

Assistência pré-natal de estratégias de saúde da família e o desfecho hospitalar: ótica dos profissionais

Prenatal care of health psychology and the hospital outcome: professionals perspective

Letícia Hermes, Bárbara Maldonado Tomazetti, Naiashy Vanuzzi Martello, Patrícia Menezes Schmitt, Melissa Medeiros Braz, Izabel Cristina Hoffmann

RESUMO

O pré-natal é relevante na saúde pública, com enfoque especial ao prestado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), implicando em desfechos determinantes na atenção hospitalar. Estudos têm mostrado um aumento da cobertura, porém ainda encorajam futuras investigações para elucidar particularidades locais. Este estudo investigou a ótica dos profissionais que atendem o desfecho na atenção hospitalar de gestantes acompanhadas por ESF's durante o pré-natal. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com profissionais de um Hospital Universitário de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, utilizando como instrumento uma entrevista semiestruturada cujas falas foram gravadas e transcritas, para posterior apreciação fundamentada na análise de conteúdo. Observou-se influência da qualidade das orientações e de sua efetiva assimilação pelas mulheres, no autocuidado voltado para a prevenção de agravos gestacionais e evolução para o alto risco, para o bom prognóstico do parto, puerpério e puericultura.

Descritores: Assistência Pré-natal; Atenção Básica; Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

Prenatal care is relevant in public health, with a special focus on Family Health Strategies (FHS), implying determinant outcomes in hospital care. Studies have shown an increase in coverage but still encourage future research to elucidate local particularities. This study investigated the perspective of professionals who attend the outcome in the hospital care of pregnant women followed by FHS during prenatal care. A qualitative research was carried out with professionals from a University Hospital of a city in the interior of Rio Grande do Sul, using as a tool a semi-structured interview whose statements were recorded and transcribed, for later appreciation based on content analysis. It was observed influence of the quality of the guidelines and their effective assimilation by the women, in the self-care focused on the prevention of gestational disorders and evolution to the high risk, for the good prognosis of the childbirth, puerperium and puericulture.

Descriptors: Prenatal Care, Primary Health Care, Comprehensive Health Care.

Como citar este artigo:

Hermes L, Tomazetti BM, Martello NV, Schmitt PM, Braz MM, Hoffmann IC. Assistência pré-natal de estratégias de saúde da família e o desfecho hospitalar: ótica dos profissionais. Revista Saúde (Sta. Maria). 2018; 44(1):1-11.

Autor correspondente:

Melissa Medeiros Braz
E-mail: melissabraz@hotmail.com
Telefone: (55)99975-7026
Formação Profissional: Professora Doutora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
Filiação Institucional: Universidade Federal de Santa Maria
Link para o currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3515748001130422>
Endereço para correspondência: Rua dos Andradas, 602, apto 702, Centro, Santa Maria, RS.

Data de Submissão:

03/04/2017

Data de aceite:

08/04/2018

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse.



Introdução

A assistência pré-natal constitui campo de constante preocupação no âmbito da saúde pública e implica em desfechos determinantes para a atenção hospitalar e a integralidade do cuidado. Neste sentido, a atenção básica, com um enfoque especial às ESF's, desponta como uma proposta peculiar, inserida de modo proximal ao usuário do sistema público de saúde, principalmente pela atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enquanto atuantes no cuidado e membros da própria comunidade.¹

A preocupação permeia todos os setores envolvidos na linha de cuidado que abrange o binômio mulher-conceito, e apresentam falhas na assistência prestada como início tardio do pré-natal, número inadequado de consultas, lacunas na educação e orientação às gestantes, gerando desinteresse nas atividades educativas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, bem como a falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto.^{1,2,3,4}

Os estudos também evidenciam um aumento da cobertura com tendência de melhoria assistencial, mas o fato de ainda apresentarem dados negativos como desfecho principal, visam embasar investigações na temática, buscando elucidar particularidades locais que possam ser determinantes para a realidade regional.^{1,2,3,4}

Deste modo, o presente estudo buscou descrever a ótica dos profissionais do Centro Obstétrico e Unidade Toco Ginecológica de um Hospital Universitário no sul do Brasil, que atendem o desfecho gestacional na atenção hospitalar de gestantes acompanhadas por esta linha de cuidado durante o seu pré-natal, a partir de questões inerentes à promoção da saúde e integralidade do cuidado e os reflexos sobre o atendimento por elas prestado.

Metodologia

Este estudo é um recorte de um projeto maior, registrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Instituição de Ensino Superior sob parecer nº 1.091.063. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com profissionais de um Hospital Universitário, contemplando-se o mínimo de um profissional por núcleo da equipe multiprofissional básica atuante, sendo, neste caso (dois médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos ou auxiliares de enfermagem, um assistente social, dois fisioterapeutas e um terapeuta ocupacional).

