



A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DAS TRABALHADORAS RURAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRENATAL CARE OF RURAL WOMEN WORKERS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY LA ASISTENCIA PRENATAL DE LAS TRABAJADORAS RURALES EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Paula Marco Marchiori¹, Lucimare Ferraz², Patrícia Pereira de Oliveira³

RESUMO

Objetivo: conhecer a assistência pré-natal desenvolvida na Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com a participação de gestantes, médicos e enfermeiros do meio rural. A coleta de dados foi por meio de entrevistas semiestruturadas e a análise por meio da técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** constatou-se que as consultas de pré-natal são centradas no profissional médico, que os profissionais de saúde não abordam o ambiente e o processo de trabalho das gestantes agricultoras e, nas orientações, evidenciou-se que o processo de comunicação entre os profissionais e a gestante precisa ser melhorado. **Conclusão:** a assistência ao pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da Família no meio rural é focada no modelo Biomédico, sendo que poucos profissionais (re)conhecem o ambiente e os processos de trabalho das gestantes agricultoras. **Descritores:** Trabalhadores Rurais; Cuidado Pré-Natal; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to know prenatal care developed in the Family Health Strategy. **Method:** this is a descriptive study with a qualitative approach, with the participation of pregnant women, doctors and nurses from rural areas. The data collection was through semi-structured interviews and the analysis through the technique of Content Analysis in the Thematic Analysis modality. **Results:** it was verified that the prenatal consultations are focused on the medical professional, that the health professionals do not approach the environment and the work process of pregnant farmers. The guidelines showed that the process of communication between the professionals and the pregnant woman needs to be improved. **Conclusion:** low-risk prenatal care in the Family Health Strategy in rural areas is focused on the Biomedical model, and few professionals recognize/know the environment and the work processes of pregnant women farmers. **Descriptors:** Rural Workers; Prenatal Care; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: conocer la asistencia prenatal desarrollada en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, con la participación de gestantes, médicos y enfermeros del área rural. La recolección de datos fue por medio de entrevistas semi-estructuradas y el análisis por medio de la técnica de Análisis de contenido en la modalidad Análisis Temático. **Resultados:** se constató que las consultas de prenatal son centradas en el profesional médico, que los profesionales de salud no enfocan el ambiente y el proceso de trabajo de las gestantes agricultoras. En las orientaciones se evidenció que el proceso de comunicación entre los profesionales y la gestante precisa ser mejorado. **Conclusión:** la asistencia al prenatal de bajo riesgo en la Estrategia Salud de la Familia en el área rural es enfocada en el modelo Biomédico, siendo que pocos profesionales (re) conocen el ambiente y los procesos de trabajo de las gestantes agricultoras. **Descriptores:** Trabajadores Rurales; Atención Prenatal; Estrategia de Salud Familiar.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial/Senac. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: paula.machiori@sc.senac.br; ²Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó/Unochapecó, Chapecó (SC), Brasil. E-mail: lferraz@unochapeco.edu.br; ³Médica, Professora Doutora, Área de Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó/Unochapecó, Chapecó (SC), Brasil. E-mail: patriciaoliveira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Considerada a porta principal de entrada do usuário no sistema de saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve acolher e assistir a gestante no pré-natal de forma integral, observando as situações de risco a que está exposta a fim de assegurar o desenvolvimento da gestação, de um recém-nascido saudável e o bem-estar materno.¹

No Brasil, as UBS tradicionais estão sendo estruturadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) com o propósito de reorganizar a atenção básica de saúde no país, superando o modelo hospitalocêntrico de assistência curativa. Segundo Paim e outros, a ESF tem o foco nas famílias e comunidades, como também na integração da assistência médica com a promoção de saúde e ações preventivas.²

Essa estratégia tem o propósito de ultrapassar o modelo de atenção biomédico. Nesse novo modelo, a equipe multiprofissional é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescida de cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal.³ As ações desses profissionais no seu território de atuação, em nível individual e coletivo, devem estar de acordo com as necessidades de saúde das gestantes, considerando os critérios de frequência de risco, vulnerabilidade e resiliência. Sobre as ações de saúde, a equipe deve programar e implementar atividades que englobem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação da saúde, assim como a manutenção da saúde das gestantes através do envolvimento, responsabilidade e participação destas.¹

As características comuns a determinadas populações devem ser reconhecidas por influenciarem nas condições de vida e saúde das pessoas. Para isso, é necessário adotar os processos de territorialização que contribuem para conhecer o contexto de vida das populações, seus problemas e necessidades de saúde, e na formulação de um diagnóstico que sirva de base para as práticas de trabalho de vigilância em saúde.⁴

O processo contínuo de territorialização deve contemplar permanentemente as dinâmicas, vislumbrando o território vivido enquanto *locus* para operacionalizar intersectorialidade(s), dando voz às pessoas que ali vivem, resolvendo, assim, seus problemas complexos.⁵

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal assegura o direito da gestante ao

acompanhamento pré-natal. Devido às necessidades da mulher durante a gravidez requerer do profissional de saúde conduta simples para solucioná-las, não sendo preciso o uso de alta tecnologia, pode essa atenção ser realizada na Unidade Básica de Saúde. Contudo, essa política não aborda as especificidades do ambiente laboral em que se encontram as gestantes. Nesse caso, chama-se a atenção para o processo de trabalho das mulheres grávidas no meio rural, visto que o ambiente em que se desenvolve o processo produtivo pode gerar exposição a fatores de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos, causadores de agravos previsíveis e, por isso, evitáveis ⁶ durante a gestação.

