

GESTANTES ACOMPANHADAS NAS UNIDADES DE SAÚDE E A VISÃO DO ENFERMEIRO SOBRE ESSA REALIDADE EM CASCAVEL/PR

SILVA, Gilson Fernandes da¹
MARAFON, Ana Paula Marafon²
BONETTI, Alysson Emanuel de Barros³
OGURA, Anália Fiorini⁴
ALBAN, Luana Lunardi Alban⁵

RESUMO

O Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), implantado em 2012, pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), tem como foco diminuir o índice de mortalidade materno-infantil com acompanhamento das gestantes e das crianças menores de 1 ano de idade. O objetivo deste estudo foi conhecer as ações do PRMP implantadas pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde Família (USF) de Cascavel/PR; identificar o número de gestantes acompanhadas nas UBS/USF; e reconhecer as ações implantadas na UBS/USF pelo enfermeiro. Trata-se de estudo de campo, exploratório e descritivo, com análise e interpretação de dados quantitativos e qualitativos. Foram entrevistadas 10 enfermeiras, a partir de um instrumento com questões semiestruturadas, acerca da implantação do PRMP em Cascavel/PR. Conclui-se que o PRMP, nas unidades de saúde estudadas, está implantado em diferentes estágios e que as maiores dificuldades em relação à implantação estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, necessidade de capacitação dos profissionais e à melhoria da intersetorialidade para que seja possível prestar uma assistência de melhor qualidade às gestantes e continuar reduzindo os índices de mortalidade materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção à saúde, Enfermagem, Programas de saúde, Gestão em saúde, Gestantes.

PREGNANT WOMEN AT HEALTH UNITS AND THE NURSE'S VIEW ON THIS REALITY IN CASCAVEL/PR

ABSTRACT

The Parana's Mother Network Program (PMNP), implemented in 2012 by the State Department of Health of Paraná (SDH), focuses on reducing the maternal-infant mortality rate by monitoring pregnant women and children under 1 year old. The objective of this study was to know the PMNP actions implemented by nurses in the Primary Healthcare Center (PHC) and Family Health Centers (FHC) of Cascavel/PR; to identify pregnant women monitored in these centers; and to evaluate the actions implemented by the nurse. This is a field, exploratory and descriptive study, with analysis and interpretation of quantitative and qualitative data. Ten nurses were interviewed, using semi-structured questions, about the PMNP implementation in Cascavel/PR. It was concluded that the PMNP in the studied health centers is implemented in different stages and that the main difficulties regarding its execution are related to work overload, professional training, and the improvement of cross-sector policies to provide better quality care to pregnant women and continue reducing maternal and infant mortality rates.

KEYWORDS: Health care, Nursing, Health programs, Health management, Pregnant women.

¹ Enfermeiro. Gerente da Escola de Saúde Pública Municipal de Cascavel/PR. Coordenador e Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Cascavel/PR. Doutorando em Biociências e Saúde pela Universidade estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Campus Cascavel. E-mail: gilson_enfermeiro@hotmail.com

² Enfermeira. Egressa do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR/Cascavel. E-mail: ana.paula.marafon@hotmail.com

³ Enfermeiro. Hospital Universitário do Oeste do Paraná e Hospital São Lucas de Cascavel/PR. E-mail: alysson.bonetti@gmail.com

⁴ Pedagoga. Especialista em Fundamentos da Educação/UNIOESTE – Cascavel. Mestrado em Educação/UFU. E-mail: aogura@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/PR. E-mail: luanalunardialban@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Ao abordar as políticas, programas e avaliações em saúde, sejam no âmbito mundial e no Brasil, desenvolvem-se e elaboram estratégias com o objetivo de qualificar os serviços com vistas à realização de ações efetivas, eficientes e equânimis; assim, objetiva-se a promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Nessa perspectiva, estão as Redes de Atenção à Saúde (RAS), constituídas de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo da Atenção Primária em Saúde (APS), que evidencia, em sua essência, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação dos serviços e da assistência (MENDES, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A organização da RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, apresenta-se como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.) quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

Assim, a APS é definida como um conjunto de propostas assistenciais divididas de forma equitativa a toda a população, com vistas a resolver uma diversidade de problemas comuns, por meio da oferta de ações preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas (SILVA; VIERA, 2014).

