvidas com álcool e outras drogas”, desenvolvida por docentes e discentes vinculadas ao Grupo de Pesquisa Sexualidades, vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), com financiamento do

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada com oito gestantes cadastradas e atendidas no ambulatório de pré-natal de uma maternidade pública do município de Salvador-BA. A definição da maternidade como campo empírico da pesquisa justifica-se pelo fato de essa ser reconhecida como referência na rede pública de saúde estadual na assistência ao pré-natal, planejamento familiar e assistência ao parto.

A participação das gestantes se deu mediante o atendimento dos critérios de inclusão previamente estabelecidos: estar cadastrada no programa de pré-natal do ambulatório da maternidade; aparentar condições físicas e mentais de responder às questões do roteiro de entrevista semiestruturada. Como critério de exclusão, adotou-se: gestantes menores de 18 anos.

As entrevistas foram agendadas mediante disponibilidade das gestantes e realizadas individualmente em ambiente protegido de interferências externas, de forma a assegurar a privacidade das entrevistadas, no período de julho a novembro/2014.

O roteiro da entrevista, previamente elaborado, abordava questões da saúde sexual e reprodutiva, com ênfase em

informações acerca do contexto social da gestante, o acesso ao serviço e o acompanhamento do pré-natal. Os depoimentos foram gravados em equipamento digital, possibilitando o registro fidedigno de todas as informações prestadas pelas participantes. As mesmas foram agrupadas por semelhança de conteúdo e organizadas em categorias temáticas, conforme preconizado na Análise de Conteúdo proposta por Bardin.¹¹

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA (Parecer Nº 268.646/2013). Na pesquisa, a identificação das gestantes foi feita com nomes fictícios, garantindo o anonimato das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com as informações apreendidas, depreende-se que as gestantes estavam inseridas em um contexto socioeconômico desfavorável. No que diz respeito à idade, a faixa etária predominante foi entre 21 a 35 anos. A renda familiar foi de, aproximadamente, dois salários mínimos. Quanto à cor da pele, cinco se declararam pretas, e as demais, pardas. Para seis das participantes, a primeira gravidez ocorreu entre os 12 e 17 anos, sendo apontada como principal motivo de interrupção dos estudos. Dentre

as entrevistadas, uma trabalhava como artesã/autônoma, e duas estavam empregadas, sendo que uma delas está afastada.

No que concerne ao acesso aos serviços de saúde, as participantes da pesquisa afirmaram depender exclusivamente das ações de cuidado ofertadas pelo Sistema Único de Saúde para acompanhamento da gestação, por meio do Programa de Pré-Natal.

As gestantes referiram problemas para iniciar o pré-natal, bem como para a sua continuidade. Esses acontecimentos demarcam situações de vulnerabilidades programáticas, e têm como principais motivos: falta de vaga na Unidade de Saúde da Família (USF) implantada na área geográfica onde residem as gestantes, normas para o agendamento da consulta, remarcação frequente das consultas, déficit no acesso para realização da imunização e dos exames de rotina do pré-natal, deficiência na comunicação entre profissionais e clientela e no acesso à informação sobre cuidados de saúde, escassez de atividades educativas.

A falta de vaga na USF na área de moradia das gestantes para acompanhamento do pré-natal conduz as mesmas à busca por atendimento em outras unidades de saúde e, conseqüentemente, retardo no início do acompanhamento pré-

natal. Fragmentos das entrevistas com as gestantes evidenciam esses aspectos:

“Fui a outras [maternidade], não consegui. Fui à maternidade A, à maternidade B, mas não achei vaga. Só achei vaga aqui”. (Larissa, E5)

“Comecei o pré-natal estava entrando no sexto mês já, porque tava em greve, aí tava complicado de fazer nos postos de saúde. Eu não tava conseguindo, aí consegui aqui. Todo mundo me falou é melhor você ir lá na maternidade, porque lá você vai ter atendimento..” (Índia, E2)

