

Fragilidades no contexto do atendimento ao pré-natal de alto risco

Fragilities in the context of high risk prenatal service

Flávia Pimentel dos Santos

Graduada em Enfermagem pela Universidade Tiradentes. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Santa Cruz

E-mail: flaviabaiana@gmail.com

Adriane Cobucci

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Pós-Graduada em Saúde Pública/Gestão Local do SUS pela Universidade de São Paulo – USP.

E-mail: deicobucci@hotmail.com

Patrícia Dickie

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Pós-Graduada em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Madre Thaís - FMT

E-mail: paty dickie@hotmail.com

Dejeane de Oliveira Silva

Doutora em Enfermagem - PPGENF/Universidade Federal da Bahia. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC.

E-mail: dosbarros@uesc.br

Resumo

Objetivo: Analisar as fragilidades na assistência as gestantes de alto risco na Atenção Primária a Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em um município na região Sul do Estado da Bahia, no período de março a julho de 2020. **Resultados e Discussões:** A Atenção Primária a Saúde é compreendida como o primeiro contato do usuário na rede de serviços, por isso a não garantia da qualidade no pré-natal de alto risco, resulta em fragilidades que comprometem a saúde materno infantil. As dificuldades vivenciadas envolveram atrasos nos resultados dos exames laboratoriais, indisponibilidades de vagas para ultrassonografias, deficiência na captação precoce das gestantes, busca ativa das gestantes faltosas, encaminhamentos tardios, fragmentação da integralidade do cuidado e da comunicação efetiva entre a referência e contra referência, bem como limitação dos recursos humanos e materiais, principalmente farmacológicos. **Considerações Finais:** As fragilidades observadas no atendimento do pré-natal de alto risco, permitiram o (re)conhecimento e a análise da importância do compromisso e da responsabilidade que cada serviço de saúde deve exercer no cuidado inerente às gestantes, sendo necessário a implementação das políticas públicas existentes no país, com o envolvimento de todos os atores no processo, seja na gestão ou na produção do cuidado..

Palavras-chave: Gestação; Complicações na Gravidez; Assistência Pré-Natal; Atenção Primária a Saúde.

Abstract

Objective: To analyze the weaknesses in the assistance to high-risk pregnant women in Primary Health Care. **Methodology:** This is an experience report, of a descriptive nature and qualitative approach, developed in a Basic Health Unit, located in a municipality in the southern region of the state of Bahia, from March to July 2020. **Results and Discussions:** Primary Health Care is understood as the user's first contact in the service network, which is why failure to guarantee quality in high-risk prenatal care results in weaknesses that compromise maternal and child health. The difficulties experienced involved delays in the results of laboratory tests, unavailability of spaces for ultrasounds, deficiency in the early capture of pregnant women, active search for missing pregnant women, late referrals, fragmentation of comprehensive care and effective communication between reference and counter reference, as well as limitation of human and material resources, mainly pharmacological. **Finals Considerations:** The weaknesses observed in high-risk prenatal care, allowed (re) knowledge and analysis of the importance of the commitment and responsibility that each health service must exercise in the care inherent to pregnant women, requiring the implementation of existing public policies in the country, with the involvement of all actors in the process, whether in management or in the production of care.

Keywords: Gestation; Pregnancy Complications; Prenatal Care; Primary Health Care.

Introdução

A gestação é um evento fisiológico, que muitas vezes ocorre sem intercorrências. No entanto, uma parcela dessas gestantes apresenta condições que podem levar ao risco gestacional, necessitando de uma assistência especializada no acompanhamento pré-natal. Para tanto, faz-se necessário acolher a gestante desde o início da gravidez, realizar o rastreamento de indicadores de risco gestacional e avaliar as condições socioeconômicas desfavoráveis¹. É importante analisar as doenças maternas prévias, a história reprodutiva anterior e/ou a gestação atual, as intervenções terapêuticas obstétricas, imunizações e profilaxia, aconselhamento e educação em saúde^{1,2}.