Na área da saúde da mulher e da criança, no âmbito nacional, pode-se destacar, entre as políticas e programas do Ministério da Saúde (MS), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, culminando com o atual Programa Rede Cegonha, fundamentados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à assistência materna e infantil (BRASIL, 1983; BRASIL, 2012).

Da mesma forma, no estado do Paraná, considerando as políticas e programas que visam à redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil, foi lançado, no ano de 2012, o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), o qual preconiza que a realização de consultas de pré-natal e puericultura são atribuições do enfermeiro e/ou do médico. Assim, como parte da equipe interdisciplinar de saúde, o enfermeiro precisa ofertar assistência de qualidade no pré-natal, na captação precoce da gestante e da criança menor de um ano, na busca ativa, na estratificação de risco habitual, intermediário e alto risco, na referência e contrarreferência, bem como no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (PARANÁ, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2009).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive, abordando aspectos psicossociais, as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

O pré-natal adequado com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco tem potencial de diminuir as principais causas da mortalidade materna e neonatal (MASTINE *et al.*, 2014).

A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva o índice de mortalidade infantil é apontado pelos especialistas e pelos organismos internacionais como o mais importante e seguro indicador da qualidade de vida de uma população; também, dos seus serviços de saúde de uma população (ZARPELLON *et al.*, 2014).

O declínio da mortalidade materna e infantil no Paraná, nos últimos anos, é evidente e pode ser considerado um reflexo das ações voltadas para a melhoria na atenção à saúde da mulher e da criança; contudo, esses resultados não são homogêneos em todo o Estado (PARANÁ, 2018).

Assim, mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil (BRASIL, 2013).

Na organização da Rede Mãe Paranaense, verificou-se a necessidade de estabelecer a estratificação de risco para a gestante e para a criança, como elemento orientador à organização da atenção nos seus diversos níveis: Atenção Primária, Secundária e Terciária (PARANÁ, 2018).

A Rede Mãe Paranaense envolve ações que se iniciam com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com, no mínimo, 7 consultas, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital, conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018).

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que permite que os municípios, as Regionais de Saúde, os Serviços de Saúde e a Secretaria da Saúde reflitam pelos indicadores processados no equilíbrio entre os objetivos, as metas e a missão desenvolvidos no Mapa Estratégico (PARANÁ, 2018).

Para viabilizar o monitoramento, é de fundamental importância que, durante o pré-natal, parto e puerpério, o profissional preencha adequadamente os formulários do Sistema de Informação em Saúde, bem como a Carteira da Gestante e da Criança (PARANÁ, 2018).

A partir do exposto, este estudo se justifica pela relevância de desenvolver pesquisas capazes de analisar e avaliar a efetividade da Atenção Primária em Saúde, mais especificamente em se tratando do PRMP, bem como conhecer as ações desenvolvidas pelos enfermeiros à população usuária desse programa.

Diante desse contexto, surge o seguinte questionamento: as ações do Programa Rede Mãe Paranaense estão efetivamente implantadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cascavel/PR?

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi conhecer as ações implantadas pelo enfermeiro sobre a Rede Mãe Paranaense nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cascavel/PR; identificar o número de gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) e reconhecer as ações implantadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) pelo enfermeiro.

2. METODOLOGIA

Realizou-se estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa.