Durante o pré-natal, os profissionais devem levar em conta as especificidades da população rastreada, a prevalência dos agravos comuns e os riscos gestacionais. Portanto, este estudo justifica-se pela necessidade de verificar se os profissionais de saúde da equipe ESF adotam uma abordagem diferenciada em relação às gestantes do meio rural na assistência ao pré-natal, visto que estas estão expostas a riscos do trabalho rural.

OBJETIVO

- Conhecer a assistência pré-natal desenvolvida na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no segundo semestre do ano de 2013 em todas as seis unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) que abrangem a área rural de um município do oeste catarinense, considerado polo econômico e agroindustrial. Também reconhecido pela exportação de produtos alimentícios de origem animal; ascendência nos Índices de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e do Produto Interno Bruto (PIB); pela taxa de criação de empresas e empregos, sendo que em 2011 superou as médias estadual e nacional de novas vagas no mercado de trabalho formal.⁷

Participaram do estudo todos os médicos (M) e enfermeiros (E) que atuam no meio Rural do município em estudo, totalizando quatro profissionais de cada; também, fizeram parte da pesquisa sete gestantes (G) trabalhadoras rurais que se encaixaram nos critérios de inclusão da pesquisa, ou seja: tinham mais de 18 anos de idade; eram trabalhadoras rurais formais e/ou informais (exerciam atividade rural auxiliando o cômputo

Marchiori PM, Ferraz L, Oliveira PP de.

A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais...

ou familiar); estavam no terceiro trimestre de gestação no período da coleta de dados e não tinham entrado em trabalho de parto antes de participar da entrevista; faziam o pré-natal na Unidade de Saúde do território em que residiam.

O procedimento para a coleta de dados foi a entrevista, que se utilizou de um roteiro com questões semiestruturadas a fim de englobar todas as faces do objeto de investigação, facilitar a abordagem, guiar a entrevista entre o colaborador e as pesquisadoras, evitando a perda do foco e dos objetivos do estudo, bem como conhecer a ótica dos atores sociais.⁸

Antes da escuta atenta dos médicos, dos enfermeiros e das gestantes, um teste piloto do roteiro de entrevista foi aplicado com um médico e uma enfermeira da ESF e com uma gestante trabalhadora rural em um município vizinho por três bolsistas do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), acadêmicas da 8ª fase do curso de Enfermagem, capacitadas para participar do estudo. Após o retorno do estudo piloto, o motivo que dificultou o participante em responder às perguntas foi avaliado. Nesse caso, o instrumento foi reavaliado e revisado com o intuito de deixar claras e compreensíveis as questões.⁸

Na sequência, realizou-se o agendamento prévio da entrevista com os profissionais de saúde e acordou-se como local para a realização a unidade de trabalho. Porém, nem sempre foi realizada no dia e horário previamente marcados em razão da demanda de usuários e dos serviços prestados terem sido priorizados, por isso houve a necessidade de reagendar algumas entrevistas.

Após ter entrevistado todos os médicos e enfermeiras das unidades de saúde, fez-se o primeiro contato com as gestantes trabalhadoras rurais e o agendamento da visita domiciliar para que fosse promovida uma entrevista, por intermédio da agente comunitária de saúde da ESF, o que facilitou a inserção das pesquisadoras no ambiente de estudo.

As conversas foram gravadas pelas pesquisadoras e transcritas na íntegra pelas bolsistas que tiveram acesso à gravação de áudio. Posteriormente, as transcrições foram checadas pelas pesquisadoras a partir da escuta dos arquivos.

A compreensão e a interpretação dos dados se deram por meio da Análise do Conteúdo Temático, seguida pelas seguintes etapas: pré-análise, consistiu na escolha das questões a serem analisadas a partir da retomada dos

objetivos da pesquisa. Nesta etapa, determinou-se a unidade de registro, ou seja, a palavra-chave, frase ou o tema inserido na unidade de contexto de cada questão analisada; a exploração do material consistiu na leitura e releitura do material. Buscaram-se, a partir das unidades de contexto, as unidades de registro definidas na etapa anterior; no tratamento e interpretação dos dados, os investigadores buscaram a interpretação de acordo com a apreensão e a internalização dos temas que fundamentam a pesquisa e os objetivos propostos, assegurando os critérios de fidedignidade e validade.⁸