Embora o acesso ao pré-natal de qualidade tenha sido ampliado nos últimos 30 anos, algumas mulheres ainda encontram dificuldades para serem acolhidas e atendidas na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária para a gestante e nesse território encontra-se a Equipe de Saúde da Família, composta por profissionais como Enfermeiras/os e Médicas/os, responsáveis pelo atendimento às suas demandas e pela coordenação do cuidado. Apesar disso, as gestantes enfrentam barreiras relacionadas a acessibilidade e o serviço da APS não consegue estabelecer um fluxo que garanta a sua inserção e consultas em tempo oportuno, principalmente quando necessitam ser encaminhadas para o Atendimento Especializado (AE)^{2,3}.

A assistência pressupõe uma avaliação dinâmica das situações de risco, identificando os possíveis problemas e intervenções necessárias no sentido de prevenir e/ou evitar resultado desfavorável. Por esse ângulo, o profissional de saúde responsável pelo acompanhamento pré-natal precisa reclassificar o risco a cada consulta, comunicando sobre as condições de saúde apresentadas, os fluxos dos atendimentos e os riscos gestacionais⁴.

Sabendo-se da importância da qualidade do pré-natal de alto risco e dos profissionais envolvidos nesse acompanhamento, seja a referência (AE) ou contra referência (APS), algumas fragilidades

nesse percurso têm sido identificadas. Uma delas corresponde a comunicação entre os profissionais de saúde que prestam assistência a gestante, independentes dos níveis de atenção que estão inseridos. Os profissionais precisam estar atentos no sentido de promover um diálogo aberto, sensível e capaz de (com)partilhar conhecimento e promover escuta qualificada. É importante propiciar esclarecimento e adesão das gestantes às consultas e recomendações para que a gestação seja uma vivência singular e segura^{1,3,6}.

Essas fragilidades também envolvem a interação e a articulação entre a AE e a APS, no que se refere a falta de comunicação entre os trabalhadores dos serviços; desconhecimento sobre os serviços da rede de saúde; carência de Educação Permanente em Saúde; ausência de retorno dos serviços. Somam-se a isso, limitação dos recursos materiais, principalmente farmacológicos; recursos humanos insuficientes, disponibilização de resultados de exames laboratoriais e vagas para realização de ultrassonografias em tempo hábil, resultando em um cuidado fragilizado e fragmentado^{5,6}. Assim, o pré-natal de alto risco requer maior inter-relação e comunicação entre os diversos níveis da RAS, maiores investimentos, para que o cuidado seja produzido de forma integral, com melhor cobertura e melhoria dos indicadores em saúde⁵.

Outras debilidades na atenção pré-natal correspondem aos encaminhamentos tardios das gestantes, seja decorrente do número de vagas disponíveis na AE ou pelo início tardio do pré-natal. Outro fator que potencializa as fragilidades é a deficiência na busca ativa das gestantes faltosas, realizadas geralmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que representa um elo entre a equipe de Saúde da Família e a comunidade assistida^{7,8}. Como resultados, observam-se, complicações significativas que comprometem a saúde materna e fetal, dificultando muitas vezes, a possibilidade terapêutica adequada ao binômio¹.

Diante dessas premissas, a pesquisa justifica-se pela importância da realização de uma assistência de qualidade no pré-natal de alto risco, permitindo discutir as fragilidades ocorridas nesses atendimentos, além de analisar uma possível (re)organização dos serviços de saúde, para que possam atender as necessidades das gestantes, prevenindo resultados indesejáveis. Diante disso, pode-se oferecer um atendimento de forma planejada e partilhada entre os profissionais nos diversos níveis de atenção à saúde.

Assim, esse estudo teve o objetivo de relatar e analisar as fragilidades na assistência as gestantes de alto risco na Atenção Primária a Saúde, em um município da região Sul, Estado da Bahia.

Método

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, desenvolvida na Atenção Primária a Saúde, com o intuito de analisar as fragilidades no atendimento ao pré-natal de alto risco, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em município da região Sul do Estado da Bahia, no período de março a julho de 2020.

O estudo descritivo relata as características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis das experiências vivenciadas⁹. O método qualitativo deve ser entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais^{10,11}.

