



Interdisciplinaridade no cuidado às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal

Interdisciplinary care for women during the pregnancy-puerperal cycle.

Ernanda Mezaroba

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1603-0330>

E-mail: ernanda@ufcspa.edu.br

Bárbara Rodrigues Araujo

Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6508-6955>

E-mail: barujo24@gmail.com

Simone Travi Canabarro

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9339-590X>

E-mail: simonet@ufcspa.edu.br

Franciele Mattei

Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura Municipal de Lajeado

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2414-1847>

E-mail: mattei.franciele@gmail.com

Resumo:

Objetivo: descrever a experiência exitosa na perspectiva do trabalho interdisciplinar a mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência sobre o trabalho em equipe, realizado por profissionais de saúde a mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, em uma Estratégia de Saúde da Família localizada em um município no interior do Rio Grande do Sul. Nesse contexto, a metodologia de trabalho iniciou em meados de 2019 e, atualmente, está consolidada dentre as estratégias de qualificação do serviço. **Resultados:** a integração das forças de trabalho entre as diferentes categorias profissionais possibilitou aumentar o potencial de resolutividade e a garantia de uma atenção integral às mulheres durante a gravidez e puerpério. Além disso, o cuidado em conjunto propiciou o exercício da interdisciplinaridade, a aproximação entre os membros da equipe e o desenvolvimento de novas capacidades profissionais para uma atuação colaborativa em equipe voltada à qualificação da assistência ao pré-natal e puerpério. **Considerações finais:** a ampliação da integração entre a equipe permitiu que diferentes olhares, ao longo do acompanhamento do período gravídico-puerperal por meio da construção e reconstrução de conhecimentos e das interações constantes entre os profissionais, contribuíssem para assegurar a qualidade da assistência. Ademais, a metodologia adotada não demandou investimentos financeiros adicionais para o sistema de saúde, visto que dependeu do protagonismo e responsabilização dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Cuidado pré-natal; Atenção Primária à Saúde; Equipe de assistência ao paciente; Práticas interdisciplinares.

Abstract:

Objective: to describe the successful experience from the perspective of interdisciplinary work with women during the pregnancy-puerperal cycle. **Methods:** this is a descriptive study of the experience report type, developed from the experience of teamwork carried out by health professionals with women during the pregnancy-puerperal cycle, in a Family Health Strategy located in a municipality from the interior of Rio Grande do Sul. The work methodology started in mid-2019 and is currently consolidated among the service qualification strategies. **Results:** the integration of the workforce between the different professional categories made it possible to increase the potential for problem-solving and the guarantee of comprehensive care for women during pregnancy and the postpartum period. In addition, joint care provided the exercise of interdisciplinarity, the approximation between team members and the development of new professional skills for collaborative teamwork aimed at qualifying prenatal and postpartum care. **Final considerations:** the expansion of integration between the team allowed different perspectives throughout the monitoring of the pregnancy-puerperal period, which through the construction and reconstruction of knowledge and constant interactions between professionals, all contributed to ensuring the quality of care. Furthermore, the methodology adopted did not require additional financial investments for the health system, as it depended on the protagonism and accountability of professionals.

Keywords: Women's health; Prenatal care; Primary health care; Patient care team; Interdisciplinary placement.

Introdução

As políticas de saúde voltadas à saúde da mulher ganharam espaço a partir de 1983, por meio da implementação do “Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS). Este programa buscou definir ações prioritárias para os cuidados em saúde das mulheres de acordo com as necessidades identificadas. Em 2003, a equipe técnica do MS, que atua na área de saúde da mulher, avaliou os aspectos favoráveis e desfavoráveis quanto ao PAISM e iniciou a elaboração da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes”. Tal política, lançada no ano de 2004, ampliou o cuidado com a saúde da mulher e buscou promover melhores condições de vida e de saúde, mediante ações que facilitam o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.¹

No MS, a saúde das mulheres é de responsabilidade do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, que desenvolve ações por temas estratégicos, tais como, planejamento reprodutivo, atenção obstétrica, vigilância epidemiológica do óbito materno, violência sexual e doméstica, climatério, gênero e saúde mental, feminilização da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e infecções sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama.¹ Nesta conjuntura, em 2011 foi instituída a Rede Cegonha, com o propósito de solidificar uma rede de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e

ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para o desenvolvimento da Rede Cegonha, suas propostas foram organizadas em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação.²

Apesar da importância da Rede Cegonha, o atendimento em geral requer que os profissionais tenham familiaridade e efetividade no atendimento à gestante. Dessa maneira, entende-se que o conjunto da mulher, recém-nascido e da família devem receber um atendimento adequado durante a gravidez, trabalho de parto, parto, período pós-parto e neonatal.

A porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Atenção Primária à Saúde (APS). Ela é capaz de fazer o enlace do cuidado, uma vez que é um centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A APS é a coordenadora do cuidado e tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como elemento chave para a expansão, consolidação e qualificação das ações em saúde.³ Assim, no que diz respeito aos componentes que envolvem o pré-natal, parto e puerpério, as propostas da APS entrelaçam-se às propostas da Rede Cegonha, possibilitando uma maior garantia de melhores resultados em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal.

No cenário da ESF, a atuação em equipe e a responsabilidade compartilhada entre os profissionais da saúde possibilitam um olhar ampliado e, por meio de um processo sistematizado, propiciam também desfechos favoráveis no pré-natal, parto e puerpério.⁴ Transcender o olhar fragmentado possibilita, por fim, que se alcance a interdisciplinaridade,⁵ potencializando um cuidado integral e com maior resolutividade, especialmente por ser centrado nas necessidades dos pacientes.⁶

Nessa perspectiva, Japiassu, estudioso brasileiro na área da saúde, define interdisciplinaridade como um processo no qual ocorre interatividade mútua, em que todas as disciplinas envolvidas influenciam e são influenciadas umas pelas outras. A partir dessa interação, torna-se possível ampliar conhecimentos e religar fronteiras. O autor refere que a interdisciplinaridade se estabelece como prática e como ação, transpondo a dicotomia entre a pesquisa teórica e a pesquisa aplicada, bem como entre conhecimento e prática.⁷

De fato, no espaço interdisciplinar, a fragmentação do cuidado parece e predomina uma nova forma de conhecimento e prática, sendo que a base desse processo é o diálogo entre as disciplinas.⁸ Sob essa ótica, dentre os campos mais férteis e avançados dos diversificados saberes disciplinares destaca-se a Saúde Coletiva. Esta fertilidade deriva de sua complexidade, tanto em termos discursivos, como em termos de práticas tecnológicas e de estilos de expressão entre seus saberes e práticas. Limitar essa complexidade a um paradigma monodisciplinar é negar a complexidade e decretar, a médio e longo prazos, o enfraquecimento e a ruína consecutiva do campo da Saúde Coletiva.⁹

Por outro lado, a criação de um estilo de pensamento interdisciplinar e interprofissional na saúde somente será consolidada se ampliarmos, disseminarmos e potencializarmos experiências educacionais e de trabalho que produzam interações entre diferentes coletivos de pensamento e investigarmos o impacto dessas ações.¹⁰ Nessa perspectiva, os profissionais de uma ESF se dedicaram, a partir da proposta de atuação interdisciplinar, a implementar cuidados por meio de uma maior integração quanto ao processo de trabalho no atendimento a mulheres que vivenciam o período de pré-natal e puerpério. Dessa forma, este artigo justifica a relevância de seu objetivo: descrever a experiência exitosa na perspectiva do trabalho interdisciplinar a mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Metodologia

Estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o trabalho em equipe, realizado por profissionais de saúde a mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, em uma ESF localizada em um município no interior do Rio Grande do Sul. A área de abrangência da ESF é caracterizada por vulnerabilidade social e situações de risco, tais como pobreza, fome, violência e moradias precárias e irregulares. A população atendida pelo serviço é constituída, na sua maioria, por pessoas com baixa escolaridade, que desenvolvem trabalho em casa (do lar) ou em empresas; já outras são autônomas e algumas têm como sua única fonte de renda programas sociais do governo.

Atualmente, existem 3.032 adscritos à ESF, sendo 29% mulheres em idade fértil, ou seja, com idade entre 10 e 49 anos¹¹ e, no momento, a unidade conta com 29 mulheres em acompanhamento de pré-natal. Quanto às gestantes, a maioria depende do SUS para a realização do pré-natal; somente uma pequena parcela tem acesso a consultas e exames pela saúde suplementar, uma vez que estas mulheres possuem plano empresarial privado de saúde exclusivamente para cuidados ambulatoriais. Nesse contexto, 100% das gestantes da área de abrangência realizam o parto pelo SUS.

