

A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

THE ASSISTANCE INTEGRALITY IN THE PRENATAL ATTENTION CONTEXT

LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL CONTEXTO DEL PRENATAL

Raimunda Maria de Melo¹, Rosineide Santana de Brito², Francisca Patrícia Barreto de Carvalho³, João Mário Pessoa Júnior⁴, Sâmara Dalliana de Oliveira Lopes Barros⁵

O estudo objetivou identificar o entendimento de enfermeiras acerca da integralidade das ações em saúde no pré-natal. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de natureza qualitativa, realizada em uma unidade de saúde de um município do Rio Grande do Norte, Brasil. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semiestruturada, junto a três enfermeiras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, protocolo nº 02/2009. Os depoimentos foram tratados conforme o método de análise de conteúdo segundo Bardin e discutidos mediante achados literários sobre a integralidade da assistência. Para as entrevistadas a integralidade encerra ações voltadas à resolução de problemas da gestante a partir da sua realidade e reconheceram haver obstáculos para operacionalizar esse princípio no pré-natal. Entretanto, na atenção obstétrica, no entendimento das pesquisadas, a integralidade configura-se no fortalecimento dos vínculos entre aqueles que prestam e recebem o cuidado.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Assistência Integral à Saúde; Assistência Pré-natal.

The study focuses on the identification of nurses' understanding on integrality of health interventions during prenatal care. This is a descriptive and exploratory study, with qualitative approach, held in a health unit in a municipality of Rio Grande do Norte, Brazil. Data collection was processed through a semi structured interview, along with three nurses. The project was approved by the Ethics and Research Committee of Nova Esperança School of Nursing and Medicine, Protocol No. 02/2009. The reports were treated according to the method of content analysis proposed by Bardin, and discussed according to literary findings about assistance integrality. For the interviewees integrality comprises actions aimed at solving health problems of pregnant women from their reality and they recognized the existence of barriers to the application of this principle in prenatal care. Therefore, nurses should be the agent of transformation in the perspective of integrality.

Descriptors: Obstetric Nursing; Comprehensive Health Care; Prenatal Care.

El objetivo fue identificar la comprensión de enfermeras acerca de la integralidad de las acciones en salud en el prenatal. Investigación descriptiva y exploratoria, cualitativa, realizada en una unidad de salud del Rio Grande do Norte, Brasil. La colecta de datos ocurrió mediante entrevista semiestructurada a tres enfermeras. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería y Medicina Nueva Esperanza, protocolo nº 02/2009. Las declaraciones fueron sometidas al análisis de contenido, según Bardin, y discutidas mediante hallazgo literarios sobre la integralidad de la atención. Para las entrevistadas, la integralidad cerca acciones involucradas a la resolución de problemas de embarazadas a partir de su realidad y reconocieron dificultades para la práctica de esto principio en el prenatal. En la atención obstétrica, en la comprensión de las investigadas, la integralidad es un fortalecimiento de los lazos entre los que ofrecen y reciben la atención.

Descriptores: Enfermería Obstétrica; Atención Integral a la Salud; Atención prenatal.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Atlântico de Aracajú/SE. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN/RN). Natal/RN, Brasil. E-mail: pazesolidariedade@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo/Rib. Preto. Professora Associado II do Departamento de Enfermagem da UFRN/RN. Natal/RN, Brasil. E-mail: rosineide@ufrnet.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: fpatriciab@hotmail.com

⁴ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN/RN), Brasil. E-mail: jottajunyor@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Integradas de Jacarepaguá. Rio de Janeiro/RJ, Brasil. E-mail: saminhaenf@hotmail.com

Autor correspondente: Raimunda Maria de Melo

Rua Francisca Gomes de Melo, 300, Centro. CEP: 59856-000. Severiano Melo, RN Brasil. E-mail: pazesolidariedade@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Entende-se que a gravidez constitui um período marcado por grandes transformações, em que a mulher e seu companheiro assumem responsabilidades pela vida de um novo ser que vai chegar. Além disso, esse estado predispõe o casal a vivenciar anseios, dúvidas, temores típicos da gestação, do processo de parturição e do pós-parto⁽¹⁾.

