



ORIGINAL ARTICLE

WOMEN'S PATHWAY IN PRENATAL CARE AT PUBLIC SCENERIES
O PERCURSO DAS MULHERES NOS CENÁRIOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO PRÉ-NATAL
EL RECORRIDO DE LAS MUJERES EN LOS ESCENARIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN PRE NATAL

Izabel Cristina Hoffmann¹, Lúcia Beatriz Ressel², Maria de Lourdes Denardin Budó³

ABSTRACT

Objective: to know how the pathway of women in prenatal period is contextualized, and, how this is perceived by these women. **Methodology:** this is about a descriptive study from qualitative approach, approved by the Research Ethics Committee from the Universidade Federal de Santa Maria/RS under protocol number 23081.001043/2008-11. Fifteen pregnant women participated in the study. The data collection was performed through interviews and systematic observation which thematic analysis, from April to July/2008. **Results:** the pregnant women are being redirected by the specialized service without the formal counter-reference; the information in-between services are based on the women oral reports, as well as the precarious communication between the involved professionals; the pregnant women are used to move institutionally, hoping, firstly, to give birth to a healthy baby and, in the second place, to care of their own health. **Conclusion:** there is a noticeable fragility in the information network between reference and counter-reference services. Therefore, we can infer that there are challenges and obstacles to achieve changes in prenatal care, indicating the need of a collective construction in the search of new organizational strategies in a humanizing perspective. **Descriptors:** prenatal care; assistance humanization; health services; pregnant women; nursing.

RESUMO

Objetivo: conhecer como se contextualiza o percurso das mulheres no pré-natal, e qual a percepção das mesmas. **Metodologia:** pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/RS sob número de protocolo 23081.001043/2008-11. Participaram 15 gestantes. A coleta de dados foi por entrevista e observação sistemática com análise temática, de abril a julho/2008. **Resultados:** as gestantes têm sido reencaminhadas pelo serviço especializado sem contra-referência formal; as informações entre os serviços ocorrem baseadas nos relatos das mulheres, bem como precária comunicação entre os profissionais; as gestantes movimentaram-se institucionalmente, na expectativa de formar um bebê saudável prioritariamente e, em segundo plano, cuidarem de sua saúde. **Conclusão:** há fragilidade na rede de informações entre os serviços de referência e contrarreferência. Disso depreende-se que desafios e obstáculos existem para a mudança de paradigma na atenção pré-natal, indicando a necessidade de construção coletiva na busca de estratégias organizativas na perspectiva humanizadora. **Descritores:** cuidado pré-natal; humanização da assistência; serviços de saúde; gestantes; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: conocer como se contextualiza el recorrido de las señoras en el pre natal, y como eso es percibido por ellas. **Metodologia:** investigación realizada en el local, descriptiva, cualitativa, aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal de Santa Maria/RS con número de protocolo (23081.001043/2008-11). Participaron 15 embarazadas. La recolección de datos fue por entrevista y observación sistemática, con análisis temático, de abril a julio/2008. **Resultados:** las embarazadas han sido llevadas por el servicio especializado, sin ninguna formalidad; las informaciones entre los servicios ocurren embasadas en las relatorías de las señoras, bien como una precaria comunicación entre los profesionales; las embarazadas están acostumbradas a desplazarse institucionalmente, en la expectativa de formar un bebé saludable en principio y, en segundo plano, para cuidar de su propia salud. **Conclusión:** hay una fragilidad en la red de informaciones entre los servicios de referencia y contra referencia. De ese se puede deducir que los desafíos y obstáculos existen para los cambios de paradigma en el atendimento pre natal, indicando la necesidad de una construcción colectiva en la búsqueda de estrategias organizativas en la perspectiva humanizadora. **Descriptores:** cuidados pre natales; humanización de la asistencia; servicios de salud; mujeres embarazadas; enfermería.