As características do território mencionadas acima repercutem negativamente na assistência pré-natal. Além disso, a maioria das gestações não são planejadas. Diante deste cenário, mesmo que as ações voltadas para o pré-natal, parto e puerpério tenham ampliado largamente com a criação da Rede Cegonha, tal realidade demandou a reorganização do atendimento e uma abordagem multiprofissional, buscando, dessa forma, efetivar um acompanhamento de qualidade durante o período gravídico-puerperal.¹²

Perante o exposto, este relato de experiência compartilha algumas estratégias adotadas por uma equipe de ESF, em meados de 2019, buscando responder integralmente às necessidades das

gestantes e puérperas. A equipe multiprofissional da ESF é composta pelos seguintes profissionais: agente administrativo de saúde (um), agentes comunitários de saúde (quatro), auxiliar de enfermagem (um), auxiliar de saúde bucal (um), auxiliares de serviços gerais (dois), cirurgião-dentista (um), enfermeiro (um), estagiário administrativo (um), médico clínico geral (um), pediatra (um), técnicos de enfermagem (dois).

Resultados e discussão

O acesso facilitado às gestantes pela equipe de ESF começa desde a suspeita de gravidez. A unidade, por meio do acolhimento em tempo integral, dispõe de teste urinário de gravidez para a captação precoce das gestantes, ponto de partida para qualificar a assistência pré-natal.¹³ Toda mulher em idade fértil com história de atraso menstrual de 15 dias ou mais é orientada pela equipe de saúde a realizar o teste de gravidez. Os profissionais de enfermagem de nível médio realizam o teste e a confirmação da gravidez ocorre em consulta médica ou de enfermagem, no mesmo dia. Além do teste urinário, a unidade também conta com a disponibilidade de teste de gravidez sanguíneo para os casos em que o resultado do teste urinário for negativo.

Confirmada a gravidez, a consulta é agendada para outro dia apenas quando o teste é realizado no final do turno de trabalho, não havendo tempo hábil para a realização de uma consulta. Nesse caso, o atendimento é agendado para o dia seguinte. Contudo, apesar do acesso facilitado e do olhar atento dos profissionais quanto à presença de sinais e sintomas de gestação nas mulheres adscritas à equipe, algumas gestantes procuram a ESF para iniciar o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação, por vezes comprometendo os cuidados de saúde em tempo oportuno.^{5,13} Percebe-se que os principais motivos para o início do pré-natal tardiamente são a falta de planejamento e a insatisfação com a gravidez, além de outros fatores, incluindo: multiparidade, desconhecimento da gravidez e baixa escolaridade. Dados semelhantes apareceram em estudos que mostraram associação entre a não realização de pré-natal com menor escolaridade, ser solteira e ser múltipara,^{14,15} além de gravidez indesejada, insatisfação com a gravidez e tentativa de interrupção da gestação.¹⁵

A primeira consulta de pré-natal é habitualmente realizada pelo enfermeiro, que conta com protocolo de enfermagem de pré-natal instituído no município, respaldado pela lei do exercício profissional. A consulta de enfermagem de pré-natal objetiva viabilizar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa.¹¹

Nesse contexto, a primeira consulta de pré-natal tem duração média de 60 minutos e busca atender às orientações do MS, o qual recomenda que sejam fornecidas todas as orientações para uma gestação saudável, de forma que propicie a adesão da gestante ao seguimento adequado de pré-natal.¹¹ Para tanto, a primeira consulta de pré-natal envolve os seguintes aspectos: dados de identificação; dados socioeconômicos e culturais; antecedentes familiares; antecedentes clínicos e obstétricos; hábitos de vida; planejamento da gestação; verificação de sinais vitais e antropometria; exame físico, ginecológico e obstétrico; cálculo da idade gestacional e da data provável do parto; realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C; solicitação de exames laboratoriais do primeiro trimestre; prescrição de ácido fólico; verificação da situação vacinal; apresentação, preenchimento e disponibilização da carteira de gestante; incentivo à alimentação saudável e prevenção da toxoplasmose; encaminhamento para o pré-natal odontológico e avaliação com nutricionista; orientações sobre o pré-natal da parceria sexual. Cabe enfatizar que, quando a gestante comparece à consulta acompanhada pela parceria sexual, é iniciado o pré-natal do (a) parceiro (a) imediatamente, bem como são realizados os registros deste (a) na carteira de gestante, em espaço específico para tal.

