

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**FERNANDA PEIXOTO CORDOVA**

**DO PRÉ-NATAL AO PARTO: estudo das trajetórias terapêuticas  
percorridas por um grupo de mulheres usuárias do subsetor  
suplementar de assistência à saúde**

**Porto Alegre**

**2008**

**FERNANDA PEIXOTO CORDOVA**

**DO PRÉ-NATAL AO PARTO: estudo das trajetórias terapêuticas percorridas  
por um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar de assistência à  
saúde**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dora Lúcia Leidens Corrêa  
de Oliveira

**Porto Alegre**

**2008**

FERNANDA PEIXOTO CORDOVA

**DO PRÉ-NATAL AO PARTO: ESTUDO DAS TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS  
PERCORRIDAS POR UM GRUPO DE MULHERES USUÁRIAS DO SUBSETOR  
SUPLEMENTAR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Aprovada em 02 de Abril de 2008**

**Banca Examinadora**

Doralúcia L. C. de Oliveira

Profa Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Presidente da Banca – Orientadora

PPG Enfermagem/UFRGS

Tatiana Engel Gerhardt

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Membro da Banca

PPG Enfermagem/UFRGS

Ricardo Burg Ceccim

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Membro da Banca

Faculdade de Educação/UFRGS

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Membro da Banca

UNIFESP/SP

## AGRADECIMENTOS

**À minha querida orientadora Dora**, sem palavras para agradecer o quanto você esteve comigo ao longo destes dois anos. Agradeço-te pelas inúmeras contribuições para a construção desta dissertação, pelo meu crescimento acadêmico, pelas muitas tardes de discussão e por compartilhar comigo toda tua experiência docente. Mas, agradeço-te principalmente por me fazer acreditar que eu poderia estar aqui e, que ainda tenho um longo caminho acadêmico a seguir.

**Ao Professor Luiz Cecílio**, pelo carinhoso aceite em participar da construção desta dissertação, contribuindo desde quando esta era apenas um projeto.

**Ao Professor Ricardo Ceccim**, pela amizade e pelo companheirismo, por me acompanhares desde a graduação, por também muito contribuir para meu crescimento acadêmico e, principalmente por todas as oportunidades de participar de projetos de pesquisa que tens me propiciado.

**À Professora Tatiana Gerhardt**, também pela amizade e pelo carinho, pelas também valiosas contribuições para este trabalho e, por me propiciar de alguma maneira estar atuando na academia.

**À Lilian minha prima querida**, que desde o momento que nos aproximamos, muito tem me ajudado. Agradeço-te muito por todo apoio, pelo carinho e pelas inúmeras contribuições que me destes desde a conclusão da graduação.

**Às professoras do Programa de Pós-Graduação e da Escola de Enfermagem da UFRGS**, principalmente as professoras Ana Bonilha e Denise Tolfo, pela acolhida, pelo apoio e pela ajuda nos momentos finais desta dissertação.

**Às minhas queridas mestras Lisiane e Ninon**, que também sempre estiveram comigo desde o início da graduação e, que muito me ensinaram sobre este mundo da pesquisa.

**À minha família, em especial à minha mãe**, pelo amor, pelo carinho e por todo o apoio e incentivo para que eu continuasse a estudar. Desculpe pela bagunça na casa, pelas preocupações, pelas insônias provocadas, mas principalmente pela minha ausência.

**À minha querida terapeuta**, que muito me ajudou nesta etapa final, ajudando-me a reconhecer as minhas potencialidades e acreditar que eu conseguiria atingir meus objetivos.

**Às minhas queridas amigas de hoje e sempre, Tati, Mari, Grazi e Chele**, que sempre estiveram ao meu lado e, que sempre, de alguma forma, me ajudaram.

**Ao meu amigo Luiz**, sem palavras para te agradecer pela imensa ajuda neste e em tantos outros momentos, pelo carinho, pelo amor, pela amizade e por tudo que representas a mim.

**Aos meus colegas do mestrado**, pela parceira, pelos maravilhosos momentos de discussão, reflexão e pela acolhida nos momentos difíceis.

**À Gilda, Eveline e Carla**, pela ajuda na etapa de transcrição das entrevistas. Vocês foram excepcionais!

**Às mulheres participantes da pesquisa**, que tão gentilmente me receberam em suas casas, abdicando de alguns momentos da maternidade, para contribuir com minha pesquisa.

**Aos colegas de trabalho e a coordenação do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista - IPA**, pela ótima acolhida ao eu ingressar na instituição e, mesmo que recente, por toda a ajuda dada nesta etapa de encerramento deste trabalho.

**MUITO OBRIGADA!!!**

## RESUMO

No sistema de saúde brasileiro encontra-se a atuação de dois subsetores no contexto da assistência à saúde da população. Um é o subsetor estatal, composto por serviços próprios do Sistema Único de Saúde (SUS) e por serviços privados contratados e, o outro é subsetor suplementar, composto por serviços prestados pela iniciativa privada, na qual é acessado pela população através da contratação de planos ou seguros de saúde. De acordo com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, devendo ser regulada pelo SUS. O subsetor suplementar atualmente abrange em torno de 25% da população brasileira e, conforme demonstram algumas pesquisas, o cuidado prestado a estes usuários tem sido predominantemente fragmentado, medicalizador, biologicista e desenvolvido numa diversidade de coberturas assistenciais. Neste sentido, identifiquei como importante pesquisar a atenção ao pré-natal e ao parto, considerando a abrangência da cobertura pelo subsetor neste campo e o impacto do pré-natal e do parto nas taxas de mortalidade materna e neonatal. O presente estudo teve como objetivos conhecer as trajetórias terapêuticas de mulheres usuárias de planos ou seguros de saúde no contexto da atenção ao pré-natal e ao parto e, analisar as ações de cuidado que constituíram estas trajetórias, na perspectiva do referencial da integralidade e da promoção da saúde. Na análise da atenção ao pré-natal e ao parto a noção de integralidade e de promoção da saúde ganha importância, na medida em que agregam elementos tais como acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e educação em saúde, considerados como marcadores de qualidade e resolutividade na atenção em saúde. O estudo, de cunho exploratório-descritivo, foi desenvolvido numa perspectiva qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram onze mulheres que tiveram seu pré-natal realizado no subsetor suplementar. Na análise dos dados, observo que no âmbito da atenção ao pré-natal e ao parto, as mulheres percorreram trajetórias terapêuticas com elevada especialização em relação ao grande número de exames e procedimentos realizados. Nas consultas pré-natais apareceram poucos espaços destinados à escuta e ao diálogo, havendo predomínio de ações intervencionistas ao invés de ações de educação em saúde. Nas experiências das mulheres

entrevistadas o desfecho das trajetórias terapêuticas percorridas no pré-natal foi o parto cesáreo. A análise dos dados sugere que as mulheres pouco participaram dos processos de escolhas dos exames e do tipo de parto de que foram sujeitos, possivelmente porque houveram poucos espaços para a discussão e problematização das circunstâncias que resultaram na indicação médica destes procedimentos. Neste sentido, os dados sugerem uma falta de autonomia das mulheres que são atendidas pelo subsetor suplementar no âmbito da atenção ao pré-natal e ao parto. Estes resultados indicam que, neste contexto, o cuidado é fragmentado, medicalizado e biologicista. Neste sentido, considerada a sua necessária aproximação dos princípios do SUS e, mais especificamente do referencial da integralidade e da promoção da saúde, é possível argumentar que a atenção pré-natal e ao parto realizada no contexto do subsetor suplementar precisa melhorar sua qualidade.

**Descritores:** Saúde suplementar, Cuidado pré-natal, Parto, Integralidade, Promoção da saúde

## RESUMEN

En el sistema de salud brasileño, encontré la actuación de subsectores en el contexto de la asistencia a la salud de la población. Uno de ellos es el subsector estatal, compuesto por servicios propios del Sistema Único de Salud (SUS) y por servicios privados contratados mientras el otro es el subsector suplementario compuesto por servicios, prestados por la iniciativa privada, junto a la cual la población se lo accede a través de la contratación de planos o seguros de salud. De acuerdo con la Constitución Federal de 1988 y la Ley Orgánica de la Salud de 1990, la asistencia a la salud es libre a la iniciativa privada, sin embargo cabe al SUS su fiscalización y control. El subsector suplementario, actualmente, abarca cerca de 25% de la población brasileña y, según demuestran algunas pesquisas, el cuidado prestado a estos usuarios ha sido predominantemente fragmentado, con un exceso de intervención médica, de base biológica y desarrollado en una diversidad de coberturas asistenciales. En este sentido, identifiqué la importancia de investigar la atención al pre-natal y al parto, considerando el alcance de la cobertura por el subsector en este campo y el impacto del pre-natal y del parto en las tasas de mortalidad materna y neonatal. El presente estudio tiene como objetivos conocer las trayectorias terapéuticas de mujeres usuarias de planos o seguros de salud en el contexto de la atención al pre-natal y al parto además de analizar las acciones de cuidado que constituyeron estas trayectorias bajo la perspectiva del referencial de la integralidad y de la promoción de la salud. En el análisis de la atención al pre-natal y al parto, la noción de integralidad y de promoción de la salud gana importancia, visto que agrega elementos tales como acceso, acogida, vínculo, atribución de responsabilidad, autonomía y educación en salud, considerados marcadores de calidad y de capacidad de resolución en la atención en salud. El estudio, de carácter exploratorio-descriptivo, fue desarrollado bajo una perspectiva cualitativa. Los sujetos de la investigación fueron once mujeres que tuvieron su pre-natal realizado en el subsector suplementario. En el análisis de los datos, observé que, en el ámbito de la atención al pre-natal y al parto, las mujeres recorrieron trayectorias terapéuticas con elevada especialización en relación al gran número de exámenes y procedimientos realizados. En las consultas pre-natales, aparecieron pocos espacios



destinados a la escucha y al diálogo, con predominio de acciones intervencionistas en vez de acciones de educación en salud. En las experiencias de las mujeres entrevistadas, el resultado de las trayectorias terapéuticas, recorridas en el pre-natal, fue la cesárea. El análisis de los datos sugiere que las mujeres poco participaron de los procesos de escogencias de los exámenes y del tipo de parto de que fueron sujetos, posiblemente porque hubo pocos espacios para la discusión y problematización de las circunstancias que resultaron la indicación médica de estos procedimientos. En este sentido, los datos sugieren falta de autonomía de las mujeres que son atendidas por el subsector suplementario en el ámbito de la atención al pre-natal y al parto. Los resultados indican que, en este contexto, el cuidado es fragmentado, con una excesiva intervención médica y de base biológica. Considerada su necesaria aproximación de los principios del SUS y, más específicamente, del referencial de la integralidad y de la promoción de la salud, es posible argumentar que la atención al pre-natal y al parto, realizada en el contexto del subsector suplementario, precisa mejorar su calidad.

**Descriptor:** Salud complementaria, Atención prenatal, Parto, Integralidad, Promoción de la salud

**Título:** Desde el Pre-Natal hasta el Parto: estudio de las trayectorias terapéuticas recorridas por un grupo de mujeres usuarias del subsector suplementario de asistencia a la salud

## ABSTRACT

In the Brazilian health system there are two subsectors within the context of the population health care. One of them is the state subsector, comprising services from the Brazilian Health Care System (BHCS) and by contracted private services. The other is the supplemental subsector which comprises services provided by the private sector to which the population has access by contracting health plans or insurance. According to the Federal Constitution of 1988 and the Lei Orgânica da Saúde (Health Regulation) of 1990, health care is to be free for the private sector; however the BHCS is in charge of supervising and controlling it. Currently, the supplemental subsector comprises around 25% of the Brazilian population and, according to some researches, the care offered to these users has been predominantly fragmented, with prescription of medicines, of biological feature and developed in a diversity of assistance coverage. In this sense, we identified as important to research the pre-natal and delivery care, considering the coverage range of the subsector in this field and the impact of the pre-natal and delivery programs on the maternal and neonatal mortality rates. This study aims to learn the therapeutic trajectories of women who use health plans and insurances within the context of pre-natal and delivery care. It also aims to analyze the actions of care that constituted these trajectories under the perspective of the referential of integrality and of health promotion. In the analysis of pre-natal and delivery care, the notion of integrality and health promotion acquires importance since it adds elements such as the welcoming, access, bond, responsibility, autonomy, and health education which are considered to be markers of quality and resolution in health care. This exploratory and descriptive study has been developed under a qualitative perspective. The subjects of the research were eleven women whose pre-natal program was carried out in the supplemental subsector. In the data analysis we noticed that, in the range of pre-natal and delivery care, the women went through therapeutic trajectories with high specialization in terms of the great number of examinations and procedures carried out. In the pre-natal appointments, there was little space for listening and dialogue, with the predominance of intervening actions instead of health education actions. In the experiences of the interviewed women, the

outcome of the therapeutic trajectories during the pre-natal period, was the delivery by Caesarian. The data analysis suggests that the women had little participation in the processes of choosing the examinations and the type of delivery they were to have, possibly because there was little space for discussing and questioning the circumstances that resulted in the medical recommendation of such procedures. In this sense, the data suggest the lack of autonomy of the women who are attended by the supplemental subsector within the range of pre-natal and delivery care. These results indicate that, within this context, care is fragmented and based on biomedical knowledge. Considering its necessary proximity to the BHCS principles and, more specifically, to the referential of integrality and of health promotion, it can be concluded that the quality of pre-natal and delivery care performed within the context of the supplemental subsector must be improved.

**Descriptors:** Supplemental health, Prenatal care, Parturition, Integrality, Health promotion

**Title:** From Pre-Natal to Delivery: a study on the therapeutic trajectories of a group of women who use the supplemental subsector of health care

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Trajetória Terapêutica E.1 .....	49
Figura 2 – Trajetória Terapêutica E.2.....	51
Figura 3 – Trajetória Terapêutica E.3.....	52
Figura 4 – Trajetória Terapêutica E.4.....	54
Figura 5 – Trajetória Terapêutica E.5.....	55
Figura 6 – Trajetória Terapêutica E.6.....	56
Figura 7 – Trajetória Terapêutica E.7 .....	57
Figura 8 – Trajetória Terapêutica E.8.....	59
Figura 9 – Trajetória Terapêutica E.9.....	60
Figura 10 – Trajetória Terapêutica E.10.....	61
Figura 11 – Trajetória Terapêutica E.11 .....	62
Figura 12 – Categorias e Subcategorias geradas no processo de análise dos dados. .....	65

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS E QUESTÕES DE PESQUISA</b> .....	<b>19</b>
2.1 Objetivos Gerais .....	19
2.2 Questões de Pesquisa .....	19
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
3.1 Subsetor Suplementar: cenários de atuação na assistência à saúde .....	20
3.2 Trajetórias Terapêuticas: fatores implicados no acesso e na utilização dos serviços.....	25
3.3 A Atenção ao Pré-Natal e ao Parto: pressupostos para o cuidado .....	31
3.4 Projeto Integralidade.....	36
3.5 Projeto Promoção da Saúde.....	40
<b>4 CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>44</b>
4.1 O Contexto e os Sujeitos do Estudo.....	44
4.2 Coleta dos Dados .....	45
4.3 Análise dos Dados .....	46
4.4 Aspectos Éticos .....	46
<b>5 TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS: DO PRÉ-NATAL AO PARTO</b> .....	<b>48</b>
<b>5.1 Trajetórias Terapêuticas no Pré-Natal: cenários de medicalização e fragmentação da assistência</b> .....	<b>66</b>
5.1.1 <i>“Tirava as dúvidas, pesava, media a barriga e escutava o nenê”</i> – cenários das consultas pré-natais .....	68
5.1.2 <i>“Então cada mês era feito algum exame diferente”</i> – frequência e tipos de exames complementares realizados no pré-natal .....	74
5.1.3 <i>“Orientações sobre amamentação, sangramento e sinais eu tive mais no curso”</i> – a importância do grupo de gestantes no pré-natal .....	78
<b>5.2 O Parto como Desfecho: coerência com as trajetórias terapêuticas no pré-natal</b> .....	<b>80</b>
5.2.1 <i>“Eu não quero parto normal. Não vou fazer! Nem pensar!”</i> – a “moda” da cesárea e a tomada de decisão pelo tipo de parto .....	81
5.2.2 O momento do parto e a ênfase no procedimento .....	88

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE – ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APROVADO PELO COMITÊ.....</b>	<b>109</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), bandeira de luta do Movimento de Reforma Sanitária, iniciou sua consagração na assistência à saúde dos brasileiros quando foi promulgada a Constituição Federal em 1988. A Carta Magna traduziu-se como reflexo do processo de democratização ocorrido no país no final dos anos 80, conquistando o direito à saúde como direito de cidadania e, o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e aos serviços de saúde (ACIOLE, 2006; MENEUCUCCI, 2007).

A regulamentação formal do SUS se deu dois anos após a Constituição, quando foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Entretanto, este sistema inclusivo não correspondeu à efetiva cobertura pública de assistência à saúde, uma vez que os planos ou seguros privados de saúde já vinham contribuindo de maneira expressiva, à garantia de acesso da população aos serviços de saúde (MENEUCUCCI, 2007; CECCIM, 2007a).

Essa assistência por planos e seguros de saúde teve início em 1950, em razão das práticas de exclusão social e de redução das verbas públicas terem provocado queda na qualidade dos serviços públicos de saúde (MALTA *et al*, 2004). E, mais para o final dos anos 80, também pelo fato da Constituição e da LOS garantirem que a assistência à saúde poderia ser livre à iniciativa privada (BRASIL, 2007; CECCIM, 2007a).

Desde então, no sistema de saúde brasileiro atuam:

*“Um **subsetor estatal**, composto por ações e serviços próprios do SUS e ações e serviços contratados e conveniados, identificados como complementares, uma vez que não-estatais, mas prestando serviços ao Estado, e um **subsetor suplementar**, composto pelas ações e pelos serviços prestados pela iniciativa privada, cabendo ao SUS a sua fiscalização e controle.” (CECCIM, 2007a, p.14) [grifos dos autores]*

A existência de serviços estatais e privados de assistência à saúde gera, num país onde há uma imensa desigualdade social, ainda mais desigualdades (MENEUCUCCI, 2007). Tal situação configura o que Faveret e Oliveira (1990) denominam de universalização excludente, uma vez que o subsetor estatal não conseguiu incluir todos os segmentos sociais no atendimento à saúde.

Na Constituição, as ações e os serviços de saúde estão definidos como de relevância pública, cabendo “ao Estado (poder público) sua regulamentação, fiscalização e controle”. Ou seja, atuação em prol da regulação pública, mesmo que sua execução não se efetive diretamente pelo poder público, mas também, por meio de contratados, conveniados e iniciativa privada (CECCIM, 2007a, p.14).

Nesta direção, em 1998 inicia-se o processo de regulação do subsetor suplementar com a promulgação da Lei de n.º. 9.656. Mas a efetiva regulação aconteceu dois anos após, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão estatal, com finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2006b).

À ANS compete zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito do subsetor suplementar e fixar normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras (empresas que comercializam plano e seguros de saúde) quanto aos processos comerciais e os modelos assistenciais (BRASIL, 2006b). Assim, corresponde à ANS, além de fiscalizar e regular as operadoras, quanto aos processos de comercialização e contratação dos planos e seguros de saúde, ter ciência das ações de cuidado em saúde prestadas à população, através da visibilidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários e do modelo assistencial concebido pelas operadoras.

Atualmente, a ANS vem promovendo um conjunto de medidas visando redirecionar suas ações de regulação de forma a ampliá-las, de um controle da sobrevivência financeira das empresas para uma melhor qualificação da prestação e utilização dos serviços no subsetor suplementar. Este movimento da ANS é orientado pela noção de que a saúde suplementar integra o SUS, na lógica de subsetor, tanto em termos constitucionais, como alvo da regulação pública, quanto por sua importância na oferta e na prestação de serviços (CECCIM, 2007a).

Entre estas medidas destaca-se a ação da ANS no fomento a pesquisas. No ano de 2005, foram realizadas duas pesquisas na região sudeste, uma objetivando analisar os modelos assistenciais e a outra a regulação praticada pelo mercado de planos e seguros de saúde. Como elementos de análise, as pesquisas utilizaram os princípios de atenção integral, humanização, estabelecimento de vínculo e resolutividade das práticas de saúde. Os resultados das pesquisas mostraram, conjuntamente, que o cuidado prestado no âmbito da saúde suplementar é alvo de inúmeras queixas dos usuários; por exemplo, com relação ao aumento de



mensalidade, à cobertura assistencial e à rede prestadora. Além disto, concluiu-se que o modelo de assistência desenvolvido resulta num cuidado fragmentado, com ênfase em procedimentos e em diretrizes biologicistas e que há uma desarticulação dos serviços prestadores do cuidado. Segundo os pesquisadores, para uma melhor visibilidade da integralidade, qualidade e eficiência do cuidado, seria necessário tornar público o processo decisório, estando os usuários e suas necessidades posicionados como eixos definidores centrais dos processos gerenciais e regulatórios (BRASIL, 2005a; MALTA *et al*, 2004) e da construção dos projetos terapêuticos e ações de cuidado.

Em 2006, a ANS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) integrou uma rede de colaboradores para o desenvolvimento de estudos, na qual a Rede Científica Sul de Pesquisas em Saúde Coletiva participou com o desenvolvimento de dois projetos. Um dos projetos teve o objetivo de identificar, de forma comentada, toda a produção científica sobre o contexto do subsetor suplementar e; o outro integrou três subprojetos de investigação, com foco no aprofundamento das produções acerca do comportamento do mercado (com operadoras), dos itinerários terapêuticos (com usuários das linhas de cuidado no câncer de mama, no parto, no alcoolismo e no infarto agudo do miocárdio) e dos processos de ensino e aprendizagem (sobre os imaginários de docentes e discentes dos cursos de medicina, odontologia e psicologia). De forma geral, os resultados destes estudos apontaram que no âmbito da assistência à saúde, os usuários não têm acesso à atenção integral, a ações de promoção e proteção da saúde e a atendimentos guiados pela lógica do acolhimento. Quanto aos processos de formação, os profissionais têm sido capturados pelo imaginário liberal-privatista, desqualificando o trabalho nos setores estatais e praticando um cuidado não acolhedor e de pouca resolutividade (CECCIM, 2007a).

Considerando as recomendações destes estudos, no que se refere à importância dos processos gerenciais e regulatórios serem usuários-centrados; à escassa produção científica; ao cuidado fragmentado, medicalizador e biologicista, desenvolvido numa diversidade de coberturas assistenciais; identifico como necessário desenvolver mais pesquisas para ampliar o conhecimento sobre o contexto do subsetor suplementar.

Levando-se em conta os diversos campos onde atuam os serviços de saúde suplementar e a necessidade de limitação do escopo da presente pesquisa, optei

por desenvolvê-la no contexto da atenção ao pré-natal e ao parto. A escolha é justificada pela elevada representatividade desta atenção no subsetor, pela ênfase com que ela tem sido tratada pela ANS, e pela importância da qualidade deste atendimento na redução das taxas de mortalidade materna e neonatal, que no Brasil tem se mostrado muito alta. A estas motivações alia-se meu interesse pelo tema, originado em experiências como enfermeira pré-natalista em serviços estatais.

No Rio Grande do Sul, em torno de 19% da população é usuária de planos ou seguros de saúde, sendo que 42% desta população residem na capital. No estado, em torno de 59% dos planos ou seguros de saúde são de cobertura obstétrica; situação que tem se caracterizado por elevada frequência de procedimentos e altas taxas de cesarianas (BRASIL, 2006a; NASCIMENTO, 2003).

A atenção ao pré-natal e ao parto tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005b). Esta atenção deve, igualmente, primar pelo princípio da integralidade, mediante condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, fácil acesso aos serviços de saúde com qualidade e, desenvolvimento de ações que integrem todos os níveis da atenção na promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante, da parturiente e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2005b).

Na literatura tenho encontrado muitos estudos de avaliação da qualidade do pré-natal e do parto, mas a maioria deles têm sido estudos quantitativos, onde se têm avaliado somente os aspectos relacionados ao início precoce do pré-natal, número total de consultas, tipo de parto realizado e o baixo peso ao nascer (KOFFMAN; BONADIO, 2005; MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Estudos qualitativos, que dão visibilidade a experiências de mulheres no âmbito da atenção pré-natal e ao parto são escassos na literatura científica, principalmente com relação ao subsetor suplementar.

Recentemente, em 10 de janeiro do corrente ano, a ANS definiu, com a publicação oficial da Resolução Normativa 167, que as operadoras devem cobrir parto normal feito por enfermeira obstétrica a partir de abril. Segundo a ANS (2008), esta medida vem ao encontro da busca pela prática do parto humanizado entre as usuárias de planos ou seguros de saúde e a associação da participação da

enfermeira obstétrica com a redução do número de cesarianas, reconhecida pela literatura.

Entre esta e outras conquistas, destaco que o subsetor suplementar vem sendo permeado por movimentos de luta pela qualificação do atendimento e pela ampliação da atuação de outros profissionais da saúde, além do médico. Nesta perspectiva, ganham importância projetos que dêem visibilidade aos modos de funcionamento deste subsetor, no caso específico da investigação aqui proposta, em busca de uma melhor qualidade da atenção obstétrica.

O conhecimento produzido em estudos com este enfoque pode fornecer relevantes subsídios para usuários e profissionais da saúde, incluindo as enfermeiras, no desenvolvimento de uma postura crítica com relação ao sistema de saúde brasileiro, no qual ocupam importante posição. E isto pode resultar na promoção de um 'dar-se conta' da importância deste engajamento na produção de cidadania - profissionais e usuários críticos sobre suas condições de vida e com potencial para lutarem pelos seus direitos no campo da saúde.

Diante deste cenário, este estudo se propôs a analisar as ações de cuidado realizadas na atenção ao pré-natal e ao parto e desenvolvidas no âmbito de planos ou seguros de saúde, tendo em conta as experiências de mulheres usuárias destes serviços. Para isso, adotei o referencial das trajetórias terapêuticas para conhecer a seqüência de recursos de cuidados com a saúde por elas utilizados (NOVAKOSKI, 2002). As trajetórias terapêuticas identificadas foram analisadas à luz dos referenciais da integralidade e da promoção da saúde, considerados no contexto do SUS como marcadores de qualidade e resolutividade da atenção em saúde.