Os participantes foram designados por códigos referentes ao campo de atuação (Profissional Hospital - PH1, PH2...), visando preservar seu anonimato, tendo sido utilizadas nos resultados as falas mais representativas. Estes deveriam ter participado do atendimento à puérperas provenientes de ESF's de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul (RS), no período de agosto a setembro de 2015, quando foram realizados convites para os profissionais em suas unidades de trabalho. Utilizou-se como instrumento uma entrevista semiestruturada. As falas provenientes das respostas às perguntas contidas no questionário foram gravadas e transcritas na íntegra.

A análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo temática da proposta operativa de Minayo, caracterizada por níveis operacionais e que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição e inferências interpretativas do conteúdo das transcrições e categorização dos materiais.⁵ Com base nesta análise, foram elaborados quatro núcleos temáticos os quais serão descritos a seguir e intitularão as categorias que norteiam os resultados e sua discussão teórica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

Orientações pré-natais relevantes na visão dos profissionais que atendem o desfecho gestacional

No decorrer da assistência pré-natal, surgem inúmeras dúvidas, em maior ou menor grau, para a mulher que está gestando, independentemente de esta ser primi ou multigesta, tendo em vista que todas as gestações são diferentes e possuem particularidades muito específicas. Deste modo, as orientações se configuram como imprescindíveis para que o desfecho hospitalar, em especial o parto, sejam vivenciados de maneira satisfatória.

PH2: “[...]algumas chegam bem orientadas, até por uma busca própria e conforme o grau de instrução a gente percebe que elas vêm um pouco mais orientadas, [...]. Mas, elas ainda vêm com pouca orientação de trabalho de parto, algumas coisas muito básicas de amamentação[...] mesmo já tendo mais de um filho.”

A cultura da vulnerabilidade da primípara remonta ao que alguns autores creditam à comum ansiedade destas em virtude da falta de informação em relação ao período vivenciado, medo do desconhecido, ressaltando-se os aspectos relacionados ao parto e aos cuidados com o recém-nascido.⁶ Experiências anteriores podem agregar e deixar marcas, mas se estas não tiverem sido favoráveis/bem conduzidas ou pela característica única de cada gestação, parto e puerpério imediato, jamais se repetirão com fidelidade, o que implica a necessidade de orientações constantes a cada evento gestacional.

PH1: “[...]às vezes falta uma preparação, porque as pessoas entendem que a gestação e a maternidade é uma coisa natural, é um processo natural, que as pessoas simplesmente engravidam e ganham, fizeram isso a vida inteira, então não precisaria de ter um atendimento específico[...].”

De acordo com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) para um acompanhamento pré-natal adequado, a gestante deve realizar um mínimo seis consultas e orientações dos temas relevantes.⁷ As temáticas são múltiplas, porém corroboram com os apontamentos dos profissionais entrevistados acerca do que julgam prioritário para otimizar o desfecho gestacional, principalmente na preparação para o parto e aleitamento materno.

PH9: “[...]as pacientes mais orientadas são sempre mais receptivas, elas compreendem melhor [...] são pacientes bem mais fáceis de lidar e com um desfecho bem melhor...”

Em contraponto, o nível e a qualidade da informação no pré-natal têm sido insuficientes e imprecisos, culminando com a insatisfação das usuárias após finalização de seu processo gestacional.⁸ Estudo⁹, que avaliou percepções, expectativas e conhecimentos de puérperas em relação à experiência do parto normal, assim como os procedimentos utilizados pelos profissionais para a humanização do parto, destacou que as ações que eles julgam importantes para este fim, somente dizem respeito àqueles voltados ao ato de parturição e puerpério imediato, conferindo pouca ênfase ao pré-natal.

PH3: “[...]tem umas que vêm já ‘preparada’, bem informada, parece que tudo flui, e outras que entram em surto na hora do parto, tem que preparar, que dói o parto [...]explicar os tipos de parto, as complicações [...]acham(gestantes) que tem o direito de escolher, mas aqui (CO) não é bem assim tenta o parto normal e depois, se dá problema, a cesárea, mas elas ficam achando que são judiadas, e muitas(gestantes) acham: ‘deixam sofrer, pra fazer uma cesárea’ sabe[...].”

A atenção ao desfecho gestacional no serviço público envolve uma equipe obstétrica em regime de plantão à disposição da gestante, quando ela chega em trabalho de parto, o que possibilita a continuidade do atendimento, reduzindo as indicações de cesárea às condições clínicas reais e não à mera conveniência médica, como ocorre em muitos serviços privados.¹⁰ Uma das questões dessa temática diz respeito à escolha informada das gestantes com relação ao parto normal, não só dos benefícios, mas também do processo de parturição, com suas particularidades álgicas e formas de melhor condução e autonomia da paciente.