Segundo as diretrizes do PHPN, a proximidade geográfica da unidade de saúde da casa da gestante constitui-se num critério para determinar o local de realização do acompanhamento de pré-natal.⁵ A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na Bahia, em janeiro de 2013, era de 2.756 unidades implantadas, com uma estimativa de cobertura para 8.691.232 pessoas, totalizando 61,65 % da população. Em Salvador, para o mesmo período, havia 110 unidades, com uma cobertura estimada de 379.500 pessoas, totalizando 14,09% da população.¹²

Na maternidade na qual as entrevistas foram realizadas, a marcação de consultas era feita previamente por contato telefônico. De acordo com os relatos das gestantes, essa modalidade de atendimento dificultava o acesso ao serviço e, conseqüentemente, retardava o início do

pré-natal. Para fazer o agendamento do pré-natal, eram feitas várias ligações telefônicas, implicando em gastos financeiros e disponibilidade de tempo. Os relatos seguintes referem-se ao agendamento por telefone para o início do pré-natal.

“Só demorou porque liguei. Liguei com quatro meses. Eu estava com quatro meses, só consegui ser atendida já estava com 5 meses.” (Beatriz, E4)

“Liguei, vim, passei por aqui me informei, aí falaram que era pra ligar só... pelo telefone, aí eu fiquei ligando e consegui... Assim, demorou pra atender ao telefone... depois lá no finalzinho da tarde que eu consegui” (Marleni, E8)

Soma-se a essa situação a remarcação frequente das consultas previamente agendadas pelo serviço de saúde. A definição de nova data era feita pela unidade, o que implicava o atraso no acompanhamento do pré-natal, uma vez que a nova data da consulta, geralmente, ficava em torno de trinta dias após o agendamento anterior. O depoimento a seguir aborda a remarcação das consultas.

“Não liguei de fora..liguei daqui mesmo de dentro do hospital.. aí liguei e agendei.. aí teve na primeira.. que ia ser a primeira consulta não deu pra ser porque a menina me ligou desmarcando..” (Índia, E2)

O Ministério da Saúde recomenda a realização de pelo menos seis consultas no pré-natal, sendo no mínimo uma no

primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro.⁵ Contudo, o começo tardio do pré-natal e os reagendamentos do acompanhamento podem ocasionar a diminuição do número de consultas pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, situações de vulnerabilidade para mãe e feto. Uma situação apontada pelas gestantes foi o atraso na imunização durante a gestação, conforme trecho abaixo:

“Já tomei, mas a vacina está atrasada... É porque comecei meu pré-natal tarde” (Beatriz, E4)

A imunização das gestantes com vacina antitetânica, hepatite B e influenza é também norma estabelecida pelo Ministério da Saúde.⁵ Essa ação visa à proteção da mãe e do feto. Porém, o início tardio do pré-natal, entre outros fatores, pode interferir nessa condição.

A maior parte as entrevistadas relataram começar o acompanhamento pré-natal no segundo trimestre de gravidez. O retardo para o início do pré-natal também foi apontado em pesquisa transversal de abordagem qualitativa, realizada com 211 gestantes entrevistadas, em um serviço de pré-natal do Amparo Maternal, em São Paulo, no período de março a agosto de 2000.¹³

Na busca de acompanhamento do pré-natal, as gestantes entrevistadas

relatam a peregrinação para a realização dos exames de rotina do pré-natal. Os relatos informam ainda dificuldades para a realização dos exames e o recebimento parcial dos resultados. A problemática pode ser observada nos seguintes fragmentos discursivos:

“Já peguei a metade..e a outra metade ela me disse que eu vou pegar daqui a 15 a 20 dias.. De sangue foi fácil..que eu fiz aqui.. aí tinha uns que não fazia.. eu fiz lá no [hospital da rede pública] E o preventivo que eu só consegui marcar agora... A ultrassom foi difícil.. bastante.. As duas que eu já fiz..as duas foi difícil.. todo dia tinha que ir no posto de manhã pra conseguir marcar.. um sacrifício..” (Beatriz, E4)

“Todos..todos..já fiz todos.. agora mesmo a médica disse que meus exames estão indo tudo ok. Aí passou uns outros exames..preventivo..passou o preventivo e mais outros exames de sangue.. pra eu fazer pra ver.. Agora eu vou repetir só alguns aqui..de sangue.. Tentei fazer os exames pelo SUS.. Não fez.. Fiz particular... A Ultrassonografia não, eu fiz no [hospital da rede pública] . Tem uma que eu já marquei aqui pra fazer aqui..” (Maria, E3)

