

Cuidado gravídico-puerperal em Rede: o vivido de enfermeiros, médicos e gestores

Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators

Cuidado gravídico-puerperal em Red: el vivido de enfermeros, médicos y gestores

Renata Andrade Teixeira¹

ORCID: 0000-0002-2438-2520

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari¹

ORCID: 0000-0003-0157-7461

Sebastião Caldeira^{II}

ORCID: 0000-0003-2827-1833

Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla¹

ORCID: 0000-0001-8928-3366

Adriana Valongo Zani¹

ORCID: 0000-0002-6656-8155

¹ Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Cascavel-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Teixeira RA, Ferrari RAP, Caldeira S, Tacla MTGM, Zani AV. Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators.

Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):151-8.

[Thematic Issue: Work and Management in Nursing].

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0558>

Autor correspondente:

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

E-mail: ropimentaferrari@uel.br



Submissão: 04-08-2017

Aprovação: 21-03-2018

RESUMO

Objetivo: Compreender a vivência de enfermeiros, médicos e gestores no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rede Mãe Paranaense. **Método:** Pesquisa qualitativa à luz da Fenomenologia Social com 44 profissionais de 10 municípios de Regional de Saúde, no Paraná, Brasil. Os depoimentos foram gravados até alcançar a convergência e analisados cumprindo os passos estabelecidos do referencial. **Resultados:** Apreendeu-se um contexto de significados vivenciados entre as diferentes classes profissionais. Os “motivos por que” em que a Rede veio como uma proposta fundamentada para melhorar a qualidade do cuidado materno, embora haja desarticulação no planejamento e implementação. A expectativa dos “motivos para” evidenciou fragilidades e desafios para o alcance dos objetivos e metas da Rede no serviço de Atenção Primária à Saúde. **Considerações finais:** A reestruturação da Rede ocorreu, mas ainda há lacunas no sistema de referência e contrarreferência, em especial para a gestação e o parto de alto risco e seguimento puerperal.

Descritores: Saúde da Mulher; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Cuidado Pré-Natal; Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: Understand the experience of nurses, doctors and administrators of pregnancy-puerperal cycle care to women in the Rede Mãe Paranaense (Freely translated as Paranaense Mother Network). **Method:** Qualitative research according to social phenomena with 44 professionals from 10 municipalities of the Regional of Health, in Paraná State, Brazil. The testimonies were recorded until converge and were analyzed following the steps established from the background. **Results:** It was understood a content of meaning experienced among different professional classes. The “motives why” in which the Network was a reasoned proposal to improve the mother care quality, although there is disarticulation in the planning and application. The expectation for “motives for” proved fragility and challenges to reach the goals and aims of the Network in the Primary Health Care practice. **Final Considerations:** The Network reorganization was carried out, but there are gaps in the reference and counter-reference system, especially for the pregnancy and high risky childbirth and puerperal cycle.

Descriptors: Women's Health; Health Programs and Projects Assessment; Prenatal Care; Health Personnel; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la vivencia de enfermeros, médicos y gestores en el cuidado para la mujer en el ciclo gravídico-puerperal en la Red Madre del estado Paraná (*Rede Mãe Paranaense*). **Método:** Investigación cualitativa bajo la luz de la Fenomenología Social con 44 profesionales de 10 municipios de Regional de Salud, Paraná, Brasil. Los testimonios fueron grabados hasta alcanzar la convergencia y analizados cumpliendo los pasos establecidos del referencial. **Resultados:** Se captó un contexto de significados vivenciados entre las diferentes clases profesionales. Los “motivos por qué” en que la Red vino como una propuesta fundamentada para mejorar la calidad del cuidado materno, aunque haya desarticulación en la planificación e implementación. La expectativa de los “motivos para” evidenció fragilidades y desafíos para el logro de los objetivos y metas de la Red en el servicio de Atención Primaria en Salud. **Consideraciones finales:** La reestructuración de la red ocurrió, pero todavía hay lagunas en el sistema de referencia y contrarreferencia, en especial para la gestación y parto de alto riesgo y seguimiento puerperal.

Descritores: Salud de la Mujer; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Atención Prenatal; Personal de Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A mais recente proposta do Ministério da Saúde visando fortalecer a assistência materno-infantil foi a Rede Cegonha, instituída em 2011 nos estados brasileiros e, em 2012, no Paraná, sua implementação se deu por meio da Rede Mãe Paranaense⁽¹⁾.

Além da inquestionável importância da institucionalização de Redes no país, faz-se necessário considerar que o sistema de saúde é muito complexo, as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los são muitas vezes cercadas por incertezas e regras de alocações econômicas de recursos que não se aplicam. Dessa forma, a avaliação se constitui em um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos gestores e dos profissionais que implementam e necessitam justificar suas escolhas para um público cada vez mais exigente⁽²⁾.

Avaliações de programas de assistência à saúde materna têm sido realizadas preocupando-se, principalmente, com o incremento da disponibilidade e do acesso. Entretanto, existem poucos estudos sobre o processo de implementação, em especial, na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária a Saúde. Nesse contexto, esse estudo objetivou compreender a vivência de enfermeiros, médicos e gestores no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rede.