O presente estudo foi realizado, com base nas experiências práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual de Santa Cruz, onde foram desenvolvidas atividades relacionadas a assistência de Enfermagem as gestantes do território onde

se encontra a UBS. Esses atendimentos foram efetuados pelas Enfermeiras e Médicos da Equipe de Saúde da Família juntamente com a Enfermeira residente, na assistência ao pré-natal de alto risco.

A experiência teve início em março, logo após a instalação da pandemia do novo Coronavírus no Brasil. Os atendimentos que antes desse contexto pandêmico ocorriam duas vezes na semana, com um quantitativo de até 5 gestantes por turno, passou a ser ampliado para atendimentos diários, agendados por horários marcados e um número de 3 gestantes por turnos, para reduzir aglomerações e tempo de espera na unidade.

Com essa modificação no fluxo de atendimentos, o pré-natal passou a ser uma das atividades prioritárias da APS, havendo agendamentos também nas consultas médicas. As gestantes que estavam com idade gestacional avançada, tiveram seu acompanhamento mantido, porém as que eram diagnosticadas como alto risco tinham seu pré-natal também acompanhado na AE. Na unidade havia três equipes de Saúde da Família, contabilizando pouco mais de 30 gestantes cadastradas, dentre estas, em torno de 10 eram classificadas como gestantes de alto risco.

Nesse processo, algumas fragilidades foram vivenciadas, como a demora nos resultados dos exames laboratoriais, dificuldades na obtenção de vagas para realização de ultrassonografias e encaminhamentos para consultas na AE. Além da inexistência de comunicação entre a AE e APS, não havendo um fluxograma de atendimento ou instrumento de interação na RAS, dificultando a acessibilidade dessas gestantes na adesão as consultas e/ou retornos na AE.

Outas dificuldades vivenciadas foram: a escassez de recursos farmacológicos para tratamento de patologias importantes, que podem causar danos à saúde materno infantil, como medicamentos para Sífilis e Toxoplasmose; medicações de uso contínuo, como sulfato ferroso e ácido fólico, necessários para o desenvolvimento fetal; falta do repelente preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo fundamental para prevenir doenças como dengue, chikungunya e o Zika vírus, precursor da microcefalia.

A percepção dessas deficiências existentes na assistência ao pré-natal, podem provocar danos tanto no diagnóstico precoce de gravidez de alto risco como nos atrasos relacionados aos encaminhamentos a AE, facilitando a possibilidade de ocorrer complicações.

Resultados e Discussões

A APS é compreendida como o primeiro contato do usuário na rede de serviços, buscando garantir a acessibilidade universal, a integralidade do cuidado, do vínculo, continuidade da assistência, da responsabilização, humanização, longitudinalidade, visando a promoção, prevenção, reabilitação e a assistência dentro dessa RAS ^{4,12,13}.

Para que a APS cumpra seu papel, torna-se fundamental que a população participe e reconheça que as UBS podem resolver grande parte de suas necessidades de saúde, sendo fundamental a difusão de informações e que os gestores e as equipes de saúde organizem os serviços, de modo que estes possam ser, de fato, acessíveis e resolutivos¹³.

Nesse contexto, a preocupação com a saúde da mulher e da criança vem sendo um dos eixos prioritários do Ministério da Saúde (MS), que ao longo dos anos, criou diversas políticas e programas, que auxiliam na ampliação e na melhoria das condições de vida e saúde das mulheres. Nesse sentido, destacam-se o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que surgiu com o intuito de regularizar a assistência a gestante em todo Brasil; o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, culminando em 2011,

com lançamento do Programa Rede Cegonha. Esse último proporciona às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida^{7,14}.

Todos esses programas estão fundamentados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a garantia do acesso, acolhimento. Com escuta qualificada, resolutividade e redução da mortalidade do binômio^{4,7,14}.

Desse modo, garantir uma assistência de qualidade no pré-natal na APS, permite o reconhecimento de fatores desfavoráveis, tanto para a mãe quanto para o feto, identificando variáveis clínicas e patológicas que permitem intervenções e tratamentos oportunos, possibilitando desfechos favoráveis para a saúde materna e infantil^{2,3}.