O Ministério da Saúde traz como uma de suas diretrizes a realização dos exames laboratoriais de rotina pelo menos uma vez na gestação.⁵ Em estudo de coorte histórica, realizado no período de 2008 a 2010 com 95 usuárias do Sistema Único de Saúde em acompanhamento pré-natal na Estratégia de Saúde da Família de Jardim Cascata, Porto Alegre, foi identificado que a proporção de realização de exames pelas gestantes que haviam começado o pré-natal no primeiro trimestre era maior em relação às que haviam iniciado o pré-natal tardiamente.¹⁴ Na

presente pesquisa, mesmo as gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre encontraram dificuldades para a realização dos exames.

As situações relatadas refletem a fragilidade da rede da atenção básica no município, haja vista a restrita cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família e, por conseguinte, da demanda reprimida da população.

Para enfrentamento dessa problemática, o Ministério da Saúde lançou recentemente e, vem implantando em todo o território, a Rede Cegonha. Trata-se de um programa que objetiva implementar uma rede de cuidados e garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.¹⁵

Além das situações apresentadas quanto ao acesso aos serviços de saúde, as entrevistadas referiram-se à insuficiência de diálogo entre profissional/cliente e no repasse de informações inerentes ao acompanhamento do pré-natal. As clientes possuem o direito à informação sobre a sua situação de saúde, para que possam participar nas tomadas de decisões.¹⁶ Entretanto, a desinformação sobre a oferta da vacina no serviço de pré-natal e sobre os exames solicitados e sua importância na prevenção de agravos para o binômio mãe-filha(o) foram relatados pelas gestantes:

“Alguns, que ela já repetiu aqui..disse que não fiz... Eu entreguei o papel, a mulher me deu só a metade dos exames feito.. USG tive facilidade que é particular... Uma só, pelo SUS. Fui hoje e não consegui”. (Isadora, E7)

“Tomei, só ta faltando uma que está atrasada, que era pra ter tomado no dia 19, só que eu esqueci... .. Eu vou tomar essa semana... eu não sabia que aqui dava não”. (Marleni, E8)

De acordo com as gestantes, a consulta constitui-se eminentemente num atendimento técnico, na qual não há espaço para revelação de situações pessoais que podem interferir na saúde da gestante e do feto, a exemplo do envolvimento com substâncias psicoativas.

As gestantes entrevistadas revelaram envolvimento com álcool e outras drogas, entretanto afirmaram que essa situação não foi mencionada para o profissional de saúde, pois não foram questionadas sobre esse tema durante as consultas de pré-natal.

“Não conversei (sobre o uso de drogas pelo irmão).. Porque sei lá..ela não pergunta pra mim.. Ela só quer ali exercer a atividade dela e pronto.. Ela não quer saber dos meus problemas não..dos meus problemas familiares.. eu penso assim.. sei lá..” (Patrícia, E1)

A comunicação no processo de relacionamento contribui na percepção de sentimentos e emoções, facilitando a interação nesse processo.¹⁷ Compreender o espaço ocupado pelas drogas na vida da família e, especialmente, da gestante,

avaliando, subjetivamente, o impacto da relação sujeito/droga e estimulando o cuidado de si e do outro é necessário para conduzir ações visando minimizar agravos para a gestante e para o feto.

Segundo perspectivas do Ministério da Saúde, estabelecer relação de confiança entre gestantes, familiares e profissionais, facilita a identificação de situações de vulnerabilidade individual, social e programática relacionadas ao envolvimento com álcool e outras drogas possibilitando reduzir repercussões dessa situação para a gestação e parto.¹⁰

Estratégias como a escuta aberta e o diálogo franco, sem a presença de preconceitos e julgamentos, podem ser utilizados de forma a permitir a explanação das gestantes sobre suas necessidades, permitindo o estabelecimento e fortalecimento do vínculo com a profissional de saúde.¹⁸

Em relação ao conhecimento sobre álcool e outras drogas, de um modo geral, as gestantes entrevistadas revelaram não ter recebido nenhuma informação no acompanhamento pré-natal. Uma das entrevistadas afirmou ter participado de uma atividade educativa sobre a temática em outra unidade, durante atendimento para o filho.