## **2 OBJETIVOS E QUESTÕES DE PESQUISA**

### **2.1 Objetivos Gerais**

- Conhecer as trajetórias terapêuticas de mulheres usuárias de planos ou seguros de saúde no contexto da atenção ao pré-natal e ao parto;
- Analisar as ações de cuidado que constituíram estas trajetórias, na perspectiva do referencial da integralidade e da promoção da saúde.

### **2.2 Questões de Pesquisa**

- Quais trajetórias terapêuticas as mulheres percorreram no contexto da atenção ao pré-natal e ao parto?
- Quais fatores influenciaram a definição destas trajetórias terapêuticas?
- Que ações de cuidado integraram estas trajetórias?
- Em que medida estas ações se aproximam ou se distanciam das propostas de integralidade na saúde e de promoção da saúde?

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico apresentado a seguir serviu de subsídio para a leitura, compreensão e análise dos dados coletados. Os referenciais que deram sustentação à pesquisa foram desenvolvidos em diferentes capítulos:

- Subsetor Suplementar: cenários de atuação na assistência à saúde;
- Trajetórias Terapêuticas: fatores implicados no acesso e na utilização dos serviços;
- A Atenção ao Pré-Natal e ao Parto: pressupostos para o cuidado;
- Projeto Integralidade
- Projeto Promoção da Saúde

#### **3.1 Subsetor Suplementar: cenários de atuação na assistência à saúde**

A história política e econômica do Brasil contribuiu, de forma muito efetiva, para a formação e o fortalecimento do subsetor suplementar na assistência à saúde. A iniciativa privada iniciou sua atuação no mercado brasileiro por volta da década de 50, quando as empresas estrangeiras passaram a contratar serviços privados de saúde para a assistência a seus empregados. Mais tarde, durante a ditadura militar, tal atuação se fortaleceu em função da utilização de recursos públicos na contratação de empresas médicas para implementação de programas e projetos de responsabilidades. E, por fim, foi nos anos 80, que o subsetor ganhou magnitude em razão de grande recessão econômica, que resultou na diminuição dos pagamentos dos convênios com as empresas médicas, favorecendo que o oferecimento dos serviços de saúde fosse realizado diretamente aos indivíduos e às empresas (VIEIRA; VILARINHO, 2004; MENEUCCI, 2007).

Apesar da situação favorável ao desenvolvimento do subsetor suplementar de saúde e dos diversos fatores políticos e econômicos que influenciaram este desenvolvimento desde a década de 50, o mesmo só ficou reconhecido como campo de atenção à saúde com a promulgação da Constituição Federal de 1988,

que perante a configuração do SUS, desfavoreceu à iniciativa privada o livre comércio de serviços de assistência à saúde (VIEIRA; VILARINHO, 2004; BRASIL, 1988; CECCIM, 2007a; MENEUCUCCI, 2007).

Mais tarde, este campo passou a ser regulado pelo poder público, por meio da promulgação das Leis 9.656 e 9.961, que instituíram a ANS como órgão de fiscalização ligado ao governo federal, responsável por garantir o equilíbrio e a solvência do mercado e dos direitos dos consumidores (VIEIRA; VILARINHO, 2004; BRASIL, 2006b). Esta regulação do subsetor suplementar, estabelecida a partir de políticas públicas tem sido indicada na literatura como uma estratégia para a obtenção de resultados sociais superiores entre as relações na estrutura governamental e na relação com o mercado (RIBEIRO; COSTA; SILVA, 2000).

Desde então, atuam legalmente no sistema de saúde brasileiro, um subsistema estatal, com serviços próprios do SUS e complementares pela iniciativa privada e; um subsistema suplementar, com serviços próprios da iniciativa privada (CECCIM, 2007a). A atuação complementar da iniciativa privada ao estatal acontece quando este contrata serviços privados de assistência à saúde para atender a população. Nestes, as ações de cuidado à saúde devem estar regidas pelos princípios e diretrizes do SUS (ANDRADE; PORTO-JÚNIOR, 2005; BRASIL, 2006a).

A atuação suplementar se estabelece na oferta de serviços de assistência à saúde, mediante a contratação de planos e seguros de saúde comercializados pelas operadoras, perante os princípios de direito privado (OCKÉ-REIS, 2003; ACIOLE, 2006).

No Brasil, tem sido marcante a interação entre os subsetores estatal e suplementar na atenção à saúde da população. Neste contexto, as políticas regulatórias têm como objetivos estabelecer o controle destes dois subsetores e entender como se dão suas conexões na assistência à saúde da população, principalmente porque o estatal tem provido, em muitas situações, atendimento aos usuários de planos e seguros de saúde (RIBEIRO; COSTA; SILVA, 2000). Tais situações dizem respeito aos atendimentos de média e alta complexidade que, muitas vezes, não são garantidos pelos planos ou seguros de saúde e, ao uso de medicamentos que são dispensados nos serviços estatais ou adquiridos em farmácias populares (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006).

Neste sentido, a ANS tem se configurado como principal poder público no subsetor, por estar vinculada ao Ministério da Saúde e por exercer função nos

processos regulatórios. Neste contexto a ANS tem tido o papel de criar e apresentar resoluções voltadas à garantia da solidez econômica das operadoras; à padronização dos planos e seguros de saúde a serem comercializados; à promoção da ligação do campo suplementar com a saúde pública, evitando a exploração do subsetor estatal e, à garantia do acesso a classes mais vulneráveis (VIEIRA; VILARINHO, 2004; BRASIL, 2006b).

Além da ANS, são atores da regulação do subsetor suplementar os usuários de planos e seguros de saúde; os prestadores de serviço; as operadoras e os gestores do SUS (VIEIRA; VILARINHO, 2004).

Atualmente este subsetor atende uma população de 42 milhões de pessoas, por intermédio de 2.048 operadoras, 3.650 prestadores de serviços e 32.252 planos privados, movimentando em torno de R\$ 23 bilhões anualmente (VIEIRA; VILARINHO, 2004; ANS, 2006b).

Os planos e seguros de saúde podem ser, segundo o tipo de contratação, individual, familiar ou empresarial. As modalidades individual e familiar são referentes à contratação direta dos usuários com as operadoras e, a modalidade empresarial refere-se à contratação das operadoras pelas empresas, para assistência à saúde dos seus funcionários, envolvendo ou não co-pagamento por parte dos mesmos (BRASIL, 2005a).

Em relação ao tipo de cobertura, os planos e seguros de saúde podem ser: ambulatorial, aquele que oferece consultas médicas, exames e demais procedimentos no âmbito de ambulatório; hospitalar, o que oferece atendimento ambulatorial e hospitalar; hospitalar com obstetrícia aquele destinado às mulheres e que oferece cobertura ambulatorial e hospitalar para o recém-nascido até 30 dias de vida e, o plano odontológico, que compreende consultas, exames e outros procedimentos na área odontológica (ANDRADE; PORTO-JÚNIOR, 2005).

Os prestadores de serviços são aqueles conveniados às operadoras, que podem ser hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e odontólogos. E, os gestores do SUS que participam no subsetor são os secretários estaduais e municipais de saúde (ANS, 2006b).

As operadoras, conforme constituição como empresa, são classificadas em: autogestão; cooperativa médica; cooperativa odontológica; medicina de grupo; odontologia de grupo e seguradora especializada em saúde. A modalidade autogestão é caracterizada quando a própria empresa ou organização administra a

assistência à saúde de seus empregados e dependentes, mediante serviços próprios, credenciados ou de reembolso. A medicina e/ou odontologia de grupo refere-se à prestação de serviços médicos ou odontológicos e hospitalares feito mediante contrato e valores fixos. Os serviços, em geral, são ofertados em hospitais e laboratórios próprios ou credenciados. As seguradoras são aquelas que permitem a livre escolha de médicos e hospitais, reembolsando aos usuários as despesas gastas com o atendimento à saúde, dentro do limite da apólice contratada. No entanto, também operam com uma rede credenciada de médicos e hospitais. E, por fim, as cooperativas médicas e/ou odontológicas, referem-se à assistência praticada por médicos ou odontólogos cooperados, os quais são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e, que também possuem uma rede credenciada de hospitais e laboratórios (DERENGOWSKI, 2004).

No processo regulatório, a ANS criou uma Política de Qualificação da Saúde Suplementar que vem postulando mudanças neste campo, principalmente quanto ao papel e desempenho assistencial de seus atores. Neste sentido, as operadoras devem passar a ser entendidas como gestoras de saúde; os prestadores de serviços a ser entendidos como produtores de cuidado em saúde; os usuários a ter consciência sanitária e a própria ANS a ser órgão qualificado e eficiente para regular um subsetor que objetiva produzir saúde (ANS, 2006a).

Os outros avanços desta Política têm sido: implementação de condições objetivas para o aperfeiçoamento da regulação da ANS; a indicação da importância do Sistema de Informação como elemento estratégico para análise e tomada de decisão; ações de melhoria da qualidade dos dados enviados aos sistemas de informação por parte das operadoras e, ampliação do debate sobre o modelo de atenção à saúde. Além disso, tal Política objetiva o reconhecimento da necessidade de se praticar ações de promoção à saúde, de prevenção de doenças e de regulação assistencial; a articulação com o Ministério da Saúde; a avaliação das tecnologias em saúde; o desenvolvimento de pesquisas; a construção do subsetor suplementar como pertencente ao campo da produção da saúde e, a qualificação do processo regulatório (ANS, 2006a).

Neste caminho de ampliação do debate sobre o modelo de atenção à saúde, as operadoras, além de ofertar os planos e seguros de saúde e buscar conformar-se à legislação, têm procurado regular a autonomia do médico, reduzindo a liberdade de escolha de procedimentos. Porém, tal atuação tem sido marcada pela restrição



dos usuários na frequência de realização dos exames diagnósticos, não necessariamente por uma concepção de saúde diferente da vinculação biologicista, reducionista e centrada no uso excessivo de tecnologia, mas por uma tendência econômica, vinculado à imagem de desperdício (VIEIRA; VILARINHO, 2004).

Na visão de alguns autores, o subsetor suplementar está atravessado pela lógica do clientelismo, do corporativismo, da burocracia e do universalismo de procedimentos. Ainda segundo a literatura, neste contexto predominam formas de relacionamento entre usuários e operadoras estabelecidas através da oferta e do consumo de serviços de saúde. A literatura também cita outras características como recorrentes no subsetor, como é o caso da predominância de atendimentos prestados por profissionais médicos e a definição de critérios para a solicitações de exames, internações e procedimentos cirúrgicos pautada por auditorias e burocracias. Além disto, sugere-se que a qualidade da assistência à saúde realizada no âmbito do subsetor suplementar esteja relacionada apenas ao oferecimento de tecnologias avançadas para o diagnóstico (RIBEIRO; COSTA; SILVA, 2000).

Outros autores enfatizam que tal situação e os elevados índices de atendimentos de emergência, internação hospitalar e realização de exames laboratoriais e diagnósticos resultam em um modelo assistencial norteados por um enfoque curativo, hospitalocentrismo e uso excessivo de tecnologia. Nesta perspectiva, estes autores identificam no subsetor uma heterogeneidade nos padrões de qualidade, além de uma fragmentação e descontinuidade da atenção, elementos que comprometem a efetividade e a eficiência do setor (MALTA *et al*, 2004; MALTA, 2005).

Segundo Schramm e Kottow (2001), a necessidade de uma maior abrangência das ações de saúde, capazes de englobar promoção, prevenção e predição de lesões e patologias, sinaliza a falha do subsetor suplementar por não incluir outros saberes além do médico. Estes autores sugerem ainda, que os cuidados preventivos caracterizariam uma melhor prática para a gestão dos programas de saúde das operadoras de planos e seguros, sendo necessária a obrigatoriedade da sua inclusão na legislação do sistema de saúde.

Para Malta (2005), as operadoras e os prestadores de serviços, que atuam com a idéia de eventos e sinistralidades, produzem atos desconexos e desarticulados na assistência à saúde, tomando a saúde como produto e não como bem e direito do usuário. A autora refere, ainda, que não é incomum observar

investimentos do subsetor suplementar em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, os quais se configuram mais em uma estratégia de marketing do que numa diretriz de modelo assistencial.

Seguindo esta mesma linha de análise, Silva (2006) sugere que tal estratégia tem alimentado a falsa estabilidade e o forte caráter fetichista existentes no mercado de planos e seguros de saúde e tem provocado na população em geral uma desacreditação dos serviços públicos de saúde. Semelhante argumento é defendido por Santos e Gerschmann (2004), que indicam a importância da mídia, como veículo que reforça e favorece o avanço dos planos e seguros de saúde no mercado brasileiro.

Tais circunstâncias também podem estar relacionadas ao modo como as pessoas de melhor poder aquisitivo têm agido, acreditando que a compra de planos e seguros de saúde é garantia de acesso a um cuidado de melhor qualidade. A literatura destaca, porém, que melhores condições de vida não significam melhor acesso e utilização de serviços, mesmo que a precarização da qualidade de vida esteja quase sempre associada às condições de baixa renda (NOVAKOSKI, 2002).

### **3.2 Trajetórias Terapêuticas: fatores implicados no acesso e na utilização dos serviços**

Segundo Novakoski (2002), para compreendermos o que ocorre no âmbito da saúde é preciso conhecer as múltiplas realidades existentes, as quais apresentam diferentes formas de organização econômica e social.

“Neste processo, a situação de saúde é direta ou indiretamente produto das condições gerais da vida biológica, social e cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si, no processo de trabalho e na sua interação com o meio físico e social” (NOVAKOSKI, 2002, p.92).

Para Minayo *et al* (2004), a saúde enquanto questão humana e existencial é uma situação compartilhada por todos os segmentos sociais; porém, as condições de vida qualificam de forma diferenciada o modo pelos quais as classes sociais pensam, sentem e agem a respeito dela. Neste mesmo sentido, outros autores

argumentam que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença são resultados de uma complexa interação dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. E, a procura pelos serviços de saúde vem relacionada ao modo pelos quais os indivíduos se consideram suscetíveis a um determinado problema de saúde, como avaliam a gravidade das conseqüências deste problema e como confiam e acreditam nas ações de saúde disponíveis (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005).

Na literatura sugere-se, ainda, que no campo da saúde a percepção quanto à suscetibilidade e à gravidade refere-se, respectivamente, à percepção subjetiva do risco de ter doença e aos sentimentos e preocupações em relação à doença e suas conseqüências na saúde e nas condições de vida (TRAVASSOS ; MARTINS, 2004).

Nesta perspectiva, o estudo das trajetórias terapêuticas e das seqüências de recursos utilizados pelos indivíduos para minimizar ou solucionar seus problemas e necessidades de saúde parece ser uma estratégia bastante promissora para a compreensão das múltiplas realidades e diferenças existentes entre formas de viver e de procurar por cuidados em saúde (NOVAKOSKI, 2002).

A procura por e o acesso a cuidados em saúde, tem uma estreita relação com as possibilidades de escolha de cada usuário. Para Gerhardt (2006):

Os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde (GERHARDT, 2006, p. 2449).

Os recursos de cuidado à saúde podem ser informais (automedicação, recomendações de parentes, vizinhos), populares (curandeiros, bezendeiros) e profissionais (rede de profissionais e serviços de saúde públicos e privados) (KLEINMAN, 1980; GERHARDT, 2006). Cada alternativa destas possui vantagens e desvantagens e as escolhas dos indivíduos são influenciadas pela sua validação cultural, individual e coletiva, além da disponibilidade de acesso (GERHARDT, 2006).

O acesso aos serviços de saúde relaciona-se diretamente com as condições de vida, de habitação, de nutrição, de educação e de poder aquisitivo. A acessibilidade também está relacionada a aspectos geográficos (proximidade aos

serviços), funcionais (qualidade, horário e oferta dos serviços), culturais (serviço inseridos na cultura da população) e econômicos (custos para o usuário) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No contexto do sistema de saúde brasileiro, com relação aos aspectos econômicos, existem duas formas de acesso aos serviços de saúde: pelo subsetor estatal e pelo suplementar. Como vimos anteriormente, o acesso pelo subsetor estatal é gratuito e garantido pelo Estado e o acesso pelo subsetor suplementar é pago pelo usuário.

Segundo Pinto e Soranz (2004), a atuação dos planos e seguros de saúde na assistência à saúde, configura-se em mais um fator de geração de desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde, na medida em que cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira: pessoas de maior renda familiar; de cor branca; com maior nível de escolaridade; inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho e moradores das capitais e regiões metropolitanas.

Buscando obter informações a respeito da morbidade percebida, do acesso aos serviços de saúde, da cobertura por plano de saúde e da utilização dos serviços de saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde (MS), realizaram em 2003 uma pesquisa, de caráter suplementar à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). (BRASIL, 2005c). Nesta pesquisa, a população brasileira foi estimada em 176 milhões de habitantes e destes, em torno de 78,6%, avaliaram seu estado de saúde como sendo muito bom e bom no quesito da auto-percepção de saúde. Entre os entrevistados, os homens apresentaram um “índice de auto-avaliação satisfatória do estado de saúde maior do que as mulheres” (BRASIL, 2005c).

A PNAD estimou que 43,2 milhões de indivíduos estavam cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 26,4% da população brasileira, sendo, em maior número, estes residentes em áreas urbanas. Destes, 79,2% estavam vinculados aos planos de saúde, na forma individual ou coletiva, estando o restante coberto por planos de instituição de assistência ao servidor público municipal, estadual ou militar (BRASIL, 2005c).

A utilização dos planos de saúde apresentou-se maior entre as mulheres, aumentando a procura de acordo com o avanço da idade. Em contrapartida, a pesquisa mostrou que a cobertura por planos de saúde se dá com maior frequência

entre aqueles que avaliaram seu estado de saúde como bom e muito bom (BRASIL, 2005c).

Um outro dado relevante é o de que o acesso aos planos de saúde mostrou-se relacionado ao rendimento familiar - quanto maior o rendimento, maior o índice de adesão aos planos de saúde (BRASIL, 2005c).

A utilização de consultórios e ambulatórios privados foi apontada com maior frequência de uso regular entre a população com maior renda, destacando maior frequência de usuários acima dos 19 anos (BRASIL, 2005c).

A população com 20 ou mais salários mínimos representou uma maior procura pelos serviços de saúde, apesar de referirem em menor frequência a presença de problemas de saúde (BRASIL, 2005c).

As consultas médicas foram as modalidades de saúde mais utilizadas, sendo o maior número de consultas realizado por pessoa urbana, feminina e com maior rendimento familiar, estando em torno de 30% dos atendimentos pré-natais e partos realizados nos serviços privados de saúde (BRASIL, 2005c).

Para Castro (2002), o excesso de utilização dos serviços de saúde por usuários de planos e seguros de saúde estaria relacionado à atitude do profissional e do usuário em relação às necessidades de cuidados em saúde, haja vista que as despesas estão completamente cobertas. Entretanto, os usuários estão pagando por despesas maiores do que os verdadeiros gastos com os cuidados à sua saúde, pois as operadoras, ao desejarem pagar custos administrativos, marketing e ainda obterem lucro, calculam os planos e seguros de saúde maior do que o custo efetivo com os possíveis cuidados de saúde a serem utilizados (CASTRO, 2002).

Kanter (2008), complementando o que Castro destacou, argumenta que os gastos com os planos e seguros de saúde são “gastos multiplicados por uso excessivo, uso insuficiente, uso desnecessário, uso errado, repetido e duplicado” (KANTER, 2008, p.17).

Neste sentido, Andrade e Porto Júnior (2005), salientam ainda que estes custos excessivos resultam, algumas vezes, na adoção, por parte das operadoras, de mecanismos de co-participação dos usuários como estratégia de redução de gastos e desestímulo ao uso desnecessário dos serviços.

Por outro lado, este uso excessivo dos serviços de saúde vem relacionado ao excesso de demanda, situação provocada talvez pelo desconhecimento dos custos na prestação de cuidados à saúde dos usuários ou pelo mecanismo de pagamento

por procedimento, na qual, “o médico teria interesse financeiro em prover cuidado de saúde em excesso ou executar procedimentos desnecessários” (CASTRO, 2002, p.128).

Para a mesma autora, tal utilização excessiva dos serviços de saúde desrespeita a independência entre a oferta e a demanda, uma vez que o médico atua na oferta e demanda conjuntamente e, o usuário sem “possuir as informações necessárias para a tomada de decisões”, utiliza os serviços de acordo com o que o médico lhe aconselha. Outro fator que corrobora para a situação da oferta induzir a demanda é o fato de as operadoras pagarem todos os custos (CASTRO, 2002, p.128).

Em contrapartida, Bahia (2001) destaca que mesmo perante a um excesso de oferta e de utilização dos serviços de saúde, observa-se uma utilização do subsetor estatal pelos usuários de planos e seguros de saúde nas situações que exigem tecnologias mais sofisticadas, a exemplo dos procedimentos no tratamento oncológico, nos transplantes, nas terapias renais, entre outras (BAHIA, 2001).

No caso dos transplantes, um estudo realizado no Rio de Janeiro, com o objetivo de examinar a utilização destes procedimentos por clientes vinculados a planos privados de saúde, mostrou que, nos resultados das entrevistas com alguns chefes de equipes de transplantes, a priorização de realização destes procedimentos no subsetor estatal está diretamente relacionada aos valores pagos pelo subsetor. Tais valores, mesmo sendo menores que os pagos pelas operadoras, cobrem todos os gastos como os procedimentos e ainda remunera a captação dos órgãos, situação na qual não acontece entre as operadoras. Outra questão que interfere na não realização de transplantes no subsetor suplementar é a pouca aceitação dos hospitais privados em assumir tal realização, pois estes se preocupam com as possíveis complicações do pós-operatório que podem gerar mais gastos no tratamento (BAHIA; SIMMER; OLIVEIRA, 2004).

Neste mesmo estudo, estes chefes de equipes entrevistados informaram que em torno de 30% das pessoas da lista de espera para transplantes têm planos ou seguros de saúde, mas a maioria delas realiza o procedimento pelo subsetor estatal, fazendo apenas os exames pré-operatórios pelo plano, desde que não seja dito o motivo, situação que lhes assegura certos benefícios ao utilizarem os serviços estatais, pois essa antecipação dos exames coloca-os em posições diferenciadas nas filas dos procedimentos (BAHIA; SIMMER; OLIVEIRA, 2004).

Na área de oncologia, um estudo realizado em 2005, no interior do Rio Grande do Sul com o objetivo de verificar o itinerário terapêutico de mulheres portadoras de câncer de mama, constatou que 50% das mulheres entrevistadas, vítimas de câncer de mama, usuárias de planos de saúde, tiveram que acessar atendimentos nos serviços de saúde estatais, pois nenhum dos planos garantia cobertura total dos procedimentos (SILVA; SANTOS, 2005). Na mesma pesquisa as autoras ressaltam que, ao questionarem a respeito da situação de não cobertura, muitas dessas mulheres desconheciam tal situação e muito menos que estavam acessando os serviços estatais (SILVA; SANTOS, 2005).

Na pesquisa de itinerários terapêuticos conduzida pela Rede Científica Sul (CECCIM, 2007b), os resultados mostraram que, na atenção ao infarto agudo do miocárdio desenvolvida na região Sul do Brasil, há um mix entre os subsetores no sistema profissional de cuidados, com a utilização de hospitais e urgências pertencentes ao subsetor estatal quando não havia previsão de cobertura hospitalar por parte do plano. Além disso, houve também referências ao uso do subsetor estatal para obtenção de medicação de uso contínuo. Na linha de cuidado ao câncer de mama também se evidenciou, claramente, a existência de um *mix* entre o subsetor estatal e o suplementar para a obtenção de medicamentos de maior custo.

Para os pesquisadores desta Rede:

“A obtenção de procedimentos mais complexos está subordinada a regras especiais e pode significar pagamento complementar. Portanto, as possibilidades de escolha dos usuários são limitadas pelo tipo de financiamento e pela falta de informação dos usuários diante de alternativas terapêuticas e procedimentos complexos. Há um papel de destaque para os procedimentos tecnológicos que assumem intensa valorização diante de uma situação de risco de vida, sem a menção aos recursos de outros sistemas de cuidado” (CECCIM, 2007b, p.148).

Essa situação de utilização do subsetor estatal por usuários de planos e seguros saúde implica, segundo a legislação, em uma obrigatoriedade de ressarcimento aos cofres públicos, por parte das operadoras, dos gastos que os serviços do subsetor estatal tiveram com os seus usuários. Muitas operadoras, porém, utilizam como estratégia para não ressarcir, a alegação de que seus usuários

utilizam espontaneamente o subsetor estatal e que não podem ser responsabilizados por tais despesas (BAHIA, 2001).

Esse mecanismo de ressarcimento ao subsetor estatal vem sendo considerado uma ferramenta adequada à obtenção de maior equidade no financiamento da saúde (BAHIA; SIMMER; OLIVEIRA, 2004). Isto pode evitar que as operadoras utilizem o mecanismo de seleção de riscos entre os usuários, garantindo um sistema de financiamento da saúde mais igualitário entre os grupos sociais (ANDRADE; PORTO JÚNIOR, 2005).

### **3.3 A Atenção ao Pré-Natal e ao Parto: pressupostos para o cuidado**

A atenção à mulher na gestação e no parto permanece ainda como um grande desafio para a assistência em saúde, “tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático” (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004, p.1281).

A cobertura da atenção pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas. Além disto, como referem Coimbra *et al* (2003), as desigualdades no uso desta atenção ainda persistem, sendo que há grande diferença na cobertura segundo regiões geográficas e nível sócio econômico.

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições da atenção ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. Em torno de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas relativamente simples, como a melhora na qualidade da assistência perinatal e a garantia de acesso aos serviços de saúde (COIMBRA *et al*, 2003).

A atenção ao pré-natal e ao parto caracteriza-se por ser um “período adequado para o preparo físico e psicológico” para a maternidade e paternidade, sendo considerada como atenção de qualidade, quando assegura uma boa evolução da gestação, do parto e do puerpério; garante o nascimento de uma criança saudável; prepara a gestante e a família para o parto, para a amamentação e para



os cuidados da criança e quando identifica precocemente possíveis situações de risco (ESPÍRITO-SANTO; MORETTO, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) orientam que o pré-natal de gestações de baixo risco podem ser realizados por enfermeiras e em, no mínimo, 6 consultas. Esse atendimento deve compreender a realização de exames laboratoriais no primeiro e no terceiro trimestre da gestação e de orientações a respeito dos cuidados pré e pós-natais para prevenir riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2005b). Para a OMS, a gestante deve realizar pelo menos 5 consultas durante a gravidez. Alguns autores entendem que menos de 10 visitas pré-natais pode provocar diferença nos resultados perinatais, em particular no que se refere ao nascimento de fetos pré-termo. Esta situação se configura como um dos principais problemas da perinatologia na atualidade, cujas taxas de morbidade e neomortalidade ainda preocupam os obstetras e neonatologistas (MORAES *et al*, 1998).