¹Hospital Universitário de Santa Maria/RS. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: izabel.h@gmail.com; ^{2,3}Universidade Federal de Santa Maria/UFMS. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lbressel208@yahoo.com.br; lourdesdenardin@gmail.com

INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal é um conjunto de ações realizadas durante o período gestacional visando atendimento global a saúde da mulher de maneira individualizada, procurando sempre qualidade e resolutividade desse processo.¹ Tais ações tem o propósito de promover o resgate do potencial feminino sobre a compreensão do processo da gestação, respeitando os limites, valorizando o momento da gravidez e conscientizando a importância na participação da mulher na constituição familiar.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)² apresenta um elenco de ações propostas pela diretriz nacional no intuito de qualificar e humanizar a atenção no pré-natal e nascimento. Para isso, depreende vários recursos, tais como humanos e materiais, a organização de rotinas de assistência à saúde das mulheres e a rede de relações pautadas em princípios éticos. Isso assegura à gestante autonomia, privacidade e o compartilhamento com a mulher e família sobre as decisões, condutas e procedimentos a serem realizados.

A gravidez é considerada um fenômeno singular para cada mulher¹ e costuma se processar em condições normais, de maneira saudável, podendo ser assistida em unidade de saúde. No entanto, algumas situações desencadeadas por fatores de risco exigem atendimento em serviço especializado, visto que podem ser agravo para gestação de alto risco. Após a resolução da situação de risco nesses serviços, espera-se que a gestante, seja reencaminhada pelo profissional à unidade de saúde da comunidade.³ Para este estudo, serviço especializado são compreendidos como o Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco e Centro Obstétrico, serviços hospitalares considerados de maior complexidade.

Frente a isso, diferentes desenhos organizativos da atenção à gestante podem se formar, dando um significado de “rede”, de “cuidados à saúde” e de “sistema de referência e contra-referência”, o que regionaliza e hierarquiza os serviços de saúde.²

O Sistema Único de Saúde (SUS) adotou o sistema de referência e contra-referência para designar os encaminhamentos dos usuários entre os cenários de saúde pública. Acredita-se que este seja um tema transversal que permeie todos os usuários do SUS, independente de cor, idade, raça, sexo, clínicas ou especialidades do setor saúde.

Assim, compreende-se Referência e Contra-referência como o encaminhamento do usuário pelo profissional da saúde³, visando a um processo organizacional interinstitucional das diferentes esferas de atenção à saúde.

A partir do exposto, buscou-se conhecer o percurso realizado pelas mulheres para fazer o pré-natal no contexto da atuação da enfermagem e dos demais profissionais da área da saúde. Tal conhecimento possibilita impulsionar a busca de novas formas de lidar com a viabilização de uma assistência qualificada, humanizada e orientada pelos princípios do SUS, sendo esta a justificativa para este estudo.

Apresenta-se, neste artigo, um recorte da dissertação intitulada: “A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal”³, com o objetivo de conhecer como se contextualiza institucionalmente o percurso das mulheres que fazem o pré-natal e a percepção das mesmas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa norteou-se como um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizada em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), de um município localizado no interior do Rio Grande do Sul. As participantes foram 15 gestantes, sendo de três a cinco de cada região do município (norte, sul, leste e oeste), independente do período gestacional, assistidas por médicos e também por enfermeiras e que foram referenciadas para um serviço especializado devido à intercorrências no ciclo gravídico.

Para a coleta dos dados optou-se pela entrevista semiestruturada e a observação sistemática. A gestante permitiu conduzir a fluência da conversa de acordo com a própria lógica da entrevistadora, duração média de 45 minutos, sendo realizada mediante agendamento prévio.

Na técnica da entrevista⁴, a ordem e a sequência dos temas foram estabelecidas pelas gestantes, mas a entrevistadora utilizou os espaços surgidos para explorar os temas desejados. As informações foram captadas utilizando-se um gravador digital e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, categorizadas e analisadas. Nenhuma informante demonstrou objeção ao uso do gravador.

A observação sistemática ou estruturada, por ser uma técnica planejada, define antecipadamente anotações, compõe

categorias, exige o estabelecimento de um roteiro,⁵ destaca aspectos verbais e não verbais apresentados durante a entrevista. Seguiu um roteiro específico, dividido em: dados referentes à identificação pessoal da participante, dados obstétricos pregressos, atuais e questões relativas à referência e contra-referência no ciclo gravídico atual. Os registros foram anotados no diário de campo⁴ e permitiram delinear o perfil do grupo estudado, bem como suas características.