Vale ressaltar que, no processo de abordagem inicial, os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, além de terem garantida a preservação de sua identidade e voz. Aos que concordaram em participar da pesquisa, solicitou-se a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Uso de Voz, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.⁹

O projeto que originou este estudo foi apreciado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo n. 038/2013. O estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESULTADOS

Quanto ao perfil dos profissionais de saúde, observou-se prevalência do sexo feminino e idade entre 25 e 55 anos. A maioria dos participantes tem mais de cinco anos de graduação, possui especialização na área da saúde pública e os profissionais de saúde afirmaram não ter recebido capacitação específica para prestar assistência à gestante trabalhadora rural. O tempo de trabalho dos profissionais na ESF variou entre um e vinte e um anos, e na ESF que abrange a área rural, entre quatro meses e treze anos.

Sobre as características das gestantes, estas têm entre 18 e 38 anos de idade, a maioria possui Ensino Médio completo e sua relação de convivência com o parceiro é de união estável. Quanto ao tempo que residem na área rural, este oscilou de cinco meses a onze anos. Sua(s) atividade(s) laboral(is) concentra(m)-se na avicultura (coleta e preparo para a incubação de ovos), pecuária leiteira (ordenha manual e mecânica), alimentação dos animais, limpeza de galpão (para alimentação do gado e guarda dos animais) e na agricultura de subsistência

Marchiori PM, Ferraz L, Oliveira PP de.

A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais...

(plantio, manutenção da horta/canteiros e colheita). Três participantes são assalariadas e trabalham em média sete horas por dia; as demais trabalham auxiliando o cônjuge ou familiares nos sete dias da semana; e o tempo de trabalho varia de acordo com a função exercida, podendo chegar a 10 horas diárias na pecuária leiteira.

No histórico obstétrico das gestantes que participaram do estudo, a maioria das mulheres era multigesta e os partos anteriores ocorreram a termo, por via vaginal e cesariana.

Sobre a assistência pré-natal, inicialmente a apresentaremos a partir da ótica dos profissionais de saúde. Nesse caso, a análise das entrevistas identificou as categorias: 1) assistência pré-natal; 2) o preparo para assistir a gestante trabalhadora rural.

Em relação à categoria 'assistência pré-natal', a maioria dos profissionais afirmou solicitar os exames que constam no protocolo da prefeitura municipal, como hemograma, VDRL, parcial de urina, glicemia de jejum, ultrassom obstétrico, toxoplasmoze IgG e IgM, anti-HIV, anti-Hbs, anti-HBc IgG, HBsAg, grupo sanguíneo e fator Rh e secreção vaginal, conforme os depoimentos abaixo evidenciam:

Todos aqueles [exames] que estão no protocolo aqui da prefeitura. (M1)

Deixa eu até ver aqui [no programa do computador]. Então: hemograma, tipagem sanguínea, sífilis, secreção vaginal, parcial de urina, toxoplasmoze IgG e IgM, HBsAg, anti-HBc IgG, HIV, glicose, anti-HBs.. A gente pede também a ultrassonografia obstétrica. (E2)

Além disso, exames extras, como o do hormônio estimulante da tireoide (TSH), são requisitados pela maioria dos médicos, assim como urocultura, coombs indireto, T4 livre e ultrassonografia de abdômen também são solicitados, dependendo da situação relatada a seguir:

Vai depender dos achados no primeiro protocolo, dos primeiros exames. (M1)

Sobre as orientações realizadas pelos profissionais de saúde à gestante durante as consultas realizadas no pré-natal, foi relatado que orientam sobre questões técnicas relacionadas à importância do pré-natal e ao número mensal de consultas; o agendamento de consulta com o dentista da unidade de saúde; a participação no grupo de gestantes; e que unidade de saúde procurar caso ocorra intercorrência na gravidez. Quanto aos cuidados específicos da gravidez, orientam acerca da relevância dos exames; a não automedicação; a necessidade do ultrassom obstétrico; e a importância das vacinas. Em relação às alterações fisiológicas gestacionais,

os profissionais orientam sobre as modificações corporais; dor muscular; mal-estar gástrico; sangramento; inchaço nas pernas; infecção urinária, entre outros. Acerca dos hábitos de vida, falam a respeito de evitar o tabagismo e o etilismo na gravidez e fazer atividade física, conforme os depoimentos a seguir:

Oriento a importância dos exames de sangue [...], os remédios que as gestantes não podem usar durante a gravidez, os sinais de alarme que ela [gestante] tem que ter diante da ruptura de bolsa, de uma hipertensão arterial. (M2)

Evitar o tabagismo e o etilismo; procurar fazer atividade física. (M1)

Gosto de explicar a necessidade da ultrassonografia [obstétrica]. (M3)

Os sinais que ela tem que observar se ela [gestante] tiver sangramento e o atendimento que deve procurar; que em qualquer situação diferente ela deve procurar o médico [...]; já convido para o grupo [de gestantes]. (E2)