Após a primeira consulta, o retorno da gestante é agendado para quinze dias, objetivando a verificação dos resultados dos exames do 1º trimestre o quanto antes. A partir deste momento, as consultas de pré-natal ocorrem de forma compartilhada entre médico e enfermeiro. Juntos, os profissionais buscam construir práticas humanizadas, a partir da troca dos diferentes saberes e fazeres, sem privilegiar os conhecimentos específicos da enfermagem ou da medicina. Nessa perspectiva, autores afirmam que a consulta de pré-natal compartilhada entre médico e enfermeiro possibilita, por meio das especificidades de cada profissional no atendimento às gestantes, unir os conhecimentos distintos e que se complementam, propiciando benefícios na assistência e contribuindo na melhoria dos indicadores de saúde da mulher e da criança.⁴

Ao chegar na unidade para consulta de pré-natal, a gestante é acolhida e encaminhada para verificação de sinais vitais e antropometria com os técnicos de enfermagem. Após, a gestante e acompanhante, se for o caso, são direcionados ao consultório para dar início ao atendimento compartilhado, com duração média de 30 minutos. Cabe destacar que, previamente à primeira consulta compartilhada, orienta-se as gestantes sobre o funcionamento desta modalidade de consulta, cabendo à paciente o direito à recusa desta modalidade de atendimento. No entanto, nunca houve recusa e, comumente, as gestantes referem aos membros da equipe satisfação com a metodologia de atendimento compartilhado.

Por outro lado, a presença de acompanhante, escolhido pela gestante nos atendimentos, também é garantida e incentivada, conforme previsão em lei, propiciando o envolvimento deste nos cuidados à gestante. Nesse sentido, autores recomendam que a atenção pré-natal seja voltada para a família. Além disso, é necessário que seja identificada a pessoa mais importante, do ponto de vista da gestante, para participar dos atendimentos e atuar como suporte.¹⁶ Quando é estimulada a presença do (a) parceiro (a), de familiar ou até mesmo de pessoa de confiança durante as consultas de pré-natal, proporciona-se sensação de segurança e apoio à gestante, favorecendo no momento do parto, na amamentação e em outros cuidados que se fazem necessários neste período.¹⁷

Para a fluidez da consulta compartilhada, houve a necessidade de sistematizar a dinâmica de cuidados e ações. Esta prática estimula as ações interdisciplinares entre enfermagem, médico, dentista e agentes de saúde, criando um novo saber que tem significado para as gestantes e suas famílias. No diálogo das especificidades se constroem ações em conjunto que não só encaminham ao outro profissional. Nestas circunstâncias, é realizado também o seguimento das necessidades com base na história de cada gestante. Para isso, foi elaborado um instrumento estruturado, envolvendo os mais diversificados aspectos e cuidados que devem ser assegurados às pacientes durante o período gravídico-puerperal. O instrumento trata-se de um formulário em via física que possibilita melhor visualização dos cuidados realizados e das ações que ainda precisam ser realizadas, assegurando um monitoramento de qualidade.

Na consulta compartilhada, a gestante é acolhida pelos profissionais médico e enfermeiro e questionada sobre como foi o período entre a última consulta e a atual. A paciente é motivada a compartilhar experiências e a falar sobre os seus sentimentos, a relação com o grupo familiar, os amigos, o trabalho, as dificuldades e as dúvidas. Os profissionais realizam escuta ativa e dialogam com as gestantes sobre os sinais e sintomas esperados ao longo da gestação e situações que demandam cuidados especiais ou ampliação da equipe de atendimento, a exemplo de suporte de equipe especializada em saúde mental. Preconiza-se, ao longo das consultas, respeitar e valorizar as demandas expostas, bem como, por meio da educação em saúde, propiciar subsídios para ampliar o conhecimento e a autonomia das pacientes, preparando a mãe e a família para a chegada do bebê.

As queixas mais comuns na gestação e os sinais de intercorrências clínicas e obstétricas são pesquisados e avaliados em todas as consultas. A maioria dos procedimentos são realizados conjuntamente entre médico e enfermeiro, dentre eles: cálculo da idade gestacional, avaliação dos sinais vitais e do ganho de peso, palpação abdominal, medição da altura uterina, ausculta fetal, verificação da presença de edema, avaliação dos resultados dos exames e registros na caderneta de gestante.