PH2: “A via de parto é conforme o protocolo, não é escolha da paciente, a gente tenta explicar pra ela que existem alguns protocolos e se, [...]apesar de ela referir que tá com muita dor, ainda tá em parto normal é porque tá correndo tudo bem com ela e com o bebê e a qualquer momento que acontecer alguma coisa que tiver prejudicando ela ou o bebê, ela vai ser levada, pro parto cesáreo, mas é protocolo do Ministério (da Saúde), a gente procura explicar que não é a gente que escolhe dessa forma, que é uma padronização do sistema e do hospital.”

Quando estão claros os benefícios do processo de parturição e as condições clínicas que envolvem a decisão por uma intervenção cirúrgica, bem como as condutas e o serviço ao qual será referenciada, os níveis de ansiedade e insegurança diminuem e, por consequência, a percepção de dor também é amenizada pela significação que esta paciente atribui à toda sintomatologia álgica e sua finalidade.⁸ Essa cadeia de fatores torna o parto uma condição de aceitação/compreensão, em que a parturiente toma para si a condução do seu processo, com melhor assimilação das práticas facilitadoras.

PH11: “A maioria delas sempre chega ao serviço querendo parto normal e aí eu começo a explicar o que é o

meu trabalho e elas aceitam. Essa paciente que eu acompanhei ontem, que é da ESF, ela foi, ela ficou meio assim, ressabiada, ela não confiou, mas depois 'dum' certo momento que a gente ficou uma hora e meia trabalhando, a médica veio avaliar, ela viu que teve resultado e começou a valorizar o trabalho e questionou do porquê que isso (preparação para parto) não era trabalhado na ESF."

A escolha da via de parto recebe influências, tanto dos profissionais de saúde, que muitas vezes decidem por conta própria o tipo de parto da mulher, quanto pelo familiar, com especial destaque para a mãe da gestante.⁸ O processo de parturição que passa por diversos momentos de autonomia, tomada de decisão, influências externas e definição de condutas, está representado na fala do profissional:

PH10: "Ela(gestante da ESF) era tranquila, mas no finalzinho, quando ela estava perto de ganhar, a mãe chegou e foi muito negativa o tempo inteiro, dizendo que a filha dela estava sofrendo, que não ia conseguir[...] deu uma meia hora, ela(gestante) falou: 'não, eu não vou conseguir, eu não aguento mais, me faz cesárea', daí ela entrou em negação, que não ia conseguir ter parto, evoluiu, 'tava' no finalzinho mesmo, mas foi bem ruim[...] eu acho muito importante o acompanhante, mas tem que ajudar também!"

O período pré-natal é categórico também para sensibilização das futuras mães acerca dos benefícios e particularidades do aleitamento materno. Ao longo deste acompanhamento elas têm tempo suficiente para serem informadas sobre os principais aspectos da amamentação, além de dificuldades que ela possa enfrentar durante o processo de lactação, em vista que as mídias reforçam apenas os benefícios e as vantagens para o bebê.¹¹

PH10: "[...] a gente não pode tentar mudar a cabeça delas só na hora do parto, na hora de amamentar, tem que ser trabalhado antes, pra ela entender, às vezes ela não tem noção do quanto é importante a amamentação [...]"

A mulher formula as intenções de como irá alimentar seu filho durante todo o processo gestacional, antes mesmo de acessar o serviço hospitalar para o desfecho de sua gestação. Sobre esta decisão, pesam inúmeros aspectos socioculturais e vivências familiares que determinam a condução deste processo.¹² Apesar dessa concepção pré-formada e do curto período de internação pós-parto, quando as práticas de amamentação se efetivam, a atuação dos profissionais da atenção hospitalar pode ser decisiva para o fracasso ou para consolidar o sucesso dessa prática após a alta hospitalar.

A disponibilização de um profissional de referência da equipe multiprofissional para fornecer orientações de promoção ao aleitamento materno, baseando-se em um levantamento preliminar do conhecimento prévio da puérpera a fim de contribuir, conseqüentemente, para o aprendizado das mães.¹²

PH6: "[...] elas já vêm todo o pré-natal pensando, os nove meses de gestação: 'ah, eu não vou amamentar, porque meu outro filho eu não amamentei porque meu leite era fraco', então é difícil aqui em dois dias de internação mudar todo um pensamento que ela já tem construído, mas a gente tenta bastante".