O porquê de ela [gestante] ir ao dentista, o porquê da vacinação. (E1)

Oriento sobre algumas alterações que elas [gestantes] podem ter durante a gestação: dor muscular, um pouquinho de vômito e inchaço nas pernas, para elas saberem o que é normal. (M3)

Medidas gerais de combate aos principais sintomas, como: êmese, tontura e infecção urinária. (M4)

A gente está fazendo as palestras de gestante, esse mês foi falado sobre as modificações do corpo. (E3)

De acordo com a maioria dos profissionais, as orientações de saúde são direcionadas para as questões levantadas pelas gestantes durante a consulta de pré-natal, evidenciadas pelos seguintes depoimentos:

Depende muito do que elas têm de dúvidas, mas na medida do possível o que elas vão perguntando eu oriento. (E1)

A gente pede para elas [gestantes] dizerem as dúvidas e dependendo do que é dito a gente reforça mais as orientações [...]. (M1)

Quando questionados sobre as orientações a respeito da prevenção de agravos laborais das gestantes, os profissionais mencionaram que falam sobre o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI); a abstenção de esforço físico no trabalho e troca de setor; os cuidados com a postura para preservar a coluna vertebral; a higiene; e alertam para o risco mecânico de acidente no trabalho, como se evidencia nas falas a seguir:

Muitas vezes elas [gestantes] vêm se queixando que não estão conseguindo exercer a atividade [laboral], que sentem muitas dores, aí a gente sugere que troque de setor. Oriento a usar os materiais de proteção onde precisa. Essas [gestantes] que colhem erva [erva-mate], evitar subir na árvore. (M1)

Sobre a posição no trabalho, nunca se abaixar sem flexionar as pernas para não

Marchiori PM, Ferraz L, Oliveira PP de.

sobrecarregar a coluna; evitar erguer muito peso caso trabalhe no pesado. (E2)

Cuidar para não ter acidente com os animais durante o trabalho. (E1)

Eu sempre oriento em relação à higiene porque elas [muitas gestantes] tiram leite da vaca, e essa é uma das medidas para evitar a brucelose. (M4)

Ainda em relação a orientar a gestante, um dos profissionais admite não ter muito tempo durante a consulta para fazer orientação, confiando que sejam feitas orientações adicionais no grupo de gestante da unidade de saúde, conforme se evidencia na fala a seguir:

Faço orientação na consulta, mas também existe o grupo de gestante, que elas [as gestantes] têm mais orientações. Às vezes não tem tempo para nós aqui fazermos todas as orientações, aí elas são feitas no grupo de gestantes [...]. (M1)

Acerca da categoria 'o preparo para assistir a gestante trabalhadora rural', ao final da entrevista foi questionado ao profissional de saúde se ele se sente preparado para assistir a gestante trabalhadora rural, lembrando que nenhum recebeu capacitação específica para a assistência no meio rural e a maioria respondeu que sim. Contudo, de acordo com os depoimentos dos profissionais, estes pouco conhecem as demandas de saúde da área rural, pois, segundo eles, há falta de tempo para (re)conhecerem o ambiente rural e a dinâmica de vida das gestantes devido à alta demanda laboral na unidade de saúde. Além disso, há falta de um carro em tempo integral para os profissionais poderem percorrer o território rural, já que o acesso ao veículo cedido pela Secretaria de Saúde é limitado a alguns dias da semana.

Muita coisa [sobre a gestante trabalhadora rural] eu estou aprendendo durante a prática clínica. (M3)

Se fosse para sentar e ter uma conversa com elas [gestantes trabalhadoras rurais] para entender um pouquinho da rotina eu precisaria muito mais que 15 minutos, então, eu teria que ter tempo pra isso, e um carro disponível. (E2)

Após finalizar as entrevistas com os profissionais de saúde, passou-se a entrevistar as gestantes trabalhadoras rurais a fim de conhecer a assistência pré-natal desenvolvida na ESF da zona rural na ótica delas. Nessa etapa, a análise das entrevistas resultou na categoria 'assistência pré-natal'. Para a maioria das gestantes, o pré-natal foi iniciado antes dos noventa dias de gestação, bem como realizaram mais de cinco consultas até o terceiro trimestre de gravidez, conforme depoimentos a seguir:

Iniciei [o pré-natal] com um mês e pouquinho. (G1)

Eu acho que estava entrando no terceiro [mês] já, ou dois e pouco eu estava. (G6)

A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais...