O cenário de desenvolvimento deste estudo compreendeu as Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde do município de Cascavel/PR; assim, foram consideradas 8 Unidades de Saúde, das quais 4 (quatro) eram Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 4 (quatro) consistiam em Unidades de Saúde da Família (USF), considerando os três distritos sanitários do município. Os participantes deste estudo foram 10 (dez) profissionais enfermeiros que estavam atuando nas Unidades de Saúde no momento de realização da coleta dos dados; as entrevistas aconteceram após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, o aceite do enfermeiro com a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, as entrevistas ocorreram no mês de julho de 2017 e foram desenvolvidas em ambiente privativo individualizado, nas respectivas salas de trabalho dos profissionais, em consultórios de atendimento, e/ou outro local de escolha do participante, para favorecer respostas livres de interferências às questões do estudo.

Nesse sentido, como forma de preservar o anonimato dos participantes do estudo, eles foram identificados por siglas, a saber: *ENFUBS1*, *ENF1UBS2*, *ENF2UBS2*, *ENFUBS3*, *ENFUBS4*, *ENFUSF1*, *ENFUSF2*, *ENFUSF3*, *ENF1USF4*, *ENF2USF4*.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Paranaense/UNIPAR, conforme Parecer: 2.086.774 e CAAE: 68399117.5.0000.0109.

Para análise dos dados de caráter quantitativo, utilizou-se a estatística descritiva ou análise exploratória de dados.

Assim, a abordagem qualitativa foi fundamentada nos questionários a partir das questões abertas, as quais foram analisadas e transcritas conforme relevância e respostas de consenso, o que contribuiu para o desenvolvimento do tema proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao apresentar o perfil de identificação dos profissionais entrevistados, o estudo revelou 2 (dois) profissionais enfermeiros com a faixa etária de 20 a 30 anos, correspondendo a (20%); 6 (seis) enfermeiras com idade de 30 a 40 anos, o que corresponde a (60%); e 2 (duas) enfermeiras com idade entre 40 e 50 anos, totalizando (20%).

Em outro trabalho, referente ao perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil, a pesquisa mostra que a enfermagem é uma profissão que tem uma força de trabalho jovem. Registra-se: 45% do seu contingente com idade entre 26 e 35 anos; 34,6% encontram-se entre 36 e 50 anos; 2,3% com idade acima de 61 anos. Por outro lado, 61,7% do total representam mais de 1,1 milhão de trabalhadores até 40 anos, o que confirma a tese da jovialidade (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

Analizando o tempo de formação desses profissionais, identificou-se que 6 (seis) enfermeiras possuíam o tempo de formação entre 5 a 10 anos, correspondendo a (60%); 3 enfermeiras tinham entre 10 a 15 anos de formadas, o que corresponde a (30%); e 1 enfermeira com mais de 20 anos de formação, totalizando (10%). O mesmo resultado foi encontrado em outra pesquisa: “Observa-se que a maior parte dos enfermeiros está formada há 10 anos ou menos (63,7%). Considerando apenas aqueles que têm, no máximo, 5 anos de formados, esse percentual já ultrapassa os 38%”. “Assim, é possível inferir que a enfermagem é uma profissão em processo de rejuvenescimento, constituída, predominantemente, por jovens” (MACHADO *et al.*, 2016).

Ao que se refere aos processos de formação, o estudo demonstrou que, dos profissionais entrevistados, 3 (três) enfermeiras não possuíam especializações, correspondendo a (30%); 1 (uma) enfermeira tinha especialização em enfermagem obstétrica, equivalendo a (10%); 1 (uma)

enfermeira era especialista em regulação em saúde no SUS, o que corresponde a (10%); 1 (uma) enfermeira com especialização na modalidade residência em gerenciamento médico e cirúrgico, correspondendo a (10%); 2 (duas) enfermeiras especialistas em saúde pública, correspondendo a (20%); 1 (uma) enfermeira com especialização em UTI, o que equivale a (10%); e 1 enfermeira com mais de uma especialização, totalizando (10%).