Assim, se reforça que a mulher seja efetivamente preparada para a alta hospitalar. Partindo-se de uma escuta qualificada acerca de seus anseios e necessidades, é possível ofertar a ela e ao núcleo familiar, todo o suporte teórico de informações e de técnicas práticas para a consolidação do aleitamento materno exclusivo, bem como dos cuidados com o recém-nascido. Além disso, esta precisa saber dos serviços de apoio disponíveis na rede de atenção, sugerindo-se a criação de um núcleo de apoio ao aleitamento materno, no qual as puérperas poderiam se reportar para esclarecer dúvidas e buscar suporte após a alta hospitalar.¹²

Outro aspecto sobre a qualidade da assistência pré-natal é com relação ao exame das mamas. Um estudo¹³ apontou que 36% das mulheres referiram que suas mamas não foram examinadas durante o pré-natal; outro estudo¹⁴, enfatiza o caráter mandatário deste tipo de avaliação, não só visando a saúde da mulher, como também nas questões que permeiam o incentivo ao aleitamento materno, ambos de cunho preventivo. Tal falha revela uma condição problemática com relação ao comprometimento da equipe de saúde frente a uma prática 'comprovadamente benéfica'.

PH2: "[...] por ela ter os mamilos invertidos, acredito que essa orientação deveria ter sido bem reforçada em vários momentos."

Se no âmbito científico o aleitamento materno encontra-se validado e consolidado como sendo indiscutivelmente

a melhor alternativa alimentar para neonatos e lactentes; aspectos culturais, transmitidos através de gerações, ainda interferem na condução bem sucedida desse processo, levando muitas mulheres ao desmame precoce.^{7,15} Cabe aos profissionais envolvidos com a orientação e sensibilização, não desmerecer tais crenças, apenas conscientizar que estas foram válidas em épocas passadas e que estudos recentes nos evidenciam alternativas eficazes e benéficas à mãe e ao lactente.

PH6: “[...]os cuidados com o bebê também refletiria de forma positiva se elas tivessem orientação pra não estar tão perdidas [...], porque se elas fazem cesárea, ficam doloridas; então, elas ficam com a mobilidade reduzida [...]com mais orientação, elas teriam bem mais qualidade aqui na internação[...]”

A cesárea pode ser determinante para aumentar o risco de desmame precoce – seja pelas rotinas hospitalares, seja pelas condições físicas da mãe – em virtude de dificultar as práticas de contato precoce, alojamento conjunto e livre demanda, durante a permanência prolongada em internação hospitalar, fato esse que deveria motivar as equipes no incentivo ao parto vaginal bem orientado, expondo suas vantagens.¹⁶ Essa ideia da preparação envolvida durante a gestação perpassa a via de parto e pode influenciar o sucesso ou o fracasso das práticas relacionadas ao aleitamento materno e cuidados imediatos dispensados ao neonato.

A definição das práticas se torna importante, pois envolve o fato de o recém-nascido permanecer em contato com sua progenitora nas suas primeiras horas de vida. Neste primeiro momento este estabelece vínculo e a pega espontânea da mama enquanto ainda está em período de vigília, para não ser posteriormente ‘forçado’ a despertar quando apresentar período longo de sonolência, absolutamente fisiológico, mas que irá predispor ao aparecimento de fissuras e traumas mamilares por abertura insuficiente da boca e consequente pega anteriorizada na região mamilar e não areolar, como se preconiza.¹⁷

Tais autores, destacam a valorização da atenção multiprofissional na assistência pré-natal e qualidade das orientações ofertadas para a mulher que está gestando um novo membro de sua família e sociedade, o que se torna significativo para todos envolvidos na reprodução humana.

Os aspectos relacionados à humanização da parturição ativa; autonomia consciente/informada da mulher; práticas de incentivo e apoio à condutas são comprovadamente benéficas para o binômio envolvido nesse processo tão sensível, mas que tem repercussões acentuadas para o indivíduo e a sociedade. Tais aspectos estão imbricados, pois o profissional da saúde não pode se restringir ao atendimento tecnicista, sua atenção precisa transcender para a compreensão pautada na linha de cuidado que permeia a atenção materno-infantil, como a gestante/família (trinômio: mãe-filho-pai) protagonistas de sua história.

Rastreamento e tratamento de patologias gestacionais e o reflexo no Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) e Centro Obstétrico (CO):

As patologias gestacionais mais comuns requerem um acompanhamento especializado e sistemático, a ser desenvolvido por uma equipe de profissionais capacitados.⁷

No serviço de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) deste estudo, referência regional para acompanhamentos de maior complexidade, existe uma demanda expressiva de casos que não puderam ser acompanhados em níveis de menor complexidade por apresentarem recorrentes descompensações e/ou dificuldades de controle das patologias. Estas poderiam ter sido evitadas, se não houvessem lacunas no controle dos fatores de risco, geralmente decorrente de condições básicas como orientação nutricional, atividade física e monitorização clínica e de exames laboratoriais adequados.¹⁸

PH9: “[...]a gente tem bastante paciente diabética (gestacional)...[...]são as pacientes que internam e ficam, [...] elas rodam no hospital, têm alta, voltam uma ou duas semanas depois[...], pelo descontrole glicêmico, são pacientes que não aderem, não compreendem a repercussão.”