Assim sendo, o Ministério da Saúde preconiza que a atenção a mulher no ciclo gravídico puerperal seja marcada pela humanização e qualidade da assistência prestada. Isso requer que os profissionais envolvidos com a atenção obstétrica incorporem condutas respaldadas pelo acolhimento, possibilitem o acesso das gestantes a serviços de saúde, com ações prioritárias que perpassem todos os níveis de atenção a saúde primária, secundária e terciária. Nesse sentido, ressalta-se a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante desde o atendimento ambulatorial até o nível hospitalar no momento do parto⁽²⁾.

Uma atenção de qualidade durante o pré-natal reflete numa redução da mortalidade neonatal e materna. A mortalidade neonatal, especialmente a neonatal precoce, é aquela que acontece entre o primeiro e o sétimo dias de nascimento⁽³⁾. Enquanto a morte materna é considerada a que ocorre durante a gravidez, em um período de 42 dias após o término da gestação e, até um ano após o parto, sendo considerada morte materna tardia⁽⁴⁾. Nesses períodos, deve ser garantida a integralidade das ações, devendo os profissionais de saúde levar em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais, e culturais das mulheres, da sua família e do casal que espera a chegada do filho⁽²⁾.

O pré-natal não se resume apenas a uma consulta ou solicitação de exames, é algo superior, pois envolve o ato de acolher e de reconhecer as necessidades de saúde, cultura e estabelecimento de vínculos. Essa assistência se desenvolve em um processo dialógico que visa à promoção da saúde feminina. É um momento onde os vínculos se tornam mais firmes, dando margem para a interação entre quem cuida e quem é cuidado.

Nesse contexto, a assistência de enfermagem proporciona um efetivo contato entre enfermeiro e gestante, possibilitando a esse profissional identificar sinais e sintomas que determinam as condições de saúde da grávida, como também detectar outros aspectos essenciais que

favorecem uma gestação saudável, sem riscos para mãe e concepto.

Apesar de ser perceptível a contribuição efetiva do enfermeiro para o bom andamento da assistência pré-natal, ainda há entraves que impossibilitam uma assistência de qualidade. Dentre eles destacam-se: a infraestrutura das unidades de saúde insuficientes, a falta constante de materiais e instrumentos necessários ao atendimento, o acúmulo de funções administrativas e assistenciais desenvolvidas pela enfermeira e carência de recursos humanos. Soma-se a esses, a falta de preparo técnico daqueles que assistem a gestante, bem como o desconhecimento acerca de questões éticas e legais que envolvem a assistência à mulher durante a gravidez, resultando em omissão de cuidado⁽⁵⁾.

Outro ponto que se apresenta como obstáculo é o distanciamento do profissional com o cotidiano da grávida, da sua família e demais atores sociais que fazem parte do seu dia-a-dia. Assim sendo a realidade vivenciada pela enfermeira no contexto do pré-natal requer a criação de vínculo como um passo ímpar para uma assistência de qualidade.

Vale ressaltar que no Brasil houve um aumento no número de consultas pré-natal em mulheres que realizam o parto no Sistema único de Saúde (SUS), passando de 1,2 consultas em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005⁽²⁾. Isso significa que em termos numéricos os dados apontam para a positividade, entretanto, os índices de mortes maternas continuam em elevação, evidenciando a qualidade da assistência prestada à gestante no país.

A atenção obstétrica e neonatal deve ser respaldada por características como a qualidade e a humanização. Com isso, é dever dos gestores, serviços e profissionais de saúde, acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade, respeitando-os como sujeitos de direitos. Salienta-se que no contexto da atenção básica, as consultas de pré-natal de baixo risco podem ser realizadas pelo enfermeiro. Essa atribuição é respaldada por um roteiro pré-definido pelo Ministério da Saúde e pela Lei 7498/86 que trata do exercício profissional da enfermagem^(2,6).

Nesse entendimento, o enfermeiro nas suas atribuições de acompanhar a gestação deve realizar: ações educativas tanto para as gestantes como para suas famílias; consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; visita domiciliar se necessário; coleta de material para exame citopatológico. E ainda, solicitar exames de rotina; orientar

quanto ao tratamento, conforme protocolo do serviço; encaminhar gestantes de alto risco para o médico; favorecer a dialógica mediante a formação de grupos de gestantes, de sala de espera e manter o cartão da gestante devidamente preenchido e atualizado a cada consulta⁽²⁾.