Em outro trabalho, realizado com enfermeiros, evidenciou-se que: “Os profissionais de enfermagem consideram necessário adequar a formação continuada à atividade de trabalho e carreira profissional” “[...] a formação dos profissionais deve ser contínua, iniciada na formação básica, sendo constante ao longo da vida profissional” (ORTEGA *et al.*, 2015).

Assim, evidencia-se a importância da especialização e da educação continuada, destacando-se os processos de formação contínua na área da enfermagem, bem como é de extrema relevância a importância desses profissionais em buscar o aperfeiçoamento para prestar uma melhor assistência aos pacientes, considerando que protocolos e diretrizes estão em constantes atualizações e modificações.

Relacionado ao tempo de atuação desses profissionais, nas unidades de saúde, o estudo mostrou que 3 (três) enfermeiras atuam nas unidades de 6 meses a 2 anos, correspondendo a (30%); 4 (quatro) enfermeiras têm o tempo de atuação na unidade entre 2 a 4 anos, correspondendo aos (40%); e 3 (três) enfermeiras têm mais de 4 anos de atuação na unidade, totalizando (30%).

Em outra pesquisa, desenvolvida em relação ao tempo de atuação de enfermeiros, observou-se que cerca de 50% dos enfermeiros atuam na equipe de um a quatro anos (GALAVOTE *et al.*, 2016).

Nesse sentido, cabe apontar que mudanças constantes dos trabalhadores na equipe acarretam sobrecarga de trabalho para os que permanecem, o que exige o treinamento de novos profissionais, aumentando os custos e fragilizando os processos de trabalho (GALAVOTE *et al.*, 2016).

A segunda parte do instrumento abordava as variáveis qualitativas do estudo as quais foram compostas por questões referentes às ações desenvolvidas pelo PRMP no município de Cascavel/PR.

Assim, as participantes, quando questionadas em relação ao tempo de implantação do PRMP, nas UBS e USF, responderam o que segue: [...] *ENFUBS1* “*Não sei*”. *ENFIUBS2* e *ENF2UBS2* “*Há 4 anos*”. *ENFUBS3* “*Estou há 3 anos na atenção básica, e quando entrei já estava implantada*”. *ENFUBS4*, *ENFUSF1*, *ENFIUSF4* e *ENF2USF4* “*desde seu inicio, em 2012*”. A *ENFUSF2* “*Há um ano*”. *ENFUSF3* “*3 ou 4 anos*” [...]. Os municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense assinaram um Termo de Compromisso, no qual consta que o município se compromete a executar os indicadores de acompanhamento (PARANÁ, 2018).

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que permite que os municípios, as Regionais de Saúde, os Serviços de Saúde e a Secretaria da Saúde reflitam pelos indicadores processados no equilíbrio entre os objetivos, as metas e a missão desenvolvidos no Mapa Estratégico. Há indicadores nas seguintes perspectivas: Resultado para a sociedade, Indicadores de processo, Indicadores de gestão e, por último, Indicador relacionado ao financiamento (PARANÁ, 2018).

A Segunda variável do estudo abordava quantas gestantes eram acompanhadas na UBS/USF? Apresentaram as seguintes *respostas*: [...] *ENFUBS1* “*Aproximadamente 60*”. *ENFIUBS2* e *ENF2UBS2* “*67 gestantes*”. *ENFUBS4* “*316 gestantes acompanhadas*”. *ENFUSF1* “*15 gestantes*”. *ENFUSF2* “*Aproximadamente 30 gestantes*”. *ENFUSF3* “*17 gestantes*”. *ENFIUSF4* e *ENF2USF4* “*50 gestantes acompanhadas*” [...]. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive, abordando aspectos psicossociais, bem como as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada efetiva-se por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

Assim, o registro da inserção das gestantes no PHPN, por meio do SISPRENATAL, utiliza dois documentos como entrada de dados, a Ficha de Cadastramento da Gestante e a Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes. Tais documentos podem ser efetuados na unidade de atendimento, no distrito sanitário, na Secretaria Municipal de Saúde ou na Secretaria Estadual de Saúde, em nível regional ou central, o que permite a importação dos dados registrados em todas as esferas, além de possibilitar a sua concretização final pelo SUS (BARBOSA *et al.*, 2014).