Ainda segundo o MS, os serviços de saúde devem ter a atenção obstétrica e neonatal pautadas nas características essenciais de qualidade e de humanização, estando os serviços e os profissionais de saúde com o dever de acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, partindo do entendimento que as mulheres e sua família constituem-se como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005b).

A humanização da assistência compreende o desenvolvimento de ações que visam à adoção de valores de autonomia e o protagonismo dos sujeitos, na corresponsabilidade, considerando a solidariedade nos vínculos estabelecidos, os direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2005b).

O MS também recomenda que, para uma atenção de qualidade e humanizada, é importante considerar a provisão dos recursos necessários, como a organização de rotinas comprovadamente benéficas, buscando evitar intervenções desnecessárias, que embora realizadas tradicionalmente, não beneficia nem a mulher e nem o bebê e que pode muitas vezes expor ambos a situações de riscos. Ainda na ótica do MS, neste contexto é muito importante o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, na garantia da privacidade e autonomia das mulheres nas decisões frente às condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005b).

A escuta da mulher e da família, para esclarecimento de dúvidas e para informar a respeito do que vai ser feito durante a consulta e quais as condutas que

serão adotadas, além da orientação quanto aos cuidados a serem tomados durante o período gestacional são algumas das ações indicadas pelo MS para viabilizar a humanização da atenção pré-natal e do parto (BRASIL, 2005b).

Em geral, a rotina do atendimento pré-natal compreende: a realização de anamnese e exame clínico-obstétrico; solicitação de exames laboratoriais, preferencialmente no 1º trimestre de gestação (tipagem sangüínea; hemoglobina e hematócrito; glicemia; sorologia para sífilis, hepatite B e toxoplasmose; exame qualitativo de urina, urocultura e testagem anti-HIV). No 2º trimestre repetir exames alterados ou referentes às queixas e solicitar teste de tolerância à glicose na 26ª semana de gestação (somente para aquelas com fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes gestacional ou com glicemia alterada). E, no último trimestre, solicitar novamente todos os exames realizados no 1º trimestre (BRASIL, 2005b).

Conforme o MS, nas consultas de pré-natal devem ser realizadas também: imunização contra o tétano neonatal (nas gestantes não imunizadas ou que necessitam de reforço vacinal); avaliação do estado nutricional, prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; tratamento de intercorrências e detecção precoce de risco gestacional (BRASIL, 2005B).

Um estudo com o objetivo de avaliar a assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do subsetor estatal em Recife destacou a importância de serem considerados outros parâmetros além do número de consultas e da época do início do pré-natal na avaliação da adequação da assistência pré-natal. O estudo constatou, também, uma reduzida freqüência na realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino e da mama, situações que sugeriram uma fragmentação da atenção à saúde da mulher, uma vez que o pré-natal pode ser um momento propício para a consolidação de orientações e práticas preventivas (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Recentemente a OMS divulgou recomendações essenciais que devem ser adotadas na atenção pré-natal, perinatal e puerperal. As recomendações estão indicadas em dez princípios orientadores do cuidado à gestação e ao parto, quais sejam:

1. Utilizar um conjunto mínimo de intervenções;

2. Reduzir o uso excessivo de tecnologia e/ou aplicação de tecnologia sofisticada em substituição de procedimentos simples que são suficientes para o diagnóstico;
3. Estar embasado pela melhor evidência científica disponível;
4. Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência para centros de maior especialidade;
5. Promover a interdisciplinaridade, tendo a participação de profissionais da saúde como obstetras, neonatologistas, enfermeiros, parteiras, educadores para parto e maternidade, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros;
6. Primar pelo princípio da integralidade, considerando as necessidades emocionais, sociais e culturais das gestantes, não se centrando somente no cuidado biológico;
7. Estar direcionado à família da gestante, priorizando, não só as necessidades da mulher, mas do casal também;
8. Considerar as diferenças culturais,
9. Permitir que a tomada de decisões seja feita pelas mulheres e sua família;
10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das usuárias (BRASIL, 2005b).

Com relação ao contexto específico da saúde suplementar, a literatura argumenta que a maior parte da assistência oferecida às mulheres no período gestacional e no parto parece não estar respeitando o que está preconizado pelo MS e pela OMS, pois tal assistência é pautada por intervenções desnecessárias, configurando a gravidez como um dos momentos mais medicalizados da vida da mulher (CORRÊA; GUILAM, 2006).

Seguindo a lógica da humanização, o MS preconiza que nas consultas pré-natais sejam realizadas ações de preparação da mulher para o parto, permitindo que ela exerça seu direito de decidir sobre o tipo de parto que deseja realizar, depois de ter discutido com o pré-natalista as principais diferenças, vantagens, desvantagens, benefícios e malefícios de cada parto (BRASIL, 2005b).

Dados de uma pesquisa realizada com primigestas brasileiras mostraram enorme contraste entre a preferência das mulheres e os altos índices de cesárea no Brasil. Os autores apontam que tal acontecimento pode estar relacionado à falha de informação, falta de diálogo entre os profissionais da saúde e a mulher sobre as

possíveis dificuldades, dúvidas e anseios que permeiam a escolha por determinada via de parto. E que do ponto de vista ético, os obstetras deveriam questionar cada indicação para a realização de uma cesárea e respeitar a autonomia de escolha da mulher sem ignorar os verdadeiros critérios clínicos que levam à decisão médica pela via de parto (TEDESCO *et al*, 2004).

Outra pesquisa realizada com o objetivo de conhecer melhor os determinantes da morbi-mortalidade no município e avaliar aspectos tanto dos sistemas de informação, quanto da qualidade da assistência que vem sendo prestada, mostrou que há uma diferenciação nas condições de atenção ao parto e ao nascimento, de mulheres que utilizam maternidades privadas e, portanto, com melhores condições sociais. Por outro lado, nestas instituições houve predomínio do parto cesáreo, quase 90%, o que desqualifica a assistência, devido aos riscos referentes à intervenção cirúrgica (LEAL *at al*, 2004).

O número de cesarianas realizadas no Brasil, em 2004, representou 43,3% dos partos realizados. No município de Porto Alegre, 28,96% dos partos realizados no município de Porto Alegre, correspondiam a partos cesáreos realizados em hospitais privados (PORTO ALEGRE, 2006). A OMS aconselha que esse percentual não ultrapasse 15% por acreditar que feito de forma indiscriminada, o parto cirúrgico pode trazer sérios danos à saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2005b).

Estudos da OMS associaram o elevado percentual de partos cesáreos aos altos índices de mortalidade materna e infantil, inclusive em países desenvolvidos. Este procedimento também está associado à maior probabilidade de internação para a mãe e para o recém-nascido. Entre as complicações potenciais para a parturiente estão incluídas as lacerações acidentais, as hemorragias e as infecções, além de reações indesejáveis à anestesia (CECCIM, 2007b).

Como enfatizado na literatura, para os recém-nascidos, a complicação mais associada ao parto cirúrgico é a síndrome da angústia respiratória. O trabalho de parto exerce um papel fundamental para o desenvolvimento do sistema respiratório das crianças. As contrações ocorridas durante o parto normal liberam substâncias que ajudam no amadurecimento do pulmão e estimula os movimentos de sucção do bebê, o que posteriormente facilita o sucesso da amamentação (CECCIM, 2007b).

O fato de muitas vezes as datas das cesarianas serem determinadas apenas pela conveniência médica e, às vezes, materna, independente do tempo gestacional e início do trabalho de parto, pode resultar no nascimento de crianças sem

maturidade pulmonar adequada, situação que muitas vezes tem como consequência a internação em UTI neonatal (CECCIM, 2007b).

A ANS tem dado ênfase para alguns indicadores da linha materno-neonatal, buscando melhorar a atenção a suas usuárias. Os principais indicadores avaliados são: taxa de mortalidade; taxa de prematuridade; proporção de parto cesáreo; proporção de internações por gravidez terminada em aborto; proporção de internações por transtornos maternos hemorrágicos e hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério e proporção de internações por transtornos maternos infecciosos durante o puerpério (ANS, 2006a).

A ANS também vem investindo na promoção da prática do parto humanizado através de ações de regulação. Neste sentido, a agência recentemente publicou uma Resolução, exigindo que as operadoras cubram, a partir de abril do corrente ano, os custos de parto normal realizado por enfermeira obstétrica (ANS, 2008). Esta resolução é orientada pelo reconhecimento da importância da atuação desta profissional na assistência adequada à gestação e ao parto normal, incluindo, a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações, atuação esta indicada pela própria OMS como de melhor efetividade neste contexto de atenção (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

### **3.4 Projeto Integralidade**

No contexto da atenção ao pré-natal e ao parto, a análise deste cenário tendo em conta o projeto da integralidade, ganha importância, na medida em que este propõe acolher a mulher e sua família, desde o início da gestação, estabelecendo uma relação de vínculo, baseada em princípios éticos, de escuta, de diálogo e de responsabilização e, evitando intervenções desnecessárias.

O “projeto integralidade” representou uma das bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária, porém na atualidade ainda é, dentre os princípios do SUS, o menos vigente no palco das ações e dos serviços de saúde (MATTOS, 2004).

A prática da integralidade na assistência à saúde se traduz no exercício de um olhar atento que seja capaz de compreender as necessidades de saúde diante

do contexto de cada encontro, seja ele onde for. Ela deve transcender o simples desenvolver de protocolos e rotinas, sendo capaz de “identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde” (MATTOS, 2004, p.1413).

Segundo Lopes, Henriques e Pinheiro (2007), ainda que a atenção à saúde possa se apoiar em protocolos, “o trabalho em saúde não deve se limitar a eles, uma vez que as situações que surgem no cotidiano são singulares, do ponto de vista tanto das condições como dos usuários” (p.31). Para tal, é preciso compreender o contexto específico de cada encontro com os usuários, identificando a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e de assistência (MATTOS, 2004).

Na perspectiva da integralidade, a atenção e o cuidado devem anteceder as intervenções, pois os procedimentos e as técnicas são secundários à relação de cuidado estabelecida (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005).

Segundo Mattos (2004), a postura diante da integralidade se manifesta na não aceitação do ato de reduzir as ações de saúde “à necessidade de identificar e dar resposta para a doença”. Esta postura deve envolver “apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção” de doenças e promoção da saúde e, ser capaz de “contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta” (MATTOS, 2004, p.1414).

Na construção das práticas que primam pela integralidade, argumenta Mattos (2004), devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica na busca de construir, a partir do diálogo e da negociação com o outro, o que será realizado para dar respostas às necessidades apresentadas, ou seja, construir os projetos terapêuticos. Para o autor, estes projetos não devem ser entendidos como produto de uma simples aplicação de conhecimento sobre a patologia, eles devem agregar tantos os conhecimentos biomédicos quanto os trazidos pelo usuário frente aos seus sofrimentos, expectativas, temores, desejos e percepções (MATTOS, 2004).

O mesmo autor salienta ainda que às vezes o nosso conhecimento sobre as doenças e o olhar atento para o sujeito nos permite em algumas situações identificá-

las e intervir antes que transforme em uma necessidade demandada pelo usuário (MATTOS, 2004).

Neste sentido, Silva Júnior e Mascarenhas (2005), destacam que para responder a proposição de um olhar atento e de conhecer os modos de andar a vida dos sujeitos, é preciso que o projeto da integralidade agregue elementos tais como acesso; acolhimento; vínculo e responsabilização.

Por acesso, entende-se a entrada real ou potencial da população nos serviços de saúde, relacionando-o diretamente com a oferta e disponibilidade de recursos, em todos os níveis de complexidade (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Segundo Cecilio *et al* (2005), esse acesso aos cuidados de saúde, deve ser garantido em todos os níveis de complexidade da atenção, de forma articulada e, como direito básico de cidadania.

Depois de garantido o acesso, é necessário que a entrada dos usuários nos serviços seja guiada pela prática de acolhimento. Acolhimento, aqui, tem um sentido de escuta, uma forma de receber as pessoas e tratá-las de forma humanizada; responder as suas demandas e necessidades de saúde; estabelecer uma relação de diálogo, confiança e apoio entre usuários e profissionais; avaliar os riscos e trabalhar em equipe (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

A escuta não se limita ao entendimento apenas do que é falado, mas as brechas nas falas dos usuários que nos demonstram situações que devem ser trabalhadas (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005). Ela é fundamental para apreender as necessidades de saúde, levando-se em consideração a alteridade do usuário. O ouvir implica uma postura para além da lógica tecnocientífica, implica conhecer a subjetividade de cada usuário (MADEIRA *et al*, 2007).

Segundo Mattos (2004), nenhum usuário, ao acessar determinado serviço de saúde, deve sair dele sem alguma resposta. Tal situação exige uma boa prática de acolhimento e de escuta atenta por parte de todos que atuam nos serviços de saúde e, também flexibilizações das rotinas e fluxos nos serviços, de modo a permitir o desenho de um caminho a ser percorrido e negociado com cada um.

Para isso é importante também a formação de vínculo entre profissionais e usuários, ou seja, o estabelecimento de relações que tenham como premissa a afetividade, a relação terapêutica e a continuidade do cuidado. Nestas relações de vínculo a noção de responsabilização se fortalece na medida em que os profissionais da saúde assumem responsabilidades pela vida dos sujeitos, diante de

intervenções não burocratizadas, desnecessárias e impessoais (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Na literatura revisada vários autores argumentam que práticas de responsabilização visam também democratizar as relações envolvidas no atendimento, melhorar a comunicação, reconhecer os direitos, expectativas e cultura de ambos, profissionais e usuários, na construção dos projetos terapêuticos, oferecendo um atendimento com qualidade técnica e articulação dos avanços tecnológicos com o bom relacionamento (TEIXEIRA, 2005; DESLANDES, 2004).

Como referem Hartz e Contandriopoulos (2004):

“O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.S331).

Para isso, é preciso que os usuários passem pelos serviços sem precisar repetir sua história em cada atendimento; sem precisar se submeter a repetições inúteis de exames; sem ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos e; sem se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento. Além disso, os usuários têm o direito de ter acesso a serviços de atenção primária; receber informações sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas; ter acesso fácil aos diversos exames e profissionais; ter consultas com tempo suficiente para atender suas necessidades e; receber apoio domiciliar e ferramentas para o autocuidado, promovendo sua autonomia (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A importância da defesa da integralidade na saúde está então, em grande parte, na defesa de práticas em saúde intersubjetivas, onde os profissionais de saúde se relacionam com sujeitos e não com objetos, numa dimensão dialógica e, com oferta de ações de saúde sintonizadas com o contexto específico de cada encontro e de cada sujeito (MATTOS, 2004).



A importância da integralidade na atenção ao pré-natal e ao parto está então, quando esta estabelece como premissa do cuidado o exercício de um olhar atento que seja capaz de identificar e compreender as necessidades das mulheres e suas famílias diante do momento vivenciado. Além disso, o projeto da integralidade se destaca no pré-natal e no parto na medida em que ele pontua que apesar da existência de protocolos orientadores, a atenção não pode ser centrada nestes, nas quais as técnicas e os procedimentos não podem ser vistos como elementos prioritários do cuidado.

Por fim, a contribuição da integralidade se destaca mais ainda por indicar que no cuidado em tal contexto deve levar em conta os saberes das mulheres e das suas famílias sobre o momento e, permitir que elas participem da construção dos projetos terapêuticos.

### **3.5 Projeto Promoção da Saúde**

O projeto da promoção da saúde na atenção ao pré-natal e ao parto ganha importância na medida em que este enfatiza que a assistência à saúde neste momento deve compreender atividades de educação em saúde, como também valorizar e estimular a autonomia e a participação das mulheres na tomada de decisões sobre as condutas a serem tomadas.

Para Oliveira (2005), a promoção da saúde busca direcionar-se a estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde e das circunstâncias que rodeiam a população (OLIVEIRA, 2005). Portanto, tais estratégias partem de uma concepção ampliada de saúde, articulando os saberes técnicos e as práticas populares, bem como a mobilização de “recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p.165).

O movimento da promoção da saúde vem reagindo ao que Buss (2000, p.170) chama de “acentuada medicalização da vida social”, ao responder articuladamente aos “diversos recursos técnicos e posições ideológicas” na saúde (BUSS, 2000, p.171), ao questionar a “eficiência da assistência médica curativa de alta tecnologia” e ao controlar “os custos crescentes do modelo biomédico” (CZERESNIA, 2005).

Esse movimento surgiu formalmente no Canadá, em 1974, com a publicação do Informe Lalonde, visando contestar os elevados custos da assistência médica, questionando o enfoque biomédico e a baixa resolutividade em saúde (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa, divulgada em 1986, também foi, assim como o Informe Lalonde, um dos documentos mais importantes para a consagração da promoção da saúde. Esta Carta firmou que promoção da saúde estaria relacionada diretamente à qualidade de vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania e desenvolvimento. E, também à criação de políticas públicas saudáveis, estímulo à participação comunitária e à autonomia dos sujeitos, reorientação do sistema de saúde e desenvolvimento de ações intersetoriais (BUSS, 2000).

Para esta Carta, o estímulo à participação comunitária e à autonomia dos sujeitos implicaria na promoção da participação do indivíduo e da população “na tomada de decisões, na definição e na implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde”. Para isso, como referem alguns autores, seria necessário que os sujeitos tivessem acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde (BUSS, 2000; CARVALHO, 2004).

Neste sentido, Buss (2000) argumenta que para construção de tal estímulo seria primeiramente necessária uma reorientação dos serviços de saúde, relacionada à relevância da superação do modelo biomédico e da assistência curativa, direcionando o sistema conforme a lógica da promoção da saúde (BUSS, 2000).

Na perspectiva da atenção ao pré-natal e ao parto, a promoção da autonomia das mulheres estaria na participação delas, por exemplo, na decisão nos exames pré-natais e do tipo de parto a serem realizados, tendo elas espaços de diálogo e de conhecimentos para definirem sobre tais condutas.

Para Oliveira (2005), tal estímulo à autonomia dos indivíduos vem diretamente relacionada às práticas de educação em saúde, que na orientação e no aconselhamento fortalecem tal autonomia.

As práticas educativas, constituídas como o marco principal da promoção da saúde, podendo ser elas individuais ou coletivas, devem estar pautadas para além do enfoque biomédico e do processo informativo, estimulando e permitindo a população participar do planejamento dos projetos terapêuticos, lutar pelos seus direitos e por uma vida mais saudável (OLIVEIRA, 2005).

Esta lógica tem sido amplamente definida na literatura de promoção da saúde. A idéia é que os indivíduos devem ser estimulados “a tomar decisões sobre a sua própria vida, uma noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno” (OLIVEIRA, 2005, p.425).

Na atenção ao pré-natal e ao parto, tais práticas de educação em saúde deveriam proporcionar a mulher e a sua família uma compreensão do processo da gestação, oferecendo a elas respostas e apoio aos sentimentos vivenciados e as curiosidades de saber o que acontece com seu corpo (MOURA; RODRIGUES, 2003).

Estas atividades de educação em saúde no pré-natal e no parto deveriam ser vistas como prioritárias no contexto dos atendimentos, tendo em vista que é neste momento que deve ocorrer a preparação da mulher, do pai e da família para a chegada do bebê. Contudo, é importante destacar que tais atividades devem ter um caráter mais problematizador dos saberes profissionais com os saberes das mulheres e de suas famílias, do que apenas um caráter informativo, como também visar o:

“Desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde” (ALVES, 2005, p.48).

No contexto geral dos serviços de saúde, não é isto que tem acontecido, pois ainda se presencia práticas de educação em saúde com forte discurso higienista e com intervenções normalizadoras (ALVES, 2005).

Neste sentido, Alves (2005), pontua que em superação a tais situações, a educação em saúde deve romper com a verticalidade na relação profissional-usuário, reconhecendo o usuário com sujeito que possui determinado conhecimento e formas de enfrentamento da saúde e doença e, que sejam capazes de estabelecer uma “interlocução dialógica”, permitindo que cada sujeito desenvolva uma crítica sobre a realidade e busque por “estratégias de luta e enfrentamento” desta (ALVES, 2005, p.46).

Colaborando com tal argumento, Oliveira (2005), acrescenta ainda que as atividades de promoção e educação da saúde devem então estar direcionadas aos

comportamentos individuais, aos estilos de vida, ao coletivo e ao ambiente (físico, social, político, econômico, cultural).

Sendo assim, as práticas de educação em saúde devem ser então emancipatórias, construídas a partir do diálogo entre usuário-profissional, proporcionando aos sujeitos construir de forma compartilhada um entendimento sobre saúde e processos de adoecimento, buscando-se alternativas para interferir neste contexto.

## **4 CAMINHOS METODOLÓGICOS**

A pesquisa foi desenvolvida na perspectiva de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Como refere a literatura, os estudos qualitativos trabalham com a subjetividade dos indivíduos, que corresponde ao espaço mais íntimo das relações, dos processos e dos fenômenos e que não podem ser reduzidos a variáveis (MINAYO *et al*, 2004).

A escolha por esta abordagem de pesquisa deu-se, assim, em função do seu caráter social, haja vista que meus objetivos foram conhecer as trajetórias terapêuticas de mulheres usuárias de planos ou seguros de saúde no contexto da atenção ao pré-natal e ao parto e, analisar as ações de cuidado que constituíram estas trajetórias, na perspectiva do referencial da integralidade e da promoção da saúde.

### **4.1 O Contexto e os Sujeitos do Estudo**

A pesquisa foi realizada com 11 mulheres que realizaram o pré-natal e o parto sob cobertura de planos ou seguros de saúde. Para se ter acesso a estas mulheres, utilizei como fonte de informação o Relatório do Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC), enviados à Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília. Este Relatório integra o Programa de Vigilância Sanitária e Atenção Integral à Saúde das Crianças Menores de um Ano (Prá-Nenê), que responsabiliza cada UBS pela saúde das crianças nascidas na sua área de abrangência, cabendo a essa saber em quais serviços de saúde estão sendo acompanhadas estas crianças. Ele é enviado semanalmente a cada UBS e, elaborado a partir das informações contidas nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV's), preenchidas no momento do nascimento do bebê, em todos os serviços (estatais e privados) de atendimento ao parto. Estas informações são referentes à identificação da mãe e do local de nascimento, bem como características gerais da gestação e do nascimento da criança.

A escolha pela área de abrangência da UBS Santa Cecília se deu em virtude de esta integrar o distrito sanitário municipal que abrange os bairros com a população de melhor poder aquisitivo e maior usuária dos planos e seguros de saúde (PORTO ALEGRE, 2006). Em 2005, mais de 50% das crianças visitadas, pela UBS Santa Cecília estavam em acompanhamento nos serviços privados de assistência à saúde e, em 2006, neste distrito, 52,69% dos partos foram realizados em hospitais privados (PORTO ALEGRE, 2006).

Os dados dos relatórios, referentes ao período de fevereiro a maio de 2007, mostram que, de um total de 97 partos realizados na área de abrangência da UBS Santa Cecília, 53 partos aconteceram em serviços privados, o que representou 54,6% do total de partos na área de abrangência da UBS Santa Cecília. Considerando 50% dos partos realizados nos serviços privados, conforme o planejamento da amostra previsto no projeto desta pesquisa, obtive um número aproximado de 26 mulheres, das quais apenas 11 delas participaram da pesquisa. Em relação às outras 15 mulheres, 03 delas não aceitaram participar da pesquisa, com outras 03 não foi possível fazer o convite após terem sido feitos três contatos telefônicos e, com relação às outras 09, não foi possível acessar seus dados telefônicos ou as informações estavam incorretas.

## **4.2 Coleta dos Dados**

O período da coleta de dados foi de maio a agosto de 2007, sendo entrevistadas aquelas mulheres que tiveram seus bebês até 3 meses antes da data de início da coleta dos dados.

O local das entrevistas foi definido com cada participante, sendo todas realizadas nas suas residências.

A coleta dos dados foi realizada por intermédio de entrevista semi-estruturada (Apêndice), com questões que buscavam conhecer a trajetória, as experiências e as percepções das mulheres nos atendimentos dos serviços de saúde do SS.

Para garantir a fidedignidade das informações coletadas e facilitar o processo de análise, as entrevistas foram gravadas em equipamento digital (mp3), para posterior transcrição.

### 4.3 Análise dos Dados

Para fazer sentido dos dados, analisei-os através da análise do Tipo Temática proposta por Minayo *et al* (2004), que se estruturou na ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

A fase de ordenação dos dados consistiu nas transcrições das entrevistas, na leitura inicial do material e na organização dos relatos, obtendo-se uma visão geral dos dados coletados (MINAYO *et al*, 2004).

A fase de classificação dos dados, considerada a fase mais importante da análise, tratou da leitura exaustiva do material, onde identifiquei o que emergiu como mais relevante sobre o tema em foco. Na seqüência, desenvolvi a categorização destes dados, organizando-os em categorias e sub-categorias (MINAYO *et al*, 2004).

A fase final de análise centrou-se na articulação do referencial teórico da pesquisa com os achados da análise. Nesta fase busquei responder aos objetivos da pesquisa através da compreensão e interpretação dos dados (MINAYO *et al*, 2004).

O processo de análise foi facilitado pelo uso do software NVivo 2.0, programa que auxilia na análise de material qualitativo, com as ferramentas de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas (GUIZZO *et al*, 2003).

### 4.4 Aspectos Éticos

A pesquisa contemplou o que está preconizado pela Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional em Saúde, quanto à submissão a um comitê de ética em pesquisa e à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O estudo só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Anexo A). As mulheres foram informadas sobre os objetivos a que se propunha a pesquisa. Assim, foram sujeitos da pesquisa as mulheres que aceitaram voluntariamente participar dela. A elas foi garantido o direito de desistir do estudo a qualquer momento.

Antes da coleta dos dados cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética (Anexo B) no qual constavam as informações relativas aos objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato, a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, a informação quanto ao destino das informações coletadas, bem como a autorização para publicação dos resultados. O Termo foi entregue em duas vias, sendo que uma das vias ficou de posse da participante, assinada pela pesquisadora, e a outra ficou de posse da pesquisadora, assinada pela participante.

As gravações digitais das entrevistas, após terem sido transcritas, foram destruídas, ficando as transcrições sob posse da pesquisadora para serem guardadas por 05 anos.