Realizou-se ainda uma busca documental nos prontuários das gestantes atendidas no serviço especializado, com a finalidade de constatar a documentação do registro de atendimento e a presença do documento de encaminhamento.

Os dados passaram pela análise temática⁴ em três etapas: pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos), exploração do material (operação classificatória), e tratamento dos resultados obtidos (inferências) e interpretação. Nesse sentido, foram realizadas leituras sucessivas dos depoimentos, buscando impregnação das informações aí contidas; estas foram agrupadas e categorizadas de acordo com as afinidades temáticas; e, após classificação e agregação dos dados, foi realizada a interpretação dos mesmos, comparação com a literatura específica, bem como feitas inferências que esclareceram os achados da pesquisa.

Para preservar a identificação das participantes do estudo³, utilizaram-se codinomes de estrelas. Construiu-se uma metáfora acerca do ciclo gravídico e a estrutura estelar, em que as estrelas, por serem corpos celestiais de forma esférica que irradiam luz e calor, foram assemelhadas à gestante pelo formato de seu abdome e pelo momento em que a mulher se destaca na sociedade no processo de continuidade da espécie humana. Sob o olhar dos geofísicos, as estrelas são formadas por dois gases principais: hidrogênio e hélio, que entram em reação nuclear e isso foi relacionado com o momento do parto. Também classifica a estrela de acordo com seu brilho e idade, o que foi interpretado pela singularidade de cada gestante. Considerá-las como estrela significou torná-las símbolo de luz e inspiração neste estudo. Assim, os nomes das “gestantes-estrelas” que compuseram o universo desta pesquisa foram: Enif, Acamar, Adhara, Ain, Alamak, Caph, Furud, Gatria, Girtab, Keid, Lesath, Izar, Merak, Thabit e Mizar.

Foram cumpridos os preceitos éticos da Resolução 196/96, que regem pesquisas

envolvendo seres humanos⁶, e o estudo foi iniciado após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria sob número do processo 23081.001043/2008-11 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0024.0.243.000-08, no dia 19 de março de 2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível constatar, no grupo estudado, que o pré-natal aconteceu em mais de um cenário de saúde, de acordo com a situação gestacional de cada mulher. As gestantes relataram que iniciaram o pré-natal em UBS e unidade de ESF. Expressaram haver passado por mais de um local para começar efetivamente o acompanhamento do pré-natal, bem como dar continuidade ao mesmo, conforme o relato a seguir:

Eu estava me mudando, quem se muda não pode ficar na Unidade de ESF [de outra região]. Então, como ninguém entendia, aí me mudei para outro posto [região centro]. Fui ao postinho da[...] [região oeste], procurar ver se achava um ginecologista. Porque eu estava com medo, porque já tinha abortado[...] Mandaram-me pra cá [hospital de referência]. (Furud)

Demorei aqui [Unidade de ESF], eu fui três vezes de madrugada pra pegar ficha. Meu esposo foi de madrugada, para eu poder consultar com a doutora. Na quarta vez, ela me deu a carteirinha, porque eu já tava com quase quatro meses[...] (Adhara)

Entende-se que a incerteza do local para o início do pré-natal pode ser um fator de risco à gestante, relativo à assistência médica, devido frágil integração institucional e cobertura insuficiente ao pré-natal⁷⁻⁸, o que pode atrasar o efetivo acompanhamento dessa atenção.

As gestantes que realizam a primeira consulta no serviço especializado, Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (APNAR), referiram tanto morosidade quanto facilidade para acessar o serviço. Das entrevistadas, doze informou facilidade de acesso quando encaminhadas das unidades de origem (UBS ou unidade de ESF) para o ambulatório, e três gestantes referiram ter levado certo tempo até conseguir ser atendidas no serviço especializado. Essas situações são expressas nas falas a seguir:

É facilidade, já sai marcado daí [APNAR]... Demora um pouco, por que é muita gestante, mas sempre fui atendida. (Alamak)

Demorou uns quinze dias [APNAR]. (Girtab)

O início aqui [APNAR] é complicado, demora! Eu, quando eu vim pra cá, eu levei mais de um mês pra conseguir a minha primeira consulta. (Mizar)

Pode-se explicar a demora de acesso ao APNAR devido à limitação de consultas nesse serviço e à demanda, por ser este um hospital de referência para 45 municípios da região, bem como pela questão estrutural dos serviços, especialmente a carência de profissionais qualificados para prestar atendimento.