A adequada organização e distribuição da demanda não sobrecarregariam os serviços de referência disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim, se fazem necessários o eficaz rastreamento e acompanhamento destas patologias a ser realizado pelas equipes de Atenção Básica.¹³ No que diz respeito às ESF's, estas contam com um

diferencial nos seus processos de trabalho que é a atuação dos ACS's, atores fundamentais para o acompanhamento mais próximo dos usuários, mas que, são em número insuficiente para cobrir a demanda territorial que compete a estas unidades.

PH9: “[...]fui (profissional) de unidade básica de saúde e uma das coisas que eu mais prezava na minha equipe era o serviço dos agentes comunitários, porque na verdade eles são os nossos olhos fora do posto [...]”

Neste sentido, estudos^{13,19} destacaram a importância das equipes de ACS, próprios das ESF's, na busca da erradicação da transmissão vertical de doenças infectocontagiosas, enfatizando a vigilância e o rastreamento destas patologias a fim de viabilizar tratamento adequado às gestantes e seus parceiros, em tempo hábil, visando evitar consequências danosas como as formas congênitas nos nascidos vivos, ou ainda irreversíveis como abortamentos e natimortos.

PH8: “[...]ela veio com o tratamento da unidade, geralmente elas fazem aqui essa medicação, e depois acredito que continua o tratamento. Esses dias mesmo, teve uma que o companheiro não sabia que ela tinha (sífilis) e aí a gente teve que encaminhar ele também para o tratamento”.

A importância do alcance do parceiro, para realização do tratamento adequado, também é fator decisivo a ser considerado para evitar o agravamento do quadro. Muitas vezes há resistência ao tratamento em virtude da desinformação e da pouca cobertura das ESF no trabalho dos ACS, os quais deveriam realizar a busca ativa à gestante/companheiro.^{13,19,20}

PH9[...] se fosse feito um trabalho [...], com essa ciência do médico, acompanhamento da enfermagem, a orientação dos agentes de saúde; melhoraria e reduziria a nossa carga aqui [hospital] porque elas acabam sendo alto risco desnecessariamente [...]

Os ACS residem na própria comunidade da gestante/companheiro e pela proximidade territorial e conhecimento que têm da realidade social dos cidadãos residentes em suas respectivas áreas de atuação, podem conferir maior qualidade da assistência.^{13,19,20}

Comunicação ineficiente do fluxo na Linha de Cuidado:

A linha de cuidado materno-infantil, responde sempre por um binômio e, para que a continuidade da assistência ocorra de forma adequada, precisa-se de comunicação eficaz entre os níveis de complexidade, de modo que esta população não se perca nos fluxos estabelecidos pelo sistema de saúde a que estão inclusos.^{7,21,22,23}

O encaminhamento da gestante para os serviços de maior complexidade para o desfecho gestacional ou acompanhamento especializado em casos peculiares, conforme já mencionado, nos quais a precariedade dos serviços duplica trabalho e custos, é ineficaz em gerir a continuidade da assistência, o que provoca transtornos para os usuários.^{21,24}

PH7: “Geralmente é de médico pra médico e a gente já sabe de onde ela vem. [...] quando não é encaminhado, ela é recebida, mas a gente faz toda a história, levanta tudo, de onde ela veio[...]”

Para fins de encaminhamentos da baixa para a alta complexidade, as Unidades Básicas realizam encaminhamento de referência com mais frequência e há mais tempo e, por isso, considera-se que nesse âmbito esta prática funcione com maior fluidez. Em contraponto, a contra-referência é precária, insuficiente e não-institucionalizada, o que nos permite afirmar que esta inexistente enquanto prática sistematizada.^{21,24}

O período gravídico-puerperal é cercado por uma série de significados para a mulher, os quais são elaborados a partir de vivências familiares, tabus e crenças herdadas principalmente de mães e avós e das interações que a mulher estabelece com seu meio e seu contexto social. Tal questão precisa ser considerada quando da análise de sua percepção de seu processo saúde-doença, especialmente no período puerperal, no qual, já desvinculada fisicamente do feto e atribuída de um novo cuidado, tende a incluir mais componentes quando do momento de considerar ou não a revisão

pós-parto.²²

PH6: “[...]seria importante a gente ter alguma estratégia de fazer funcionar a contra-referência, porque, às vezes a gente fala pra elas voltar e elas nem se dão conta que elas teriam retorno na unidade básica e elas perguntam ‘voltar pra onde?’ ou ‘onde que eu consulto agora?’. Pra nem todas é claro que elas têm que voltar pra mesma unidade em que fizeram o pré-natal.”