Entretanto, os profissionais de saúde, envolvidos na assistência ao pré-natal, devem prestar atenção aos processos propedêuticos, que envolvem uma avaliação de qualidade, desde a anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico, além da análise dos exames laboratoriais e de imagens que permitem um diagnóstico preciso⁴.

Contudo, durante a vivência no acompanhamento pré-natal, foi possível evidenciar muitas lacunas, como atrasos nos resultados dos exames laboratoriais, o que dificultava intervenções precoces no processo saúde-doença das gestantes. Outras dificuldades estavam relacionadas as vagas para realização de Ultrassonografias, importante exame que auxilia na identificação de complicações fetais significativas, como alterações do líquido amniótico, anomalias congênitas, alterações esqueléticas, cardiovascular, dentre outras anormalidades gestacionais, possibilitando ações oportunas e mais acertadas¹⁵.

Diante disso, as gestantes aguardavam por um tempo expressivo para conseguir realizar o exame e muitas vezes se esforçavam para realizar a ultrassonografia obstétrica na rede particular, impactando em sua situação econômica¹. Outra fragilidade percebida relaciona-se a dificuldade na captação das gestantes faltosas com o apoio dos ACS, profissionais inseridos na comunidade que podem identificar essas gestantes, através de visitas domiciliares ou por meio da busca ativa⁷.

Esses profissionais são de extrema importância, pois possuem contato diariamente com as/os usuárias/os do serviço de saúde e conseguem manter a equipe informada das vulnerabilidades e/ou determinantes sociais que as gestantes vivenciam, além de facilitarem o processo de formação de vínculos entre as equipes de saúde, a gestante e a família. Os ACS têm grande importância na disseminação de informações, na orientação sobre agendamentos de consultas, exames, no acompanhamento das necessidades das usuárias. Por esse ângulo, quando ocorre descontinuidade nos processos, resulta em fragmentação da assistência^{7,16}.

Diante dos diferentes fatores que podem interferir na qualidade da assistência do pré-natal de alto risco, destaca-se os encaminhamentos tardios, que decorrem por redução no número de vagas na AE ou por demora em identificar e/ou classificar a gestação como sendo de alto risco. São inúmeras as dificuldades analisadas, mas dentre todas apresentadas, a ausência de comunicação entre os profissionais da APS e AE, ou até mesmo, de um instrumento que facilite a troca de informações entre esses serviços, prejudicava a continuidade do cuidado. Uma vez que a gestante é encaminhada para o AE, esse vínculo adquirido na APS não deve ser perdido e o acompanhamento do seu pré-natal deve ser compartilhado entre os diferentes níveis de atenção. Por isso, a comunicação precisa ser dinâmica, para que a gestante possa ter a integralidade da assistência⁴.

O compartilhamento de informações permite além da continuidade do cuidado, a otimização do

tempo e dos recursos, a garantia da qualidade da assistência e da promoção da saúde. Porém, esse processo ainda se encontra desarticulado e por vezes os serviços não são capazes de oferecer uma atenção continuada, com melhores desfechos em saúde o que leva a uma desvalorização da Atenção Básica, no que tange a organização dos serviços e coordenação da rede de saúde⁵.

Essa precarização da comunicação na RAS, gera desencontros de informações fornecidas às usuárias, deficiências na acessibilidade, pois muitas vezes elas não compreendem em qual nível de atenção precisa ser atendida. Nessa perspectiva há desinformações quanto aos fluxos de agendamentos e até descontinuidade dos processos terapêuticos^{4,5,7}.

Vale ressaltar que essas fragilidades envolvem questões importantes como envolvimento e atuação da gestão, infraestrutura inadequada das unidades, quantitativo de recursos humanos, financiamento da saúde e descontinuidade na disponibilização de materiais, principalmente farmacológicos^{13,17}.

Assim as ações de cuidados dos profissionais de saúde, envolvidos no pré-natal de alto risco, evidenciaram desafios que necessitam de melhorias no que diz respeito à redução de complicações do binômio, preconizadas por todos os programas de saúde materno e infantil no âmbito nacional e requer mais comprometimentos dos Estados e municípios. Importante a organização dos fluxos, melhoria nas informações e ações intersetoriais para a promoção do cuidado integral a todas as gestantes.