O cuidado em conjunto possibilitou aos profissionais ampliar as competências técnicas, as habilidades, o comprometimento, as considerações e as expectativas acerca das ações desenvolvidas no atendimento às gestantes e puérperas. Assim, pode-se inferir que a consulta compartilhada propicia a detecção mais precoce de problemas potencialmente de risco, diminuindo chances de intercorrências e permitindo alcançar melhores resultados na saúde do binômio mãe-filho.

As situações de maior vulnerabilidade identificadas na anamnese e no exame físico são destacadas na caderneta da gestante e subsidiam ações e condutas, além de alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal e o parto. Muitas vezes, diante de um fato específico (gestante hipertensa, por exemplo), ações interdisciplinares são discutidas em conjunto e um plano terapêutico é estabelecido. Isso inclui visitas domiciliares e atividades com o grupo familiar para que se instale uma rede de proteção à maternidade segura. Além disso, a estratificação de risco acontece em todos os atendimentos, visto que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento.¹¹

Cabe ressaltar que a ESF se caracteriza por elevado número de gestações de alto risco, representando mais de 50% das gestantes, sendo a Diabetes Mellitus Gestacional a morbidade mais prevalente. Além disso, existe um considerável quantitativo de gestantes com sobrepeso ou obesidade na área de abrangência. Já como fatores de risco relacionados à história reprodutiva anterior, os mais frequentes são a multiparidade e duas ou mais cesáreas prévias. Sob essa ótica, dados semelhantes foram evidenciados em outra pesquisa com uma amostra de 572 mulheres, em que 357 destas (62,4%) apresentaram alguma morbidade na gestação, destacando-se hipertensão, diabetes e anemia.¹⁸

A identificação de risco gestacional possibilita orientação e encaminhamento adequado. Nesses casos, a gestante tem atendimento agendado com obstetra em serviço especializado, tendo o acesso facilitado garantido. Tal realidade demonstra discrepância com relação ao contexto de pesquisa em que gestantes de alto risco nem sempre conseguem acessar o serviço especializado, comprometendo a qualidade do pré-natal.^{13,19} Vale destacar que a ESF preconiza manter o seguimento da gestante, mesmo quando está em acompanhamento de pré-natal em serviços de maior complexidade, visto que a unidade de referência da APS deve ser a coordenadora do cuidado e responsável pelo acompanhamento longitudinal.^{3,20}

Contudo, estudo identificou realidade em que apenas 46,5% das 1.886 gestantes de alto risco entrevistadas mantiveram também o pré-natal na APS após encaminhamento para atenção especializada.¹⁹ Autores recomendam que as gestantes que são referenciadas para serviços especializados tenham a gestão do cuidado compartilhada, ou seja, os profissionais do serviço

especializado devem compartilhar o manejo dispensado para a gestante com os profissionais da unidade de origem. Por outro lado, os profissionais da APS devem informar aos profissionais especializados quanto às ações desenvolvidas com a gestante.²¹

O documento de referência é fornecido às pacientes em todas as situações que acontece referenciamento a outros serviços. Outra ferramenta utilizada é o prontuário eletrônico, no qual todos os cuidados em saúde realizados pela equipe são registrados. O prontuário eletrônico está integrado entre os seguintes serviços do município: unidades da atenção básica; serviço de atendimento obstétrico municipal de referência para alto risco; Centros de Atenção Psicossocial; e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A integração do prontuário eletrônico em rede potencializa o cuidado em saúde e a gestão clínica, além de promover a organização e a efetividade dos cuidados da RAS.^{22,23}

Assim, a equipe consegue visualizar os cuidados realizados por outros serviços, a exemplo de situações de saúde mental atendidas pela equipe especializada e intercorrências clínicas de urgência e emergência atendidas na UPA. Já no caso de intercorrências obstétricas, as pacientes são encaminhadas para o serviço de obstetrícia hospitalar, no qual o prontuário eletrônico não é integrado. Entretanto, o serviço hospitalar tem consolidado a rotina de fornecer contrarreferência, facilitando a continuidade do cuidado pela APS.