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário (a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Desse modo, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Ao serem questionadas sobre quais ações do PRMP a unidade conseguiu implantar, surgiu o que segue: [...] *ENFUBS1* “*Teste rápido e a visita domiciliar*”. *ENFIUBS2* “*Primeira consulta de pré-natal com a enfermeira, solicitações de exames, teste rápido*”. *ENF2UBS2* “*Primeira consulta de pré-natal com a enfermeira, coleta de exames com urgência conforme exames previstos no programa*”. *ENFUBS3* “*Captação precoce das gestantes para início do pré-natal, primeira*

consulta com cadastro no SISPRENATAL, solicitação de exames, garantia de no mínimo 7 consultas no pré-natal e 1 no puerpério, priorização no agendamento de exames, orientações em grupo com o grupo de gestantes, estratificação de risco com encaminhamentos quando necessário, imunização conforme protocolo, avaliação as saúde bucal, preenchimento completo do cartão da gestante, realização de teste rápido (HIV-Sífilis)”. ENFUBS4 “Consulta de enfermagem e a captação precoce”. ENFUSF1 “Cadastramento no SISPRENATAL, encaminhamento de alto risco, estratificação de risco, imunizações e consulta conforme o protocolo”. ENFUSF2 “Realizar no mínimo 9 consultas, busca ativa, exames, consultas pós-parto e acompanhamento do RN”. ENFUSF3 “Garantia do número de consultas preconizado, solicitações de exames, encaminhamentos, alimentação dos sistemas, busca ativa dos faltosos (crianças e gestantes), imunizações, acompanhamento do RN, consulta puerperal e estratificação de risco”. ENFIUSF4 e ENF2USF4 “Qualificar os profissionais que atuam na Rede, garantir a oferta do pré-natal de qualidade, consultas e exames e garantir a referência hospitalar para o parto”.

Com relação às ações desenvolvidas, podemos observar, nas respostas, que a maioria das unidades realiza a captação precoce da gestante e a solicitação de exames conforme preconizado.

As melhorias da Atenção Primária são pressupostos para a organização do PRMP, considerando que a captação precoce da gestante, bem como o seu acompanhamento e o da criança são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a estratificação de risco da gestante e da criança, vinculando-os aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado (PARANÁ, 2018).

Assim, a realização de exames e testes rápidos no período gestacional para detecção de sífilis e HIV é de fundamental importância para garantir intervenção e tratamento adequados. Considerase o tratamento da sífilis com especial importância, visto que a prevalência dessa doença é indicador da qualidade da assistência, pois seu diagnóstico e tratamento são ofertados pela rede básica de saúde (BAGGIO *et al.*, 2016).

Quando questionadas sobre as dificuldades que o enfermeiro encontra para prestar uma assistência de qualidade às gestantes, apresentaram os seguintes relatos: [...] ENFUBS1 “Demanda maior que quantidade de profissionais, muitas vezes falta de materiais básicos, como teste rápido, gaze, álcool, falta de exames no laboratório, áreas sem cobertura de ACS, população muito grande”. ENF1UBS2 “Falta sala adequada, falta de adesão das gestantes ao grupo de gestantes, falta de material para o exame. Ex: sonar”. ENF2UBS2 “Minha dificuldade esta relacionada à alta demanda de pacientes e atividades, pois uma consulta de gestante demora no mínimo 40 minutos. Também tenho dificuldade quando não tem ginecologista na unidade e a gestante tem algum exame alterado, também é difícil manter grupo de gestantes, pois a adesão é pequena”.