É imprescindível que seja feito o registro de todas as informações possíveis no prontuário e cartão da gestante, inclusive, os diagnósticos de enfermagem, prescrições e os resultados alcançados. Dessa forma será assegurada a comunicação entre os profissionais que compõem a equipe de saúde, com vistas a uma assistência de qualidade, respaldada nos princípios basilares do SUS. Cabe ainda ao enfermeiro contribuir para que os anseios e medos da gestante sejam minimizados, considerando a cultura, os hábitos e o modo de viver de cada mulher⁽⁷⁾.

No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) são evidentes as atribuições do enfermeiro no pré-natal. Nesse sentido, ele precisa criar mecanismos que permitam a continuidade da atenção, especialmente, quando for necessário um acompanhamento por especialistas, o que requer a garantia da referência e contra-referência⁽³⁾. Também cabe a ele planejar suas ações, de forma a permitir que na consulta pré-natal, a gestante seja ouvida e respeitada como indivíduo e integrante de um contexto social. Assim sendo, ela poderá expor suas percepções e representações sobre a gestação e o nascimento de um novo ser. Isto se torna indispensável quando se pretende operacionalizar um processo, que visa à integralidade da atenção a gestante, princípio este que preconiza um modelo onde toda a conjuntura de vida dos sujeitos é considerada.

A integralidade da atenção é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações envolvendo serviços preventivos e curativos, direcionados ao indivíduo e a coletividade. No contexto do SUS objetiva a promoção da saúde, a vigilância contínua das necessidades dos sujeitos, bem como a garantia do acesso a todos os níveis de complexidade⁽⁸⁾.

A integralidade como um princípio que permite à compreensão, apreensão e a resposta as reais demandas de saúde das pessoas como também dos grupos sociais homogêneos, deve ser assumida com “perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde”^(5:57). E quando é operacionalizada, tende a possibilitar a consolidação dos demais princípios básicos do SUS, quais sejam: a universalidade, a equidade e o controle social.

Consolidar a integralidade na atenção pré-natal requer do enfermeiro um efetivo contato com a gestante durante a consulta, nas reuniões com os grupos de gestante e/ou casais grávidos, bem como nas visitas domiciliares, de forma a possibilitar o reconhecimento dos riscos que estão presentes na evolução da gravidez, sejam eles: desestruturação familiar, hábitos de vida física, social e afetiva, dentre outros aspectos importantes que podem afetar diretamente a gestante.

Vale enfatizar a escuta ativa e o comprometimento de profissionais com as demandas de saúde das mulheres grávidas, de modo a dar resposta às necessidades trazidas por estas usuárias. Nesse sentido, considerando que a atenção integral é relevante para a resolutividade da atenção pré-natal, o estudo em apreço teve a seguinte questão de pesquisa: qual o entendimento do enfermeiro sobre a integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal?

O estudo objetivou identificar o entendimento de enfermeiros acerca da integralidade das ações em saúde na assistência pré-natal.

Espera-se que o alcance desse objetivo possibilite a reavaliação das ações desenvolvidas no âmbito da consulta pré-natal, na perspectiva de uma assistência de qualidade e humanizada à gestante e sua família sob o princípio da integralidade da atenção a saúde. Assim sendo, a pesquisa apresenta relevância por tratar de questões a serem apreendidas e incorporadas no cotidiano dos profissionais, em especial dos enfermeiros, que no cenário atual da atenção básica, são responsáveis, junto com os médicos, pela assistência pré-natal e puerperal de baixo risco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada em Mossoró, interior do estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Essa instituição possui três equipes de saúde da família que atende uma área com aproximadamente três mil famílias. Cada equipe é composta por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário.

Entende-se que todos os integrantes da ESF devem desenvolver suas ações na perspectiva da integralidade. Assim sendo, optou-se pelo enfermeiro como ator social

do presente estudo por considerar ser um dos profissionais que se destaca na assistência pré-natal. Visto isso, participaram da pesquisa as três enfermeiras, membros das equipes da ESF, de uma unidade básica de saúde, do município de Mossoró/RN.

Como critério de inclusão foi estabelecido que as participantes deveriam atuar nas equipes de saúde da ESF e realizar, no cotidiano de sua prática, o acompanhamento pré-natal.

Os dados foram coletados na unidade de saúde, especificamente, no consultório de enfermagem, lugar reservado e tranquilo, a fim de garantir a privacidade da respondente e a não interferência de outrem durante a entrevista. As entrevistas foram realizadas após expediente de trabalho das participantes, conforme agendamento prévio junto às depoentes. Isso proporcionou maior comodidade para as enfermeiras e a entrevistadora.