Na maioria dos casos são os clientes, os portadores das informações acerca do seu caso de internação pregressa, no seu retorno à unidade de origem²¹ e esta realidade tem-se apresentado no nosso contexto, na melhor das hipóteses com uma nota de alta, quando a paciente é orientada a levar tal documento à consulta de retorno, sem qualquer outro tipo de referência de profissional para profissional ou acesso aos dados de prontuários. A falta de comunicação e integração entre os níveis de atenção à saúde expõe os limites de organização dos serviços e a carência de fluxos preestabelecidos dos usuários na sua linha de cuidado.

Assim, propõe-se a criação de um núcleo com disponibilidade de profissionais para realizar orientações no período pós-alta hospitalar, de onde as puérperas são encaminhadas com agendamento prévio da consulta de puerpério e puericultura, após uma semana do parto/nascimento.¹² Essa proposta tem sido adotada no hospital de referência, entretanto não está institucionalizada, e geralmente ainda se restringe aos profissionais vinculados ao programa de Residência Multiprofissional. Estes têm um período de atuação limitado e escala distribuída em diversos setores, não sendo fixa a setores específicos que mais demandam alta hospitalar devido à sua alta rotatividade, ocorrendo, deste modo, falhas de omissão na aplicação dos processos.

PH2: “Eu não ‘tô’ conseguindo realizar [...] mas tá bem sob a responsabilidade da Residência (Multiprofissional) ainda, porque a gente ainda não tem o profissional próprio [...] tá na proposta da linha (Linha de Cuidado), de conseguir um profissional pra que faça isso, mas o hospital ainda tá com esse déficit.”

Um estudo realizado no contexto da ESF constatou que poucas mulheres procuraram atendimento puerperal, decorrente de orientação insuficiente acerca da importância deste acompanhamento e de um sistema precário de contra-referência, pois nem todos os profissionais são cientes de tais práticas e engajados com a viabilização do acesso que favoreça a linha de cuidado.²²

PH10: “Eu não sei se elas sempre vão, porque não é uma conversa nossa com a unidade direto aqui.. ‘Ah, tá indo a paciente, ganhou, ela precisa fazer a revisão’, não, fica por conta e responsabilidade dela, mas sempre é orientado.”

Outro estudo¹² concluiu que é necessário um acompanhamento das mães, após a alta hospitalar, pelas equipes das ESF's, para que o compromisso de promover ações tipo a do aleitamento materno se estabeleça em todos os níveis da assistência à saúde. Destarte, não se revertem os conceitos histórico-culturais incorporados apenas com as informações fornecidas no pré-natal e alojamento conjunto, o que corrobora a necessidade de qualificar os sistemas de contra referência, onde sejam comunicados particularidades dos casos.

Paralelo a isso, temos a comunicação dos agravos, que envolve ambas subcategorias acima citadas e que é feito durante o acompanhamento gestacional ou quando do momento da alta hospitalar e se faz importante para que haja maior controle das patologias, principalmente as de notificação compulsória, para o acompanhamento correto, seja qual for o nível de atenção a que a gestante possa ser encaminhada para assistência adequado.

PH9: “O pessoal da vigilância [...] entra em contato com a enfermagem do posto de saúde dessa paciente, orienta sobre o caso e a necessidade de ‘pegar no pé dela’ e fazer o tratamento do parceiro também.”

Há importância da comunicação entre os serviços de saúde^{25,26}, visto que muitos dos casos notificados das doenças infectocontagiosas de transmissão vertical apresentam tratamento inadequado, sendo este caracterizado como qualquer tratamento que não seja feito com a medicação apropriada, ou que esteja incompleto ou incompatível com a fase clínica da doença, bem como se for realizado no período de trinta dias antes do parto, não houver documentação comprobatória, não apresentar redução nos títulos da sorologia, ou que tenha seu parceiro não tratado, inadequadamente tratado ou com o tratamento ignorado.

PH10: “[...] a vigilância sempre vem junto nos casos que dá, então e vão atrás, fazem busca ativa, ligam para o posto, se o (exame) nunca deu reagente, elas fazem...(cita caso de paciente) daí elas vieram, entraram em contato com a unidade básica, conseguiram as datas que eles fizeram a penicilina benzatina, bem legal, elas trabalham junto.”

Enquanto continuidade da assistência desta população específica, passamos mais do que nunca a ter um binômio no que diz respeito à responsabilidade em relação ao adequado encaminhamento na linha de cuidado. Se por um lado temos um neonato extremamente frágil e dependente do cuidado alheio, por outro a mulher, envolvida com os cuidados de seu filho, pode esquecer o seu acompanhamento puerperal, tornando-se vulnerável.