ENFUBS3 “A principal é a sobrecarga de serviço que limita o tempo para a consulta da gestante e não permite consultas para acompanhamento, só cadastro, por falta de tempo também é difícil realizar o monitoramento do pré-natal, a busca ativa e a visita precoce no puerpério. O número reduzido de ACS (tenho 3 ACS para 11 micro áreas), também dificulta a captação e acompanhamento das gestantes”. ENFUBS4 “Falta de estrutura física, falta de ginecologista com carga horária suficiente, falta de espaço para grupos”. ENFUSF1 “Falta autonomia para o enfermeiro, falta intersetorialidade, demora atendimento em outros serviços”. ENFUSF2 “Fluxo aumentado, área de abrangência maior do que a preconizada”. ENFUSF3 “Dificuldade de acesso a exames de imagem pelo município, dificuldade para encaminhamentos ao ambulatório gestação de risco, falta de contra referência quando são encaminhadas para referências, ex: ginecologista, alto risco, hospitais”. ENFIUSF4 “Tempo, temos muitas atribuições para conseguir prestar assistência com qualidade”. ENF2USF4 “Temos muitas demandas, atribuições, com isso o tempo é um obstáculo para uma assistência de qualidade”.

Evidencia-se, na fala dos participantes, que a dificuldade apresentada para prestar uma assistência adequada à gestante é a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho, o que impacta os serviços prestados. Outra dificuldade comum entre as enfermeiras entrevistadas é a falta de recursos, materiais e estrutura física inadequada de suas unidades, o que interfere na qualidade da assistência.

Além desses, outro desafio são as relações entre os diferentes elementos da equipe multidisciplinar que nem sempre trabalham de forma integrada. Para isso, é necessário também priorizar a comunicação entre os membros dessa equipe. A enfermagem é a equipe para a qual se delega a maioria dos casos e que passa a maior parte do tempo junto ao paciente, executando procedimentos, tornando-se o condutor das informações de evolução ou manutenção do quadro (NUNES; SILVA, 2012).

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que se refere ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2012).

Quando buscamos saber se o enfermeiro considera a assistência e as ações desenvolvidas suficientes e/ou se poderiam melhorar, encontramos o que segue: [...] ENFUBS1 “Pode melhorar e muito”. ENFIUBS2 “Pode melhorar em todos os aspectos”. ENF2UBS2 “Ainda podem e devem melhorar no sentido de ampliar o acesso, diminuir filas de espera como no caso de USG, incluir exames a serem solicitados pelo enfermeiro como TSH, estabelecer rotina para coleta de secreção

vaginal, ampliar a autonomia do enfermeiro para interpretação de exames e prescrição de suplementos". ENFUBS3 "Pode melhorar, se houvesse tempo disponível e mais ACS para isso". ENFUBS4 "Com certeza daria para melhorar e muito o atendimento, melhorando os itens de dificuldade, melhor oferta de insumos, equipe em número adequado". ENFUSF1 "Ainda pode melhorar". ENFUSF2 "Podem melhorar". ENFUSF3 "Na unidade realizamos a consulta de enfermagem no primeiro contato com a paciente, as demais consultas são realizadas pelo clínico, que devido ao número de gestantes da área consegue atende-las de maneira adequada. Sempre podemos e procuramos melhorar, estamos nos organizando para iniciar grupos de gestantes". ENFIUSF4 "Pode melhorar". ENF2USF4 "No meu entendimento tudo pode melhorar".

As enfermeiras entrevistadas mostraram que fazem o que podem para prestar uma boa assistência às gestantes, porém, todas concordam que o atendimento pode melhorar.

A partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) deve ser garantido às gestantes, conforme a organização locorregional da linha de cuidado materno-infantil. Isso se torna possível por meio da pactuação das formas de referência e contrarreferência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais, bem como a partir da garantia de acesso aos equipamentos do sistema de saúde (exames de imagem e laboratoriais, consultas e procedimentos especializados, internação hospitalar, medicamentos, e vacinas) (BRASIL, 2013).

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo, bem como da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2013).

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto dessas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2013).