Essa etapa ocorreu no mês de abril de 2009, por meio de entrevistas semiestruturada, seguindo um roteiro contendo questões relativas à integralidade na atenção a saúde; integralidade na atenção pré-natal; pontos indispensáveis para a construção da integralidade preconizada pelo SUS; entraves na operacionalização da integralidade na assistência pré-natal e dificuldades para efetivar o princípio da integralidade.

A entrevista ocorreu após autorização da gerência da UBSF, aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, na cidade de João Pessoa/PB, com protocolo de nº 02/2009 e CAAE: 0049.0.351.000-08. Ressalta-se que as enfermeiras ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾. Como forma de manter a fidedignidade das falas os depoimentos foram gravados com o consentimento das entrevistadas. Visando garantir o anonimato das depoentes as mesmas foram referidas no estudo com nomes de flores.

Para tratamento dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo⁽¹⁰⁾. Obedecendo os preceitos desse método, as respostas oriundas dos questionamentos foram transcritas na íntegra, lidas de forma fluente e exaustiva, com a finalidade de apreender a essência das falas e identificar os núcleos de sentido que, após serem identificados, foram codificados e em seguida categorizados. Convém ressaltar que esse processo teve como base a semântica das palavras.

Assim sendo, os vocábulos similares, por um processo de agregação originaram duas categorias empíricas, quais sejam: entendimento de enfermeiras acerca da integralidade da atenção pré-natal e a referência e contra-referência como entraves na operacionalização da integralidade.

A discussão dos resultados foi respaldada por achados literários acerca do princípio da integralidade previsto pelo Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As categorias temáticas oriundas das falas são apresentadas, analisadas e discutidas com base em referenciais teóricos sobre o princípio da integralidade.

Entendimento de enfermeiras acerca da integralidade da atenção pré-natal

O entendimento acerca do princípio da integralidade pode ser observado nas falas das entrevistadas: *Eu entendo que o usuário não pode ser visto de forma fragmentada. Quando ele é visto de forma integral há resolutividade imediata ... porque além dos encaminhamentos serem feitos com mais rapidez, também há mais credibilidade nos serviços* (Tulipa).

No entender dessa participante a integralidade envolve uma atenção ao usuário de forma holística e assim possibilitará a resolutividade dos seus problemas de saúde. Nesse sentido, concebe-se que a fragmentação da assistência, dificulta a identificação do processo saúde doença na sua complexidade e predispõe a um diagnóstico isolado de um contexto no qual o indivíduo está inserido. Isso tende a contribuir para a não resolução dos problemas trazidos por eles. Esse fato constitui um risco aos agravos de saúde da população, além do descrédito das ações em saúde e dos serviços oferecidos.

A integralidade também é entendida como um princípio de organização permanente do processo de trabalho e representa a busca contínua para ampliar as possibilidades de identificação das necessidades de saúde de um grupo populacional. Entretanto, isso só é concretizado mediante diálogo entre grupos da comunidade, com foco em seus diferentes modos de demandar saúde⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, os depoimentos trouxeram ainda uma visão sobre a integralidade na assistência pré-natal, que atenta para uma atenção contextualizada a partir da

real necessidade de saúde das gestantes, como expressa a seguinte fala: ... *Integralidade é você atender a usuária gestante levando em consideração o meio social em que ela vive, as suas condições sócio-econômicas, suas necessidades* (Orquídea).

Embora os relatos apontem para aspectos condiscentes com a integralidade, observa-se que o entendimento desses atores sociais, acerca do princípio em abordagem, ainda é um tanto restrito se comparado ao que o SUS preconiza. ... *O que eu entendo é a interação que existe entre a unidade ... e a população, a oferta de serviços para a comunidade, os programas que a gente atua, como o C e D (Crescimento e desenvolvimento da criança), pré-natal, prevenção...* (Margarida).

Mediante a essa fala concebe-se que no entendimento da depoente a integralidade está relacionada à interação profissional-usuário, bem como a oferta de serviços à população. Essa compreensão apresenta consonância com o Ministério da Saúde, quando considera que a integralidade da atenção deve articular ações e serviços preventivos e curativos⁽²⁾.

Ainda nessa abordagem entende-se que a integralidade implica em visualizar, de forma ampliada, as necessidades dos sujeitos. Assim sendo, as ações assistenciais, com vistas à prevenção de sofrimentos futuros, devem estar coligadas a capacidade dos profissionais de direcionar e ofertar serviços a população⁽¹²⁾.