Acho que eu fiz umas seis, sete consultas. (G3)

Apesar de a primeira consulta ter sido com o profissional enfermeiro, o restante do pré-natal foi centrado na consulta médica, demonstrado nas falas das gestantes a seguir:

O médico que fez as outras consultas. (G3)

A primeira vez quem fez o pré-natal foi a enfermeira, depois ela me passou para a médica, mas ela [enfermeira] que pediu os exames. (G6)

Foi a enfermeira, mas depois foi com a médica. (G7)

Acerca do exame físico, de acordo com os relatos de grande parte das gestantes, este era focalizado nas mamas, abdômen e membros inferiores:

Ela [médica] olhou só a barriga. (G2)

Só olhou a barriga (...) em todas as consultas. (G3)

Ela [médica] olhou a mama, a barriga, ouviu o coraçãozinho do neném e mandou eu tirar a meia e me apertou na perna e no pé. (G7)

Sobre as orientações relacionadas às alterações corporais, as gestantes apontam que o foco das falas dos profissionais de saúde foi para os seios e o abdômen; da parte fisiológica, houve relação das orientações com o mal-estar gástrico.

Mudança do corpo e dos seios, que a barriga cresce; essas coisas que ela foi falando. (G4)

Na primeira vez até a enfermeira comentou alguma coisa que iria ser normal meu mal-estar, vômitos e enjoo. As outras [consultas] foi com a médica, mas daí já não falou nada. (G6)

Ela [médica] falou que iria aumentar a mama, iria dar bastante fome, que a mama e a vagina iriam ficar mais escuras. (G7)

Quanto às orientações de promoção da saúde, grande parte das gestantes afirmou que não recebeu informações a respeito. Entre as orientações recebidas, foram mencionados cuidados com alimentação e exercício físico.

Na questão da alimentação elas [enfermeira e médica] me passaram que tinha que comer bastante ferro, [exemplo] feijão e carne. (G6)

Não fazer muito exercício físico no começo da gravidez, até o 3º e 4º mês. (G7)

As gestantes afirmaram que os profissionais de saúde não as questionaram sobre o seu ambiente e processo de trabalho. Esse fato pode ter contribuído para a omissão de orientação sobre as ações de autocuidado perante os fatores de risco ocupacionais durante a assistência do pré-natal, motivo que fez emergir a omissão do fator ambiente de trabalho nas orientações, evidenciado nos relatos a seguir:

Não perguntou [médico] nada. (G4)

Em nenhuma consulta ele [médico] perguntou, só nessa última [consulta] que

eu falei das minhas varizes, aí ele perguntou o que eu fazia. (G6)

Essa falta de apreço sobre a prática laboral da gestante agricultora pelos profissionais da área da saúde indica que a realidade do ambiente de trabalho da gestante é pouco considerado/avaliado, implicando na fragilidade da atenção integral à saúde das trabalhadoras no pré-natal.

DISCUSSÃO

Observou-se que na ESF da zona rural o pré-natal de seis trabalhadoras foi iniciado precocemente, e a maioria das gestantes realizou o número mínimo de seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). O MS propõe como condição básica para a assistência a gestante o início do pré-natal ainda no 1º trimestre ou 120 dias de gestação e a realização de no mínimo seis consultas.¹⁰ Ademais, o início do pré-natal precoce é fator condicionante para um processo gestacional satisfatório. Além disso, indica adequação e impacto dos programas de intervenção que possuem relação com a assistência à gestante.¹¹

Sobre os profissionais médico e enfermeiro, responsáveis por realizar a consulta de pré-natal, a maioria das gestantes afirmou que o médico foi quem assumiu o pré-natal a partir da segunda consulta, portanto não há o acompanhamento intercalado dos profissionais -médico e enfermeiro- durante o pré-natal, como orienta o Ministério da Saúde do Brasil.¹⁰ Por meio da consulta de enfermagem é possível conhecer as características e necessidades de saúde das gestantes, momento que contribui para nortear as orientações conforme as reais necessidades desse grupo, além de ser uma oportunidade para influenciar na mudança de hábito da gestante, qualificando o pré-natal.¹² Além disso, o acompanhamento pelo enfermeiro do pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde é garantido pelo MS e pela Lei do Exercício Profissional.¹⁰

Na questão do exame físico realizado na consulta de pré-natal, percebeu-se que o foco da análise dos profissionais de saúde são as mamas, o abdômen e pesquisa de edema nos membros inferiores. Esse resultado é análogo aos outros estudos realizados no Brasil.¹³⁻⁵ Ainda em relação ao exame físico, é preciso considerar nesse momento a proposta da integralidade, que se contrapõe à abordagem fragmentária e reducionista das pessoas, procurando abordar o sujeito de forma holística, considerando o biopsicossocial.¹⁶

Acerca da assistência pré-natal que os profissionais de saúde relatam realizar,

percebeu-se que os exames solicitados pelos profissionais são os que fazem parte do protocolo local de pré-natal, conforme orienta o MS.¹⁰ Entretanto, a saúde dos trabalhadores está condicionada também a fatores de risco químicos e biológicos, que podem estar presentes em processos de trabalho específicos⁶, evidenciando que após uma análise clínica outros exames se fazem necessários.