## 5 TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS: DO PRÉ-NATAL AO PARTO

Antes de apresentar os resultados, destaco algumas possíveis limitações da presente pesquisa ao tratar de um estudo das trajetórias terapêuticas através dos relatos das mulheres que as vivenciaram. Sendo assim, a análise dos dados foi construída a partir dos relatos destas mulheres, na qual possivelmente os dados aqui apresentados não esgotaram tudo o que aconteceu no pré-natal e no parto, porém parece identificar o que foi mais representativo a elas neste contexto.

Nesta pesquisa “trajetórias terapêuticas” são entendidas como as seqüências de recursos utilizados pelos indivíduos para minimizar ou solucionar seus problemas e necessidades de saúde (NOVAKOSKI, 2002). Como refere Minayo *et al* (2004), esta utilização de recursos relaciona-se com a oferta e a disponibilidade de acesso aos serviços de saúde, com a classe social que o indivíduo pertence e com o modo como cada um pensa, sente e age a respeito de sua saúde (MINAYO *et al*, 2004).

Considerando os sentidos da expressão “trajetórias terapêuticas” assumidos aqui e os objetivos do presente estudo, considere relevante iniciar esta análise com a descrição das trajetórias percorridas por cada uma das mulheres que participaram da pesquisa, desde que se descobriram grávidas, até o desfecho do parto. Apesar das semelhanças entre os recursos acessados, a análise vai mostrar que a seqüência destes acessos configura, pelo menos, dois padrões distintos de trajetórias. Para facilitar a compreensão e análise da trajetória terapêutica de cada participante da pesquisa, apresento, juntamente com a descrição da trajetória, dados que caracterizam a personagem que a percorreu.

### a) Entrevistada 1 (E.1)

- Idade: 27 anos
- Escolaridade: ensino superior completo
- Profissão: cirurgiã dentista
- Plano de Saúde: Sul América

## Trajétoria Terapêutica

O início do pré-natal foi com 15 semanas. Este início foi tardio, devido ao não diagnóstico da gestação pela médica que estava tratando problemas de distúrbios hormonais. Ao descobrir-se grávida, trocou de profissional e deu início ao pré-natal, realizando, no total, 10 consultas.

E.1 realizou 6 ecografias em 3 serviços distintos e a frequência de realização dos exames laboratoriais foi de 1x ao mês. Ela fez amniocentese e, em função disso, precisou acessar serviço de emergência obstétrica, devido à perda de líquido amniótico. E.1 participou do curso de gestantes do hospital onde teve o seu bebê, por indicação médica. Ela chegou a entrar em trabalho de parto, mas, ao romper a bolsa amniótica, foi detectada a presença de mecônio. Diante disso, o parto foi cesáreo, realizado pela mesma médica que acompanhou todo o pré-natal (Figura 1).

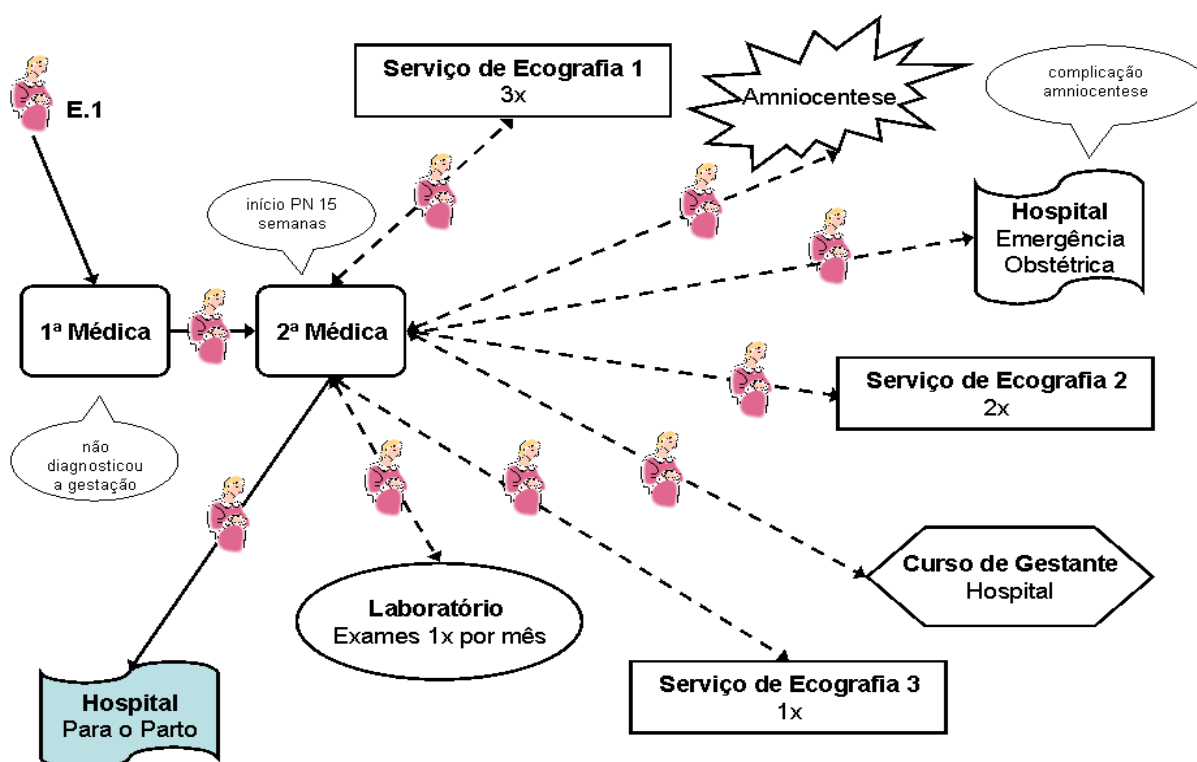


Figura 1– Trajetória Terapêutica E.1

**b) Entrevistada 2 (E.2)**

- Idade: 35 anos
- Escolaridade: pós-graduação
- Ocupação: do Lar
- Plano de Saúde: Unimed

**Trajetória Terapêutica**

E.2 iniciou o pré-natal com 7 semanas, realizando no total 9 consultas. Ela fazia acompanhamento com uma médica que, em torno das 30 semanas de gestação, a encaminhou para uma colega devido às suas férias. Nas consultas de pré-natal realizadas pela médica substituta foi detectada uma alteração na pressão arterial, o que a levou ser internada para uma melhor avaliação. Durante a internação foi decidido interromper a gestação, porém a médica substituta também estaria entrando em férias, o que fez a entrevistada ter o parto cesáreo realizado por uma médica plantonista.

Entre o atendimento ambulatorial e a internação E.2 acessou 2 serviços diferenciados para realização das ecografias e dos exames laboratoriais, realizando, no total, 7 ecografias e 3x os exames laboratoriais (Figura 2).

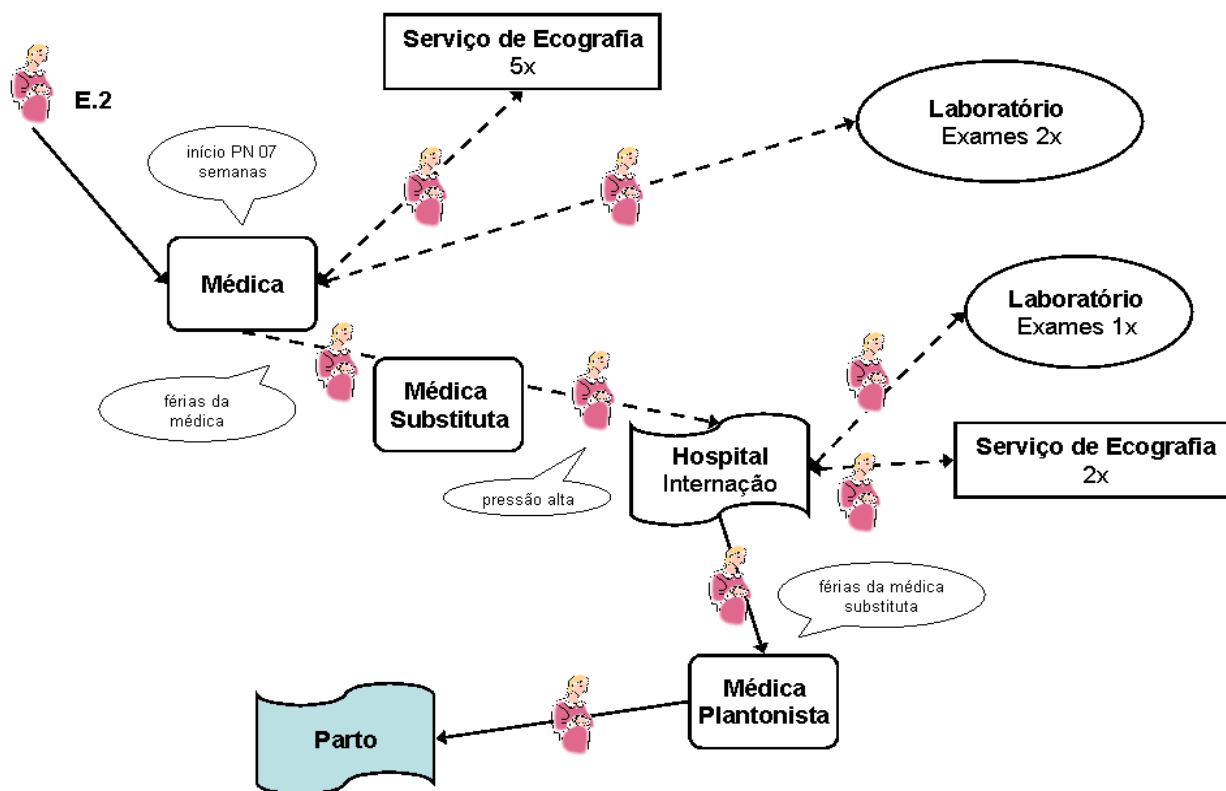


Figura 2 – Trajetória Terapêutica E.2

### c) Entrevistada 3 (E.3)

- Idade: 38 anos
- Escolaridade: ensino superior completo
- Profissão: relações públicas
- Plano de Saúde: Unimed

#### Trajetória Terapêutica

E.3 iniciou o pré-natal com 7 semanas, realizando no total 10 consultas. Ela teve todo o seu pré-natal acompanhado pela mesma médica que acompanhou a gestação anterior.

Em geral, E.3 realizava os exames laboratoriais e ecográficos no serviço do plano de saúde, mas, como a médica possuía aparelho de ultra-som no consultório, realizava ecografia também a cada consulta.

Durante uma das avaliações no consultório foi detectada uma diminuição no líquido amniótico, o que fez com que ela fosse orientada a realizar uma ecografia mais específica. Não conseguindo marcar tal ecografia no serviço do plano de saúde, E.3 acessou outro local para realização do exame. Considerando-se as ecografias feitas nos serviços específicos e no consultório da sua médica, E.3 realizou um total de 16 ecografias durante a gestação. A frequência de realização dos exames laboratoriais foi a cada 2 meses.

Com 33-34 semanas de gestação, tendo acessado a emergência obstétrica para fazer avaliação fetal, foi decidido que a gestação seria interrompida em função da alteração do líquido amniótico. Antes do parto E.3 recebeu uma dose de cortisona para auxiliar na maturação pulmonar fetal. O parto então foi cesáreo, realizado pela mesma médica que a acompanhou no pré-natal (Figura 3).

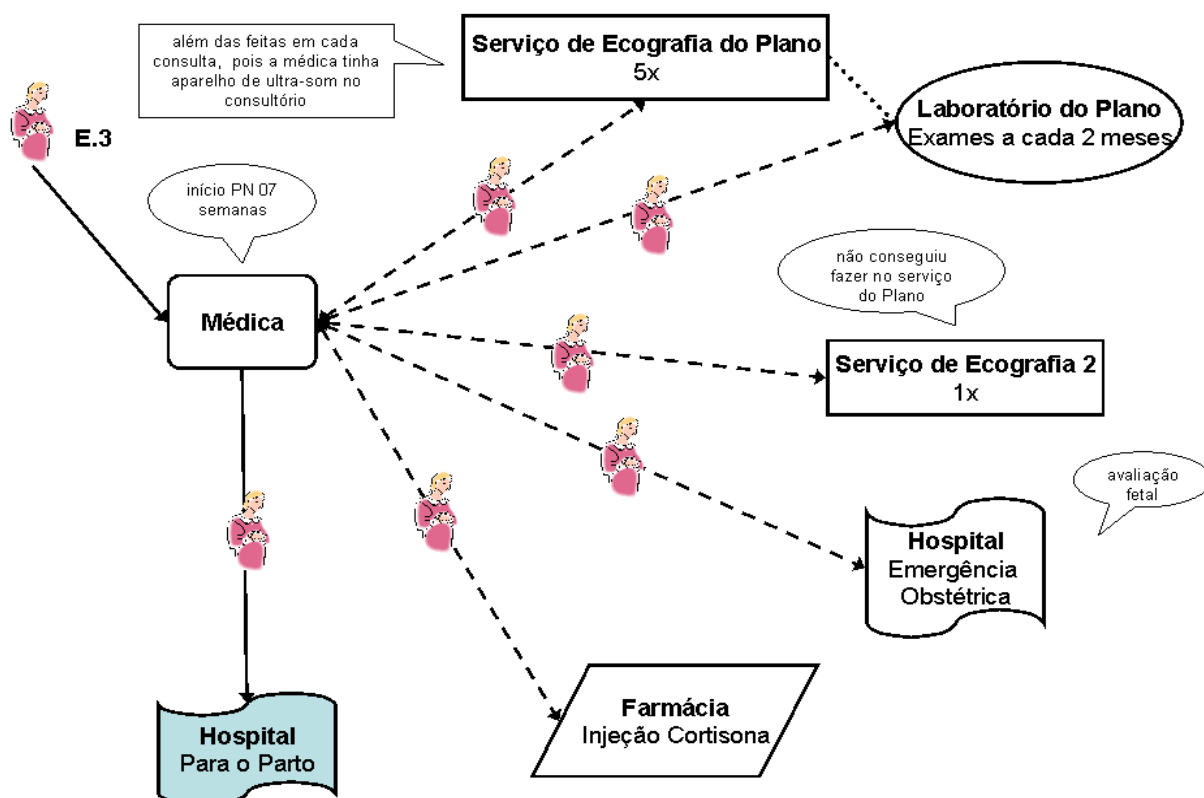


Figura 3 – Trajetória Terapêutica E.3

**d) Entrevistada 4 (E.4)**

- Idade: 38 anos
- Escolaridade: ensino superior completo
- Profissão: fisioterapeuta
- Plano de Saúde: Associação dos Funcionários Municipais da Prefeitura de Porto Alegre (AFM)

**Trajetória Terapêutica**

E.4 iniciou o pré-natal com 15 dias, fez algumas consultas com um médico, mas resolveu trocar de profissional por não gostar do atendimento recebido. Chegou num segundo profissional, mas optou por não continuar o acompanhamento por que ele estaria de férias na época do parto. Por fim, conseguiu definir o médico quando já estava com 12 semanas de gestação. Ela realizou no total 8 consultas de pré-natal.

Durante o pré-natal, E.4 acessou apenas dois serviços para realizar as ecografias e os exames laboratoriais, fazendo, no total, 5 ecografias e 2x exames laboratoriais. Seu parto foi cesáreo, devido ao desejo de fazer laqueadura tubária, e realizado pelo mesmo profissional que a acompanhou no pré-natal (Figura 4).

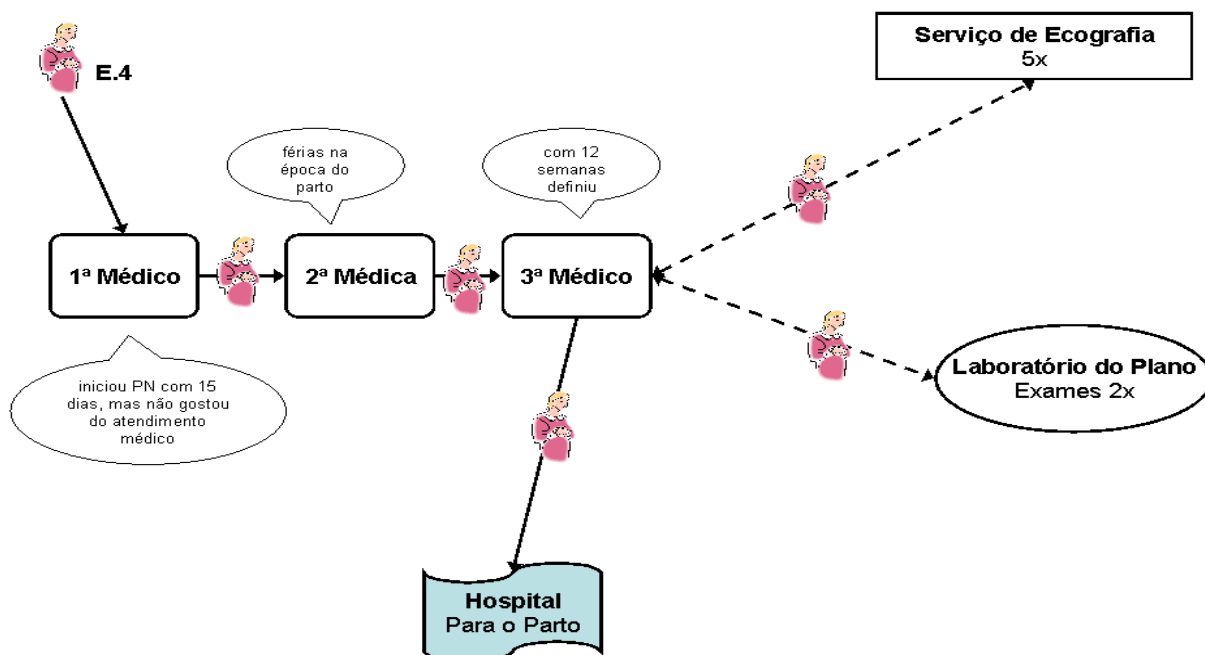


Figura 4 – Trajetória Terapêutica E.4

#### e) Entrevistada 5 (E.5)

- Idade: 32 anos
- Escolaridade: pós-graduação
- Profissão: psicóloga
- Plano de Saúde: Unimed

#### Trajetória Terapêutica

E.5 iniciou o pré-natal com 4-5 semanas, realizando no total 9 consultas. Devido a ocorrências de abortos repetitivos, ela foi alvo de investigação durante a gestação e foi detectada que tinha deficiência de proteína S, o que a fez utilizar, diariamente e durante toda a gestação, a droga enoxeparina.

E.5 acessou um serviço para realizar as ecografias e 2 serviços para os exames laboratoriais durante o pré-natal. Fez no total 6 ecografias e 7x exames

laboratoriais. Seu parto foi cesáreo, realizado pelo mesmo profissional que a acompanhou no pré-natal (Figura 5).

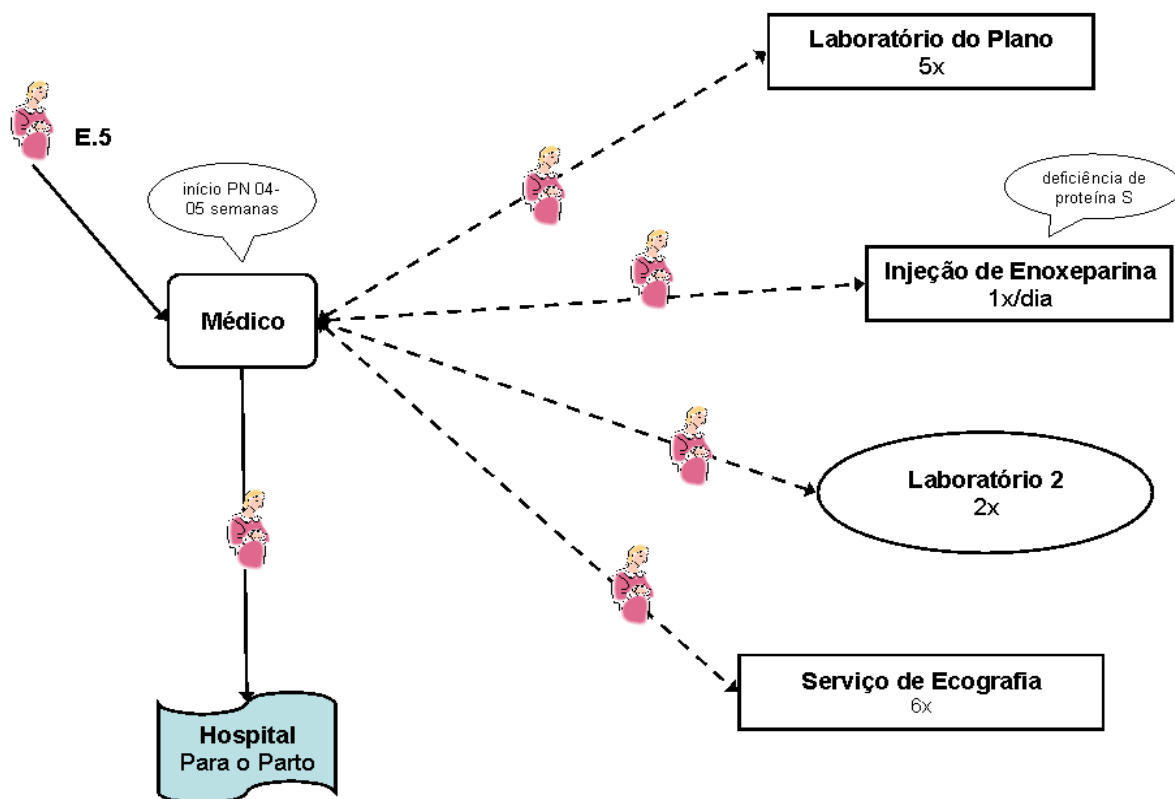


Figura 5 – Trajetória Terapêutica E.5

#### f) Entrevistada 6 (E.6)

- Idade: 30 anos
- Escolaridade: pós-graduação
- Profissão: fonoaudióloga
- Plano de Saúde: Fundação de Seguridade Social (GEAP)

#### Trajetória Terapêutica

E.6 iniciou o pré-natal com 2 semanas, mas como o médico era só ginecologista, precisou procurar outro profissional. O segundo médico, por ela



visitado, não atendia pelo plano. E.6 acabou, então, fazendo o pré-natal com uma terceira médica. No total ela teve 8 consultas pré-natais.

Para a realização das ecografias E.6 acessou 2 serviços e, para os exames laboratoriais, utilizou o laboratório do plano de saúde. Ela fez num total 6 ecografias e 2x exames laboratoriais na gestação. E.6 realizou, também, curso de gestantes, por indicação médica, no hospital onde teve seu bebê. O parto foi normal, acompanhado pela mesma profissional do pré-natal (Figura 6).

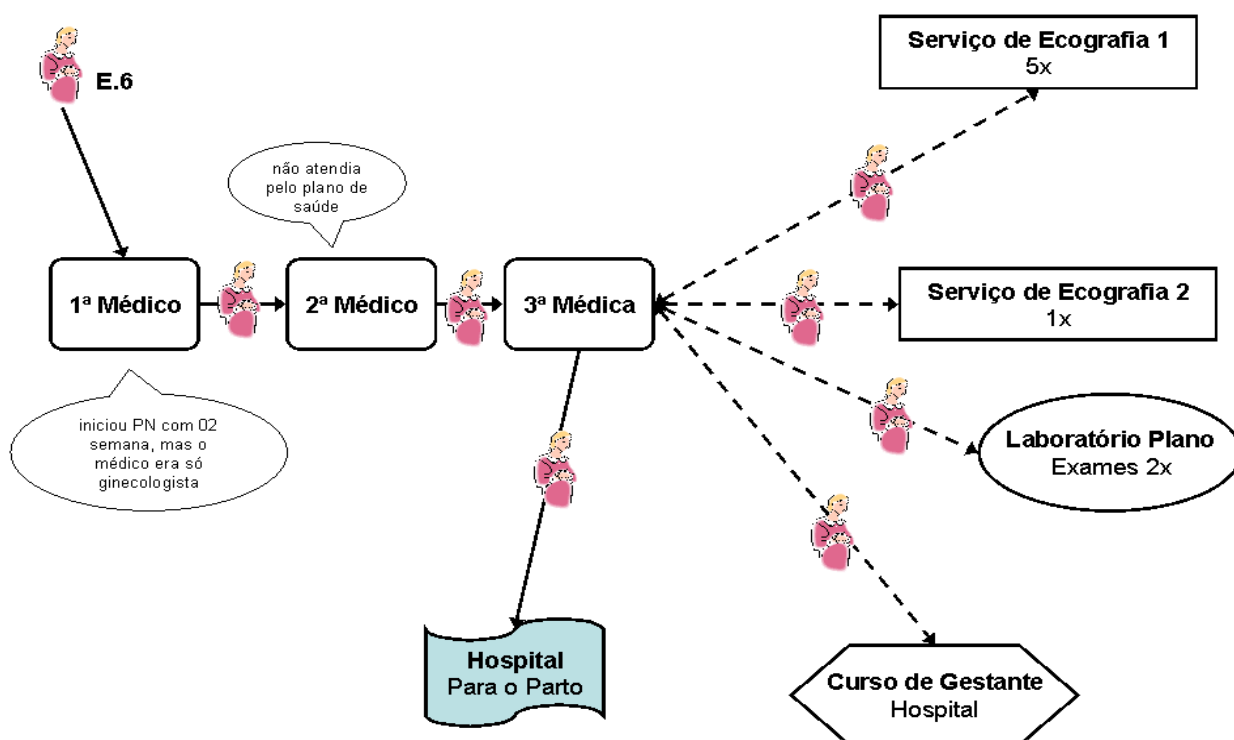


Figura 6 – Trajetória Terapêutica E.6

#### g) Entrevistada 7 (E.7)

- Idade: 33 anos
- Escolaridade: pós-graduação
- Profissão: jornalista
- Plano de Saúde: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI)

## Trajetória Terapêutica

E.7 iniciou o pré-natal com 5 semanas, realizando, no total 16, consultas. Ela fez 12 ecografias e 4x exames laboratoriais na gestação. Durante o acompanhamento pré-natal foi encaminhada a uma nutricionista para avaliação do baixo ganho de peso.

No final da gestação foi detectada diminuição do líquido amniótico, o que a fez acessar a emergência obstétrica 2x para avaliação fetal. E.7 realizou, também, curso de gestantes, por indicação médica, no hospital onde teve seu bebê. A gestação foi interrompida devido à diminuição do líquido amniótico, sendo o parto cesáreo realizado pela mesma profissional que acompanhou o pré-natal (Figura 7).