Pensa-se que a qualidade de um serviço não se reduz ao acesso fácil. Qualificá-lo no sentido de humanizá-lo, demanda reconhecer que humanizar “caracteriza relação de ajuda, interagir com o outro, enfim, um colocar-se no lugar do outro”^{9:105}, e não apenas facilitar o acesso ao serviço. Assim, se faz necessário (re)pensar o acolhimento¹⁰ como uma tecnologia leve contemplando desde a recepção do usuário na chegada ao serviço, a responsabilizar-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo expressar suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência.

O processo de atenção ao pré-natal ocorre de maneira dinâmica e instável de acordo com as singularidades de cada mulher e suas reais necessidades. Isso implica em oferecer ações apropriadas, desde o acesso inicial até a consulta de puerpério, contribuindo para diminuir os riscos à saúde da mãe e do bebê.¹¹

Nesse sentido, este estudo por ter sido desenvolvido no cenário público, utiliza os conceitos preconizados pelo PHPN¹¹⁻¹², que visa instituir nova estratégia de atenção à mulher no período gravídico-puerperal, na perspectiva dos direitos a cidadania. Além disso, procura ampliar o acesso precoce da mulher ao pré-natal, com o objetivo de oferecer cobertura e qualidade ao acompanhamento para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. No entanto, muitas vezes, percebem-se lacunas na implementação desta política decorrente de fatores estruturais, sociais, econômicos e culturais.

Identificou-se que todas as gestantes iniciaram o pré-natal na UBS ou na unidade de ESF e foram referenciadas para o serviço especializado, Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco. Entretanto, observou-se por meio da análise dos prontuários que não havia registros para a contra-referência a essas unidades.

Tal situação reforça a necessidade de os profissionais que atuam no pré-natal estarem atentos aos fatores de risco reprodutivo, para

referenciar e contra-referenciar a gestante quando necessário, conforme indicam os protocolos ministeriais². No nível da atenção especializada, espera-se que, após avaliação e conduta, a gestante seja contra-referenciada para a atenção básica, com recomendações ao acompanhamento da gestação. Nessa situação, a equipe da atenção básica necessita manter esse acompanhamento, atentando para a execução das orientações e condutas prescritas pelo serviço de referência. Todavia, quando a gestante apresentar alto risco, deverá permanecer no serviço especializado.

No grupo pesquisado, a transferência das gestantes para outros locais aconteceu transcendendo questões biológicas que envolvem o processo de gestar. Têm-se a compreensão de que a gestação é um processo muito mais que biológico, e envolve questões de ordem social, econômica, cultural, psicológica, entre outras.

As causas para os deslocamentos das gestantes na busca da atenção pré-natal revelaram tanto questões do contexto pessoal e familiar, quanto estruturais dos serviços. Os depoimentos a seguir denotam essa situação:

O médico entrou em férias e aí fui transferida. (Mizar)

Eu disse que eu gosto da doutora de lá [da Unidade de ESF]. Não tem como eu continuar aqui, controlando a pressão? Daí ela disse assim: “Não, porque você é de alto risco, a doutora não aceita, por que a doutora do posto não é ginecologista, é clínica geral”. (Lesath)

É estava fazendo lá, fiz dois meses [serviço especializado], mas daí eu pedi alta para eles[...] Por causa da passagem, se eu podia estar fazendo aqui [Unidade de ESF]. (Girtab)

Motivos de férias dos profissionais, falta de especialistas (obstetra), dificuldades financeiras da família, empatia entre outros foram alegados como causa das transferências de um serviço de pré-natal ao outro. Sabe-se que o SUS se organiza sob a lógica da regionalização e hierarquização dos serviços, começando do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade. Esse sistema¹² foi criado para facilitar o acesso aos serviços sem burocracia, embora nem sempre se processe dessa maneira.