As orientações prestadas pelo médico e enfermeiro às gestantes em relação ao número de consultas, a não automedicação, à vacinação, à atividade física, ao etilismo e tabagismo, à participação no grupo de gestantes da unidade ESF e à importância dos exames e agendamento para consulta com o dentista se assemelham com as orientações fornecidas no pré-natal pelos profissionais de saúde de outras unidades ESF, sendo que também foram encontradas em estudos realizados nos estados do Rio Grande do Sul.¹⁵⁻¹⁷

Os profissionais de saúde também orientam sobre as alterações corporais que estão associadas a dor, mal-estar, inchaço nas pernas e infecção urinária. Situação semelhante foi percebida no estudo que investigou a assistência pré-natal prestada nas unidades ESF de um município do Mato Grosso.¹⁸

Em determinados momentos do pré-natal as orientações realizadas pelos médicos ou enfermeiros são direcionadas pelos questionamentos da gestante durante a consulta, situação que atesta o comprometimento dos profissionais em prestar esclarecimentos e orientar a grávida com base nas suas dúvidas.¹⁰ Porém, salienta-se que essa conduta pode comprometer a qualidade do pré-natal ao levar em consideração que a gestante, principalmente quando primigesta, pode ser leiga quanto às alterações físicas e fisiológicas que ocorrem durante o processo gestacional¹⁹, assim como em relação às complicações gestacionais proveniente dos riscos ocupacionais.²⁰⁻²¹⁻²² Além disso, a gestante pode deixar de indagar suas dúvidas ao profissional de saúde por ser tímida ou sentir-se constrangida. Também pode haver interferências na comunicação devido às relações de poder que existem na ação comunicativa, que se constituem pelo contexto que inclui: a vestimenta, a postura, a abordagem e o ambiente onde atua o profissional de saúde.²³

A respeito das orientações de prevenção de fatores ocupacionais, os profissionais de saúde costumam falar sobre uso de EPI, esforço físico no trabalho, cuidados com a postura,

Marchiori PM, Ferraz L, Oliveira PP de.

A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais...

higiene e risco mecânico de acidente no trabalho. Sobre esse item, ressalta-se que os profissionais admitem conhecer apenas alguns riscos a que as gestantes estão expostas durante o trabalho rural, situação essa que pode confirmar a fragilidade da integralidade da atenção à saúde no pré-natal das trabalhadoras rurais, uma vez que essas mulheres desenvolvem atividades produtivas que podem expô-las a agravos. Pois, segundo a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, no trabalho rural há fatores de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos⁶, circunstância que demanda orientações ocupacionais além das descritas pelos profissionais.

Além disso, o MS indica o grau e a classificação de determinadas condutas a se adotar ou não na prática clínica da assistência gestacional, que segue uma escala de A (altamente recomendável) a D (Desaconselhável), sendo o componente exposição ambiental ou ocupacional de risco classificado no grau D.¹⁰ Esse fato pode contribuir para o desconhecimento e/ou negligência dos profissionais de saúde acerca da abordagem dos riscos ocupacionais aos quais a gestante está exposta.

Mediante o contexto da assistência pré-natal prestada pelos profissionais de saúde às gestantes assistidas pela ESF da área rural, apresentado a partir da ótica dos profissionais de saúde, nota-se que ações dos profissionais estão embasadas somente nas condutas recomendadas pelo MS para uma assistência pré-natal efetiva e de qualidade.¹⁰

Destaca-se que em relação às ações de cuidado para a prevenção de agravos laborais e de promoção da saúde da gestante trabalhadora, grande parte das entrevistadas afirmou que não recebeu orientação. Quanto às orientações, houve menção apenas à alimentação e ao exercício físico. Destaca-se que durante o pré-natal a mulher deve receber informações sobre os seguintes temas: cuidados de higiene; realização de atividade física; nutrição; desenvolvimento da gestação; modificações corporais; sintomas e orientação das queixas frequentes; sinais de alerta; preparo para o parto; cuidados com o recém-nascido¹⁰; além de autocuidado ocupacional.

No que diz respeito à ausência de orientações relacionadas ao trabalho, salienta-se que essa informação pode não ter sido prestada de forma clara e precisa, ocasionando uma falha de comunicação.²⁴ Nenhuma mensagem é efetiva por si só. No diálogo entre as partes tem de haver algum

sentido, caso contrário, a comunicação torna-se unidimensional, comprometendo a ação de saúde pretendida.²⁵ Além disso, o diálogo entre o profissional de saúde e a gestante envolve culturas e expectativas distintas, que também pode ter sido prejudicado pelo profissional de saúde não ter focado o que o Ministério da Saúde Pública e Conselho Nacional de Saúde do Equador denominam de interculturalidade no atendimento à saúde, uma prática para adaptar a atenção à saúde às necessidades, costumes e tradições culturais da população atendida, visando satisfazer um maior número de usuários. Nessa perspectiva, os elementos mais relevantes são o reconhecimento da própria identidade e o diálogo horizontal entre as partes na construção de acordos e execução de pactos.²⁶