A opção por trabalhar com esses profissionais se deu por entender que a experiência vivenciada por cada um está diretamente ligada às políticas e aos programas, ao cuidado, à assistência, à gestão, ao planejamento e à avaliação em saúde. Também porque as avaliações internas e externas da operacionalização de ações ou programas são restritas e, para alguns autores, são raros os instrumentos que avaliam a efetividade dos processos utilizados na Atenção Primária a Saúde⁽³⁾.

OBJETIVO

Compreender a vivência de enfermeiros, médicos e gestores no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rede Mãe Paranaense.

MÉTODO

Aspectos éticos

Esse estudo atendeu as questões éticas e legais vinculadas à pesquisa com seres humanos. Por se tratar de uma pesquisa multicêntrica, solicitou-se autorização da Secretaria de Estado de Saúde e Diretorias das Regionais de Saúde. Após aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, iniciou-se os contatos via telefone com os enfermeiros, médicos e gestores municipais para agendar a entrevista conforme a disponibilidade de cada um. Previamente às entrevistas, os participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O local do encontro foi um espaço da própria Unidade de Saúde, privativo e reservado.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa à luz do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz⁽⁴⁾.

Referencial teórico-metodológico

A Fenomenologia Social é definida como um processo interativo que, ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nessa ação social. Assim, gestores ou secretários de saúde, enfermeiros e médicos possuem interesses que lhes são próprios e que os motivam e os direcionam para as ações de cuidado nos setores da saúde⁽⁴⁻⁶⁾. No entanto, as ações de saúde desses profissionais requerem competência técnica, atitude, empatia, respeito, comprometimento, consideração e expectativas acerca de suas ações, as quais só se tornam possíveis a partir da bagagem de conhecimento disponível por cada um deles⁽⁵⁾.

É um referencial teórico e/ou metodológico de pesquisa que busca compreender a visão do ser humano em seu todo vivido, bem como a forma situada no mundo e em sua totalidade de vida, por meio da descrição da sua experiência e dos significados atribuídos a ela. Na área da Enfermagem considera-se o ser que experiencia determinado fenômeno, sendo possível ao pesquisador compreender seu significado real⁽⁷⁾.

A Fenomenologia Social de Alfred Schütz, também denominada Sociologia Fenomenológica ou Sociologia Compreensiva, utiliza-se de conceitos como mundo da vida, intersubjetividade, acervo de conhecimentos, situação biográfica, reciprocidade de perspectiva, ação social e tipificação^(5,8).

A partir da vivência de atuação dos profissionais no serviço de atenção à saúde, esses adquirem experiências que constituem a tipificação de seu respectivo grupo social profissional – aquilo que é típico⁽⁴⁾. O mundo cotidiano apresenta-se nas tipificações, ou seja, nas representações construídas pelos próprios atores sociais de acordo com suas relevâncias, que incluem o universo e o estável, o específico e o mutável. Assim, o ator social tipifica o mundo para poder compreendê-lo e comunicar-se com os seus semelhantes⁽⁴⁾. A tipicidade permite a compreensão entre as pessoas na interação social e ela vai se tornando estável a ponto de levá-las a reconhecer as características de determinada ação como papéis sociais⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As ações humanas podem ser compreendidas por meio das motivações dos sujeitos em que o indivíduo atua por intermédio de motivos existenciais herdados dos nossos predecessores e é compreendida mediante ações exteriorizadas, base da comunicação e da relação social impulsionadas pelos “motivos por que” e pelos “motivos para”, a fim de interpretar o comportamento do homem no mundo social^(4,7). A ação social é entendida como uma conduta dirigida para a realização de determinado fim e, essa ação, os “motivos porque” são as razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos consumados e a bagagem de conhecimento herdada^(4-5,10). Os “motivos para” orientam a ação futura (ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação), que é uma categoria essencialmente subjetiva, pois ainda não aconteceu^(4-5,10). Essa categoria só é revelada ao pesquisador quando o entrevistado é questionado sobre o significado que ele atribui determinada ação.

Procedimentos metodológicos

Cenário de Estudo

Estudo desenvolvido com profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde de 10 municípios de uma Regional de Saúde

do estado do Paraná, constituída por 21 municípios e 884.039 habitantes.

Os municípios da Regional de Saúde foram selecionados mediante o porte (pequeno, médio e grande), o interesse dos gestores de saúde e a disponibilidade dos três grupos sociais (enfermeiros, médicos e secretário de saúde) da mesma cidade para apreender a vivência da implementação da Rede nas diferentes classes profissionais e formas de atuação na Atenção Primária a Saúde.

Fonte de dados

A captação dos dados foi obtida por meio da técnica de entrevista individual semiestruturada com 44 profissionais, sendo 12 enfermeiros, 22 médicos (dez pediatras, sete ginecologistas e cinco clínicos gerais) e 10 gestores. Os depoimentos foram obtidos entre os meses de outubro de 2014 e fevereiro de 2015.