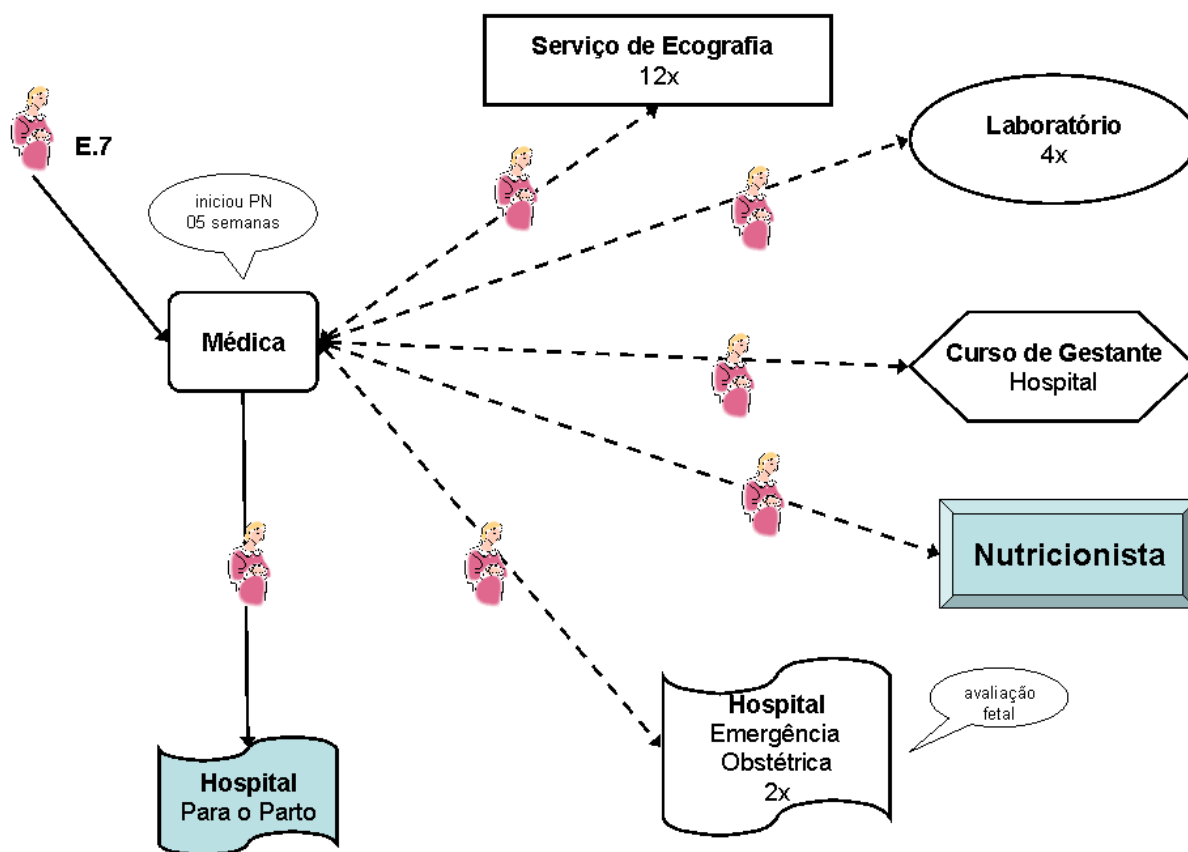


Figura 7 – Trajetória Terapêutica E.7

**h) Entrevistada 8 (E.8)**

- Idade: 38 anos
- Escolaridade: ensino superior completo
- Profissão: advogada
- Plano de Saúde: Unimed

**Trajetória Terapêutica**

E.8 iniciou o pré-natal com 8 semanas e fez acompanhamento com o mesmo médico até os 5 meses de gestação. Ela precisou trocar de profissional posteriormente, pois o médico não realizava parto. E.8 acabou realizando, no total, 10 consultas pré-natais.

As ecografias e os exames laboratoriais foram realizados em 4 serviços distintos. E.8 fez 8 ecografias e os exames laboratoriais foram, inicialmente, realizados a cada dois meses e posteriormente semanalmente. Durante o acompanhamento pré-natal foi detectada pré-eclâmpsia, o que a fez interromper a gestação. Antes disso, ela recebeu uma dose de cortisona para auxiliar na maturação pulmonar. O parto então foi cesáreo, realizado pela mesma profissional que acompanhou o pré-natal (Figura 8).

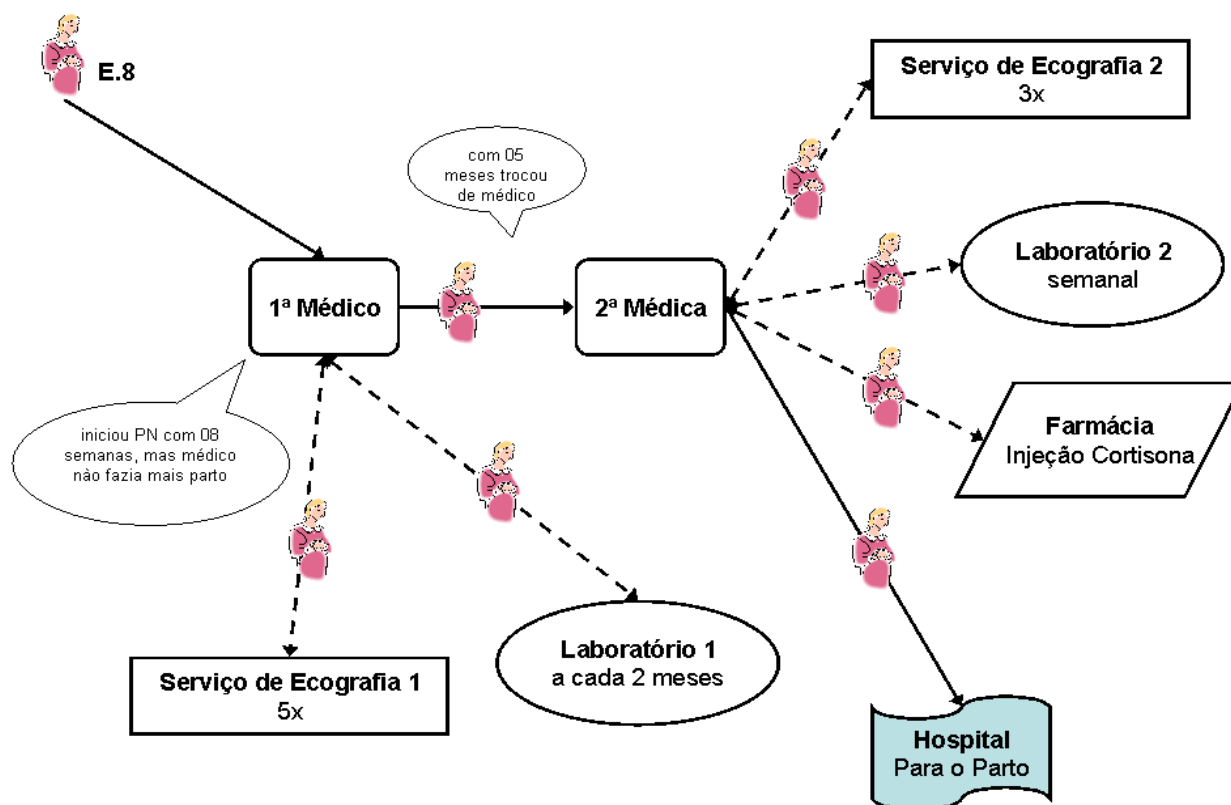


Figura 8 – Trajetória Terapêutica E.8

#### i) Entrevistada 9 (E.9)

- Idade: 36 anos
- Escolaridade: pós-graduação
- Profissão: jornalista
- Plano de Saúde: Unimed

#### Trajetória Terapêutica

E.9 iniciou o pré-natal com 3 semanas, realizando no total 9 consultas com a mesma médica que a acompanhou em gestação anterior. Ela fez 4 ecografias em dois serviços distintos e 2x exames laboratoriais no serviço próprio do plano de saúde. O parto foi cesáreo, realizado pela mesma profissional que acompanhou o pré-natal (Figura 9).

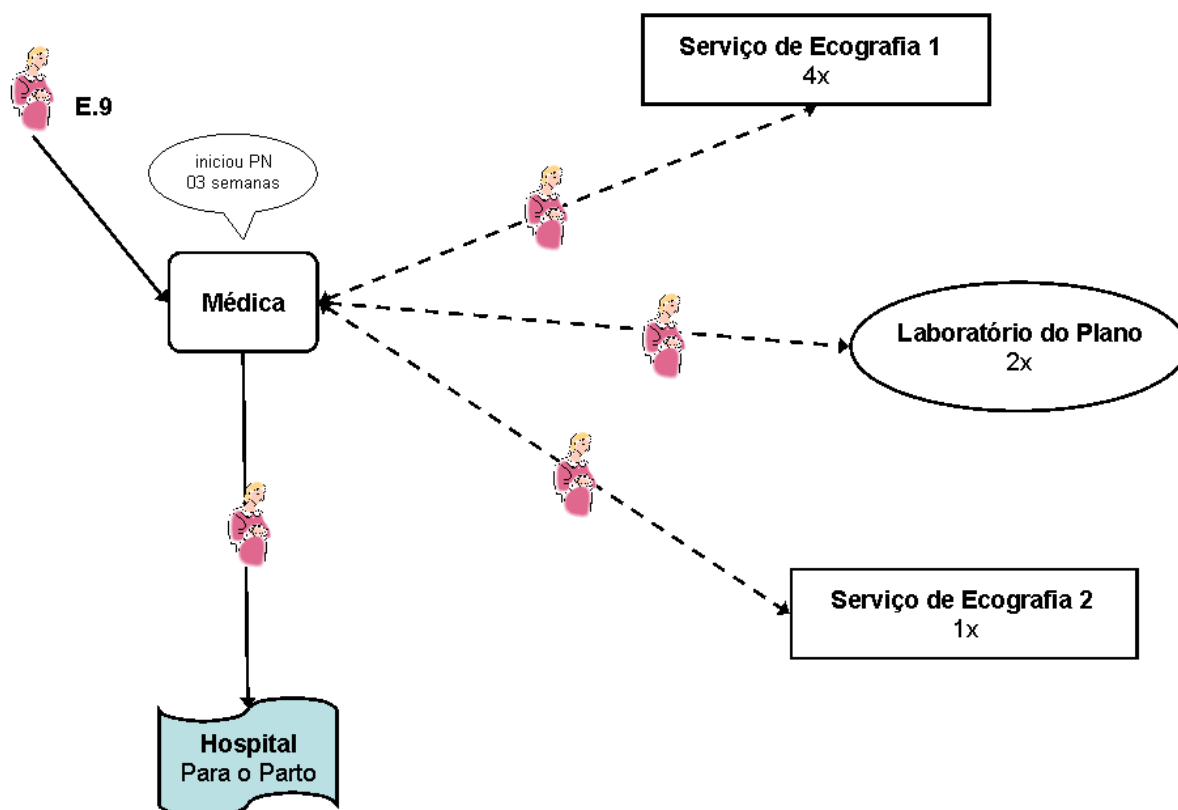


Figura 9 – Trajetória Terapêutica E.9

#### j) Entrevistada 10 (E.10)

- Idade: 26 anos
- Escolaridade: ensino superior completo
- Profissão: pedagoga
- Plano de Saúde: Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (IPE)

#### Trajetória Terapêutica

E.10 iniciou o pré-natal com 2 meses de gestação. O início foi tardio, pois engravidou novamente nos primeiros meses logo após o nascimento da sua primeira filha. Realizou no total 8 consultas pré-natais, fazendo exames laboratoriais 1x ao

mês e 6 ecografias durante toda a gestação. O parto foi normal e acompanhado pela mesma profissional do pré-natal (Figura 10).

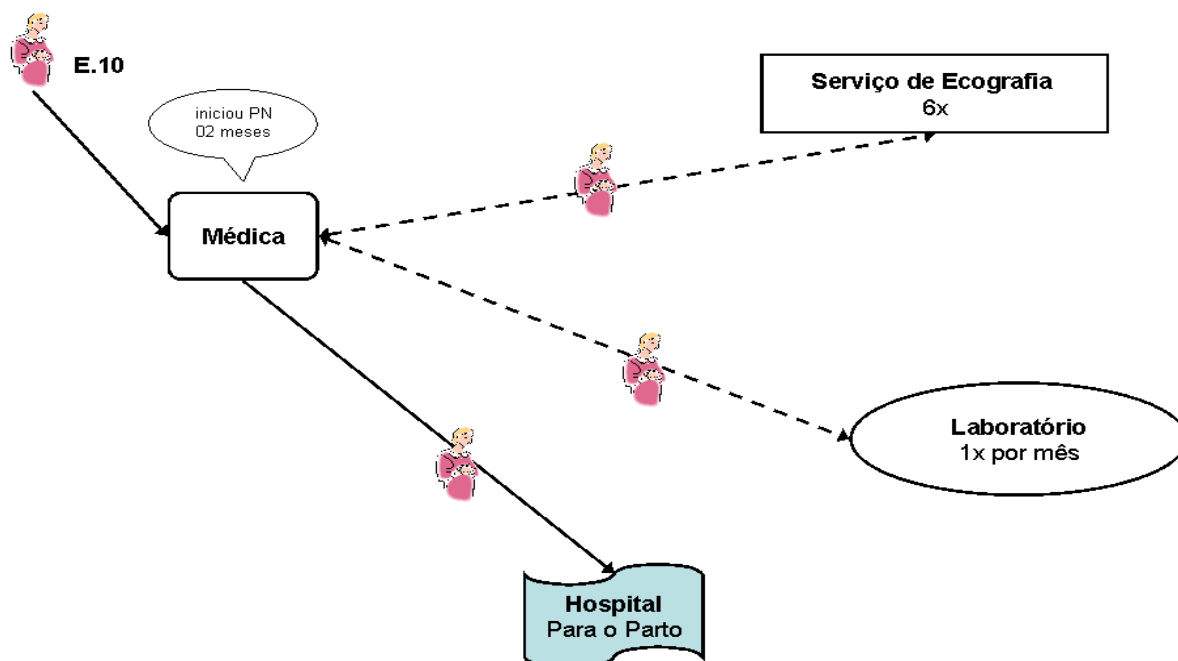


Figura 10 – Trajetória Terapêutica E.10

#### k) Entrevistada 11 (E.11)

- Idade: 32 anos
- Escolaridade: ensino superior completo
- Profissão: professora
- Plano de Saúde: Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (IPE)

#### Trajetória Terapêutica

E.11 iniciou o pré-natal com 2 semanas de gestação, realizando no total 12 consultas. Durante a gestação realizou exames laboratoriais em dois momentos e em um único serviço e 7 ecografias em 2 serviços distintos. Ela participou, por

indicação médica, de curso de gestantes no hospital onde teve o seu bebê. O parto foi normal, acompanhado pela mesma profissional do pré-natal (Figura 11).

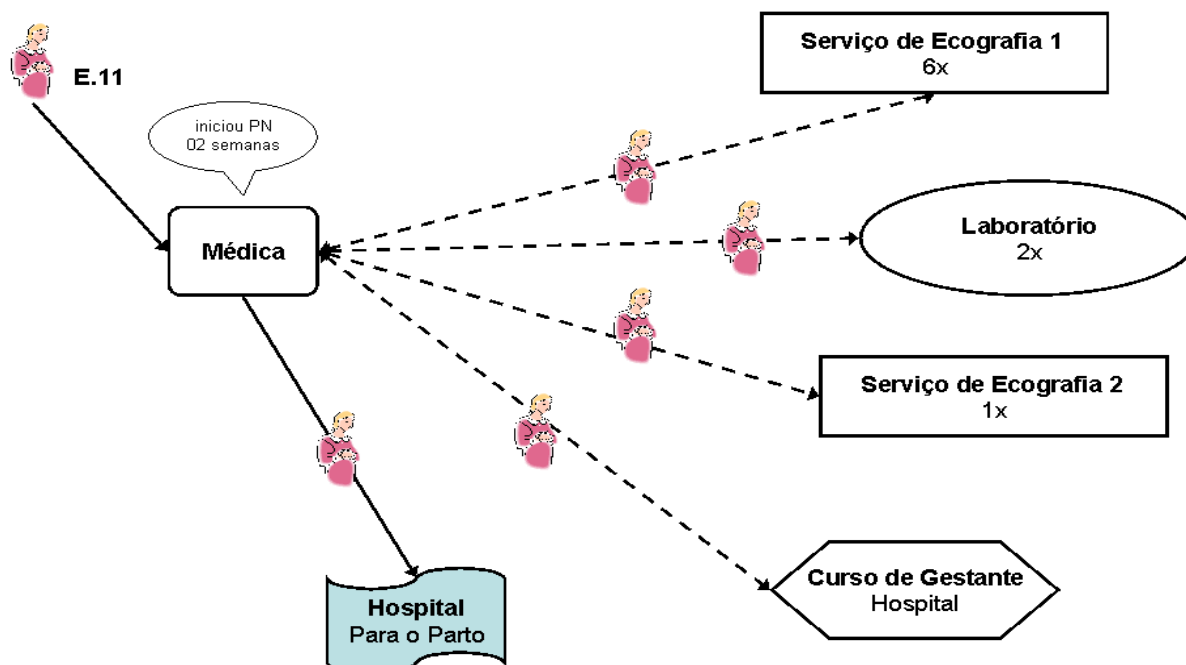


Figura 11 – Trajetória Terapêutica E.11

No contexto geral, pode-se observar que a média de idade das entrevistadas ficou na faixa dos 30 anos e que todas elas têm nível superior. Estes dados assemelham-se aos resultados encontrados em muitos estudos realizados com gestantes atendidas em serviços privados de atenção à saúde (NASCIMENTO, 2003; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Para Nascimento (2003), esta característica da idade materna ser maior entre as mulheres atendidas nos serviços privados possivelmente está relacionada ao fato de as mulheres terem elevado grau de instrução, situação que lhes oferece um melhor acesso aos métodos contraceptivos e ao mercado de trabalho e as faz postergar a gravidez (NASCIMENTO, 2003).

Observei também que entre os planos de saúde predominam as operadoras de cooperativa médica (Unimed) e autogestão (Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul – Ipê). Estes dados são coerentes com dados da ANS que indicam que, tanto no contexto nacional, quanto no regional, estes tipos de

operadoras representam, respectivamente, o 2º e o 3º lugar no número total de usuários (ANS, 2006b).

A média de início do pré-natal ficou em 5,8 semanas de gestação. Estes dados sugerem que, no contexto da saúde suplementar, o pré-natal tem iniciado precocemente, conforme o que está preconizado pelo MS e pela OMS, possivelmente devido ao acesso aos serviços e profissionais de saúde ser mais facilitado, diferentemente de algumas realidades dos serviços estatais.

A média de consultas pré-natais realizadas foi de 10 consultas. Este número de consultas está associado à idade de início do pré-natal. Como referem Silveira, Santos e Dias da Costa (2001), quanto mais precoce o início do pré-natal, obviamente, mais consultas serão realizadas.

Em um estudo que comparou o atendimento de pré-natal realizado nos serviços públicos e nos privados em Garatinguetá, São Paulo, no ano de 1998, foi constatado que 83,7% das usuárias de consultórios privados realizaram mais de sete consultas pré-natais, número que se mostrou maior em relação às consultas de usuárias de serviços públicos (NASCIMENTO, 2003). Tais resultados assemelham-se aos encontrados nesta pesquisa, na qual aponto que possivelmente a realização do número adequado de consultas pré-natais, entre as mulheres participantes dos dois estudos, esteve diretamente relacionada ao início precoce do pré-natal.

Em um estudo realizado em Santa Maria, Rio Grande do Sul, com recém-nascidos, os pesquisadores demonstraram que a frequência das consultas pré-natais e o momento da primeira visita associaram-se significativamente com a idade gestacional e o peso fetal no nascimento. As mulheres que iniciaram o pré-natal tardiamente e que realizaram menos de 6 consultas, tiveram seus bebês prematuros e conseqüentemente com baixo peso ao nascer (MORAES *et al*, 1998). Cabe salientar aqui que esta pesquisa não considerou o tipo de parto realizado, o que de certa forma traz um viés ao estudo, pois ao olhar-se para as estatísticas do baixo peso ao nascer, observa-se que um dos grandes fatores que corrobora para tal situação são as altas taxas de cesarianas (BRASIL, 2008).

A ênfase na relevância de uma cobertura adequada do pré-natal, configurada apenas no número de consultas, contudo, requer cuidado, já que isto, por si só, não garante bons resultados na redução dos coeficientes de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas e mortalidade perinatal precoce. Esta garantia só pode



se concretizar através de uma atenção pré-natal de qualidade, independentemente do número de consultas (KOFFMAN; BONADIO, 2005; MORAES *et al*, 1998).

Quanto aos exames ecográficos, foram realizadas uma média de 07 ecografias, independente do nível de risco gestacional. Estes dados também se assemelham aos outros estudos que constataram um grande número de mulheres usuárias de planos de saúde que realizaram ultra-sonografia durante o pré-natal (CARVALHO; ARAÚJO, 2007), o que parece me demonstrar que este procedimento tem aparecido de forma bastante freqüente na atenção pré-natal no contexto do subsetor suplementar.

Em relação ao desfecho da atenção pré-natal, o número de partos cesáreos realizados representou uma taxa de 72%. Posso dizer que estes dados são representativos da situação deste desfecho no contexto do subsetor suplementar, ao comparar, por exemplo, com os relatórios do sistema de informação em saúde da ANS que no ano de 2005 apresentou realização de cesáreas em 79,7% do total de partos (ANS, 2008).

Uma primeira análise das trajetórias terapêuticas percorridas pelas mulheres que participaram da pesquisa, consideradas as suas características e os recursos acessados, sugere uma atenção em saúde centrada no procedimento, uma vez que foi recorrente o uso excessivo de exames no pré-natal e de cesáreas como desfecho das gravidezes. Além disto, as trajetórias indicam uma atenção em saúde de orientação predominantemente médica, desde o pré-natal até o parto.

Ainda neste processo de análise das trajetórias terapêuticas, consegui identificar que estas poderiam ser agrupadas e classificadas em modalidades, conforme suas características em termos de similaridades.

As similaridades mais evidentes entre as trajetórias foram: o grau de especialização, ao olharmos para a freqüência e utilização de exames complementares (laboratoriais e ecográficos) e, a elevada peregrinação entre diferentes médicas para realizar o pré-natal e até mesmo o parto.

A classificação quanto ao grau de especialização ficou definida como especializada, as trajetórias que apresentaram médio grau de utilização de exames complementares e; como ultra-especializada, as trajetórias que apresentaram elevado grau de utilização de exames complementares.

A classificação então ficou em: *Trajetórias Terapêuticas Especializadas*, para aquelas vivenciadas pelas entrevistadas 9 e 11 (Figuras 9 e 11); *Trajetórias*

*Terapêuticas Ultra-Especializadas*, para aquelas vivenciadas pelas entrevistadas 1, 3, 5, 7 e 10 (Figuras 1, 3, 5, 7 e 10) e *Trajétórias Terapêuticas Especializadas entre Peregrinações Médicas*, para aquelas vivenciadas pelas entrevistadas 2, 4, 6 e 8 (Figuras 2, 4, 6 e 8).

Além desta análise mais preliminar das características das trajetórias terapêuticas percorridas pelas participantes da pesquisa, a busca por uma interpretação mais aprofundada dos dados resultou em uma classificação em categorias e subcategorias representadas na Figura 12.

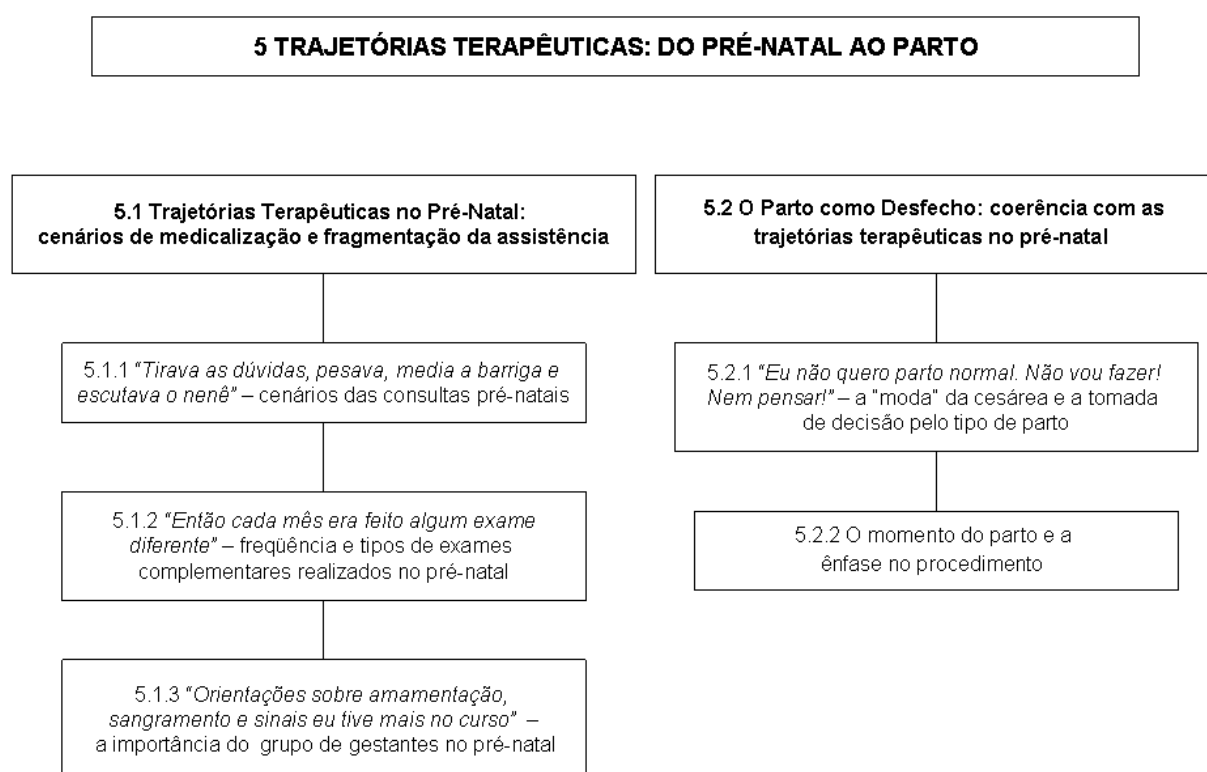


Figura 12 – Categorias e Subcategorias geradas no processo de análise dos dados.