Com relação aos exames laboratoriais do 1º, 2º e 3º trimestres de gestação recomendados pelo MS¹¹, todos são disponibilizados pelo SUS no município. No que se refere aos exames de imagem, o município oferece ultrassonografia obstétrica com translucência nugal no 1º trimestre gestacional, ultrassonografia obstétrica morfológica no 2º trimestre e ultrassonografia obstétrica no 3º trimestre. O protocolo municipal de atendimento à gestante não prevê a solicitação de exames de imagem pelo enfermeiro. Assim, na primeira consulta de pré-natal, o enfermeiro articula com o médico a fim de ter acesso à prescrição do exame. Nesses casos, apesar do desconforto e da dependência do profissional médico, a situação não tem implicado em prejuízos às gestantes.

Os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite B e C são realizados trimestralmente pelo enfermeiro durante a consulta compartilhada, evitando a necessidade de retorno da gestante à unidade em outro momento. Quanto à prescrição de medicamentos, com exceção do ácido fólico, é restrita ao profissional médico. No que se refere à periodicidade das consultas, é respeitada a frequência preconizada pelo MS, ou seja, mensais até a 28ª semana de gestação, quinzenais entre a 28ª e a 36ª semanas e semanalmente a partir da 36ª semana.¹¹ Quando o trabalho de parto não ocorre espontaneamente até a 41ª semana, tem-se instituída a rotina de encaminhar a gestante ao Centro Obstétrico para indução do trabalho de parto.

Outro cuidado que busca assegurar a qualidade do pré-natal é com relação ao atendimento odontológico da gestante. Preconiza-se o agendamento da consulta com dentista para o mesmo dia da consulta compartilhada. Em casos em que a gestante resiste ao pré-natal odontológico, o dentista é incluído na consulta compartilhada juntamente com médico e enfermeiro. Nesses casos, os profissionais buscam escutar as dificuldades e sensibilizar a gestante quanto à importância da saúde bucal e sua associação com a gravidez, esclarecendo as dúvidas da gestante.

A estratégia tem sido eficaz, uma vez que viabiliza orientações em saúde bucal. Muitas vezes, apesar da resistência, a gestante acaba vinculando-se também ao odontólogo, possibilitando avaliação da cavidade oral e cuidados com a saúde bucal. Todavia, apesar da recomendação de atendimento odontológico a todas as gestantes,¹¹ outro estudo comprovou que apenas 45% das 6.125 gestantes entrevistadas tiveram a cavidade oral examinada ao longo da gestação,²⁴ mostrando que o atendimento odontológico às gestantes ainda tem uma longa caminhada para a sua solidificação enquanto proposta de atendimento integral.

As gestantes também são incentivadas a participar de atividades em grupos que acontecem no hospital de referência para o parto, buscando atender ao direito que possuem de conhecer e ter vínculo com o centro obstétrico e a maternidade onde receberá assistência.²⁵ A atividade acontece mensalmente e o agendamento é realizado pela equipe da ESF a fim de estimular a participação. Autores²⁶ afirmam que o vínculo da gestante com a maternidade de realização do parto durante o pré-natal evitará a peregrinação pelos estabelecimentos de saúde no momento do parto ou em caso de emergências.

Quanto às gestantes faltosas, a equipe realiza busca ativa imediata por meio de contato telefônico. Caso não seja obtido sucesso no contato, o ACS é acionado para realizar a busca por meio de visita domiciliar. Cabe destacar que os ACS realizam visitas domiciliares mensais às gestantes, puérperas e familiares, atuando como um elo entre a comunidade e a equipe, mostrando-se como protagonistas essenciais no cuidado. A equipe conta com 4 ACS, tendo aproximadamente 750 pessoas vinculadas a cada profissional, conforme preconizado pela PNAB. Contudo, a busca ativa de gestantes faltosas é estratégia prioritária destes profissionais. Sempre que necessário, o ACS realiza mais do que uma visita mensal às gestantes. Nos casos em que não é obtido sucesso no seguimento de pré-natal, é prevista a articulação com o Conselho Tutelar e o Ministério Público.