Coleta e organização dos dados

As questões norteadoras para a entrevista semiestruturada com os profissionais foram construídas com base na matriz da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense para responder às seguintes inquietações: Qual o conhecimento/entendimento sobre a Rede?; Houve capacitação dos profissionais?; Como é a assistência pré-natal no município?; Como é a vinculação da gestante à atenção secundária e terciária?; Houve cumprimento dos objetivos propostos pela Rede?; O que espera para o serviço, para os próprios profissionais e para as gestante com a implantação da Rede?

Os depoimentos foram gravados em áudio e encerrados ao se evidenciar convergência dos “motivos por que” e “motivos para”, constituindo-se o tipo vivido no cuidado à saúde da mulher na perspectiva dos profissionais⁽⁴⁾. As entrevistas com os enfermeiros, médicos e gestores totalizaram 197 minutos de gravação e foram transcritas *ipsis litteris*. Para a identificação considerou-se a classe profissional, número arábico e ordem de entrevista: enfermeiros “E”nº; médicos “M”nº (Mnº-Ped, pediatra; Mnº-GO, ginecologista; Mnº-CG, clínico geral) e gestores “G”nº.

Análise dos dados

Para a organização e a análise do material qualitativo cumpriram-se os seguintes passos⁽⁵⁻⁶⁾: 1º- leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra para apreender o sentido global da ação social; 2º- releitura de cada depoimento para identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos por que” e “motivos para”; 3º- agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para composição das categorias concretas; 4º- análise das categorias para compreensão da ação social; 5º- constituição do tipo vivido a partir do conjunto de “motivos por que” e “motivos para” expressos na análise das categorias; 6º- discussão do tipo vivido à luz da Fenomenologia Social e de outros referenciais na temática.

Da análise emergiram duas unidades temáticas, a primeira, “Vivenciando a realidade da Rede Mãe Paranaense (motivos por que)”, que resultou em duas subcategorias, “Planejamento e implantação: (des)articulação da assistência à mulher” e “A assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério após a Rede Mãe

Paranaense”. A segunda unidade, “O que esperar da Rede Mãe Paranaense (motivos para)”, quanto ao “Alcance dos objetivos e metas: fragilidades e desafios para a assistência à mulher”.

RESULTADOS

As características biográficas dos profissionais incluíram idade entre 25 e 65 anos e tempo de trabalho na atenção primária de cinco a vinte anos. A formação dos gestores foi diversificada com atuação em Enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem), geografia e contabilidade.

Os depoimentos resultaram em um contexto de significados, vivenciados pelos profissionais das diferentes classes profissionais em seu cotidiano e mostraram, a partir de uma complexa trama estrutural e assistencial, os “motivos porque” e as expectativas dos “motivos para” quanto à implementação da Rede no serviço de Atenção Primária à Saúde.

Vivenciando a realidade da Rede Mãe Paranaense (motivos porque)

Planejamento e implantação: (des)articulação da assistência à mulher

Entre os “motivos porque” apreendeu-se o concreto vivido dos profissionais que, embora considerem que o planejamento e a implementação da Rede nos municípios tenham sido desarticulados, o intuito foi de reorganizar os serviços ofertados no pré-natal e parto, em especial, nos municípios de pequeno porte que não contam com ginecologista e obstetra, bem como de diminuir os índices de cesárias e morte materna.

[...] não tem obstetra, nem anestesiistas em hospitais pequenos, então os partos eram feitos pelo clínico geral! [...] às vezes os partos evoluíam de normal para cesárea e tinha que ficar correndo atrás de outro médico e auxiliar quem estava de plantão, agora é segurança para mãe e bebê. O parto é humanizado. (G10)

[...] eu sou clínico geral e esse programa dá um suporte, principalmente no interior. [...] faz com que a gente tenha uma retaguarda, quando eu vou conduzindo um pré-natal eu vejo que tem os riscos: o habitual, o intermediário e o alto risco. (M10-CG)

[...] havia uma preocupação muito grande com três coisas [...]. Primeiro lugar, morte materna, segundo, problemas com o feto, e terceiro, índice de cesárea elevadíssimo no Brasil inteiro. (M16-GO)

Para a implementação da Rede nos municípios, nem todos os profissionais participaram de reuniões ou oficinas de capacitação, principalmente médicos, para que se mantivesse o atendimento nas unidades e, o pouco que conheceram sobre a Rede, foi individual.

[...] teve. O primeiro encontro foi o Secretário de Saúde, o médico, eu e uma ACS. [...] envolveu todo mundo. (E10)

[...] participei, mas foi vinculada maternidade, é um curso de aprimoramento de parto. Eu fui aprendendo sozinho [...] o teste da “mãezinha” [...] eu não tinha esse fluxo, então eu não sabia o que

fazer [...]. Um mês atrás me apareceu um xerox do fluxo, o que tinha que fazer, me entregaram e falaram: "Lê! Se vira" [...]. (M14-GO)

[...] eu fui convidada, não participei eles preferem que a gente atenda à agenda porque lá é muito lotado [...]. (M22-GO)

Na implementação da Rede também houve a readequação da carteira de saúde da gestante, mas houve rejeição dos profissionais pela falta de funcionalidade, difícil manipulação e duplicação de dados, desestimulando o registro.