## 5.1 Trajetórias Terapêuticas no Pré-Natal: cenários de medicalização e fragmentação da assistência

A gestação se caracteriza por um momento de intensas mudanças físicas e emocionais e, a importância do pré-natal está em melhor acolher a mulher neste momento na sua integralidade, oferecendo respostas às mudanças físicas e, apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias e fantasias (MOURA; RODRIGUES, 2003). O pré-natal também é importante para garantir a redução das taxas de morbimortalidade materna, assegurando boa evolução da gestação, nascimento de uma criança saudável e bem-estar materno (COIMBRA *et al*, 2003; BRASIL, 2005b).

Para isso, a atenção pré-natal deverá priorizar então condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias; ser de fácil acesso; desenvolver ações que integrem todos os níveis de atenção na promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante, da parturiente e do(a) recém-nascido(a), desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2005b; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Em geral, o acompanhamento pré-natal compreende a realização de consultas mensais, quinzenais ou semanais, conforme a idade gestacional e a solicitação de exames básicos laboratoriais no primeiro e segundo trimestre da gestação. No pré-natal a ultra-sonografia não deve ser um exame de rotina, pois não há comprovação científica de que, ao ser realizada rotineiramente, produza efetiva redução na morbi-mortalidade perinatal ou materna. O mesmo não é válido para exames laboratoriais que avaliam a presença de HIV, sífilis, hepatite, toxoplasmose entre outras, totalmente tratáveis durante a gestação (BRASIL, 2005b; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Neste contexto, ganha importância a análise da atenção pré-natal tendo em conta a noção de integralidade, na medida em que esta propõe a agregação de elementos das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde; acesso; acolhimento; vínculo e responsabilização; considerados no campo da saúde coletiva e no desenvolvimento específico de práticas em saúde no SUS como marcadores de qualidade e resolutividade da atenção em saúde (CONILL, 2004; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

No projeto da integralidade, a atenção e o cuidado devem anteceder as intervenções, pois os procedimentos e as técnicas são secundários à relação de cuidado estabelecida, onde devem ser priorizadas as ações de prevenção e promoção da saúde (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005). Para tal, é preciso o exercício de um olhar atento, que seja capaz de compreender as necessidades de ações de saúde diante de cada contexto (MATTOS, 2004). Nesta perspectiva, o direito e a garantia de acesso aos serviços de saúde emergem como pressupostos do cuidado, isto é, são condições para que os usuários sejam sujeitos do cuidado.

Retomo que a acesso, é entendido como a entrada real ou potencial da população nos serviços de saúde, na qual se relaciona diretamente com a oferta e disponibilidade de recursos, em todos os níveis de complexidade (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

No caso do pré-natal, depois de garantido o acesso, é necessário que a entrada das usuárias nos serviços seja guiada pela prática de acolhimento, ou seja, escutar, receber e tratar as usuárias de forma humanizada; respondendo a suas demandas e necessidades de saúde; estabelecendo uma relação de diálogo, confiança e apoio entre estas e o profissional; avaliando os riscos; trabalhando em equipe para fazer os encaminhamentos necessários e construindo projetos terapêuticos individualizados (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

O acolhimento no pré-natal está associado à formação de vínculo entre os profissionais e as gestantes, ou seja, o estabelecimento de relações que tenham como premissa a afetividade, a relação terapêutica e a continuidade do cuidado. Nestas relações de vínculo a noção de responsabilização se fortalece, na medida em que os profissionais da saúde assumem responsabilidades pela vida dos sujeitos, ao não expô-los a riscos diante de intervenções desnecessárias (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005). No terreno da atenção pré-natal, a relação entre vínculo e responsabilização profissional se concretiza no terreno das atitudes, quando, por exemplo, o profissional prioriza, a cada encontro, o diálogo e a escuta - para conhecer a gestante e sua família, os sentimentos, os prazeres e as dificuldades da experiência da gestação. Tais espaços de escuta são igualmente importantes, porque fornecem elementos para uma adequada avaliação clínica e obstétrica, a qual pode substituir, com vantagem, a realização de complexos procedimentos de diagnóstico, como exames ecográficos e genéticos, nem sempre necessários.

Como se pode observar na apresentação das trajetórias terapêuticas, a característica principal da atenção ao pré-natal no contexto estudado foi o elevado grau de especialização dos procedimentos realizados, indicando que o cuidado praticado segue um modelo assistencial medicalizado, fragmentado e com ênfase na intervenção (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Os subsídios que tornaram possível identificar e caracterizar este cenário emergiram do processo de categorização e análise dos dados. Deste processo resultaram subcategorias cujo conteúdo passa a ser interpretado nos parágrafos que seguem.

#### 5.1.1 *“Tirava as dúvidas, pesava, media a barriga e escutava o nenê”* – cenários das consultas pré-natais

A consulta de pré-natal tem como finalidade promover o preparo físico e psicológico para o parto, para a maternidade, a paternidade e o nascimento do bebê. As ações e os exames solicitados visam garantir um bom andamento da gestação e o nascimento de uma criança saudável. Porém o pré-natal não se reduz a tais práticas, devendo também promover a satisfação da mulher e da sua família com a chegada do novo ser (ESPIRITO SANTO; MORETTO, 2005).

Na análise das trajetórias terapêuticas percorridas pelas participantes da pesquisa observei que praticamente todas as mulheres iniciaram o pré-natal no período adequado e realizaram o número mínimo de consultas de acordo com o que é recomendado pelo MS e pela OMS. Esta situação pode estar relacionada, conforme já discuti anteriormente, ao fato das usuárias de planos e seguros de saúde terem mais garantia de entrada e de atendimento na rede de recursos e serviços de saúde, ao contrário de algumas usuárias do subsetor estatal conforme destacou Nascimento (2003).

Nas suas falas as entrevistadas deixaram claro que esta garantia é um dos motivos pelos quais buscaram a assistência do subsetor suplementar de saúde, reiterando que isto lhes proporciona uma sensação de segurança, conforto e comodidade:

*“O fato de tu ter plano de saúde facilita tudo... Tu chega lá... e o fato de tu ser gestante tu já tem prioridade”. [E.3]*

*“Então eu fico bem mais tranqüila tendo o plano, porque... qualquer exame que eu preciso fazer eu tenho como fazer”. [E.7]*

*“Acontece uma emergência, tu sai correndo, tu é atendido praticamente na hora, não demora muito”. [E.10]*

A sensação de segurança também foi referida com relação à experiência de terem acesso direto à profissional que as acompanhava nas situações de emergência, assim como quando precisavam de algum esclarecimento importante:

*“Ela é uma médica de fácil acesso. Tu liga e ela atende o celular, se ela está ocupada ela retorna, ela é muito boa”. [E.1]*

*“Quando não era assim tão urgente, eu deixava recado com a secretária e ela me dava retorno... quando eu achava mais urgente, eu ligava direto pro celular. O acesso foi bom. Não tive nenhum problema”. [E.7]*

Esta percepção de garantia de acesso aos serviços e aos profissionais de saúde é um dado que apareceu da mesma maneira num estudo que discutiu a adesão ao subsetor suplementar de usuários oriundos do subsetor estatal (FARIAS, 2001). Em nenhum dos casos os usuários do subsetor suplementar que participaram das duas pesquisas pareceram ser conscientes de que neste subsetor a garantia de acesso aos serviços de saúde é relativa, pois fica restrita aos profissionais e serviços credenciados no plano ou seguro de saúde que possuem. Na presente pesquisa, porém, embora a expectativa seja de garantia de acesso, as experiências relatadas indicam um acesso limitado e uma certa dificuldade para escolher o profissional pré-natalista, o que esteve caracterizado nas *Trajetórias Terapêuticas Especializadas entre Peregrinações Médicas*:

*“A médica das duas gestações... foi a mesma, tanto que uma das opções por Unimed é que... era o outro convenio que ela tinha”. [E.3]*

*“Eu fui no médico que a minha tia me indicou. Só que daí ele não tinha o meu plano. Aí eu fui numa médica que eu já tinha ido há muito tempo atrás e fiz meu pré-natal com ela”. [E.6]*

A escolha do profissional, feita mediante indicação de alguém conhecido ou de experiências anteriores, parece estar relacionada à necessidade de se conhecer o trabalho que os profissionais e os serviços de saúde desenvolvem antes de acessá-los, pois se espera que estes correspondam às expectativas e demandas pessoais (HELMAN, 1994; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Porém, apesar da ênfase na garantia de acesso como motivo de ingresso no plano de saúde, algumas entrevistadas relataram experiências ou expectativas de restrição deste acesso, o que fica evidente nos depoimentos abaixo:

*“Tu tem convênio, tu escapa do horror, mas tu não vai ter um atendimento adequado... eu acho que o convênio te ajuda, mas tu não vai ser tratado como deveria.”. [E.9]*

*“Tem muitos médicos que eu não gosto e pago particular... tu adere ao que eles oferecem... Se eu quero um profissional mais diferenciado vou ter que pagar... Que seja um profissional que te dá mais atenção”. [E.4]*

Ainda com relação à questão do acesso, ao se tomar como princípio o direito de acesso a todos os níveis de complexidade de atenção em saúde, garantido constitucionalmente como um direito básico de cidadania (CECILIO *et al*, 2005), as experiências relatadas sugerem que, no âmbito da atenção ao pré-natal realizada no subsetor suplementar este é um direito que ainda precisa ser respeitado. Como ilustram os depoimentos, neste contexto, o atendimento às gestantes fica muito restrito à consulta médica, com raras experiências de trabalho em equipe, em função da organização do sistema em especialidades médicas e da compreensão de que o atendimento à saúde diz respeito exclusivamente ao profissional médico. Ao se perceberem grávidas ou, antes disto, ao decidirem engravidar, estas mulheres procuraram por um obstetra para fazer o acompanhamento da gestação, ficando praticamente todo o pré-natal centrado neste atendimento (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005; BRASIL, 2005b):

*“Eu descobri que estava grávida com 20 dias de gravidez... Fiz o beta-HCG... Fui no gineco e ele me encaminhou para uma obstetra, porque não fazia mais obstetrícia”. [E.6]*

*“É que quando eu decidi engravidar eu procurei a minha médica e falei que queria engravidar”. [E.11]*

A relevância desse argumento tem a ver com o pressuposto apresentado pelo Ministério da Saúde de que o pré-natal nas gestações de baixo risco se constitui num cuidado de saúde no âmbito da atenção primária, que pode ser acompanhado tanto por médicas(os) quanto enfermeiras(os), enquanto o atendimento por especialistas é indicado para gestações de risco. Para 6 das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, os dados sugeriram que as gestações eram de baixo risco, porém não se presenciou acompanhamento pré-natal por enfermeiras. No contexto do subsetor suplementar, praticamente nenhum plano de saúde oferece este atendimento por enfermeiras, com exceção à Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) na estratégia de saúde da família. Tal inexistência de enfermeiras e outros profissionais de saúde pontua que a atenção pré-natal no contexto acaba ficando centrada somente no atendimento médico. Neste sentido destaco que seria necessário que as operadoras bem como a ANS, analisasse com mais critérios esta situação, buscando direcionar mais esta atenção ao que está preconizado pelo MS e pela OMS.

Analisando as experiências das participantes da pesquisa no desenvolvimento da atenção ao pré-natal no contexto do subsetor suplementar e considerando os elementos enfatizados anteriormente como aqueles que constituem a integralidade do cuidado, retomo a noção de acolhimento que, articulado à garantia de acesso, deve priorizar a escuta, o cuidado humanizado e o atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

O cotidiano das consultas pré-natais, tornado visível nesta pesquisa, parece não se ter configurado em 100% das vezes, como seria de se esperar, em espaço de acolhimento, pois nem sempre as mulheres tiveram suas necessidades contempladas integralmente. Neste sentido, a pouca valorização da escuta e do diálogo aparecem como evidências de falhas no acolhimento e, conseqüentemente, de falta de integralidade neste contexto:

*“Eu tive que perguntar pra ela, assim, algumas coisas, achava que ela me atendia um pouco rápido demais, mas era o jeito dela... Só o primeiro médico que me explicou tudo, ele me falou de todos os exames, as etapas, as chances...ele era mais paciente”. [E.6]*

*“Primeiro ela perguntava como é que tinha sido o mês e tal, olhava os exames e... eu procurava falar com ela algumas dúvidas e ela dava orientação que ela achava importante”. [E.7]*



Como sugerem os dados, essa desvalorização da escuta e do diálogo tem relação com o pouco tempo destinado ao encontro entre as gestantes e as obstetras, formatado como consulta pré-natal, e à postura destas profissionais, que não priorizaram espaços de diálogo que dessem conta das demandas das gestantes e do esclarecimento das suas dúvidas de uma forma integral. Ao invés de um diálogo que dava prioridade à fala da gestante, o que parece ter sido vivenciado pelas participantes da pesquisa nas consultas de pré-natal foram diálogos dirigidos pelas demandas médicas, muitas vezes centradas em exames e procedimentos, como se pôde observar em todas as modalidades das trajetórias (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005; BRASIL, 2005b).

Para Heckert (2007), a ênfase nos procedimentos e nas evidências epidemiológicas, frutos do especialismo, produz o que ela chama de escuta surda. Tal surdez está associada à atitude dos profissionais de saúde de não falarem com os sujeitos escutando e problematizando suas necessidades e projetos de vida e, de postularem o diálogo e até mesmo o cuidado como tarefa exclusiva sua, “deixando ao usuário o lugar de objeto de sua ação” (HECKERT, 2007, p.208).

Merhy (1998) desenvolve argumento semelhante ao de Heckert (2007), fazendo referência, também, à postura dos profissionais da saúde em relação aos saberes que circulam nas suas relações com os indivíduos por eles atendidos. Para Merhy (1998), os profissionais de saúde trabalham tendo como referencial um saber estruturado e reduzido à produção de procedimentos pré-determinados, o que resulta num distanciamento dos interesses, necessidades e saberes destes indivíduos. Retomando as idéias de Heckert (2007), posso argumentar que estes aspectos também são constituintes do cenário onde a “escuta surda” acaba sendo instituída como um padrão de comunicação entre profissional e usuário. Numa das falas das entrevistadas esta “escuta surda” aparece no momento que uma delas refere que médica deixou de esclarecer as dúvidas que ela apresentava em determinado momento, deixando para falar sobre somente no momento que ela avaliava como importante:

*“Acho que pra facilitar todo o acompanhamento dela, procurava solucionar as dúvidas na medida que se aproximava... ela não chega a explicar muita coisa, quando acontece tu liga e ela orienta na hora, mas não antes... ela dizia: “tu vai saber quando for a hora”. Porque uma dúvida é quando chegar a hora? E daí coisas que tive que procurar. Saber... ler... revista, TV, coisas que eu ia atrás...” [E.7]*

Estar informada a respeito do que acontecerá na gestação e, no seu corpo e quais cuidados deverão ser tomados em cada situação é um desejo amplamente vivenciado pelas mulheres que estão no período gestacional. O momento pelo qual passam gera inúmeras dúvidas e o profissional que as acompanha desempenha um papel muito importante no atendimento de tais necessidades (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005; BRASIL, 2005b).

Como já referido na revisão de literatura, a gestação se caracteriza como um evento muito importante na vida da mulher, onde ela pode experimentar, além de sentimentos de felicidade e alegria, ansiedade, preocupações, dúvidas e, isto pode gerar estresse. É um momento de grandes mudanças físicas, psicológicas, familiares, as quais precisam ser acompanhadas por profissionais com capacidade para escutar, apoiar e acolher as possíveis demandas experimentadas neste momento, principalmente quando a situação é de primiparidade, como o caso da maioria das entrevistadas (DURÃES-PEREIRA; NOVO; ARMOND, 2007).

Diante de todo um conjunto complexo de necessidades vivenciadas pela mulher no período gestacional, surge a necessidade do estabelecimento de vínculo entre ela e o profissional. A relevância deste vínculo, para o projeto integralidade, está na possibilidade do estabelecimento de uma relação cuidadora e na construção de espaços para o diálogo, resultando na garantia de continuidade do cuidado (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Nos seus depoimentos, as mulheres reconheceram o valor deste vínculo, sugerindo a possibilidade do estabelecimento de uma relação mais pessoal entre usuária e profissional, inclusive em um nível de amizade:

*“A gente já ficou meio amiga, assim, a gente já conversava assim sobre a [outra filha] e tudo mais... depois ela fazia os exames, tirava as minhas dúvidas”. [E.10]*

*“Pra eles aquilo ali é corriqueiro... Então a paciência de te explicar cada parte, vibrar contigo cada conquista... isso é bem importante. Eu acho bem legal”. [E.3]*

A relevância do estabelecimento de vínculo entre gestante e profissional no contexto da atenção pré-natal é ainda maior, quando este se revela como fator de fortalecimento de um senso de responsabilidade desta profissional pela saúde da

gestante e do seu filho. Neste sentido, o que se espera é que a prática médica evite intervenções desnecessárias, prevenindo riscos e agravos (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005). No contexto estudado, porém, o que os dados sugerem é uma atenção medicalizada, organizada através de intervenções muitas vezes desnecessárias. Como ilustram os depoimentos abaixo, a rotina das consultas de pré-natal, em geral, se centrou basicamente na realização de exames físicos e solicitação de exames laboratoriais e ecográficos:

*“Eu chegava, ela avaliava o meu peso, media minha barriga, fazia o toque, conversava comigo sempre, instruindo sobre os exames que eu tinha que fazer naquele mês e me dava umas dicas, assim, as vitaminas, o que eu tinha que fazer de alimentação, cuidados com o bebê”. [E.1].*

*“A medida da barriga, escutava o coraçãozinho... perguntava algumas coisas de mim, o que estava sentindo, de alguma mudança, o peso, e nada mais”. [E.8]*

Considerando, então, os cenários das consultas pré-natais, posso dizer que, entre as mulheres participantes da pesquisa, tais consultas foram permeadas pela priorização do procedimento ao invés do efetivo preparo físico e psicológico para o parto, a maternidade, a paternidade e o nascimento do bebê. Como consequência disso, poucos espaços de escuta e de diálogo foram observados.

#### 5.1.2 *“Então cada mês era feito algum exame diferente”* – frequência e tipos de exames complementares realizados no pré-natal

Como já comentado anteriormente, nas trajetórias vivenciadas pelas participantes da pesquisa, a prioridade dada ao uso da tecnologia diagnóstica acabou colocando em segundo plano o diálogo e a escuta, práticas que igualmente, ou talvez de forma mais eficaz, poderiam resultar na detecção das demandas de saúde da gestante e no seu atendimento. Neste contexto, foram provavelmente desperdiçadas inúmeras possibilidades de interação entre profissionais e gestantes que poderiam viabilizar competentes ações de promoção da saúde. Como sugerem os dados, na atenção ao pré-natal realizada no subsetor suplementar, a valorização

dos recursos tecnológicos disponíveis para diagnóstico, em detrimento de práticas de escuta e diálogo simplifica o cuidado pré-natal, reduzindo-o à detecção precoce daqueles problemas que a tecnologia é capaz de evidenciar.

A simplificação do cuidado aí produzida tem pelo menos duas vias, que se reforçam. Em primeiro lugar, o cuidado fica simplificado em função do enfoque reduzido das consultas de pré-natal nos “problemas”, quando este enfoque deveria ser na saúde da gestante e do seu filho. Em segundo lugar, a simplificação se dá porque a forma de dar visibilidade aos possíveis problemas da gestação fica centrada quase exclusivamente nos diagnósticos produzidos via procedimentos tecnológicos.

*“Eu fiz 5 ecografias e depois eu fiz mais uma... fiz a com Doppler colorido... foi quando foi constatada a perda de líquido e marcada a cesárea”. [E.3]*

*“[Fiz] umas 12 [ecografias], mais ou menos. Primeiro pra ver o nenê... 5 semanas... Depois com 7 semanas... a outra foi a translucência nucal perto de 12 semanas... depois mais a morfológica... depois da ecocardio não teve nenhuma específica assim, a não ser o perfil fetal e o doppler”. [E. 7]*

Dentre os exames solicitados pelos médicos que acompanharam o pré-natal realizado pelas gestantes que participaram da pesquisa, as ecografias foram os mais freqüentes, sendo a média de 7 ecografias (entre simples e específicas) por participante. Esta quantidade de ecografias extrapola o número recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que é de até duas ecografias por gestação, por não ser considerado como um exame de rotina (BRASIL, 2005b; RIVIERE *et al*, 2006). Este número excessivo de ecografias é evidência da priorização de recursos tecnológicos no pré-natal realizado no subsetor suplementar e, em conjunto com outros dados já apresentados anteriormente, sugere forte tendência a um distanciamento do princípio da integralidade, preconizado pelo SUS.

Segundo a literatura, os principais objetivos da ecografia obstétrica simples são: calcular a idade gestacional, ver o número de embriões, avaliar a atividade cardíaca, detectar malformações congênitas e anomalias no desenvolvimento (RIVIERE *et al*, 2006). Ao se considerar todas as fases gestacionais, três destas

ecografias seriam suficientes para contemplar tal avaliação, não seis como visto nas experiências das mulheres entrevistadas (MAGALHÃES, 2000).

Em relação às ecografias específicas, a literatura indica que a ecocardiofetal, morfológica, com doppler e perfil biofísico fetal, devem ser solicitadas quando detectada presença de alteração na ecografia simples (RIVIERE *et al*, 2006), o que, segundo os depoimentos, não foi observado nas situações relatadas.

Nesta perspectiva os dados sugerem que, com relação à realização de exames ecográficos, existe um descompasso entre o que é preconizado na literatura e a lógica seguida nas consultas de pré-natal. A realização de exames ou procedimentos pode expor a dupla mãe-bebê a riscos desnecessários. É preciso, assim, como argumentado na literatura, que haja uma maior consciência e responsabilização do profissional que atende o pré-natal para que estes riscos sejam evitados. A literatura tem sugerido a existência de riscos físicos e emocionais relacionados à realização de ecografias, embora ainda sem evidências que permitam afirmar esta existência (MEDINA *et al*, 1997; GOMES; PICCININI, 2005).

Ainda com relação aos exames solicitados nas consultas de pré-natal de que foram sujeitos as participantes da pesquisa, as experiências relatadas dão conta de um grande número de solicitações do exame de translucência nugal. Como argumenta Magalhães (2000), na atualidade tal exame tem sido considerado como de rotina entre os pré-natalistas do subsetor suplementar, apesar das indicações estarem relacionadas a presença de fatores pré-existentes para o desenvolvimento de síndromes. Tal argumento é corroborado pela experiência de E.11, relatada abaixo:

*“Esse teste da nuquinha, ela me falou, vamos fazer a ecografia da nuquinha e perguntou se eu conhecia... a maneira como ela me apresentou foi tipo uma coisa assim bem de praxe. Vê se tem alguma alteração cromossômica, avalia também o percentual de possibilidade pra síndrome de Down...” [E.11]*

O depoimento de E.11 também sugere que o encaminhamento da gestante para o exame de translucência nugal nem sempre é acompanhado de esclarecimento sobre sua finalidade em rastrear a presença de síndromes genéticas; tão pouco sobre as possíveis implicações para a vida da mulher, da família e do bebê caso alguma alteração seja detectada:

*“Eu fiquei meio assim, vamos fazer então (risos), mas tem pessoas que não fazem, eu conversei com algumas amigas minhas que não fizeram, porque não queriam saber. É até eu fiquei pensando, será que eu faço essa ecografia? Ela não perguntou se eu queria ou não queria fazer... la mudar muita coisa na minha vida, depois que ela me explicou para o que era, até pensei se eu fazia ou não, mesmo sem conversar com ela, mas acabei fazendo”. [E. 11]*

Outro aspecto importante, referente às solicitações de exames no contexto da atenção estudada, é que o direito da gestante de participar das escolhas e construir os projetos terapêuticos a percorrer no processo que vai da gestação até o parto parece não ser garantido. Tal afirmação se fundamenta na análise das trajetórias percorridas pelas mulheres participantes da pesquisa, na qual se observa que estas foram determinadas na maioria das vezes pelo médico. Em tais situações, não houve também espaços de escuta e diálogo, tão pouco de problematização da situação que resultou na decisão de realizar ou não tais exames. .

Como referido na literatura, no contexto da atenção pré-natal, a indicação médica de exames complementares deve ser acompanhada do fornecimento de informações à gestante sobre o que consiste cada procedimento, bem como sobre as possibilidades de resultados e de complicações (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005; GOMES; PICCININI, 2005; OLIVEIRA, 2005). Uma vez informada, deverá ser dado à gestante o direito de decidir. Desenvolver um diálogo em que haja espaço para esta ‘escolha informada’ é uma das estratégias do projeto da promoção da saúde, cuja essência é a promoção da autonomia (OLIVEIRA *et al*, 2002).

*“Ela me indicava, me dizia porque que tinham que ser feito”. [E.1]*

*“Nos exames, tu faz, ela não me perguntava assim tu quer fazer...(risos)”. [E.11]*

Diante do que discuti neste tópico da análise, reforço que a prioridade dada ao uso da tecnologia diagnóstica colocou em segundo plano o diálogo e a escuta, na qual parecem ter sido desperdiçadas as possibilidades de interação entre profissionais e gestantes que, possivelmente, poderiam viabilizar ações de promoção da saúde. Em consequência disso, as mulheres ao não terem vivenciado

tal espaço, não puderam participar de forma ativa nos processos decisórios em relação aos procedimentos realizados.

### 5.1.3 “Orientações sobre amamentação, sangramento e sinais eu tive mais no curso” – a importância do grupo de gestantes no pré-natal

Como destaca o MS (BRASIL, 2005b), durante o pré-natal o atendimento interdisciplinar produzido pelo trabalho em equipe é importante para a garantia do nascimento de um bebê saudável e para o preparo da mulher e de sua família para a chegada neste bebê (BRASIL, 2005b). Tal atendimento pode ser realizado tanto na atuação direta de outros profissionais da saúde, além do médico; quanto na realização, por exemplo, de grupos de gestantes. Neste sentido, a participação em grupos de gestantes ganha destaque em função da oportunidade que se estabelece neste espaço para ações educativas, se constituindo numa estratégia que pode auxiliar o profissional médico nas ações de promoção da saúde e prevenção de problemas de saúde (BRASIL, 2005b; OLIVEIRA, 2005). Além disso, o curso de gestantes pode ser entendido como um espaço interdisciplinar, ao agregar diferentes profissionais de saúde na atenção ao pré-natal.