Em contraponto à impressão de unidade que nos transmite a conceituação do SUS, temos um sistema fragmentado, permeado por falhas de gestão, as quais não permitem a aplicabilidade de sua teoria estruturada. Há uma expectativa frente ao advento de inovações tecnológicas que favoreceriam a unificação efetiva do sistema, em especial na questão que intitula esta categoria, com integração entre os serviços e de criação de prontuário único com informatização da rede de saúde.²¹

Educação em saúde: estratégias que empoderem a mulher para o autocuidado

A partir de um olhar que perpassa a orientação mecanicista em si, questiona-se os instrumentos de educação em saúde que estão sendo utilizados para gerar conhecimento em torno do processo saúde-doença que envolve o período gravídico-puerperal e torna as usuárias preparadas para controlar as possíveis intercorrências inerentes a este.²⁷

O autocuidado implica na apreensão de necessidades individuais reais, buscando agir em consonância com o que é possível aprender consigo mesmo, por meio da auto-observação, e com o outro na troca de saberes. Esta prática depende da vontade do indivíduo em manter sua saúde e seu bem-estar a partir da percepção de sua condição clínica.²⁸

Um estudo²⁹ com gestantes portadoras de patologias, apontou enquanto determinantes da adesão ao cuidado no período gestacional a preocupação com o bem-estar fetal e, negativamente a falta de planejamento familiar e por consequência de apoio do parceiro e da família. Tal achado reforça a importância de a equipe de saúde analisar individualmente os casos que atende, por meio de escuta qualificada, para melhor direcionar as estratégias que proporcionem adesão, evitando que as gestantes se tornem de risco, e o congestionamento dos serviços de referência os quais, ficam limitados em ofertar o atendimento adequado àquelas que realmente precisam do mesmo.

PH2: “Elas sabem que tem pressão e glicose alta [...], muitas vezes não sabem nem dos cuidados[...], só sabem que tem que tomar o remédio, mas outras coisas que poderiam ser feitas pra ajudar a fazer esse controle...”

PH9: “A sífilis é um caos aqui pra nós (hospital), porque é uma coisa absurdamente comum e...as pacientes não tão nem aí[...] elas não entendem a repercussão dessa doença pro neném[...]

PH6: “[...] maioria delas (gestantes) acaba se empoderando um pouco mais da doença, da patologia, aqui no hospital.”

Reforça-se a importância do papel individual de cada integrante da equipe de saúde na responsabilidade de esclarecer dúvidas e estabelecer uma cultura institucionalizada de informação, comunicação e educação em saúde, que considere as particularidades da população atendida, pois, as chances de as gestantes virem a adotar medidas de autocuidado, com vistas ao alcance de metas de saúde, tornam-se mais reais.³⁰

PH2: “[...]a carteirinha... é supercompleta, ela fez várias consultas, na carteirinha tinham muitas orientações [...], não sei se ela não absorveu essas orientações ou se foi registrado, mas não foi efetivamente realizado [...] a carteira era linda[...]”

A relação entre a falta ou a precariedade dos conhecimentos e a adesão das mulheres ao cuidado abordado nas orientações.¹⁵ Neste, as participantes referiam ter recebido informações sobre o tema ainda no período pré-natal sem, contudo, se mostrarem conscientes da importância do mesmo.

Outros estudos^{31,32} têm mostrado a influência negativa deste perfil sobre a manutenção do aleitamento materno, partindo-se do pressuposto contexto que envolve a pressão dos círculos familiares e sociais, falta de experiência prévia, complexidade das informações e conseqüente dificuldade de compreensão, relacionada ou não ao grau de instrução, entre outros aspectos fisiológicos e emocionais que envolvem risco ao desmame precoce.

PH5: “[...]tem aquelas que sabem de tudo, pesquisam e são bem informadas, e até te questionam sobre determinada coisa e têm umas que são bem orientadas, outras nem tanto e algumas não sabem nada!”

Surge o alerta para o distanciamento da mulher do seu saber natural, onde as práticas de saúde isolaram o conhecimento do potencial funcional de seu corpo, ficando restrita às rotinas hospitalares, principalmente assumir posição passiva no momento do parto, para o qual não são preparadas aliando-se a evolução da ciência à sua percepção corporal enquanto conhecimento aplicável.^{33,34}

As ações educativas, que fazem parte da consulta pré-natal, não demandam uma estrutura sofisticada e dependem, quase que exclusivamente, da atuação dos recursos humanos. É indispensável que os profissionais despertem para diversas possibilidades de se trabalhar educação em saúde com gestantes, que não apenas as consultas individuais, mas atentem para as trocas de experiências orientadas, em grupos de gestantes, desmistificando conceitos de senso comum que podem erroneamente serem trocados em conversas informais. A adoção de uma abordagem participativa, comunicativa e coletiva é recomendada no processo de construção de materiais impressos educativos que poderiam viabilizar formas de disseminação do conhecimento gerado nas práticas assistenciais, com forte recomendação para a interação dos atores envolvidos.^{33,35}

Cabe salientar a importância das orientações com linguagem clara e os meios apropriados, além de questionar e analisar como essas mulheres estão assimilando as informações, bem como os princípios inerentes à sua realidade e que podem ser determinantes na condução dos processos envolvidos na gestação, parturição e puerpério.