[...] nós fizemos outra carteira para o município, conseguimos discutir no comitê de mortalidade infantil e com outros locais de assistência, inclusive no privado (G1); [...] ela é muito extensa, repetitiva [...]. (E6)

[...] mistura exame de urina com exame de sangue, a outra carteirinha era mais prática, cabia em qualquer bolsa feminina. Essa é um livro, apesar do saquinho bonito. (M19-GO)

[...] péssima! Quem criou é porque nunca fez pré-natal [...]. (M22-GO)

Os exames laboratoriais no pré-natal pela Rede, quando não disponíveis nos municípios de origem, são encaminhados para outras cidades e, quando fazem, há atraso na liberação de resultados. Nem todos fazem testes rápidos por problemas de infraestrutura ou devido à falta de recursos e, outros, deixam de solicitá-los.

[...] chegou a ficar esperando uns três meses [...]. (G7)

[...] exame de sífilis? Faz antes do parto, é conforme a conduta médica [...] são feitos no hospital [testes rápidos], as unidades não fazem. (E6)

[...] eletroforese de hemoglobina? Faz de rotina, não serve pra nada! No meu consultório, eu não peço [...] toxoplasmose eu não pediria três na gravidez [...] HIV se a pessoa é casada, tem o HIV negativo do começo da gravidez eu vou pedir três vezes na gravidez? Não vejo fundamento fazer teste rápido de HIV [...] três testes é exagerado [...] Glicemia no terceiro trimestre não precisa, GTTS eu peço entre vinte e quatro e vinte e oito semanas [...]. (M17-GO)

A estratificação de risco proposta pela Rede introduz o risco intermediário, mas alguns profissionais referem que as mulheres não entendem esse critério. Médicos e enfermeiros estão se adaptando à essa nova classificação e tomando as condutas conforme o risco.

[...] quem mora em área rural já é risco intermediário, a gente faz uma classificação interna porque não considera que todas sejam de risco intermediário e sim as que têm mais de quarenta anos, muito carentes [...]. (E7)

[...] ficou bem definido, agora a gente sabe classificar, encaminhar corretamente [...] explicar para elas é meio complicado, gestante negra entra automaticamente. (E10)

[...] é risco intermediário porque engloba algumas coisas, tipo idade, que dá para manejar aqui [...]. (M13-CG)

A assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério após a Rede Mãe Paranaense

O ponto de partida para qualificar a assistência pré-natal é a captação precoce para iniciar as consultas e cadastro no Sis prenatal à medida que se obtém o resultado do teste rápido, desencadeando a integração entre profissionais da equipe de saúde.

[...] o agente comunitário que vai na casa, encontra a gestante na rua, conhece sua área e traz pra Unidade Básica de Saúde. [...] elas procuram espontâneo e realiza o teste rápido de gravidez. (E1)

[...] eles (ACS) fazem busca ativa, não espera que a gestante vá na Unidade Básica [...]. Também o auxiliar faz busca ativa na visita, o enfermeiro [...]. (E4)

[...] acompanhamento no caderno, anota para ver quem faltou no pré-natal e faz busca ativa com as Agentes Comunitárias. (M13-CG)

A assistência ao pré-natal apresenta diferentes realidades nos municípios estudados. Em alguns o enfermeiro realiza a primeira consulta com preenchimento do sistema, solicitações de exames e prescrição de medicação. A consulta subsequente é com o médico.

[...] a primeira consulta é com a enfermeira, faz anamnese, preenchimento dessa ficha e carteirinha. A gestante sai com o Teste da Mãezinha, a primeira ultrassonografia, a enfermeira já prescreve pelo menos ácido fólico até vir na outra consulta com o clínico com todos os exames em mãos, acompanhamento mensal até 27 semanas, depois quinzenal e semanal, média de oito a 10 consultas, todas com o médico [...]. (G6)

[...] aqui o pré-natal não é o enfermeiro que faz, é uma judiação! Nossos ginecologistas gostam de fazer, só abrimos o pré-natal [...]. (E5)

[...] abertura do Sis prenatal com a enfermeira, antes de passar comigo, ela faz toda entrevista, identificação de risco, pede os exames iniciais e o primeiro ultrassom.

[...] aqui são todas comigo [as consultas] é uma coisa que não acontecia eu priorizei, após as 37 semanas o retorno é semanal [...]. (M14-GO)

Quanto à estratificação gestacional alguns profissionais relatam que é realizada em todas as consultas tanto pelo médico como pelo enfermeiro e, as condutas, vão sendo tomadas conforme a identificação do risco, com registro no prontuário e em parte na carteira da gestante.