Como argumentado na literatura, atividades de educação em saúde como, por exemplo, grupos gestantes, permitem às gestantes, compartilharem diferentes vivências de situações semelhantes, se constituindo numa das melhores formas de promover a compreensão das características e mudanças provocadas pelo processo gestacional (BRASIL, 2005b).

*“Foi bem legal. Foram quatro encontros. Estava bem bom, assim, aprendi bastante coisa. Tinham bastante atenção, assim, com a gente”. [E.6]*

*“O curso foi bem legal mesmo, porque daí ensina sobre amamentação, sobre tudo, bem interessante”. [E.11]*

Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos pode favorecer a diminuição de ansiedades, o atendimento de demandas pessoais, o

estabelecimento de um diálogo com os profissionais e, como conseqüência, resultar em oportunidades para a participação da gestante na construção dos seus projetos de cuidado (OLIVEIRA, 2005).

Do total de participantes da pesquisa, apenas 4 delas tiveram nas suas trajetórias a realização de curso de gestantes, um número relativamente pequeno ao considerar que, deste total, 7 eram primigestas. Em todos os 04 casos de participação em grupos de gestantes, foi o profissional médico que estimulou esta participação:

*“Ela [a médica] me indicou a fazer o curso para gestantes”.*[E.1]

*“Fiz curso de gestante, aquele que acompanha mês a mês a gestação. A minha médica me disse que tinha e que era interessante fazer”.* [E.11]

Este estímulo do profissional, possivelmente está relacionado ao entendimento, para estes, de que para se contemplar a integralidade e promover a saúde das usuárias é preciso assegurar práticas de educação em saúde. Porém, mesmo com este entendimento o cuidado realizado foi fragmentado, ao não ser observada uma interlocução entre o médico e os profissionais que conduziam o grupo.

Por outro lado, este incentivo dos profissionais à participação nestes grupos pode estar relacionado à noção de que a mulher deveria aproveitar este espaço para o esclarecimento de dúvidas, deixando mais tempo para “monólogos técnicos” nas consultas, ou simplesmente para diminuir a ansiedade das gestantes e reduzir o tempo das consultas.

Para as entrevistadas, a participação nos grupos foi também muito importante porque foi neste espaço que elas conseguiram que fossem atendidas algumas das suas necessidades não contempladas durante as consultas:

*“Consultas são pouco assim... acho ainda rápida, né? Pra quantidade de dúvida que a gente tem. Aí muitas coisas eu tirei as dúvidas no curso de gestante.s”.* [E.7]

*“É na consulta até esse tipo assim tão específico não... de quanta em quantas horas, essas coisas assim não, a médica não me deu muitos detalhes...”.* [E.11]



Nestas atividades, assim como nas outras instâncias de atendimento, o pai e a família destas mulheres devem também ser incluídos neste atendimento, para que eles também possam ser preparados para a chegada deste bebê e auxiliar a mulher na medida em que ela necessitar (BRASIL, 2005b). Todas as mulheres que fizeram o grupo de gestantes foram acompanhadas pelos pais dos bebês:

*“Eu e o R. [esposo] fizemos o curso, aí a gente teve várias orientações sobre isso, amamentação... a questão do sangramento... e do tampão... dos sinais”. [E.7]*

Todas as entrevistadas que tiveram a experiência de participar de grupo de gestante enfatizaram a importância desta atividade como complemento das consultas de pré-natal. A análise dos depoimentos permite identificar que, nestes espaços, elas foram melhor escutadas e puderam estabelecer um diálogo a respeito das mudanças físicas, biológicas e psicológicas do processo gestacional, bem como se preparar para o parto e para a chegada deste bebê.

## **5.2 O Parto como Desfecho: coerência com as trajetórias terapêuticas no pré-natal**

A análise dos dados sugere que a atenção ao parto no subsetor suplementar é coerente com a atenção pré-natal vivenciada pelas participantes da pesquisa, podendo, igualmente, ser identificados poucos espaços de escuta, de diálogo e de problematização das condutas tomadas. A priorização de práticas intervencionistas em detrimento de ações educativas e uma reduzida participação das mulheres nos processos decisórios também são características do pré-natal que se repetem na atenção ao parto. Na análise, foram pontuados duas situações específicas da transição entre o pré-natal e o parto: o processo de escolha pelo tipo de parto, que inicia no pré-natal e o momento do parto.

### 5.2.1 “Eu não quero parto normal. Não vou fazer! Nem pensar!” – a “moda” da cesárea e a tomada de decisão pelo tipo de parto

O MS e a OMS recomendam que o preparo para o parto deve acontecer desde as consultas de pré-natal e, nesta preparação deve ser garantido à mulher o direito de decidir sobre qual tipo de parto deseja realizar (BRASIL, 2005b). A garantia de tal direito está diretamente relacionada à postura do pré-natalista, ao qual cabe, nas consultas de pré-natal, estimular as mulheres a tomarem decisões sobre a sua própria vida e, no caso aqui específico, sobre seu tipo de parto.

O destaque à “escolha informada”, referido no capítulo anterior, reaparece aqui, no contexto do parto, como recomendação da OMS e do MS, os quais enfatizam a importância de o pré-natalista discutir com as mulheres sobre as principais diferenças, vantagens, desvantagens, benefícios e malefícios de cada tipo de parto; para que elas possam construir, de forma compartilhada, o entendimento sobre o parto e conseguir decidir por tal (BRASIL, 2005b; OLIVEIRA *et al*, 2002).

Ao se referirem ao processo de escolha do tipo de parto, algumas participantes da pesquisa relataram experiências imediatamente identificáveis como coerentes com o tipo de pré-natal vivenciado. Assim como em outros momentos do pré-natal, estes depoimentos sugerem uma desvalorização, por parte do profissional que acompanhava o pré-natal, de espaços e possibilidades de discussão e diálogo sobre as diferenças de cada tipo de parto:

*“Na verdade a gente decidiu que não era uma coisa assim que precisava decidir de antemão, de repente eu decidia pelo parto normal e acontecia alguma intercorrência e aí precisava fazer cesárea, ou decidia pela cesárea e chegava algum momento que eu ia me sentir confortável pra fazer o parto normal. E daí a gente acabou deixando assim de lado, vamos ver o que vai acontecer”.* [E.5, parto cesáreo]

*“Eu tinha vontade de ter parto normal. E ela [a médica] sempre orientou pra não ter muita expectativa, porque a questão do parto não dependia de todo pré-natal, aí eu fui também desmistificando, não desmistificando, mas trabalhando melhor... acho que foi bem... no início eu achei estranho a situação, mas acho que no fim foi melhor assim”.* [E.7, parto cesáreo]

As falas sugerem que, para as participantes da pesquisa, a via de parto era alvo de angústias e ansiedades, desde o início da gestação. Conforme os depoimentos, a reação dos profissionais às demandas por informações ou definições com relação ao tipo de parto não se configurou numa postura de acolhimento a tais necessidades. Nas entrevistas, as experiências relatadas sugerem que as informações recebidas no pré-natal sobre os tipos de parto, eram explicações vagas e pouco consistentes. Pode-se inferir, a partir destes dados, que no pré-natal, as mulheres não foram suficientemente informadas sobre as indicações e contra-indicações de cada tipo de parto, o que provavelmente gerou incerteza no momento de definir preferências com relação à via de parto. Com poucas condições para argumentar em favor de parto normal ou de cesárea, é igualmente provável que esta argumentação foi assumida pelo profissional. Nestas circunstâncias, foram perdidas oportunidades, não só, para promover a autonomia das mulheres, como também de melhor prepará-las para o parto.

Uma outra questão que pode ser levantada a partir dos dados é que, nos poucos momentos da consulta de pré-natal em que a via de parto era o foco, a ênfase da conversa era a probabilidade de o desfecho da gestação ser um parto cesáreo, parecendo que esta era a opção mais óbvia.

*“Acho que a partir do sexto mês a gente foi discutindo em todas as consultas, um dia eu chegava e dizia não quero nenhum, tu que decide, a gente foi até o final sem decidir nada”. [E.5, parto cesáreo]*

*“Ela [a médica] sempre orientou pra não ter muita expectativa, porque a questão do parto não dependia de todo pré-natal, ela não tinha como dizer assim agora, no início da gestação, se daria”. [E.7, parto cesáreo]*

Desvalorizando a associação entre parto e fisiologia materna, os profissionais parecem orientar o pré-natal por meio de uma lógica invertida: ao invés de preparar as mulheres para o natural, que seria o parto normal, a preparação e a escolha pelo mesmo fica, a priori, condicionada a um *“se tiver tudo bem, dá pra gente tentar fazer um parto normal”* [E.9].

No Brasil, como já foi referido anteriormente, é alta a taxa de cesarianas. Entre as mulheres entrevistadas a realização de cesarianas representou 72% do total de partos. Conforme indicado na literatura, no contexto do subsetor

suplementar, a escolha por esta via foi motivada por indicações clínicas ou por desejo da mulher, neste caso se configurando numa cesariana “a pedido” (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

Estas mesmas motivações foram indicadas nos depoimentos das mulheres que participaram da presente pesquisa. No que se refere à indicação clínica, as evidências para a realização da cesariana estiveram relacionadas ao sofrimento e à posição fetal, como também à doença hipertensiva específica da gestação:

*“A princípio era pra ser parto normal, fiquei horas na sala de parto, mas acabou sendo cesárea, ela já tinha feito mecônio, e a médica quando estourou a bolsa já viu, e aí foi feito cesariana”. [E.1]*

*“Ela era muito grande pra mim e ela estava sentada, daí ela falou, vamos esperar fechar as 38 e a gente faz porque ela tava sentada e ela não ia virar”. [E.9]*

*“Eu fiquei uma semana internada e aí eu fiz a cesárea... tive hipertensão transitória... fiz [a cesárea] porque no cordão umbilical, [o fluxo sanguíneo] já estava diminuindo”. [E.2]*

Em tais situações, a literatura confirma a necessidade da realização da cesárea e salienta ainda que, nestes casos, a insistência pelo parto normal poderia provocar uma gravidade ainda maior do que a já apresentada (YAZLLE *et al*, 2001; GENTILE; NORONHA FILHO; CUNHA, 1997).

Em relação à cesariana realizada por desejo da mulher, as justificativas foram relacionadas primeiramente ao desejo de não ter parto normal pelo receio da dor e pela possibilidade de ocorrerem complicações com o bebê. Estes dados corroboram os resultados de estudos anteriores, como o de Oliveira *et al* (2002). Os depoimentos apresentados abaixo são ilustrativos destas justificativas:

*“Não existia indicação pra cesariana, mas eu jamais imaginei que teria de parto normal, tanto da primeira, quanto da segunda. Isso é uma coisa que eu discutia muito com minha médica e eu sempre disse pra ela: “Eu não quero parto normal. Não vou fazer! Nem pensar!”. Mas era já uma opção minha, de não ter. Minha e de concordância do meu marido que eu não teria parto normal”. [E.3, parto cesáreo]*

*“Eu não queira ter parto normal para o nenê não nascer todo roxinho. Eu cheguei a conversar com ele que o meu medo do parto normal era a anóxia, que eu achava que nesse sentido a cesárea era*

*melhor... Então... ele disse assim: meus bebês não nascem roxinhos". [E.5, parto cesáreo]*

Em relação ao primeiro depoimento, mesmo posteriormente tendo indicação clínica para cesariana, a médica em nenhum momento problematizou com a gestante sobre tal medo relacionado ao parto normal. A gestante não esclareceu a origem do seu receio de realizar o parto normal, mas, possivelmente este meio esteja relacionado à possibilidade de dor. Esta análise sugere que, o profissional que a acompanhou no pré-natal poderia ter aproveitado melhor o espaço das consultas para informar a esta mulher sobre os possíveis métodos de alívio da dor já disponíveis, os quais permitem que o momento do parto seja vivenciado sem sofrimento e com mais tranquilidade (SILVA; OLIVEIRA, 2006). Nestas circunstâncias, parece ser possível inferir que a ausência diálogo sobre o parto influenciou na opção da mulher pelo parto cesáreo. Como já referido, anteriormente, a literatura também destaca esta associação entre a postura do pré-natalista, ao não abrir espaço nas consultas para o diálogo sobre as vias de parto, e a manutenção das resistências das mulheres ao parto normal, o que pode resultar numa avaliação superestimada da segurança desta via de parto (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

Quanto ao motivo indicado no segundo depoimento, como causa do desejo da entrevistada pelo parto cesáreo - medo de anóxia -, aqui também parece à ausência do profissional na problematização de tal medo. Nesta situação, a resposta dele não foi explicar sobre a situação, sobre os reais riscos de hipóxia relacionados ao parto normal, ele apenas disse a ela "*meus bebês não nascem roxinhos*". Em relação a isso, a literatura destaca que o risco de hipóxia em partos vaginais é extremamente baixo quando relacionado à realização de uma cesariana eletiva, antes de ter iniciado o trabalho de parto (MARTINS-COSTA; RAMOS, 2005). Entretanto, na situação desta mulher, posso dizer que a cesariana eletiva realizada expôs o seu bebê a mais riscos de hipóxia do que possivelmente o parto normal traria, porém isto não foi discutido pelo médico que a acompanhava.

Outra questão que influenciou o desejo pelo parto cirúrgico foi o interesse da mulher em aproveitar o momento do parto para resolver um problema prévio:

*"Essa última o médico já concordou comigo desde o início e já aderiu a minha opção e disse que vai ser, então deu. Ele disse: tu quer*

*cesárea? E eu expliquei pra ele que eu já queria fazer minha hérnia umbilical da gravidez dela... Ai ele me indicou um cirurgião". [E.4, parto cesáreo]*

Nas circunstâncias em que aconteceu a opção pelo parto cesáreo, descritas no trecho acima, o desejo e motivação para a cesariana não foi questionada pelo médico, o que seria recomendável, considerando os riscos desnecessários de um procedimento cirúrgico igualmente desnecessário. Não seria papel do médico fazer tal questionamento?

Os dados sugerem que as participantes acima tiveram o direito de decidir sobre seu tipo de parto, no entanto, considerando o referencial da promoção da saúde, esta decisão deveria ter sido tomada em um contexto onde tivesse sido possível acessar, de forma contínua, as informações pertinentes (BUSS, 2000; CARVALHO, 2004). Neste caso, a escolha, possivelmente não se caracterizou em um exercício de autonomia, pois não foi uma "escolha informada".

Como destacado na literatura, a aparente liberdade de escolha assegurada à mulher é, na prática, freqüentemente manipulada pelas informações prestadas pelos profissionais sobre os riscos envolvidos nos procedimentos do parto (TEDESCO *et al*, 2004; OLIVEIRA *et al*, 2002),

As experiências relatadas também apontam uma outra origem para a realização de cesáreas "a pedido" - a interferência da gestação na vida profissional da gestante, em função dos desconfortos apresentados no final na gestação. É o que diz a E.5:

*"Eu queria [cesariana], aí tinha 36 semanas, mas ele não deixou. Só que no final, ele chegou pra mim assim... como que ta pra ti e tal? Daí eu falei: olha, não to mais agüentando! Tava enorme minha barriga. Tava pesada. Eu não conseguia mais, não tava mais conseguindo atender a minha demanda profissional, não conseguia marcar nada. Daí ele disse que não tava mais confortável pra mim, então com 38 semanas marcamos". [E.5, parto cesáreo]*

Da mesma maneira que nas situações evidenciadas nos depoimentos anteriores, na experiência relatada acima não houve problematização da opção por cesariana, por parte do profissional pré-natalista. Tedesco *et al* (2004) destaca uma questão que possivelmente pode também servir para reflexão na presente

investigação. Ao realizarem um estudo com o objetivo de conhecer as expectativas de primigestas com relação à via de parto, os pesquisadores concluíram que a preferência pelo parto cesáreo vem muito relacionada ao fato de as mulheres terem um maior nível de escolaridade e de exercerem atividades extradomiciliares, pois esta opção permitiria a determinação da data e da hora do parto, não comprometendo as atividades profissionais destas mulheres. Assim como destacamos anteriormente, também é problemático considerar esta situação como de favorecimento a um exercício de autonomia por parte das mulheres.

Conforme salientam Martins-Costa e Ramos (2005), cada vez mais se tem discutido a realização de uma cesariana “a pedido”, pois o Comitê de Aspectos Éticos em Reprodução Humana e Saúde das Mulheres da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia delibera que é antiético realizar uma cesariana sem indicação médica. Frente a isso, é possível questionar, juntamente com estes autores, se é possível compatibilizar um investimento na autonomia das mulheres para a tomada de decisão sobre a via de parto (autonomia preconizada como a essência da promoção da saúde), com as indicações médicas de fazer o melhor e de não causar dano?

Em contrapartida, às vezes a não problematização de decisões que levam as cesáreas “a pedido” pode acontecer em função da compatibilização do desejo da gestante e dos interesses do pré-natalista. Cesarianas são procedimentos que levam muito menos tempo para serem concluídos do que o acompanhamento de um trabalho de parto e parto. Outra “facilidade” é que são procedimentos que podem ser previamente agendados, otimizando, além do tempo, a utilização dos recursos humanos e financeiros.

O argumento de Martins-Costa e Ramos (2005) pode ajudar a compreender melhor esta possível “acomodação” do profissional à opção da gestante pelo parto cesáreo. Para os autores, os obstetras acostumaram-se a decidir suas intervenções sob a ótica do menor risco para si, ao invés do menor risco para a gestante ou seu filho.

Uma outra situação a destacar é que, mesmo perante um contexto de elevada priorização por cesarianas, 3 mulheres optaram por realizar parto normal e tiveram sua opção referendada pelo profissional:

*“Ela só falou que eu tinha uma boa constituição pra ter parto normal e a minha idéia era só parto normal mesmo, só assim em caso se não pudesse ter”. [E.6, parto normal]*

*“Tu sabe que pra mim assim eu nem pensei em fazer cesariana, porque para mim é uma cirurgia, eu pensei em fazer parto normal e a médica também induziu a isso também, a gente conversou da possibilidade, mas ela disse que seria uma coisa caso desse alguma coisa errada, tipo mal encaixado alguma coisa assim, mas tava tudo correndo bem então era parto normal mesmo”. [E.11, parto normal]*

Nas experiências relatadas acima parece ter prevalecido um entendimento de parto, como um processo fisiológico, pertencente à natureza do nascimento. A literatura dá destaque a esta compreensão de parto, salientando que a maioria das mulheres e dos bebês são capazes de atravessar de maneira saudável o crítico momento do nascimento, sem necessidade de nenhuma intervenção médica, na qual a boa medicina pressupõe o entendimento dos processos fisiológicos, que embora possam ocorrer disfunções, a gravidez e a parturição normais são processos fisiológicos (MARTINS-COSTA; RAMOS, 2005).

Nesta perspectiva, é com base nos dados aqui analisados, é possível inferir que o elevado índice de cesárea no contexto do subsetor suplementar de assistência à saúde possivelmente guarda relação com o desejo das mulheres, porém esta situação poderia ser modificada se diminuíssem as deficiências de informação, se houvesse espaço no pré-natal para o questionamento e a problematização da escolha (por parte dos médicos e também das mulheres) e se fossem incrementados (no sentido da quantidade, mas também, da qualidade) os espaços de diálogo entre os profissionais da saúde e as mulheres sobre as possíveis dificuldades, dúvidas e anseios em relação à parturição. A falta de reconhecimento da importância destes espaços tem influenciado na opção desnecessária por parto cirúrgico e no desrespeito ao direito da mulher de fazer uma “escolha informada”.



### 5.2.2 O momento do parto e a ênfase no procedimento

A OMS e o MS, considerando o princípio da integralidade, vêm atuando de forma muito expressiva para reduzir à excessiva medicalização do parto, principalmente no que tange a epidemia de cesárea. Tal atuação vem reagindo contra a tecnocratização da assistência obstétrica que é a grande responsável pela redução da gestação e do parto, um evento social, cultural e de saúde, a um fenômeno patológico, médico-centrado, fragmentando e com excessiva intervenção tecnológica sobre o corpo e as dinâmicas das mulheres (TORNQUIST, 2003; OLIVEIRA *et al*, 2002).

Apesar do objetivo de proporcionar melhor controle dos riscos materno-fetais, a institucionalização do parto e o emprego dos avanços tecnológicos na atenção obstétrica, acabaram desencadeando, em vários países, uma excessiva prática de intervenções desnecessárias, tais como as abusivas indicações de cesariana (OLIVEIRA *et al*, 2002; DIAS; DESLANDES, 2004).

Como destacam Oliveira *et al* (2002), o aumento da frequência de parto cesáreo não apresentou uma associação positiva com o aumento simétrico dos benefícios, para a mãe e recém-nascido, pois ao compararem o risco de morte materna, segundo o tipo de parto, vários estudos nacionais e internacionais revelam maior morbimortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesárea, devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas.

Como destacado anteriormente, a cesariana foi o tipo de parto mais realizado entre as mulheres entrevistadas. Ao se referirem ao momento do parto, as entrevistadas fizeram referência à rápida resolução do procedimento 'cesariana':

*"Foi bem rápido, acho que durou três minutos pra tirar o bebê, rapidinho. O que demorou mais foi para o anestesista chegar, quando chegou, foi bem rápido. [E.1]*

*"A cesárea foi muito tranqüila assim, foi rápida, mas foi a melhor opção pra nós". [E.7]*

Tais situações reforçam o que alguns autores apontam que a cesariana é vista como uma ação médica que consegue dar um desfecho previsível ao trabalho

de parto e ao parto, uma vez que pela fisiologia não se definiria até o último instante com o nascimento do bebê (DIAS; DESLANDES, 2004). Porém essa rapidez do parto provocada pelas cesarianas pode acabar interferindo de forma negativa no processo fisiológico do parto, podendo interferir, por exemplo, na maturação pulmonar fetal (MACHADO; PRAÇA, 2008).

Por outro lado, mesmo o parto sendo normal, observei que a intervenção médica pode interferir neste processo fisiológico. Nas poucas experiências de parto normal relatadas pelas entrevistadas evidenciei uma forte intervenção médica em várias situações, neste caso, em relação à utilização de ocitocina:

*“Eu cheguei às duas, não tinha contração ainda, e tinha só um dedo de dilatação. Aliás três começou contração fraquinho. Colocaram no soro, só aí começou a apertar, apertar, apertar, e aí quando ela [a médica] chegou, eu já estava com sete centímetros”. [E.6, parto normal]*

*“Depois da analgesia, que tava com a dilatação completa, aí tinha ocitocina sim. Porque na sala de parto mesmo eu vi que tinha”. [E.11, parto normal]*

A literatura aponta que o uso de ocitocina é empregado para indução do parto e, que este uso deve ser único e exclusivamente quando realmente é necessário que o parto ocorra antes de se desencadear espontaneamente (MORAES FILHO; CECATTI; FEITOSA, 2005). Os depoimentos sugerem que não foi esta a situação vivenciada pelas entrevistadas. Ao que parece, as mulheres já estavam em trabalho de parto quando foi iniciada a utilização da ocitocina. A ocitocina, geralmente empregada para acelerar o parto, foi, portanto, empregada indevidamente, caracterizando uma intervenção médica desnecessária.

A segunda situação foi em relação à realização de analgesia:

*“Eu tomei anestesia”. [E.6, parto normal]*

*“Eu tomei analgesia nos dois...”. [E.10, parto normal]*

*“Fiz, fiz analgesia, mas naquele período...”. [E.11, parto normal]*

O emprego da analgesia, conforme refere a literatura, tem proporcionado às mulheres um alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto, embora às vezes, ela produza algumas dificuldades, por exemplo, em relação ao prolongamento do período expulsivo, por provocar relaxamento da musculatura pélvica (CECATTI *et al*, 1998). No contexto em estudo, todas as mulheres que tiveram parto normal realizaram analgesia, entretanto para todas elas podemos dizer que possivelmente não teria sido necessário realizar, tendo em vista que, conforme os depoimentos, o procedimento foi feito num estágio muito avançado do trabalho de parto, aparentemente gerando mais desconfortos do que alívio:

*“Eu já estava certa que iria fazer analgesia, só que eu chamava e dizia para as enfermeiras para chamarem o anestesista. Ela disse “Não, a médica tem que te avaliar primeiro”. Só que como ela achou que primeira gestação ia demorar mais, ela chegou só com sete centímetros. Aí a gente chamou o anestesista, até ele chegar eu já estava com nove centímetros, quase ganhando. Aí eu tomei anestesia às sete e quarenta, até fazer efeito, o neném nasceu às oito e meia. Só na hora dele sair mesmo, o resto eu passei tudo”.*  
[E.6, parto normal]

*“Dos dois foi tranquilo. Eu tomei analgesia nos dois... E foi super rápido também. Eu cheguei no hospital quase ganhando nos dois...”.*  
[E.10, parto normal]

*“Foi um procedimento bem demorado e bem doloroso. Pra mim foi bem difícil, passando com contração e o cara furando atrás e ele não conseguia achar, ele furou várias vezes, porque ele queria deixar um cateter se precisasse para cesárea. Então foi super sofrido, machucou bastante assim as costas e, nesse procedimento um monte de gente querendo ver... entrando naquelas janelinhas... me senti um trapo e, com dor e dor e, mais aquelas pessoas ali ao redor, eu achei bem chato”.* [E.11, parto normal]

Concordando com o que a literatura refere, a analgesia promove o alívio da dor durante as contrações, porém o relaxamento da musculatura dificultou o período expulsivo, conforme uma das entrevistadas relata:

*“Ah tu toma aquilo tu te sente no céu, é um alívio, porque tu ta com uma dor terrível e de repente aquela dor passa só ficam as contrações, tu sente as contrações, mas tu não sente a dor, só que depois na hora de fazer força... Tu ta anestesiada nas pernas ali embaixo então eu sabia que tinha que fazer uma força tipo de fazer coco, mas eu me sentia um pouco inibida pra fazer esse tipo de*

*força, sei lá se saísse alguma coisa assim, não sei... e muita gente assim olhando, muita gente ao redor.” [E.11]*

Um outro tipo de intervenção médica em situação de parto normal também foi relatada, esta referente à realização de episiotomia:

*“Então eu ia perguntando até sobre episiotomia, ela disse que seriam coisas que na hora ia ver se teria necessidade ou não, mas se precisasse ela faria e acabou precisando. E daí quando tava difícil assim, eu vi que ela disse assim vou ter que... e eu senti assim os cortes assim, umas picadinhas.” [E.11].*

Na literatura, destaca-se que a episiotomia deve ser empregada para auxiliar os partos vaginais complicados com o objetivo de evitar traumas pélvicos à mulher e a morbimortalidade fetal, no entanto elas podem provocar maior perda sangüínea e, não prevenir posteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo em alguns casos até aumentá-los. Em se tratando disso, Oliveira e Miquilini (2005), ao realizarem estudo com o objetivo de identificar a freqüência, os tipos e os critérios adotados para indicar a episiotomia, constataram que esta foi realizada sem critérios de indicação, que o uso rotineiro não esteve relacionado à redução da morbidade materna e fetal e que a episiotomia apareceu associada ao maior risco de laceração severa. Frente a isso, os autores apontam que na assistência ao parto os profissionais deveriam buscar práticas alternativas para prevenir o trauma perineal, tais como posição lateral durante o expulsivo; redução do uso indiscriminado de ocitocina e, realização de massagem perineal no final da gestação.