Ao serem questionadas de que maneira o profissional enfermeiro pode contribuir sabendo que a redução da mortalidade materno-infantil ainda é um objeto a ser buscado e que a maior parte de sua decorrência se efetiva por causas evitáveis, apresentaram-se as seguintes respostas: [...] ENFUBS1 "Grupos de gestantes ou momentos de orientação, VD para DNV conforme preconizado em no máximo 7 dias, estratificação de risco, pré-natal do parceiro, teste rápido". ENF1UBS2 "Envolver toda equipe no acompanhamento da gestante, desde o atendimento no balcão, visitas do ACS a gestante, agilizar o atendimento da gestante". ENF2UBS2 "Organizar o processo de

trabalho de toda equipe, o que não acontece somente com a ação do enfermeiro, permitiria que esse desenvolvesse mais ações preventivas, inclusive intersetoriais”. ENFUBS3 “Prestar assistência de qualidade e realizar o acompanhamento e monitoramento necessários”. ENFUBS4 “Oferecendo cada dia mais uma assistência humana e de qualidade. Acolhimento e captação precoce, área de abrangência delimitada reduzindo o número de gestantes sob minha responsabilidade e aumentando o tempo dedicado a elas”. ENFUSF1 “Aplicar as ações da Rede tendo uma equipe multiprofissional, se comunicar com os demais serviços para um melhor atendimento a gestante”. ENFUSF2 “Vigilância epidemiológica, captação precoce de gestantes e RNs, conhecer sua área de abrangência bem como sua população, educação em saúde e planejamento familiar”. ENFUSF3 “Orientar melhor as gestantes em grupos e individualmente a fim de identificar precocemente sinais de alerta que possam ser solucionados em tempo oportuno”. ENF1USF4 e ENF2USF4 “Prestar uma assistência de qualidade”.

Em relação à contribuição do enfermeiro para a melhoria da assistência à gestante, as enfermeiras destacam que a intersetorialidade precisa melhorar, ajustar a comunicação entre os profissionais das diversas áreas, que envolvem o cuidado da gestante. Também, destacou-se, entre as respostas, que o enfermeiro pode contribuir realizando educação em saúde, porém, precisariam de um tempo maior e menos atribuições para desenvolver um atendimento mais qualificado.

Nesse aspecto, a intersetorialidade potencializa e se relaciona de muitos modos com os propósitos e objetivos da ESF, ao adotar como princípios a integração de vários saberes e setores, proporcionando uma percepção mais abrangente da realidade e dos processos de saúde. Assim, a intersetorialidade é uma prática em construção, que não se restringe apenas às Unidades de Saúde da APS, mas é na ESF que a intersetorialidade encontra as melhores oportunidades para contribuir com o desenvolvimento de algo fundamental, isto é, um novo modelo de fazer e promover saúde (DIAS *et al.*, 2014).

Para Lotta e Favaretto (2016), a intersetorialidade torna-se relevante enquanto estratégia, a fim de garantir a efetividade das políticas públicas, uma vez que supõe um arranjo organizacional, que articula diferentes setores e possibilita a coordenação e a cooperação entre as esferas federativas.

4. CONCLUSÃO

Considerando que o PRMP busca garantir o acompanhamento do pré-natal de qualidade para as gestantes e crianças menores de 1 ano de idade, na atenção primária, secundária e terciária, e, ainda, que a atenção primária é a porta de entrada para a continuidade desse processo, identificou-

se, por meio da realização deste estudo, que o tempo de implantação do PRPM no município de Cascavel/PR encontra-se em estágios diferentes nas unidades de saúde pesquisadas.

Em relação às ações implantadas nas unidades de saúde, o que revelou a pesquisa foi a implantação de ações, como: realização do teste rápido, primeira consulta de pré-natal com a enfermeira, captação precoce da gestante e encaminhamentos. Evidenciou-se, ainda, uma sobrecarga de trabalho, que ocasionou uma demanda muito grande para esses profissionais; isso dificulta a realização e o desenvolvimento de todas as ações propostas pelo Programa. Observou-se também a necessidade de processos de formações para os profissionais e a necessidade de melhoria da intersetorialidade para continuar reduzindo os índices de mortalidade materno-infantil.