Dentre os depoimentos pode-se identificar a integralidade como significado de resolubilidade da assistência. Isso se relaciona com a satisfação dos usuários com o sistema de saúde e as ações que lhes são direcionadas, as quais devem ser desenvolvidas de acordo com as necessidades da população. *Tem que haver uma interação entre instituição de primeiro nível, média complexidade e alta complexidade. Acredito que tem que ter todo esse conjunto para poder realmente haver uma integralidade total na saúde* (Orquídea). Assim, a integralidade emerge como um princípio de organização sucessiva do processo de trabalho nos serviços de saúde⁽⁵⁾.

No contexto da atenção integral a saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais demandas das gestantes, o que é possível quando o enfermeiro faz uso dos seus conhecimentos técnico-científicos⁽¹³⁾.

A assistência a gestante deve emergir a partir do conhecimento das transformações que surgem no período gestatório e que podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou curiosidade de compreender as

transformações que ocorrem em seu corpo. Visto isso, consolida-se uma atenção pré-natal de qualidade, traduzindo-se em ações concretas e integradoras, seja no âmbito do grupo ou voltadas para o individual⁽¹⁴⁾.

Tais conhecimentos favorecem a referência da gestante pelo enfermeiro, para o nível de atenção que mais esteja apto a responder as suas necessidades.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que na iminência de risco real para a gestante e concepto, ou mesmo diante de casos impossíveis de serem resolvidos na atenção básica, necessariamente, a usuária deve ser referenciada a outro serviço. Ademais, essa gestante deverá receber incentivos para retornar ao nível primário, quando o agravo for considerado resolvido ou o risco minimizado⁽²⁾. Entretanto, as entrevistadas deixaram claro que há entraves limitantes da operacionalização da integralidade na atenção pré-natal.

A referência e contra-referência como entraves na operacionalização da integralidade

O sistema de referência e contra-referência não é aplicado às práticas de alguns profissionais, e se apresenta como entrave para a efetivação da integralidade como foi evidenciado no relato: *Vejo um ponto fundamental para a atenção pré-natal que é a existência da referência e contra-referência, por exemplo, quando eu encaminho uma gestante de alto risco e não fico sabendo a conduta do obstetra porque não houve o retorno da ficha ...* (Tulipa). A depoente em questão afirmou referenciar de gestantes, quando necessário, para outros serviços, no entanto, não tem retorno da contra-referência. Mediante a essa realidade, na maioria das vezes, essa profissional só toma conhecimento da real situação da usuária por meio de comunicação verbal, visita domiciliar ou por outras pessoas da área adstrita.

Essa realidade não se restringe apenas a encaminhamentos a serviços médicos, mas também aos laboratórios de análises clínicas: ... *vejo também a não aceitação por falta de conhecimento de alguns laboratórios, eles tem dificuldade de aceitar alguns exames solicitados por enfermeiros no que tange ao programa do pré-natal e de outros programas do Ministério da Saúde que a enfermagem está autorizada a solicitar ...* (Tulipa). Tal atitude revela desconhecimento de profissionais de outras categorias da área da saúde quanto às competências do enfermeiro no âmbito da atenção básica. Visto isso, a dinâmica do pré-natal é alterada, uma

vez que os resultados dos exames laboratoriais são fundamentais para o bom acompanhamento da gestante.

Outra questão ressaltada nos depoimentos foi a necessidade de uma unidade hospitalar de referência para a gestante: *... aqui precisa ter uma maternidade de referência para receber a gestante* (Margarida). Isso implica em assegurar condições dignas de atenção à mulher durante a gravidez, o processo da parturição e no pós-parto imediato, possibilitando direcionar a assistência com maior resolutividade e respaldada pelos princípios da humanização e da integralidade da atenção preconizados pelo SUS.

Nesse contexto, a busca por mecanismos que facilitem a referência e contra-referência é fundamental quando se busca a concretização do princípio da integralidade, porém as experiências para viabilizar um modelo de atenção a saúde, que se pautem nessa lógica ainda são isoladas e frágeis⁽¹⁵⁾. No âmbito do pré-natal, isso exige maior compromisso e responsabilidade dos profissionais e gestores do SUS para com a população sob seus cuidados. Dessa forma, poderão ser disponibilizados encaminhamentos que possam dar resolutividade aos problemas de saúde trazidos pelas gestantes *... precisa ter um centro de referência para a gestante. Acho que se tivesse já resolveria 70% da integralidade voltada para o pré-natal* (Tulipa).