[...] quem faz estratificação é a enfermeira na primeira consulta depois o médico [...]. (G6)

[...] eu faço na primeira consulta e o risco pode mudar na segunda consulta, eu sempre deixo no prontuário e na carteirinha. Geralmente o médico anota se tiver algum risco, até porque ela precisa saber onde o bebê vai nascer aí eu mudo o nome da maternidade, o telefone [...]. (E5)

[...] fazemos por consulta, o risco de cada uma, até porque as de alto risco não são acompanhadas aqui [...]. (M13)

[...] em toda consulta, na primeira eu já tenho uma visão geral, eu anoto no cartão. Quando vem da enfermagem elas colocam tudo no prontuário [...]. (M14-GO)

A gestante de alto risco deveria ser acompanhada no ambulatório especializado, mas nem sempre os municípios conseguem vaga para encaminhamento, por outro lado, quando há atendimento não se faz a contrarreferência resultando na duplicação de exames e condutas devido à falta de comunicação e registro na carteira da gestante.

[...] para o alto risco estamos enfrentando dificuldades, o número de consultas ainda é insuficiente, aquelas de maior risco podem conseguir até na semana ou dois a três meses. (G1)

[...] A gente mandava a referência e não vinha a contrarreferência, quem trazia era a própria gestante para o médico, agora vai ter que fazer alta, pós-alta e todo acompanhamento da gestante, tem esse documento e a gestante vai levar para o Hospital de Clínicas a referência e volta com a contrarreferência. (G5)

[...] a gestante acaba fazendo tudo duplamente os exames, não tem acesso! Nem anotam na carteirinha [...]. (E10)

[...] contrarreferências? é que passa muito pela mão de interno, residente ainda anota, interno não anota, eu vejo que ela é bem esclarecida eu até confio, mas tem aquelas que não, se escapou alguma coisa peço e faço. (M14-GO)

A vinculação das gestantes à assistência ao parto de alto risco, conforme proposto pela Rede não acontece, pois não há disponibilidade de vaga para o encaminhamento imediato para o hospital de referência, tornando o tempo de espera muito maior do que deveria.

[...] gestantes de alto risco ficam meio perdidas, tem que ficar solicitando cartinha do médico para saber onde ela vai ganhar, nem sempre o Hospital Universitário (HU) recebe. (E10)

[...] uma grande dificuldade da Rede foi centralizar muito o parto em rede [...]. (M7-Ped)

[...] pôs o pé no hospital aqui, aí desanda, mesmo acionando o Samu, ela sendo paciente de alto risco, eu não posso pegar a ambulância e levar [...]. (M22-GO)

Após o parto, a captação para o acompanhamento puerperal, em alguns municípios, é imediata por meio da interlocução entre os serviços; em outros, o hospital assume. Há também somente atendimentos por busca espontânea da puérpera.

[...] a Regional que viabilizou, o hospital já digita quem nasce e a funcionária liga nas unidades todo dia que chega o e-mail. [...] o retorno puerperal marca logo no começo e uma para os quarenta dias, mais ou menos. (G2)

[...] A maternidade que realiza as consultas de revisão puerperal que a gente fazia aqui na unidade, faz colocação do DIU e prescrição do anticoncepcional, isso não existia antes, mudou depois da Rede e a visita puerperal a gente não consegue fazer, mas é o pessoal da residência que tem ido e atendido. (E1)

[...] elas só procuram mesmo quando tem alguma dor ou episiotomia ou cesárea [...]. (E5)

O que esperar da Rede Mãe Paranaense (motivos para)

O alcance dos objetivos e metas: fragilidades e desafios para a assistência à mulher

Apreendeu-se que há fragilidades e desafios para que se cumpra os objetivos e as metas para qualificar a assistência à mulher nos municípios. Nesse ponto para os profissionais, poucos avanços ocorreram e nem todos os gestores aderiram à Rede, o que dificultou o trabalho. Também há dificuldade para referenciar a gestante de AR para o parto.

[...] a gente chegou num ponto que para melhorar os índices ou a gente melhora muito as nossas ações em saúde ou a situação da população que deve melhorar [...]. (G1)

[...] ainda falta muita coisa para ser resolvida, mas eu acho que o objetivo maior, tá sendo alcançado e o encaminhamento de gestante de alto risco na hora do parto que é complicado. (E10)

[...] cabe aos gestores do município implantarem o que a Rede preconiza, se preconiza os exames tem que implantar, agora se não implanta, não é culpa da Rede é culpa do gestor [...]. (M19-GO)

Nos discursos dos sujeitos em estudo, a Rede foi implementada sem avaliar as limitações do processo e as condições de trabalho na atenção primária – que é complexa e não atende somente gestantes –, pois faltam recursos físicos, material básico e humano, protocolos e resolutividade das ações. Por outro lado, os gestores têm investido mais nas especialidades médicas.