As questões supracitadas podem esclarecer por que os profissionais de saúde afirmaram informar às gestantes, durante a consulta de pré-natal, sobre cuidados na atividade laboral e as gestantes afirmam não terem recebido orientação a respeito. Acerca da ausência de orientações no pré-natal à gestante, relacionadas ao contexto e dinâmica de vida da trabalhadora rural, ressalta-se que, ao considerar as questões de saúde da trabalhadora (na assistência ao pré-natal), é necessário conhecer, por meio do diagnóstico situacional do território, as atividades produtivas desenvolvidas no âmbito de atuação da equipe de saúde, os trabalhadores, bem como, se possível, as causas das doenças e de óbito nesse grupo.²⁷

Igualmente, um momento oportuno para conhecer o contexto de vida das mulheres e orientá-las se dá no encontro do grupo de gestantes. Contudo, essa prática assistencial no pré-natal não foi mencionada pelas gestantes. Vale destacar que o aprendizado dentro do grupo de gestantes é fundamental para o crescimento dos profissionais e estimula a dinâmica de ensino-aprendizagem, informando as gestantes.²⁸

Outrossim, para se trabalhar como profissional de saúde no contexto rural, faz-se necessário: um elevado nível de perspicácia clínica na realização de diagnósticos; capacidade de realizar os procedimentos necessários em um contexto em que o acesso a um especialista é difícil; visitas às famílias; a utilização de tecnologia de comunicar e trocar informações com colegas em locais distantes; levando em consideração as dificuldades e as barreiras geográficas, culturais e socioeconômicas do meio rural.²⁹

Mediante o descrito, a partir do relato dos profissionais de saúde e das gestantes

Marchiori PM, Ferraz L, Oliveira PP de.

trabalhadoras rurais, verifica-se que há uma fragilidade na assistência integral à saúde da gestante no meio rural. Diante disso, as ações da assistência pré-natal revelam fragilidades que podem ser minimizadas pelos profissionais de saúde, e as políticas à saúde da mulher necessitam ser debatidas e reelaboradas de modo a atender às especificidades locais, pois, de acordo com os profissionais, a assistência prestada às gestantes trabalhadoras rurais segue o protocolo do Ministério da Saúde. Contudo, evidenciou-se, pelos resultados do estudo, que as consultas no pré-natal são centradas no profissional médico, havendo pouca participação da enfermagem.

Segundo os profissionais, são abordadas em suas orientações informações que vão além das alterações fisiológicas do processo gravídico, incluindo, nesse caso, aspectos relacionados ao ambiente de trabalho da gestante, como o uso de EPI e outras medidas de proteção ocupacional. Contudo, as gestantes participantes do estudo reforçam que a assistência recebida na ESF durante pré-natal é somente centrada na consulta médica e que as orientações são específicas ao processo gestacional, não havendo menção em seus depoimentos de que foram orientadas a respeito de fatores de risco e exposição presente no seu ambiente de trabalho no meio rural. Nessa contradição, fica o questionamento sobre a forma com que a comunicação entre a gestante e o profissional de saúde vem sendo realizada, uma vez que as gestantes não se lembram de terem recebido orientação a respeito dos cuidados laborais durante o pré-natal realizado na ESF. Sobre esse aspecto, vale refletir sobre o diálogo significativo, em que as palavras devem fazer sentido, ter significado e aplicação prática na dinâmica do cotidiano.

Outro ponto a se considerar é que essas informações não são prestadas a todas as gestantes e, coincidentemente, as participantes do estudo não foram contempladas com tal cuidado/assistência. Vale ressaltar que os profissionais mencionam não receberem capacitação sobre a atenção à gestante no meio rural. Além disso, assumem que pouco conhecem sobre o território onde atuam.

Com o intuito de assistir a gestante trabalhadora rural integralmente, faz-se necessário desvelar os riscos inerentes aos processos produtivos rurais, o que implica necessariamente em conhecer as especificidades do ambiente laboral em que a gestante se encontra, visto que estas podem ser causadoras de agravos à saúde da gestante

A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais...

e/ou de seu filho. Assim sendo, destaca-se o processo de territorialização como um método que contribui para o (re)conhecimento dos processos de trabalho no meio rural e para o planejamento das ações de vigilância em saúde dessa população, impactando positivamente na assistência pré-natal à gestante.

Por fim, ressalta-se a necessidade de repensar/reelaborar/implementar políticas de assistência à gestante que direcione o cuidado profissional às especificidades culturais e laborais das gestantes. Outrossim, mesmo sem uma política nacional que atente para essas questões, torna-se importante que os profissionais de saúde busquem assistir integralmente essas gestantes, reconhecendo mais e melhor o ambiente e o processo de trabalho no meio rural.

FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial para todas as gestantes, médicos e enfermeiros que colaboraram com o estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Feb 15]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro - história, avanços e desafios. The Lancet [Internet]. 2011 May [cited 2017 Feb 15];377(9779):11-31. Available from: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_br_azi1.pdf
3. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 Sept [cited 2017 Feb 15];17(9):2405-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf>
4. Monken M, Porto MF. Saúde, trabalho, ambiente e território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. In: Minayo GC, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira

Marchiori PM, Ferraz L, Oliveira PP de.

contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

5. Moysés ST, Sá RF Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 Nov [citado 2017 Abr 24];19(11):4323-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4323.pdf>

6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Feb 15]. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf

7. Fundação das Indústrias de Santa Catarina. Santa Catarina em dados: 2014 [Internet]. Florianópolis: FIESC; 2014 [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://fiesc.com.br/sites/default/files/media/s/25_set_sc_dados_2014_em_baixa_para_site.pdf

8. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 Mar [cited 2017 Feb 15];17(3):621-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>

9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Feb 14]. Available from:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html

10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

11. Miranda FJS, Fernandes RAQ. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. Rev enferm UERJ [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2017 Feb 15];18(2):179-84. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a03.pdf>

12. Alves CN, Ressel LB, Sanfelice C, Bisognin P, Wilhelm LA, Zanin RR. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma

A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais...

unidade básica de saúde. Rev pesqui cuid fundam (Online) [Internet]. 2013 July/Sept [cited 2017 Feb 15];5(3):132-41. Available from:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2052/pdf_830http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2052/pdf_831

13. Duarte SJH, Mamede MV. Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem em Cuiabá, MT. Enferm foco [Internet]. 2012 Apr [cited 2017 Feb 15];3(2):75-80. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/259/147>

14. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 Apr [cited 2017 Feb 15]; 28(4):789-900. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>

15. Pereira NM, Guimarães BNS, Lanza FM. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. Rev enferm Cent O Min [Internet]. 2013 Sept/Dec [cited 2017 Feb 15];3(3):804-19. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/405/527>

16. Pinheiro TMM. Saúde do trabalhador. In: Campos GWS, Carvalho YM, Minayo MCS, Drumond Junior M, Akerman M. Tratado de saúde coletiva. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

17. Cesar JA, Sutil AT, Santos GB, Cunha CF, Mendoza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 Nov [cited 2017 Feb 15];28(11):2106-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/10.pdf>

18. Almeida CM, Almeida DR, Aguilar VD, Garcia EC, Tomazelli R, Campos FMC. Orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde e a realidade encontrada. Rev Gestão & Saúde (Brasília) [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 15];4(2):1988-2000. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22934/16457>

19. Zugaib M, Francisco RPY. Obstetrícia. 3rd. São Paulo: Manole; 2016.

20. Londres F. Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida. Rio de Janeiro: AS-PTA; 2011.

Marchiori PM, Ferraz L, Oliveira PP de.

A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais...

21. Shrama KK, Madhvilatha P, Kalawat U, Sivakumar V. Leptospirosis-induced still birth and postpartum sepsis. *Indian J Pathol Microbiol*. 2011 Apr/June;54(2):426-27. Doi: 10.4103/0377-4929.81617
22. Puliyaath G, Singh S. Leptospirosis in pregnancy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2012 Oct [cited 2017 Feb 15];31(10):2491-6. Available from: Doi:[10.1007/s10096-012-1625-7](https://doi.org/10.1007/s10096-012-1625-7)
23. Rozenberg B. Comunicação e participação em saúde. In: Campos GWS, Carvalho YM, Minayo MCS, Drumond Junior M, Akerman M. *Tratado de saúde coletiva*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
24. Fassarella CS, Bueno AAB, Guarilha JB, Andrade MA. Comunicação no contexto hospitalar com estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Rev Rede Cuidados em Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 15];7(1):1-16. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/1901/905>
25. Peres F. Desafios e estratégias da comunicação de riscos na atenção à saúde. In: Dias EC, Silva TL. *Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: COOPMED; 2013.
26. Ministerio de Salud Pública (Ecuador), Consejo Nacional de Salud. *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado* [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2008 [cited 2017 Feb 17]. Available from: <http://www.cappaecuador.com/docs/guiadepartoec.pdf>
27. Dias EC, Silva TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 2013 Jan/June [cited 2017 Feb 15];38(127):31-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a07.pdf>
28. Frigo LF, Silva RM, Boeira GS, Manfio F. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. *Rev epidemiol controle infecç* [Internet]. 2012 Aug [cited 2017 Feb 15];2(3):113-4. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2745>
29. Gouveia EA, Braga TD, Heráclio SA, Pessoa BH. Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. *Rural Remote Health*. 2016 Oct/Dec; 16(4):3851. PMID:27871179

Submissão: 03/04/2017

Aceito: 18/05/2017

Publicado: 01/12/2017

Correspondência

Lucimare Ferraz
Avenida Senador Attílio Fontana, 591-E
Bairro Efapi
CEP: 89809-000 – Chapecó (SC), Brasil