Nessa discussão, a dinâmica dos serviços de atenção pré-natal não apresenta consonância com o que preconiza o sistema de saúde vigente. Essa afirmativa é corroborada pelo seguinte relato: *... alguns obstetras que trabalham no hospital da polícia, algumas gestantes procuram primeiro lá e aí os obstetras já orientam elas a procurarem a enfermagem, isso é bonito, isso é integralidade...* (Tulipa).

Esse depoimento deixa explícita a importância de existência da rede de serviços bem articulada, onde os profissionais da atenção básica possam referenciar a gestante e ter um retorno garantido como contra-referência. Entretanto, isto é um fato ainda incipiente na realidade dos serviços de saúde. Contudo, a assistência obstétrica prestada por alguns médicos obstetras, na opinião da entrevistada, compõe o princípio da integralidade.

O relato também permite considerar a integralidade como algo que resulta da interação entre os diversos atores sociais envolvidos na atenção a mulher, seja no âmbito da atenção básica ou em nível hospitalar. Nessa lógica, a atenção obstétrica na rede SUS diz respeito à organização e regulação da rede de atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido por

meio de ações que integrem os diversos níveis de atenção e garantam o atendimento de qualidade e humanizado⁽²⁾.

É importante destacar que uma rede organizada com a articulação entre os diversos atores, profissionais e gestores do SUS, ainda não se confirmam no cotidiano profissional das respondentes a exemplo de Margarida: *a gente referencia, mas não há retorno. E a gente não sabe nem para quem mandar, para quem encaminhar essa paciente* (Margarida). Esta fala reflete aquilo que historicamente tem condicionado as práticas de alguns profissionais de saúde, ou seja, a pouca responsabilidade pela saúde dos cidadãos, o que repercute na efetivação de uma consulta de enfermagem condizente com a real necessidade da gestante.

Nessa discussão, a problemática que envolve o sistema de referência e contra-referência tem origem diversificada. Nesse sentido pode-se citar a grande demanda por serviços da rede SUS em relação ao número de profissionais habilitados para atender a gestante. *... A gente sabe que existem poucos profissionais para a demanda, aí o que acontece, às vezes vai uma gestante para o obstetra X, quando a gente sabe que para ter uma consulta bem feita, a gestante tem que ter tempo para conversar, expor os seus anseios, tirar as suas dúvidas...* (Orquídea). O relato dessa profissional chama a atenção quando a mesma menciona o tempo como fator condicionante para uma assistência voltada à integralidade.

O Ministério da Saúde admite que a escuta ativa à mulher e aos seus acompanhantes é um dos parâmetros pré-estabelecidos para a assistência pré-natal e puerperal. A escuta possibilita esclarecer dúvidas e informar a gestante sobre os procedimentos a serem desenvolvidos durante a consulta, como também as condutas a serem adotadas⁽²⁾. Outro aspecto importante no processo de escuta é a possibilidade de promover o empoderamento da gestante no âmbito dos cuidados pré-natais.

Garantir a gestante uma conversa com profissionais na qual ela seja ativa no processo de comunicação permite estabelecer a escuta qualificada das suas necessidades. Nesse sentido, é que os responsáveis pelo atendimento pré-natal não se limitem a uma assistência verticalizada. Essa forma de assistir concorre para que a conformação do sistema não seja efetivada, limitando a formação de rede do SUS, onde todos os pontos devem servir de porta de entrada e que nenhum nível de atenção deva ser considerado mais importante que o outro, pois são complementares⁽¹⁶⁾.

Entende-se que uma noção de integralidade relacionada à organização dos serviços e das práticas se associa à necessidade de horizontalização dos programas de saúde⁽¹⁷⁾. Para tanto, se faz necessário uma postura ética e política de profissionais e gestores a fim de direcionar os programas e políticas de saúde em consonância com as demandas de saúde dos usuários.

Portanto, é preciso haver reorientação das práticas dos profissionais inseridos no setor saúde, de modo especial, daqueles militantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), pois é nesta onde a gestante tem o primeiro contato com o serviço de saúde e é a partir daí, mediante a identificação de suas necessidades, serão realizados encaminhamentos na perspectiva da integralidade. Conforme o Ministério da Saúde a reorientação das práticas de saúde no contexto da ESF depende de uma atuação profissional voltada para o coletivo, para assistência integral, abrangendo todas as dimensões que consolidam o processo saúde-doença dos indivíduos e a coletividade que o cerca⁽¹⁸⁾.