Considerações Finais

As fragilidades observadas no atendimento do pré-natal de alto risco, permitiu o (re)conhecimento e a análise da importância do compromisso e da responsabilidade que cada serviço de saúde deve exercer no cuidado inerente às gestantes. É necessário a implementação das políticas públicas existentes no país, com o envolvimento de todos os atores no processo, seja na gestão ou na assistência. A fragmentação do cuidado implica na saúde do binômio e pode culminar em perdas irreparáveis. A percepção dessas fragilidades permitiu compreender a necessidade de uma reorganização dos serviços e das práticas, que possibilite melhor interação entre os profissionais, o compartilhamento de informações e principalmente a necessidade de uma educação permanente e continuada.

Esse estudo descortinou as dificuldades que os profissionais de saúde têm enfrentado para realizar os atendimentos no pré-natal, incluindo falhas relacionadas as questões estruturais, materiais e humanas. Diante disso, permitiu reflexões que evidenciaram a importância de uma assistência de qualidade às gestantes de alto risco, com profissionais sensíveis e implicados com o cuidado do outro.

Referências

¹ Costa LD, Perondi AR, Cavalheiri JC, Ferreira AS, Teixeira GT, Bortoloti DS. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. Revista Rene. 2016 jul-ago; 17(4):459-65. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4931>> Acesso em: 14 de agosto de 2020.

² GADELHA, I. P. Et al. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. Revista Rene. 2020;21. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/42198/99993>> Acesso em: 16 de agosto de 2020.

- ³ Vitória TO; Moreira RCR. Acessibilidade de gestantes ao pré-natal de alto risco. Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana, 7(3): 45-51, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva>> Acesso em: 18 de agosto de 2020.
- ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. - 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- ⁵ Neto JF, Braccialli LAD, Correa MESH. Comunica o entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. Atas CIAIQ -Investiga o Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud, Volume 2, 2018. Disponível em: <<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1769>> Acesso em: 16 de agosto de 2020.
- ⁶ Silva AA, Jardim MJA, Rios CTF, Fonseca LMB, Coimbra LC. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. Revista Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v. 9, ex, p. 1-20, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/32336>> Acesso em: 16 de agosto de 2020.
- ⁷ Caldeira S, Luz MS, Tacla MTGM, Machineski GG, Silva RMM, Pinto MPV, Ferrari RAP. A es de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. REME, 2017. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e992.pdf>> Acesso em 21 de agosto de 2020.
- ⁸ Canever BP, Mattia D, Virtuoso AM, Schmitt KR, Fontoura MHC, Amestoy SC, Trindade LL. Percep es das agentes comunitárias de saúde sobre o cuidado pré-natal. Invest Educ Enferm. 2011;29(2): 204 -211. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/5244/9182>> Acesso em: 21 de agosto de 2020.
- ⁹ Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4  ed. São Paulo: Atlas; 2007.
- ¹⁰ Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elabora o de disserta o. 3  ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC; 200. Disponível em: <<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>> Acesso em: 21 de agosto de 2020.
- ¹¹ MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
- ¹² Ruschi GEC, Zandonade E, Miranda AE, Ant nio FF. Determinantes da qualidade do pré-natal na Aten o Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. Cad. Saúde Colet., 2018, Rio de Janeiro, 26 (2): 131-139. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2018000200131&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 14 de agosto de 2020.
- ¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto S rio – Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Aten o Básica. Saúde das Mulheres. Brasília/ DF, 2016.
- ¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Portaria N  1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema  nico de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília/DF. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 19 de agosto de 2020.

¹⁵ Peralta CFA, Barini R. Ultrassonografia obstétrica entre a 11^a e a 14^a semanas: além do rastreamento de anomalias cromossômicas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(1):49-57. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n1/a08v33n1.pdf>> Acesso em: 22 de agosto de 2020.

¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/ DF. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 22 de agosto de 2020.

¹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos. Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília/DF, 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf> Acesso em: 22 de agosto de 2020.

Submissão: 03/09/2020

Aceite: 10/07/2021