Em relação ao depoimento da E.11, observei que ela procurou conversar antes do momento do parto sobre a episiotomia, mas pelo o que ela relatou, a médica não dedicou espaço nas consultas de pré-natal para isto.

Frente a todas estas situações descritas anteriormente, relacionadas à elevada intervenção médica no parto normal, pode-se argumentar que, da mesma forma como aconteceu nas situações de escolha do tipo de parto, no momento do parto não houveram espaços de diálogo, de escuta e de problematização com as mulheres sobre tais procedimentos; e, tão pouco foi garantido a elas o direito de poderem decidir por fazer ou não tais procedimentos. Tais situações sugerem,

fortemente, que a decisão sobre o tipo de parto e os procedimentos realizados esteve mais centrada no profissional médico, o que é coerente com o que refere a literatura (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005; CECATTI *et al*, 1998; MORAES FILHO; CECATTI; FEITOSA, 2005).

O acesso a tais procedimentos e recursos deve ser garantido às mulheres, sejam elas usuárias do subsetor estatal ou do suplementar, porém reforço que a maioria dos procedimentos deveriam somente ser realizados de acordo com a vontade e decisão da mulher. É preciso que os profissionais problematizem e discutam com as mulheres cada conduta a ser tomada, para que as decisões sobre as ações de cuidado a serem realizadas sejam decisões compartilhadas e as mulheres possam participar ativamente da construção dos projetos terapêuticos de que são sujeitos (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005; OLIVEIRA, 2005).

A literatura tem indicado também que o parto hospitalar afasta a mulher de seu ambiente, colocando-a em local desconhecido que, na maioria das vezes, é pouco acolhedor e que, conforme seu grau intervencionista, pode tornar a experiência do nascimento um tanto desumano e distante de seu modo de viver (OLIVEIRA *et al*, 2002).

Uma das ações frente à situação de desumanização do parto tem sido a garantia do direito da mulher ter um acompanhante durante o trabalho de parto e o parto (MACHADO; PRAÇA, 2008). No contexto em estudo tal garantia foi assegurada para todas as mulheres entrevistadas:

*“O teu companheiro assistiu o parto? Sim. Acho que tem que ter alguém, às vezes pode ser que o pai não tenha coragem, mas então que entre outra pessoa”. [E.8]*

*“Eu tinha que saber que ele estava ali pertinho, no máximo alguns metros... ele se afastava um pouco porque ele estava muito apavorado. Mas ele tinha que estar ali porque, parecia que a dor diminuía quando ele estava perto”. [E.6]*

Este direito tem relação com o suporte emocional que é fundamental no momento do parto (OLIVEIRA *et al*, 2002). Pelas falas das entrevistadas, parece ter sido muito importante a presença de um acompanhante no momento do trabalho de parto e do parto.

Em consonância com a busca por uma atenção obstétrica menos medicalizada, para Machado e Praça (2008), esta atenção deveria ser centrada nas necessidades da mulher, envolvendo um conjunto de conhecimentos, de práticas e de atitudes que visam não só a promoção do parto, mas também um nascimento saudável e, a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, elas reforçam que a assistência obstétrica deve ser caracterizada pela garantia do direito de autonomia da parturiente, na qual a informação é fator relevante para que ela tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado a seu próprio corpo e, que esta escolha seja pertinente e convergente ao seu bem-estar.

Considerando a análise realizada, concordo com Dias e Deslandes (2004), quando elas argumentam que é preciso transformar o paradigma do modelo biomédico de intervenção no nascimento, pois este desvaloriza os aspectos sociais e culturais da gestação e do parto e expõe a mulher e o bebê a riscos. Sendo assim, é preciso buscar por um modelo orientado pelo projeto integralidade e da promoção da saúde, que sem abrir mão das conquistas da medicina moderna, permita um resgate destes aspectos tão importantes da vida, seja mais aberto para escuta e diálogo e, que de forma intensa permita às mulheres e às suas famílias o exercício da autonomia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo conhecer as trajetórias terapêuticas de mulheres usuárias do subsetor suplementar de assistência em saúde, no contexto específico da atenção ao pré-natal e ao parto, e as ações de cuidado que constituíram tais trajetórias, analisando-as na perspectiva do referencial da integralidade e da promoção da saúde.

A análise do conteúdo das entrevistas realizadas sugere que a atenção ao pré-natal e ao parto, desenvolvida no subsetor suplementar, permanece distante da lógica que orienta o Sistema Único de Saúde, considerando os focos da integralidade e da promoção da saúde.

Nesta perspectiva, os relatos das entrevistadas fornecem subsídios para identificar que as trajetórias terapêuticas por elas percorridas sugerem uma atenção em saúde de orientação predominantemente médica, centrada no procedimento, uma vez que foi recorrente o uso excessivo de exames no pré-natal e o número elevado de cesáreas como desfecho das gravidezes.

No cenário das consultas pré-natais, os profissionais ao priorizarem os procedimentos em detrimento de espaços de escuta e de diálogo, possivelmente deixaram de fazer o efetivo preparo físico e psicológico, da mulher e de sua família, para o parto, a maternidade, a paternidade e o nascimento do bebê. Além disso, a pouca valorização da escuta e do diálogo acabou reduzindo as chances de participação das mulheres nos processos decisórios que definiram os procedimentos a serem realizados.

As entrevistadas que participaram de grupo de gestante enfatizaram a importância desta atividade como complemento das consultas de pré-natal, uma convicção que pode estar relacionada ao potencial de escuta e diálogo deste espaço.

Em relação à escolha pelo tipo de parto, os depoimentos sugerem que a opção por cesárea tem a ver com o desejo das mulheres. Contudo, a análise dos dados permite inferir que a quantidade de cesáreas realizadas dentro o grupo de entrevistadas poderia ter sido menor se o esclarecimento médico sobre as vantagens e desvantagens de um parto cesáreo tivesse sido satisfatório. Neste

sentido, a atitude do pré-natalista, informando a gestante e questionando e problematizando sua escolha pelo parto cesáreo, a qual se mostrou muitas vezes desnecessária, poderia ter tido impacto significativo no número de cesáreas realizadas. O não reconhecimento da importância de espaços de escuta e de diálogo entre profissionais da saúde e gestantes durante o pré-natal, reduz as possibilidades de uma 'escolha informada', por parte da gestante, em relação ao tipo de parto.

Ainda com relação ao tipo de parto, mesmo quando a escolha foi por parto normal, a análise evidencia uma ênfase em procedimentos e intervenção médica na realização do parto, o que possivelmente interferiu neste processo fisiológico. Uso de ocitocina, analgesia e realização de episiotomia, foram os procedimentos referidos pelas entrevistadas neste contexto. Considerando as experiências relatadas e o que preconiza a literatura, pode-se inferir que estes procedimentos foram realizados sem que houvesse necessidade. A análise dos dados referentes ao pré-natal e ao parto evidencia que houve coerência entre a atenção realizada nestas em ambas as situações. É perfeitamente compreensível que um pré-natal realizado num contexto de priorização de procedimentos, em detrimento de ações de promoção da saúde, tenha tido como desfecho a realização de uma cesariana.

Os resultados desta pesquisa reforçam as conclusões dos demais estudos realizados acerca da atenção em saúde realizada no subsetor suplementar, os quais apontaram que neste subsetor o cuidado é fragmentado, medicalizado e biologicista, além de ser desenvolvido numa diversidade de coberturas assistenciais. Neste sentido, diante dos referenciais da integralidade e da promoção da saúde que embasaram a análise aqui empreendida, pode-se afirmar que a qualidade do atendimento de saúde realizado neste contexto precisa ser melhorada.

Antes de finalizar quero destacar que o foco desta pesquisa foi a análise do pré-natal, embora não tenha sido possível (nem desejável) desvincular o tema do pré-natal das questões que envolvem a atenção ao parto. Sendo assim, recomendo que a análise da atenção ao parto realizada pelos serviços do subsetor suplementar se constitua em um tema a ser igualmente aprofundado em estudos futuros.

Ao longo da discussão dos resultados desta pesquisa foram levantadas algumas críticas referentes à forma como a atenção ao pré-natal e ao parto foram desenvolvidas no contexto em estudo, considerado o foco na integralidade e na



promoção da saúde, pressupostos da atenção em saúde preconizados pelo SUS. Apesar do teor individualista da abordagem crítica aqui desenvolvida, analisando experiências pessoais das usuárias dos serviços e seus depoimentos sobre condutas próprias das profissionais que as atenderam, têm-se consciência de que a concretização do projeto da integralidade e da promoção da saúde no cuidado pré-natal e no parto não depende apenas da mudança de comportamento ou de entendimentos pessoais de médicos obstetras, mas de toda uma rede interligada de profissionais e equipes interdisciplinares (CECILIO, 2006). Neste sentido, o sucesso do projeto da integralidade e da promoção da saúde no campo da atenção ao pré-natal e ao parto no contexto estudado depende de uma reorientação das práticas, não mais centradas exclusivamente em saberes hegemônicos, mas na articulação de múltiplas disciplinas e de saberes populares e próprios.

Talvez um caminho para as mudanças necessárias, apontadas ao longo deste trabalho, seja a reorientação dos processos de formação de profissionais de saúde, devendo ser neles incorporados, além do enfoque da integralidade e da promoção da saúde, a análise do modelo assistencial que orienta as práticas de saúde no contexto da saúde suplementar. Isto, para que se possa instrumentalizar os profissionais para a reflexão e a crítica à atenção em saúde realizada no subsetor, à luz das propostas e diretrizes do SUS.

Neste sentido, recomendo que o princípio da integralidade seja incorporado aos espaços de formação e que nas oportunidades de encontro entre os alunos e os sujeitos da sua atenção seja destacada a importância da escuta como condição *sine qua non* para o diagnóstico e atendimento adequado das demandas de saúde destes sujeitos. Quanto à incorporação dos pressupostos da promoção da saúde no contexto da formação, destaco que isto implicaria o entendimento de que é necessário estimular e garantir que os sujeitos participem das tomadas de decisão, definição e implementação das estratégias para cuidado à sua saúde, exercendo sua autonomia.

No contexto da atenção obstétrica, especificamente, é preciso também que a formação incorpore nos seus processos educativos conteúdos de bioética, de história, de antropologia, de sociologia, de educação, ou outros conteúdos das ciências humanas e sociais, permitindo ao profissional um novo olhar para esta atenção e devolvendo à mulher o papel de sujeito do pré-natal e do parto. Destaco,

também, que é preciso promover a consciência sanitária dos usuários dos planos ou seguros de saúde, estimulando-os a lutar por melhorias no atendimento à saúde e a desvincular o relacionamento entre profissional e usuário da lógica do consumo. No contexto da atenção ao pré-natal e ao parto é preciso promover uma mudança cultural, na qual deve ser enfatizado que a qualidade do pré-natal e do parto não está relacionada diretamente ao uso de tecnologia.

As pesquisas que investigam as percepções dos usuários dos serviços de saúde do subsetor suplementar são úteis na produção de conhecimento sobre como estes serviços e, a atenção por eles prestada tem funcionado. Além disso, a abordagem das trajetórias terapêuticas, como uma tecnologia avaliativa da atenção se mostra extremamente viável, pois auxilia a pensar na prática da integralidade e no cuidado como valor ético, dando espaço para a análise das diversidades e contradições, presentes neste contexto e para o reconhecimento de que os indivíduos são sujeitos do processo do cuidado e não somente objetos de práticas e prescrições.

É necessário, contudo, ampliar este campo de investigação, incluindo nas pesquisas os outros atores envolvidos na atenção em saúde realizada no subsetor suplementar, tais como os representantes das operadoras e os trabalhadores da saúde e, estudar as diferentes dimensões das trajetórias terapêuticas, pois neste estudo foi destacada somente dimensão dos serviços de saúde. Tal ampliação vai facilitar, não só, o entendimento dos diversos fatores implicados nesta atenção, inclusive os que têm resultado num distanciamento em relação aos princípios do SUS, mas também a descoberta de alternativas que viabilizem a incorporação destes princípios às práticas realizadas neste contexto.

Uma última questão a ser apontada é a de, considerando o cenário da atenção ao pré-natal e ao parto aqui analisado, provavelmente a inclusão de outros profissionais na atenção obstétrica, por exemplo as enfermeiras, poderia contribuir para a transformação das práticas, aproximando a atenção do que é preconizado pelas diretrizes do SUS. A ANS já deu o primeiro passo nesta direção, ao assegurar legalmente que os partos normais feitos por enfermeiras obstétricas devem ser cobertos pelas operadoras.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006. 357p.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o PSF: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev., 2005.

ANDRADE, L.P.; PORTO-JÚNIOR, S.S. **O problema de risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar**. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/fce/rae/edicoes\\_anteriores/pdf\\_edicao41/artigo10.pdf](http://www.ufrgs.br/fce/rae/edicoes_anteriores/pdf_edicao41/artigo10.pdf). Acesso em: 19 de dezembro de 2005.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. **Qualificação da Saúde Suplementar – resultados da 2ª fase – ano base 2005**. Brasília: ANS/Ministério da Saúde, 2006a. 96p.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS Informação 2006**. Ano 1. Rio de Janeiro, ANS, 2006b. 97,0 x 27,0 cm.

\_\_\_\_\_. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno\\_informacoes\\_SIP.xls](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informacoes_SIP.xls). Acesso em: 07 de fevereiro de 2008.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.329-339, 2001.

BAHIA, L.; SIMMER, E.; OLIVEIRA, D.C. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.921-929, 2004.

BRASIL. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS. 2005a. 269 p.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 160 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização dos serviços de saúde em 2003**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>. Acesso em: 26 de outubro de 2005c.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal 8.080 de 1990**. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Acesso em: 31 de agosto de 2006a.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal 9.961 de 2000**. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_principal.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_principal.asp). Acesso em: 31 de agosto de 2006b.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: [http://www6.senado.gov.br/con1988/CON1988\\_08.03.2006/CON1988.htm](http://www6.senado.gov.br/con1988/CON1988_08.03.2006/CON1988.htm). Acesso em: 04 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de informação de saúde – versão julho 2007**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botao k=OK&obj=%24VObj>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, jul-ago, 2004.

CARVALHO, V.C.P.; ARAÚJO, T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.7, n.3, p.309-317, jul-set, 2007.

CASTRO, J.D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n.7, p.122-135, jan-jun, 2002.

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.2, p.277-284, 2005.

CECATTI, J.G. *et al.* Analgesia peridural para o trabalho de parto e para o parto: efeitos da adição de um opióide. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.325-331, jul, 1998.

CECCIM, R. B. (Coord.) **Educação dos profissionais da saúde: imaginários sobre a perspectiva pública e privada do trabalho em saúde, estudo de caso na graduação em medicina, odontologia e psicologia** [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007a.158p.

\_\_\_\_\_. **Itinerários terapêuticos: relação público-privado e arranjos tecnoassistenciais na utilização de serviços de saúde na região sul do Brasil** [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007b.182p.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.

(Orgs.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006. 180p. p.113-126.

CECILIO, L.C.O. *et al.* A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas. *In: BRASIL. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, 2005. 269p. p.75-140

COIMBRA, L.C. *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 4, ago, 2003.

CONILL, E. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1417-1423, set-out, 2004.

CORRÊA, M.; GUILAM, M. C. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.2141-2149, out, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In: \_\_\_\_\_; FREITAS, C. M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 174 p. p.39-53.

DERENGOWSKI, M.G. Nota introdutória sobre estruturas do mercado, concentração e mercados relevantes. *In: MONTONE, J.; CASTRO, A.J.W. (Ed.). Regulação & saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. v.3. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. 461p.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.7-14, 2004.

DIAS; M.A.B.; DESLANDES, S. F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.109-116, jan-fev, 2004.

DURÃES-PEREIRA, M.B.B.B.; NOVO, N.F.; ARMOND, J.E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona sul, no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.465-476, 2007.

ESPÍRITO-SANTO, L. C.; MORETTO, V. L. Pré-natal. *In: OLIVEIRA, D. L. (Org.). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. 423p. p.109-157

FAISAL-CURY, A.F.; MENEZES, P.R. Fatores associados à preferência por cesareana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, p.226-232, 2006.

FARIAS, L.O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.405-416, 2001.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n.3, p.139-161, jun, 1990.

GENTILE, F.P.; NORONHA FILHO, G., CUNHA, A.A. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 de março de 2008.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidades e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.2449-2463, nov, 2006.

GOMES; A.G.; PICCININI, C. A. A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.22, n.4, p.381-393, out – dez, 2005.

GUIZARDI, F.L., PINHEIRO, R. Quando a dívida se transforma em saúde: questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. 320p. p.37-56.

GUIZZO, B.S. *et al.* O software QSR NVivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.1, p.53-60, abr, 2003.

HARTZ, Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. sup 2, p. S331-S336, 2004.

HECKERT, A.L.C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. 404p. p.199-212.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.

KANTER, F.J. Há saída para a saúde? **Jornal Zero Hora**, Porto Alegre, p.17, terça-feira, 08 de janeiro de 2008.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between, antropology, medicine and psychiatric**. London: University of Califórina Press Ltda, 1980.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.5, sup.1, p.S23-S32, dez, 2005.

LEAL, M.C. *et al.* Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. sup 1, p. S20-S33, 2004.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sócio-demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.1, p.100-107, 2005.

LOPES, T.C.; HENRIQUES, L.M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. 404p. p.29-40.

MACHADO, N.X.S.; PRAÇA, N.S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.2, p.274-279, 2006.

MADEIRA, L. M. *et al.* Escuta como cuidado: é possível ensinar? *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. 404p. p.185-198.

MAGALHÃES, J.A. Medicina Fetal. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.157-68, 2000.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.433-444, 2004.

MALTA, D. C. **Saúde suplementar e os modelos assistenciais**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>. Acesso em: 25 de julho de 2006.

MARTINS-COSTA, S., RAMOS, J.G.L. A questão das cesarianas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.571-574, out, 2005.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set-out, 2004.

MEDINA, C. *et al.* Ultrasonography prenatal e hipoacusia congênita: estudio experimental. **Revista de Otorrinolaringología Cirúrgica de Cabeza y Cuello**, v.51, n.1, p.33-38, abr, 1997.

MENECUCCI, T. M. G. **Público e privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 320p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a

assistência. In: CAMPOS, C. R. *et al* (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. 333p. p.103-120.

MINAYO, M.C.S. *et al*. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004. 80 p.

MORAES FILHO, O.B., CECATTI, J.G., FEITOSA, F.E.L. Métodos para indução do parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p.493-500, out, 2005.

MORAES, E.D. *et al*. Momento e freqüência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.25-32, 1998.

MOURA, E.R.F.; RODRIGUES, M.S.P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.7, n.13, p.109-18, 2003.

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1791-1799, nov-dez, 2003.

NASCIMENTO, L.F.C. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.3, n.2, p.187-194, abr-jun, 2003.

NOVAKOSKI, L. E. As desigualdades sócio-ambientais e a utilização dos serviços de saúde. In: RAYNAUT, C. *et al*. (Ed.). **Desenvolvimento e meio ambiente: em busca da interdisciplinaridade**. Curitiba: Editora da UFPR, 2002. 296p. p.91-101.

OCKÉ-REIS, C. O. **A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2003. 21p.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.3, p.423-431, maio-junho, 2005.

OLIVEIRA, S.M.J.V. *et al*. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.667-74, set-out, 2002.

OLIVEIRA, S.M.J.V., MIQUILINI, E.C. Freqüência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n.3, p.288-295, set, 2005.

PINA, J.A.; CASTRO, H.A.; ANDREAZZI, M.F. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.837-846, 2006.



PINTO, L.F.; SORANZ, D.R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.85-98, 2004.

PORTO ALEGRE. **Programa de vigilância e atenção integral à saúde das crianças menores de um ano**. Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br/> . Acesso em: 28 de setembro de 2006.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B. Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.4, n.6, p.61-84, fev, 2000.

RIBEIRO, J.M. *et al.* Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.534-545, mar- abr, 2004.

RIVIERE, Pichon *et al.* Utilidad de la ecografia 3D e 4D em obstetrícia. **Revista Hospital Materno Infantil Ramon Sarda**, v.25, n.3, p.140-44, 2006.

SANTOS, M.A.B.; GERSCHMANN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.795-806, 2004.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones e propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.949-959, 2001.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.26, n.7, p.517-525, 2004.

SILVA, F.M.B.; OLIVEIRA, S.M.J. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.1, p.57-63, 2006.

SILVA, G.G. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.18, p.7-24, jan-jun, 2006.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p.241-57. 320p. p.241-257.

SILVA, M. R. A.; SANTOS, S. M. A. **Atenção oncológica: construindo o itinerário terapêutico e apontando suas complexidades na atenção integral aos**

**portadores de câncer de mama.** Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Coletiva (Especialização), Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. 65 p.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; DIAS DA COSTA, J.S. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.1, p.242-7, 2001.

TEDESCO, R.P. *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n.10, p.791-798, 2004.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.585-597, 2005.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.supl.2, p.190-198, 2004.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.sup.2, p.S419-S427, 2003.

VIEIRA, M. M. F.; VILARINHO, P. F. O campo da saúde suplementar. **Ciências da Administração**, São Paulo, v.6, n.11, p.09-34, 2004.

YAZLLE, M. E. HD *et al.* Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.2, p.202-206, 2001.

## **APÊNDICE – ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisadora Responsável Dora Lúcia de Oliveira  
Pesquisadora Fernanda Peixoto Cordova

### **Identificação da Participante**

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Atividade Profissional: \_\_\_\_\_

### **Assistência à Saúde**

1. Que plano ou seguro de saúde você dispõe?
2. Qual o motivo que levou você a adquirir um plano ou seguro de saúde?
3. Para você o fato de ter ou não um plano ou seguro de saúde traz repercussões para a sua saúde? Quais?

### **Acompanhamento Pré-Natal**

1. Quantas gestações você teve? Nestas gestações você realizou o pré-natal e o parto em serviços públicos ou privados? Como foi?
2. Nesta última gestação, o que a levou a utilizar plano ou seguro de saúde?
3. Nesta última gestação, você iniciou o pré-natal com quantos meses? No total quantas consultas?
4. Como você escolheu o serviço e o profissional de saúde para fazer seu acompanhamento pré-natal?
5. Quais foram os serviços de saúde que você acessou durante todo o pré-natal? Por quê? Em que ocasiões?
6. O acesso a estes serviços foi definido por quem? Qual sua participação nesta definição?
7. Quais foram os fatores que facilitaram ou dificultaram o seu acesso aos serviços de saúde? E ao profissional que fez seu pré-natal?

8. Relate brevemente como eram as consultas de pré-natal?

9. Quais foram os exames que você realizou durante o pré-natal? Estes exames foram realizados nos serviços públicos ou em serviços particulares? No geral, você sabe a razão que levou o profissional a solicitar estes exames?

### **Parto**

01. Qual foi o tipo de parto? A escolha do parto foi feita por quem? Por quê?

02. O seu parto foi atendimento pelo mesmo profissional que realizou seu pré-natal? Se não, por quê?

03. Como foi esta experiência para você?

### **Questões Gerais**

01. Qual a sua opinião sobre o atendimento prestado nos diversos serviços utilizados durante a gravidez e o parto? No caso de você ter sido atendida em serviços públicos e em serviços particulares, você entende que houve diferenças no atendimento? Quais?

02. Você acha que os serviços em que foi atendida durante a sua gravidez e seu parto atenderam as suas necessidades?

03. Você considera que o atendimento recebido no pré-natal e no parto foi de qualidade? Por quê?

04. Você recomendaria o atendimento que você recebeu no pré-natal e no parto a outras mulheres? Por quê?

**ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 07-103**Versão do Projeto:** 14/03/2007**Versão do TCLE:** 14/03/2007**Pesquisadores:**

DORA LUCIA LEIDENS CORREA DE OLIVEIRA

FERNANDA PEIXOTO CORDOVA

**Título:** TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS DE MULHERES EM ATENÇÃO OBSTÉTRICA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 03 de abril de 2007.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APROVADO PELO COMITÊ

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

Convido você a participar do estudo **“Trajetórias Terapêuticas de Mulheres em Atenção Pré-Natal na Saúde Suplementar”**, que tem como objetivo geral compreender os projetos terapêuticos e as ações de cuidado na saúde suplementar através da análise, na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde, das trajetórias terapêuticas de mulheres usuárias dos serviços deste subsetor, no contexto da atenção ao pré-natal e ao parto.

Ao assinar este documento, você estará consentindo em ser entrevistada pela enfermeira Fernanda Peixoto Cordova, autora deste estudo, que lhe prestou as seguintes informações:

1. A participação no estudo é de caráter voluntário, podendo haver desistência em qualquer momento.
2. As informações coletadas serão utilizadas apenas para a elaboração da pesquisa, sendo garantido o anonimato.
3. Não há risco e o desconforto é mínimo neste tipo de estudo.
4. As informações serão coletadas através de entrevista, as quais serão gravadas. Na etapa de análise, este material será transcrito e a gravação será destruída, sendo que as transcrições ficarão de posse da pesquisadora por 5 anos, depois destruídas.
5. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à responsável pelo estudo para esclarecimentos de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora pode ser contatada pelos telefones (51) 33360964 ou (51) 81687408. Este estudo tem como pesquisadora responsável a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Dora Lúcia de Oliveira que pode ser contatada pelo telefone (51) 33085226.
6. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Agradeço pela participação!

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA

03/10/2007

GPPG - Recebido

14 MAR. 2007

Por: J Nº 0710