Assim, cabe ao enfermeiro da ESF e demais profissionais que atuam no nível da atenção básica do SUS ofertar, prioritariamente, assistência as gestantes respaldada na promoção, proteção à saúde e prevenção aos agravos. Contudo, não deve descuidar da atenção curativa e reabilitadora, pois estas também fazem parte da lógica do princípio da integralidade, que é um grande eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro.

CONCLUSÃO

A integralidade é um princípio do SUS voltado a práticas que vêm sendo construídas no contexto da sociedade brasileira, portanto, não estão prontas, nem tampouco devem ser impostas. Assim, a integralidade perpassa pelos princípios da vigilância e promoção da saúde, do respeito às diversidades cultural, social, racial e de gênero. Tal princípio compreende ainda aspectos que envolvem a qualidade da assistência prestada, a visualização como um todo dos sujeitos a ser cuidado, com vistas a identificar as dimensões individual e coletiva desses atores.

Pode-se afirmar que as participantes deste estudo mobilizam esforços a fim de disponibilizar ações fundamentais para o exercício da integralidade na atenção ao pré-natal e puerpério. Desta feita, o conjunto de saberes e fazeres das depoentes, no contexto da assistência pré-

-natal, está concebido à luz do princípio da integralidade, porém se reconhece a existência de percalços, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, como o problema da referência e contra-referência da gestante a outro serviço.

Portanto, o estudo revelou a existência de obstáculos a serem superados no que concerne à assistência mulher durante a gravidez, quais sejam: conhecimento limitado dos profissionais, acerca dos princípios norteadores do SUS, da dinâmica da ESF e das políticas que embasam o sistema de saúde. Junta-se a isso os serviços de saúde, que ainda não se organizaram de maneira centrada nas usuárias gestantes nem nas suas necessidades de saúde. Essa realidade é reforçada pelo sistema de referência e contra-referência mediante as dificuldades apresentadas na sua efetivação. Essa realidade contribui para a perpetuação de práticas que ficam em descompasso com o princípio da integralidade da atenção e favorece a uma assistência fragmentada e desumanizada.

Entende-se que o profissional enfermeiro deva ser agente de transformação do contexto social da área adscrita sob sua responsabilidade, bem como desenvolver práticas que respeitem a dialógica entre os sujeitos, a dignidade das gestantes e a garantia dos seus direitos como cidadãs, usuárias do sistema de saúde brasileiro.

A pesquisa permitiu ainda, elucidar o entendimento de enfermeiras acerca do princípio da integralidade. Com base nos resultados entende-se que a integralidade na atenção obstétrica realizada pelas entrevistadas, se configura no fortalecimento dos vínculos entre aqueles que prestam e recebem o cuidado. Além disso, permite que as gestantes esclareçam suas dúvidas, minimizem seus anseios e tenham um acompanhamento pré-natal satisfatório, de modo que suas necessidades de saúde sejam respondidas.

REFERÊNCIAS

1. Maldonado MT, Dickstein J. Nós estamos grávidos. São Paulo: Integrare; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Ribeiro Filho B. Avaliação de qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do programa de saúde da família do município de Manaus — AM [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz; 2004.

4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Doenças*. 10^a ed. Brasília (DF); 2000.
5. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO; 2001. p. 39-64.
6. Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 26 Jun 1986. Seção 1.
7. Rosas AMMTF. *A consulta de enfermagem na unidade de saúde: uma análise compreensiva na perspectiva das enfermeiras [dissertação]*. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
8. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
9. Conselho Nacional de Saúde. *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Braga PP, Sena RR. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. *Rev Rene*. 2010; 11(n. esp.):142-9.
12. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1411-6.
13. Costa HKP, Campos ACS, Rolim KMC. Sexualidade na visão da adolescente grávida: mitos e tabus, Fortaleza. *Rev Rene*. 2006; 7(3):42-8.
14. Santos AL, Radovanovic CAT, Marcon SS. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Rev Rene*. 2010; 11(n. esp.):61-71.
15. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(1):65-72.
16. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada, Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(3):469-78.
17. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005; 9(16):39-52.
18. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Dialogando sobre o pacto pela saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Recebido: 21/10/2010

Aceito: 13/07/2011