No que tange aos papéis dos técnicos de enfermagem, também ficam atentos ao calendário vacinal das gestantes, seja na hora do acolhimento ou em outros momentos que a gestante frequenta a unidade. Os imunobiológicos são disponibilizados na unidade diariamente. Com relação ao atendimento nutricional, a ESF não dispõe de nutricionista. Por isso, as gestantes são encaminhadas

para atendimento em uma unidade básica de referência próxima ao território, que também utiliza prontuário eletrônico. Assim, sempre que se faz necessária, é realizada articulação com o profissional nutricionista sem dificuldades. Portanto, pode-se inferir que as gestantes e puérperas contam com uma equipe interdisciplinar comprometida com o atendimento integral da sua população. Logo, efetivamente garante-se o sucesso da assistência pré-natal, vislumbrado pelo trabalho de qualidade desenvolvido pela equipe multidisciplinar.¹⁷

Dirigindo-se à finalização da assistência ao período gravídico-puerperal, estão as consultas de puerpério imediata e tardia, também compartilhadas entre médico e enfermeiro. A primeira consulta ocorre imediatamente após a alta hospitalar, atendendo à ação estratégica de atenção humanizada e qualificada.²⁷ Para a captação precoce das puérperas, são utilizadas principalmente três estratégias: sensibilização ainda durante o pré-natal quanto à importância de buscar a unidade precocemente após o parto; vigilância ativa pelos ACS; busca ativa por meio da informação de nascimentos recebida semanalmente pelo setor da Vigilância Epidemiológica.

Nesse sentido, dados semelhantes também foram encontrados em um estudo que evidenciou a captação precoce para o acompanhamento puerperal e da criança por meio da articulação entre os serviços hospitalares e da APS. Entretanto, em muitos lugares, não existem estratégias implementadas e os atendimentos acontecem somente por busca espontânea da puérpera.¹³ Além disso, o estudo evidenciou que das 572 mulheres entrevistadas, 142 (24,8%) não realizaram consulta puerperal, sendo mais comum em mulheres com menor escolaridade e menor renda,¹⁸ dando margem para desfechos desfavoráveis.

Na consulta puerperal, médico e enfermeiro registram em prontuário e nas cadernetas da gestante e da criança os dados do parto e do recém-nascido, de acordo com a nota de alta fornecida pelo hospital. Além disso, realizam o exame físico e ginecológico, incluindo o exame das mamas; acolhem e avaliam as queixas da puérpera; observam o vínculo entre mãe, bebê e demais familiares; esclarecem dúvidas; orientam sobre a amamentação e os cuidados com o recém-nascido.

O retorno da puérpera para a consulta puerperal tardia é agendado para em torno de 40 dias após o parto. Nessa consulta, os profissionais preconizam a realização do exame das mamas e ginecológico se houver queixas; investigam a cessação ou não dos lóquios; revisam a amamentação; orientam sobre planejamento familiar e definem junto à puérpera o método contraceptivo mais adequado.¹¹ A partir deste momento, encerram-se os cuidados voltados para o período gravídico-puerperal e a paciente é orientada a seguir com os cuidados em saúde recomendados pela política de saúde das mulheres.

Merece destaque que a consulta compartilhada permite a troca de conhecimentos e responsabilidades entre os diferentes profissionais, fortalecendo o vínculo entre a equipe e as gestantes e puérperas, superando barreiras cristalizadas pela racionalidade biomédica. Além disso, considerando-se que o método busca ampliar a alfabetização em saúde das pacientes e familiares, infere-se que também diminuiu as chances de desfechos desfavoráveis ao longo do pré-natal, parto e puerpério.

Nesse sentido, outro estudo também comprovou que o acompanhamento de pré-natal realizado conjuntamente com os profissionais médico e enfermeiro garantiu melhores índices de orientações em comparação à realização de seguimento com apenas um profissional. Por outro lado, as pacientes que foram atendidas somente pelo profissional médico receberam menos orientações com relação a alguns aspectos, dentre eles: visita ao hospital de referência para o parto; acompanhamento durante o parto; sinais de risco na gestação; riscos quanto ao uso de fumo e álcool; riscos de automedicação e; amamentação exclusiva até os seis meses de idade.⁴

Por fim, a prática de compartilhamento de saberes e cuidados no acompanhamento de pré-natal e puerpério mostrou-se como elemento essencial para a condução eficaz do processo de trabalho. Esta prática interdisciplinar possibilitou identificar lacunas de conhecimento e inseguranças e superar tais situações por meio de trocas de experiências e relações mútuas de ajuda.

Considerações finais

A ampliação da integração entre a equipe para atendimento às gestantes e puérperas permitiu diferentes olhares ao longo do acompanhamento do período gravídico-puerperal. Nesse ínterim, todos contribuíram para assegurar a qualidade da assistência por meio da construção e reconstrução de conhecimentos e das interações constantes entre os profissionais.