“Já recebi orientação (sobre álcool e outras drogas)... Lá no posto da onde eu moro.. tava

tendo palestra, eu tinha pediatra com meu filho, aí eu fiquei pra ouvir”. (Isadora, E7)

As atividades educativas devem abordar toda e qualquer situação problema que seja pertinente à população que será contemplada. As mesmas devem fazer parte das ações básicas de saúde, sendo realizadas por todos os profissionais da equipe. Devem estar inseridas em todas as atividades e ocorrer em qualquer contato entre profissional de saúde e clientela¹⁹, inclusive na assistência ao pré-natal, segundo o Ministério da Saúde.⁵

A disponibilização de atividades educativas durante o acompanhamento de pré-natal, pode promover a adoção, pelas gestantes, de práticas saudáveis. Entretanto, de acordo com os relatos das entrevistadas, o serviço não oferece rotineiramente atividades educativas. E, quando ocorre, não há participação ativa da clientela. Dentre as participantes da pesquisa, apenas uma recebeu orientações em atividade educativa.

“Não..eu só tive no serviço social na primeira consulta, e na fisioterapeuta..” (Maria, E3).

A PNAISM ressaltou a importância das ações educativas na área da saúde da mulher, como forma de empoderamento, destacando a importância dessa ação e caracterizando-a como o diferencial em relação a outros programas. Essas atividades objetivam a reflexão e a adoção

de práticas para a melhoria do hábito de vida da população, visando contribuir com as informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e a valorização das suas experiências de vida.¹⁹ A incorporação da dimensão educativa no processo do cuidado em saúde, prestado nas unidades, deve contemplar essa perspectiva, pois os conhecimentos adquiridos pelas gestantes poderão prevenir agravos.

Em um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado no serviço de pré-natal do interior do Rio Grande do Sul, no período de setembro a outubro de 2010, por meio de visitas domiciliares com puérperas, abordando sobre o atendimento pré-natal, identificou-se que a maioria das entrevistadas não participou de atividades educativas.²⁰ Na presente pesquisa, essa situação se repete, mostrando descompasso com a proposta do Ministério da Saúde.

Além da escassez de atividades educativas, as gestantes entrevistadas referiram-se longo tempo de espera para o atendimento e a abordagem grosseira, sobretudo no atendimento telefônico, conforme ilustrado nos depoimentos a seguir:

“Eu acho que o atendimento não é muito bom não. Não atende a gente muito bem..” (Maria, E3)

“Eu acho só que as funcionárias devem tratar melhor as pacientes.. Pelo telefone mesmo elas são muito ignorantes...” (Beatriz, E4)

“O atendimento.. Mais ou menos... Hoje foi até bom, não tem ninguém... da última vez eu vim cedo, saí daqui era três hora da tarde” (Isadora, E7).

As gestantes esperam ser bem acolhidas quando chegam à unidade de saúde, assim como anseiam por serem respeitadas e escutadas sem julgamentos ou preconceitos, de forma que seja criado um vínculo e elas se sintam à vontade para falar de sua intimidade. Vale ressaltar que a adesão das gestantes ao pré-natal está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelas profissionais de saúde.¹³

Outra situação evidenciada pelas gestantes participantes da pesquisa em relação ao atendimento recebido na unidade diz respeito às deficiências na estrutura física, conforme mostrado nos trechos abaixo:

“Precisa de uma melhoria, não? Já pensou você deitar grávida aí um pedaço desse negócio aí cai em sua cara?...a outra sala só Jesus na causa”. (Isadora, E7)

“Eu acho que tem que melhorar, não tem lugar para a pessoa fazer xixi..as necessidades.. nada..” (Maria, E3)

“Falta mais espaço porque eu fico tão abafado, quando fico com falta de ar, e um ventilador pra ventilar também é bom.” (Beatriz, E4)

A estrutura física da maternidade, na qual foi realizada a pesquisa, dispõe de quatro consultórios, uma recepção, uma sala de apoio para as funcionárias e uma sala de espera pequena, com pouca

ventilação e com um número insuficiente de cadeiras para a quantidade de gestantes que esperam atendimento.