[...] falta ter um protocolo paranaense baseado na linha guia, só que ele não foi terminado por troca de gestores, então, eu desisti de esperar pelo Estado e estamos mexendo no nosso. (G1)

[...] não fazemos só a assistência à mulher, tem uma complexidade muito grande aqui na unidade, não conseguimos ter resolutividade porque ainda falta estrutura física, recurso material e humano. A gente tenta melhorar, mas nunca tem o respaldo que precisa ter. O foco maior da gestão normalmente é urgência e emergência, é a especialidade e a atenção primária fica por isso mesmo [...]. (E11)

[...] o principal é recursos humanos porque eu sou subdividido em outras unidades. Se eu tivesse uma unidade só, por mais que o fluxo fosse tão intenso, eu iria conseguir ter um grupo de gestante uma vez por mês, ter um acompanhamento melhor, não espaçar tanto os retornos [...]. (M14-GO)

Embora a atenção primária tenha como foco a prevenção e promoção da saúde, alguns profissionais querem a garantia de retorno puerperal no âmbito hospitalar e com especialista, como no setor privado. Para outros, a expectativa é que o pré-natal não seja exclusivo do enfermeiro, mas falta médico e não se consegue encaminhamento especializado.

[...] a mãe deveria ter pelo menos mais uma avaliação pelo obstetra [...] na maternidade que ela fez o parto que nem todo particular,

todo convênio tem seu retorno, uma semana de sete a dez dias tem que retirar pontos, uma avaliação e a gente não tem. (G10)

[...] o enfermeiro assume quase que 100% sozinho o pré-natal, isso não pode acontecer, tem que aproveitar o profissional médico nem que fosse o clínico geral pra fazer os pré-natais de baixo risco. [...] tem que intercalar uma consulta do enfermeiro e uma o médico. [...] até usar o pessoal do ambulatório municipal do alto risco. [...] difícil de acontecer, mas seria válido. (E1)

O Sisprenatal precisa ser aperfeiçoado, no intuito de torná-lo útil para a produção de relatórios confiáveis, bem como para o planejamento das ações em saúde, pois ainda existem vários entraves que dificultam o uso no cotidiano de trabalho e afetam a qualidade da assistência. Também houve a criação do risco intermediário na Rede que não consta no sistema.

[...] o sistema poderia propor busca ativa, dar uma lista de quem não veio o mês passado, dar uma lista de que exames estão pendentes. [...] a Rede não considera índice de massa, sobrepeso, como fator de risco, mas a Rede Cegonha considera. Gestante negra é risco intermediário, ele importa do cartão SUS a raça, mas ele não considera como um risco, isso é uma coisa específica do Paraná. A indígena ele não vai carregar como risco intermediário, quando joga risco dá o alerta "seguir o protocolo" e não fala qual o protocolo. (G1)

Embora a operacionalização da Rede para os profissionais tenha mobilizado algumas mudanças na assistência à mulher, ainda para ser efetivo como política para o avanço e a qualificação no sistema público de saúde e o cumprimento dos objetivos da Linha Guia, a educação permanente das equipes deve ser incorporada ao planejamento do município, bem como investimentos em recursos humanos para diminuir a sobrecarga de trabalho.

[...] manter uma educação permanente, continuada nos municípios um pouquinho menores, que não têm um setor de educação permanente e continuada, é mais complicado do que em outros lugares [...]. (G4)

[...] falta muita coisa que ainda tá no papel, às vezes a realidade acaba mudando um pouco, muitos médicos não gostam de seguir a Linha Guia [...] tem as nossas oficinas, mas tem período que a gente fica sem fazer porque eu estou com pouco profissional. (E4)

[...] quando você sabe que tem que atender 20 gestantes em duas horas, você já chega estressada no lugar, você não vai fazer um atendimento de qualidade, então a gente espera um atendimento com mais humanização. (M22-GO)

DISCUSSÃO

A compreensão dos profissionais sobre a Rede foi concretizada em parte e ressignificada (motivos porque) a partir do momento em que participaram das fases de capacitação previamente à implantação. Mas durante a implementação esses vivenciaram dificuldades para operacionalizar as variadas mudanças no cotidiano de trabalho, tanto no aspecto gerencial quanto no assistencial. A implementação de serviços de saúde em redes estabelece a oferta de uma atenção contínua e integral mediante

missão única, objetivos comuns e planejamento⁽¹¹⁾. Entretanto, nos discursos dos entrevistados, tais objetivos não foram efetivamente instituídos durante a implementação da Rede devido à incompatibilidade entre o que foi definido e o que se consegue praticar. Essa incompatibilidade ainda persiste devido à falta ou ao uso incorreto da avaliação dos serviços de saúde para planejar e implementar programas⁽²⁾.

Nesse emaranhado de (re)construção e mudanças, o ser humano vive em um mundo de intersubjetividade, de diferentes relações sociais e em um universo de significações que são interpretadas e o orientam para realizar as ações⁽⁵⁾. Portanto, se as ações em saúde forem direcionadas considerando a diversidade de cada realidade, será obtida maior adesão à Rede. Pois, ampliar a capacidade de desenvolvimento profissional é fundamental para a implementação de estratégias e articulação da assistência, possibilitando o redesenho de fluxos, rotinas e conhecimentos técnico-científicos⁽¹²⁾.