Ademais, a integração das forças de trabalho entre as diferentes categorias profissionais propiciou o exercício da interdisciplinaridade, a aproximação entre os membros da equipe e o desenvolvimento de novas capacidades profissionais para uma atuação colaborativa em equipe, aumentando o potencial de resolutividade, bem como a garantia de uma atenção integral. Por outro lado, a metodologia adotada não demandou investimentos financeiros adicionais para o sistema de saúde, visto que dependeu do protagonismo e responsabilização dos profissionais.

No que tange às consultas compartilhadas, não ocorreram problemas com relação à falta de consenso entre os profissionais quanto aos cuidados prestados às gestantes e puérperas. A tomada de decisões foi, na maioria das vezes, desenvolvida de acordo com as políticas e os programas

preconizados no âmbito do SUS. Dessa forma, a atuação colaborativa entre os profissionais tornou-se uma ferramenta no cotidiano das ações desenvolvidas na ESF, refletindo positivamente no processo interdisciplinar da equipe de trabalho.

Por fim, para novas pesquisas, considera-se profícuo que sejam feitos estudos que avaliem de forma aprofundada a efetividade das ações desenvolvidas pela equipe.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; c2013-2020. [acesso em 2021 nov 10]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 27 Jun 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
4. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc. Anna. Nery. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 25(1):e20200098. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
5. Marques RJR, Rezende-Alves K, Soares CS, et al. Análise do trabalho em equipe multiprofissional para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Trab. educ. saúde. 2020 [acesso em 2022 jun 10]; 18(1):e0024172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00241>
6. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. Trab. educ. saúde. 2018 [acesso em 2022 mai 15]; 16(1):141-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>
7. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
8. Perez OC. O que é interdisciplinaridade? Interseções. 2018 [acesso em 2023 jan 03]; 20(2):454-72. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/irei.2018.39041>
9. Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas. Saude soc. 2009 [acesso em 2023 jan 03]; 18(2):304-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>
10. Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, et al. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. Interface (Botucatu). 2018 [acesso em 2022 maio 10]; 22(Suppl 2):1549-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0722>
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
12. Silva SR, Parreira BDM, Dias FA, et al. Práticas de autocuidado desenvolvidas por gestantes atendidas em um ambulatório de pré-natal. Rev. Eletr. Enferm. 2014 [acesso em 2022 jun 10]; 16(4):812-21. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.21779>
13. Teixeira RA, Ferrari RAP, Caldeira S, et al. Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators. Rev. Bras. Enferm. 2019 [acesso em 2022 maio 27]; 72(suppl 1):151-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0558>

14. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública*. 2014 [acesso em 2022 jun 10]; 48(6):977-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005283>
15. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014 [acesso em 2022 junho 11]; 30(Suppl 1):S85-S100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
16. Peres JF, Carvalho ARS, Viera CS, et al. Qualidade da relação da gestante com as pessoas próximas e o aleitamento materno. *Esc. Anna. Nery*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 25(2):e20200163. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0163>
17. Avanzi SA, Dias CA, Silva LOL, et al. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. *Rev. Saúde Col. UEFs*. 2019 [acesso em 2022 maio 26]; 9:55-62. Disponível em: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.3739>
18. Gonçalves CS, Cesar JA, Marmitt LP, et al. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2019 [acesso em 2022 maio 26]; 19(1):63-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100004>
19. Fernandes JA, Venâncio SI, Pasche DF, et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2022 jun 10]; 36(5):e00120519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120519>
20. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, et al. Processo regulatório da estratégia saúde da família para a assistência especializada. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 maio 26]; 42(116):63-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811605>
21. Kleinubing RE, Eslava DG, Padoim SMM, et al. Avaliação da atenção à saúde de gestantes com HIV: comparação entre serviço primário e especializado. *Esc. Anna Nery*. 2019 [acesso em 2022 jun 10]; 23(2):e20180258. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0258>
22. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2022 jun 10]; 25(5):1799-1808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
23. Nunes AM. Avaliação do grau de integração da atenção primária à saúde com atendimento especializado no modelo de unidade local de saúde experimentado em Portugal. *Saude soc*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 30(1):e180532. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021180532>
24. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2022 abr 10]; 33(3):e00195815. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>
25. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 28 Dez 2007.
26. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 [acesso em 2022 maio 10]; 19(7):1999-2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 6 Ago 2015.