A visão do enfermeiro em relação à implantação da rede, nesta pesquisa, foi uniforme, destacando que a assistência à gestante pode melhorar e que a autonomia do enfermeiro precisa ser ampliada, a demanda precisa ser adequada, o número de recursos humanos precisa ser redimensionado para melhor atender as gestantes. Apontaram, ainda, que grupos de gestantes e orientações contribuem para a qualidade da assistência, assim como o envolvimento de toda a equipe no serviço prestado, organizando o processo de trabalho e que o acompanhamento e a efetiva comunicação multiprofissional contribuiriam para o melhor atendimento às gestantes.

Nesse sentido, é importante que os profissionais busquem melhorar a comunicação entre os diversos setores envolvidos na assistência à gestante, oportunizando encaminhamentos adequados, de forma a otimizar o tempo e as atribuições para ações voltadas à gestante, buscar ampliar conhecimentos e desenvolver ações de educação em saúde.

Desse modo, o desenvolvimento deste estudo não limitou as possibilidades de reflexão sobre a temática, mas se posicionou com abertura a novos debates para compreender as ações de cuidado do enfermeiro quanto às estratégias e protocolos de atenção à saúde materna e infantil, como o PRMP.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, M. A. *et al.* Programa rede mãe paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. **Cogitare Enferm.** 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45301>. Acesso em: 5 out. 2017.

BARBOSA, J. C. *et al.* Sisprenatal como ferramenta facilitadora da assistência à gestante: revisão integrativa da literatura. **Revista de Atenção à Saúde.** n. 42. v. 12. p. 42-47, 2014. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/issue/view/RAS/showToc. Acesso em: 05. out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.** 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Rede Cegonha**. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília-DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasil: 2009.

DIAS, M. S. A. *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (11): 4371-4382, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.

GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, P. 90-98, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf> . Acesso em: 5 out. 2017.

LOTTA, G. FAVARETTO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.**, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v24n57/0104-4478-rsocp-24-57-0049.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: O perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em foco**, P. 15-34, 2016. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687> . Acesso em: 9 out. 2017.

MASTINE, J. S. *et al.* Óbito infantil pós-neonatal e caracterização do acompanhamento pré-natal no serviço de saúde, Londrina, Paraná. **Revista espaço para a saúde**, Londrina-PR, v.15, n.2, p. 47-48, ago, 2014. Disponível em:<http://www.uel.br/revistas/wrevojs246/index.php/espacopara.saude/article/viewFile/19627/14937>. Acesso em: 20 ago. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2017.

NUNES, D. C.; SILVA, L. A. M. Humanização na assistência de Enfermagem durante gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. Set, P. 57-68, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/humanizacao%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/humanizacao%20(3).pdf) . Acesso em: 9 out. 2017.

OLIVEIRA, M. A. C, PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. 2013 [citado em 2016 fev. 22];66(2):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2017.

ORTEGA, M. C. B. *et al.* Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, p. 404-401, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf. Acesso em: 5 out. 2017.

PARANÁ. **Linha Guia – Rede Mãe Paranaense**. 7 ed. Paraná: 2018.

PERSEGONA, M. F. M. OLIVEIRA, E. S. PANTOJA, V. J. C. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. **Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro**, p. 19-35, 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf. Acesso em: 9 out. 2017.

SILVA, R. M. M; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Cascavel-PR, p. 794-802. Set-out, 2014. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2015/672-1424352849.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

ZARPELLON, L. *et al.* Mortalidade infantil em 2012 num município do estado do Paraná. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina-PR, v.15, n.2, p. 42, ago, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/wrevojs246/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/19627/14937>. Acesso em: 20. Jun. 2017.