Entre as mudanças implementadas na Rede, está a carteira da gestante, que não traduziu as reais necessidades dos profissionais que operacionalizam o acompanhamento pré-natal. Tais dificuldades também foram evidenciadas em outros estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Nos discursos também se apreendeu que o Sisprenatal, embora tenha a função de monitoramento, avaliação e identificação de fatores de risco gestacional, é subutilizado devido à problemas desde o acesso à rede de internet até a inserção de dados. Contudo, esse não é somente um problema local ou regional, mas mundial. A grande maioria dos países não possui um sistema de informação confiável referente à saúde materna⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

A captação precoce da mulher para acompanhamento no pré-natal se dá pela relação preexistente entre a mulher e a equipe de saúde na comunidade. Esse contato face a face estabelecido no contexto da atenção primária é vital para a criação do vínculo entre a gestante e a equipe e diz respeito à mais autêntica relação social, pois permite a exposição dos atos intencionais do outro e a compreensão das situações do dia a dia⁽⁴⁾.

Ressalta-se que o início oportuno ao pré-natal favorece o acesso à métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias que podem influenciar diretamente na saúde da mãe e do feto⁽¹⁸⁾. Porém, estudos apontam como é difícil a captação precoce da gestante, o que influencia negativamente no número de consultas e na qualidade da assistência⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Consequentemente, influencia no aumento de agravos, em especial à gestação de alto risco, que necessita de serviços e hospitais especializados -que nem sempre são acessíveis-, realidade apreendida nos discursos dos profissionais nesse estudo, ainda que a referência e contrarreferência estejam estabelecidas nas diretrizes da Rede e na contratualização entre os municípios.

Resultados de pesquisa realizada em diferentes regiões do país identificou que a ausência da contrarreferência foi um entrave para a realização de um pré-natal de qualidade, em especial, entre mulheres de cor negra e parda e, também, por gerar a descontinuidade do cuidado à gestante^(19,21). Essa descontinuidade foi revelada nos discursos dos profissionais entrevistados, o que gerou sentimento de frustração pela falta de apoio institucional, maiores ainda para a gestação de alto risco. Essas que, por sua vez, apresentam mais frequentemente complicações fetais e maternas devido ao menor acesso à serviços especializados, bem como peregrinação e procrastinação da assistência ao parto⁽²²⁾.

Após o parto e a alta da maternidade, a puérpera e o conceito retornam para o serviço de atenção primária, pois ambos podem estar expostos a agravos. A Linha Guia da Rede estabelece que a equipe de saúde realize a visita domiciliária até o quinto dia após o parto para identificação de riscos e intervenção precoce, bem como inclusão da mulher no planejamento reprodutivo e da criança no programa de imunização e de acompanhamento do desenvolvimento e crescimento. Poucos estudos analisam o retorno puerperal e autores destacam a necessidade de aumentar o número de consultas, dada a importância para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna⁽²³⁾.

No contexto assistencial e gerencial da Rede, apreendeu-se nos discursos dos profissionais desse estudo, que as expectativas de mudanças (motivos para) foram maiores do que as efetivamente implementadas e que ainda há muito que avançar quanto à qualificação da assistência à mulher, embora estejam tentando superar os obstáculos estrutural, operacional e de recursos humanos que não foram solucionados antes mesmo da implementação dessa Rede. Tais obstáculos também foram evidenciados por usuários do serviço de atenção primária em metrópoles brasileiras, bem como a dificuldade de dar prosseguimento ao tratamento⁽²⁴⁾.

Para que essa Rede ofereça uma assistência qualificada à mulher, os profissionais também apontam que os gestores devem incluir no planejamento a educação permanente em saúde a todos os sujeitos envolvidos direta e indiretamente. A construção do conhecimento é resultado da bagagem de conhecimento de cada indivíduo, a qual é relacionada à posição do sujeito no mundo social⁽⁴⁾. O mundo da vida é o cenário de interação humana, em que a pessoa utiliza os seus conhecimentos prévios, os quais são transmitidos aos seus pares que lhes antecedem e sucedem, dando assim significação às suas experiências que constituem a tipificação de seu respectivo grupo social profissional⁽⁴⁾.

Limitações do estudo

Realizou-se a investigação em dezesseis municípios dos vinte e um de uma das regionais de saúde do estado. Esses seguem o fluxograma de atendimento da mulher de risco habitual e intermediário e possuem referência para o alto risco em serviço especializado do sistema único de saúde. Porém, pode traduzir uma realidade que não reflete as características das condições

da maioria das regionais do estado. Além disso, a investigação ocorreu cerca de três anos após a implementação da Rede, podendo ainda ter maior tempo para a avaliação do serviço.

A partir dos resultados do presente estudo, faz-se necessário vislumbrar outras pesquisas, uma vez que novos olhares poderão ser lançados sobre o mesmo objeto e fenômeno com os sujeitos dessas mesmas categorias profissionais e, em outros cenários, contextos e programas semelhantes à esse aqui pesquisado para somar-se aos resultados encontrados.