Conclusão

Os resultados deste estudo reforçam, através da ótica dos profissionais de um hospital universitário, que o acompanhamento gestacional da demanda proveniente de uma rede na atenção ainda pouco articulada produz reflexos importantes nos processos de trabalho e no fluxo da linha de cuidado, conforme os núcleos temáticos apresentados.

É necessário repensar as práticas voltadas para a atenção pré-natal tornando esse período mais tranquilo e seguro para a mulher que gesta, mas também para minimizar intercorrências no desfecho hospitalar no seguimento puerperal e de puericultura. Apesar de inúmeros estudos com enfoques abrangentes, ou locais como este, recomenda-se constante revisão dos processos de trabalho e vínculo entre as instâncias assistenciais, a fim de efetivar a continuidade da linha de cuidado conforme proposição nos manuais técnicos e literaturas da área.

Referências

1. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública 2014; Rio de Janeiro, 30 Sup:85-100.
2. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(11):563-569.
3. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2012; 28(3):425-437.
4. Silva JR, Oliveira MBT, Santos FDRP, Santos Neto MS, Ferreira AGN, Santos FS. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública. Rev. Bras. Cienc. Saúde. 2018;22(2): 109-116.
5. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2013.
6. Pereira S, Ferreira DM, Capelli JCS, Pereira AV, Anastácio A. Enfrentamentos para a implantação e manutenção de grupos educativos para gestantes na atenção básica em saúde. Demetra. 2017; 12(4):1133-1146
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

8. Costa e Silva SP, Prates RCG, Armentano BQ, Campelo. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM* 2014; 4(1):1-9
9. Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia* 2012;37:212-227.
10. Mandarinó NR, Chein MBC, Júnior FCM, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(7): 1587-1596.
11. Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Rev. Rene*. Fortaleza 2010; 11(2): 53-62.
12. Vasconcelos CTM, Machado MTM, Neto JAV, Bezerra RMSB, Ferreira AIM. Aleitamento materno no pré-natal e alojamento conjunto: Conhecimento de puérperas em um hospital amigo da criança. *Rev. Rene*. Fortaleza 2008; 9(3): 44-51.
13. Lima BGC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008; 17(2):123-153.
14. Gonçalves CV, Dias-da-Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF, Bianchi MS. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1783-1790.
15. Silveira, V.G. et al. Percepção da mãe sobre aleitamento materno. *Cienc Cuid Saude* 2008 Out/Dez; 7(4):523-529.
16. Silva MFFS, Pereira LB, Ferreira TN, Souza AAM. Autoeficácia em amamentação e fatores interligados. *Rev Rene*. 2018; 19:e3175.
17. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF, Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005; 5(1):87-92.
18. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(3):148-155.
19. Saraceni V, Pereira GFFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2017; 41(8).
20. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela em saúde. *Rev Saúde Pública* 2013;47(1):147-57
21. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(1) :S85-S100.
22. Santos FAPS. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. *Rev Min Enferm*. 2013 out/dez; 17(4): 854-858.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
24. Cabrita BAC, Abrahão AL, Rosa AP, Rosa FSF. A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2015; 14(2) :1139-1148.
25. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Sousa FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Rene*. 2015; 16(3):374-381.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
27. Pio DAM, Capel MS. Os significados do cuidado na gestação. *Revista Psicologia e Saúde* 2015; 7(1):74-81.
28. Landim CAP, Milomens KMP, Diógenes MAR. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(3):374-381.
29. Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev Latino Am. De Enfermagem* 2004; 12(6): 899-904.
30. Silveira RAM, Milani RG, Machado Velho AP, Marques AG. Percepção de gestantes sobre o autocuidado e o cuidado materno. *Rev Rene*, 2016; 17(6):758-65.

31. Moura ERBB, Florentino ECL, Bezerra MEB, Machado ALG. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev. Inter* 2002; 8(2): 94-116.
32. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30: Sup:S192-S207.
33. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011 [cited 2013 jan 31];13(2):199-210. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>.
34. Ministério da Saúde (BR). *Gestação de alto risco: manual técnico*. 4ª ed. Brasília; 2000.
35. Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; Artigo Original 20(1):[08 telas] jan.-fev. www.eerp.usp.br/rlae.