No estudo transversal de abordagem qualitativa, a qual foi realizada com 211 entrevistas com gestantes de um serviço de pré-natal do Amparo Maternal, em São Paulo, no ano de 2000, os relatos das entrevistadas permitiram identificar que 36% das gestantes se incomodam ou mudariam coisas relacionadas à estrutura da unidade em que são assistidas, bem como do funcionamento, mais especificamente da área administrativa.¹³

É bastante instituída, na literatura, a importância do pré-natal na prevenção das complicações na gestação e no período puerperal. Entretanto, a desestruturação da unidade somada à falta de atendimento, número de consultas insuficientes, demarcação de consultas, retardo ou falta de realização de exames, falta de diálogo entre profissionais e pacientes, implicam situações de vulnerabilidade, de forma que esses aspectos podem gerar a insatisfação e a não adesão das gestantes ao pré-natal.

CONCLUSÕES

A pesquisa permitiu identificar situações de vulnerabilidade programática vivenciadas por gestantes no acompanhamento pré-natal, quais sejam:

peregrinação em busca de acompanhamento pré-natal, dificuldades para conseguir consultas e realizar exames, e atraso vacinal. Assim como situações referentes à atuação dos profissionais, à estrutura da unidade, bem como à organização e à relação desses com o cuidado prestado à gestante.

As vulnerabilidades identificadas denunciam a precariedade dos serviços, e o não atendimento aos princípios de integralidade, regionalização e humanização da assistência, norteadores do Sistema Único de Saúde, os quais interferem diretamente no acompanhamento do pré-natal. A assistência de pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados.

As gestantes não necessitam somente de consultas de acompanhamento, mas também almejam uma atenção humanizada e um serviço que ofereça uma assistência adequada, atendendo às suas reais necessidades e expectativas.

Embora os dados sejam limitados pelo número de participantes cadastradas em um único serviço de saúde de um município baiano, as informações apresentadas foram suficientes para identificar situações de vulnerabilidade programática, revelando fragilidades importantes na rede de atenção à saúde da gestante. Fica evidente, portanto, a necessidade de implementar ações a nível

de gestão e assistência visando atender às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, direcionadas à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

- 1 Ayres JRCM. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006; p. 375-417.
- 2 Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad Saúde Pública. 2016; 32(8): e00183415.
- 3 Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003; p.117-139.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família terá reforço de US\$ 166,9 milhões [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2016 Jan 12]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10524.

7 Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R.

Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev Bras Saúde Matern. Infant.* 2013;13 (2): 101-109.

8 Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc saúde col.* 2014; 19(7): 1999-2010.

9 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico/Ministério da Saúde.* Brasília (DF); 2010.

10 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco.* Brasília (DF); 2012.

11 Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70, 2011. 223p.

12 Ministério da Saúde (BR). *Histórico da Cobertura de Saúde da Família.* [Internet]. 2013. [citado em 2016 Jan 10]. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

13 Oliveira VMO. *Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - USP; 2001.

14 Hass CN, Teiseira LB, Beghetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(3): 22-30.

15 Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha [Internet]. Brasília; 2011 [acesso em 10.12.13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

16 Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface.* 2014; 18(51): 661-672.

17 Bezerra IMP, Machado MFAS, Duarte AS, Costa EAP, Antão JFL. Comunicação no processo educativo desenvolvido pelos enfermeiros: as tecnologias de saúde em análise. *Saúde Transf Soc.* 2014; 13(5): 42-48.

18 Gonçalves MD, Kowalski ISG, Sá AC. Atenção ao pré-natal de baixo risco: atitude dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *RevEnferm UERJ.* 2016;24(6): e18736.

19 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.* Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

20 Cabral FB, Hirt LM, Sand ICPVD. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *RevEscEnferm USP.* 2013; 47(2): 281-287.

RECEBIDO: 11/04/2017

APROVADO: 18/11/2017

PUBLICADO: 12/2017