Contribuições para a área da Enfermagem, saúde e políticas públicas

A avaliação da Rede, mediante o olhar dos profissionais, é enriquecedora, pois essa interpretação revela o quanto podem colaborar para a qualificação da assistência, embora haja novos modelos e implantações tradicionais, sem considerar a forma como atuam no cotidiano da assistência. A implementação da Rede depende, em grande parte, dos enfermeiros e médicos, bem como de toda a equipe de saúde. A visão que cada um traz consigo e aplica no dia a dia de cuidado da mulher reflete diretamente na saúde dessa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreendeu-se que a reorganização e a (re)estruturação da Rede trouxeram propostas positivas para o sistema de apoio. Contudo, as falhas no sistema logístico (referência e contrarreferência) ainda precisam ser sanadas. Por meio da abordagem de gestores, enfermeiros, médicos e pelo modo como esses interagem no mundo da vida, pôde-se constituir o típico de suas ações em relação ao cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal evidenciando suas necessidades e suas expectativas. Tendo em vista os constantes rearranjos dos fluxos, cabe aos gestores imergir na realidade da assistência para que, desse modo, possam planejar e buscar estratégias locais e regionais que sejam aplicáveis e factíveis à realidade estrutural e de recursos humanos de seus municípios.

FOMENTO

Financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) edital 14/2013, n.474768/2013.

REFERÊNCIAS

1. Huçulak MC, Peterlini OLG. [Paraná's Mother Network – Reporting experience]. Espaço Saúde (Online) 2014;15(1):77-86. Portuguese.
2. Tanaka OY. [Primary Health Care Evaluation: a new approach]. Saúde Soc [Internet]. 2011 [cited 2017 May 16];20(4):927-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>. Portuguese.
3. Cunha EM, Giovanella L. [Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system]. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 10];16(Supl.1):1029-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Portuguese.
4. Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes, 2012. 357p.
5. Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM. Nurses and care delivery to elderly women: a social phenomenological approach. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 21];20(5):888-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500010>. English, Portuguese, Spanish.

6. Carvalho GM, Merighi MB, Jesus MCP. The experience of repeated fatherhood during adolescence. *Midwifery* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 21];26(4):469-74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.007>
7. Schneider JF, Nasi C, Camatta MW, Oliveira GC, Mello RM, Guimarães NA. The Schutzian reference: contributions to the field of nursing and mental health. *Rev Enferm UFPE (Online)* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 09];11(Supl.12):5439-47. Available from <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22321p5439-5447-2017>
8. Siani SR, Correa DA, Luzzi Las Casas A. [Phenomenology, phenomenological method and empirical research: the exciting world of knowledge construction scanned in the life experience]. *Rev Admin Unimep* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 10];14(1):193-219. Available from: <http://www.raunimep.com.br/ojs/index.php/regen/editor/submissionEditing/1002#scheduling>. doi: 10.15600/1679-5350/rau.v14n1p193-219. Portuguese.
9. Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB, Domingos SRF, Oliveira DM. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 09];13(1):5-14. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4214>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144214>
10. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Being a nursing teacher, woman and mother: showing the experience in the light of social phenomenology. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 21];19(1):164-170. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100022>. English, Portuguese, Spanish
11. Mendes EV. A construção social da atenção primária a saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2015. Chapter 1: A atenção primária nas redes de atenção a saúde. p. 19-29.
12. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 10];21(5):1499-1509. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. English, Portuguese.
13. Maia VKV, Lima EFA, Leite FMC, Sousa AI, Primo CC. Evaluation of process indicators of the prenatal and birth humanization program and stork network. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 05];9(4):1055-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1055-1060>. English, Portuguese.
14. Maia VKV, Lima EFA, Machado RAV, Sousa AI, Leite FMC, Primo CC. Quality assessment of a system of prenatal information. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 09]; 38(3):e67747. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67747>.
15. Grove J, Claeson M, Bryce J, Amouzou A, Boerma T, Waiswa P, Victora C. Maternal, newborn, and child health and the Sustainable Development Goals: a call for sustained and improved measurement. *Lancet* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 21];386(10003):1511-14. Available from: [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00517-6/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00517-6/fulltext)
16. Lima AP, Corrêa ACP. [Production of data for the pre-natal information system in basic health units]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 21];47(4):876-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0876.pdf>. doi: 10.1590/S0080-623420130000400015. Portuguese.
17. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. [Prenatal care and risk factors associated with premature birth and low birth weight in the a capital in the Brazilian Northeast]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 09];21(6):1965-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601965. Portuguese.
18. Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. [The family in the practices of Family Health teams]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 01];67(2):274-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200274 Portuguese.
19. Domingues RM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. [Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil]. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 09];37(3):140-7. Available from: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en Portuguese.
20. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 01];21(2):546-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf. English, Portuguese, Spanish.
21. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 10];33 Suppl 1(Sup 1):e00078816. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso&tlng=en English, Portuguese.
22. Viellas EF, Domingues RMS, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 05];30(Supl 1):85-100. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. English, Portuguese.
23. Correa MD, Tsunehiro MA, Lima MO, Bonadio IC. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 05];48(n spec):23-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600004>. English, Portuguese.
24. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. [Assesment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users]. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 15];38(Supl.):252-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252 doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>. Portuguese.