Salienta-se que é fundamental uma equipe multiprofissional na rede de atenção básica comprometida, capacitada, com estruturas mínimas de suporte para a população local, promovendo educação em saúde, ouvindo a comunidade, entre outras ações que não exijam aparatos tecnológicos mais sofisticados.

Em alguns serviços de saúde, está acontecendo incentivo na participação de enfermeiras obstétricas no acompanhamento do período gravídico-puerperal de baixo risco. Isso se deve ao fato do enfermeiro, ao assistir a mulher, atende a demanda com qualidade e de maneira humanizada.¹³ Nesta pesquisa, destaca-se que as gestantes visualizaram que os enfermeiros estão conquistando espaço e autonomia para desenvolver ações no pré-natal de baixo risco em parceria com outros profissionais da saúde. Nas seguintes falas, isso transparece:

Pelos dois, porque às vezes é com a médica, quando vê é a enfermeira que te atende. Eu vim uma vez só com a médica, todas as outras foi com a enfermeira [Unidade de ESF região leste]. (Keid)

Um pouco de cada um[...] Médico mesmo foi só umas duas vezes, a maioria era enfermeira ou estagiário [Unidade de ESF região oeste]. (Merak)

A legislação que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, incentiva a participação do enfermeiro de acordo com protocolos instituídos pelo MS¹⁴, para o acompanhamento integral do pré-natal de baixo risco em unidades da rede.^{11,14} Dessa forma, a assistência ao pré-natal realizada por enfermeiro¹³ representa conotação importante para a saúde coletiva, constituindo instrumental relevante e inovador, pautado na legalidade dos enfermeiros frente às ações em saúde para as comunidades onde atuam.

Quanto ao número de consultas realizado pelas gestantes, percebeu-se que houve uma movimentação em busca de locais que suprissem melhor suas necessidades. De acordo com o PHPN¹², o número de consultas de pré-natal previstas é no mínimo seis. Esse cenário se retrata nas seguintes falas:

Seis consultas com a enfermeira do posto e uma aqui [serviço especializado]. (Ain)

Na última consulta que eu tive aqui com a doutora, ela só viu o útero, ela não ouviu o coraçãozinho da criança, porque em todas as consultas que eu vou elas devem escutar o coraçãozinho [...] E eu já saí preocupada. (Gatria)

Observa-se que nem sempre a quantidade de consultas significa qualidade da assistência ao pré-natal, mesmo que esse número esteja de acordo com os preceitos ministeriais. A mulher, na realidade, tem comparecido à maternidade pouco esclarecida da sua condição de saúde para o parto, sem vínculo ao serviço de referência, após várias tentativas para acessar o pré-natal, o que indica a necessidade de uma assistência

qualificada, humanizada e articulada entre cenários de saúde.

Os discursos das gestantes sinalizam um número de consultas de pré-natal variando de acordo com o acesso de semanas ou meses de gestação em que as mulheres se encontravam sob acompanhamento, pois uma maioria frequentou o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, o que está de acordo com a política ministerial.^{11,15}

Ao procurarem o serviço especializado devido às intercorrências da gravidez, algumas mulheres buscaram atendimento no Centro Obstétrico (CO) como forma de segurança em primeiro lugar à saúde de seu bebê, e secundariamente à sua saúde, de acordo com os depoimentos a seguir:

Eu tive muito enjoo, então eu procurei lá o Universitário [serviço especializado], porque eu fiquei muito tempo sem comer, quase um mês sem comer[...] (Acamar)

É que a doutora disse que a minha gravidez era de alto risco, que não poderia mais engravidar, que eu corria risco, por causa da úlcera, da asma e da hérnia. Ela disse que teria que ser feito onde tinha mais recursos[...] Encaminhou-me pra que eu viesse para o hospital aqui, fazer todo o pré-natal. (Enif)

As gestantes, ao perceberem intercorrências no período gestacional, foram encaminhadas ou procuram por conta própria o serviço especializado pela necessidade de assistência e resolução dessas intercorrências. Todas afirmaram que, mesmo aguardando mais tempo, sempre foram atendidas, diante desse depoimento:

Levei mais de um mês para conseguir a minha primeira consulta. Vim direto aqui no pré-natal pra marcar [...] Foi dali pra frente[...] Daí eu agendei, depois eu comecei fazer normal [serviço especializado]. (Mizar)

Sabe-se que o atendimento à saúde é um direito de cidadania e, em especial, a mulher no ciclo gravídico a qual tem amparo nos pressupostos do PHPN¹¹⁻¹². Porém, percebe-se um sistema hierarquizado de atenção ao pré-natal, com lacunas, uma vez que essa conformação não está claramente determinada para a população, pois a demanda dessas gestantes ao serviço especializado se configura na demora para o início do atendimento.

Embora as gestantes tenham referido buscar atendimento especializado por conta própria, identificou-se pela análise dos prontuários que mais de 80% dos encaminhamentos foram realizados por médicos, seguido das enfermeiras. Assim, é notável a atuação do enfermeiro nesse

processo, visto que a referência e contra-referência não é exclusividade médica, o que permite o compartilhamento das ações e decisões frente a situações de risco a gestante.

No pré-natal, nem sempre as gestantes foram acompanhadas pelo mesmo profissional, contrapondo os objetivos da humanização no pré-natal que indica o estabelecimento de um vínculo de referência com um profissional¹¹. Nesse sentido, as gestantes tiveram dificuldade em identificar quem a atendeu, de acordo com os depoimentos a seguir:

Eu não sei... Se foi médico, se foi enfermeiro? Depois aí teve uma médica [...] Daí tem o nome dela, mas no começo eu não sei te dizer se o rapaz que me atendeu era enfermeiro ou era médico. (Acamar)

Foi um aluno. Ela, a doutora, no caso, que fica ali [sala dos preceptores – Ambulatório de PNAR - serviço especializado], eu não conheci. Até hoje eu não conheço ela, mas foi um rapaz muito atencioso [...] Mas foi um estudante. (Mizar)

Nos cenários de saúde, a rotatividade de estagiários de enfermagem ou medicina, futuros profissionais da saúde, pode ser um fator desfavorável ou limitante para o vínculo de referência, confiança e credibilidade nas ações com a gestante. Essa situação de “não identificação” é marcante no hospital universitário, por ser um local de grande movimentação de pessoas circulando como os docentes, alunos entre outros.

Por um lado, ao utilizar “avental branco”, a pessoa é identificada como profissional da saúde, pois, muitas vezes, não se identifica pessoalmente nem fazem uso do crachá, dificultando a comunicação com as gestantes; por outro, no momento em que há acolhimento¹⁰ aliado à prática da integralidade¹⁵, ele torna-se referência para a gestante e seus familiares. Isso é comentado na seguinte fala:

O bom é que elas [equipe de enfermagem do CO] conversam bastante, pedem como é que você está, não te deixam abandonada [...] Nessa parte é bem atendida. (Adhara)

Há de se destacar que a singularidade no atendimento e a introdução dos conceitos de humanização nos serviços de saúde permitem ao profissional estabelecer maior vínculo afetivo e oportunizar a formação da consciência crítica e de autonomia ao sujeito do cuidado.¹

A continuidade das ações no sistema de contra-referência se materializou na informação verbal da gestante sobre sua condição de saúde ou na entrega da segunda

via da ficha de atendimento fornecida pelo serviço especializado, que continha informações sucintas e muitas vezes inelegíveis. Isso dificultava a comunicação efetiva entre os profissionais o que pode ter comprometido a continuidade da assistência. Sobre isso, Alamak, comenta:

Toda a vez que eu ficava [no CO], eles me davam apenas um papelzinho! (Alamak)

O “papelzinho” referido pela gestante é a segunda via da ficha de atendimento realizado no serviço especializado. Salienta-se que a ausência de um documento que informe o registro do cuidado entre os serviços, e, principalmente, a necessidade de continuidade da assistência, fragmenta o cuidado, tornando-se um problema real impossibilitando a implantação efetiva do sistema de referência e contra-referência.

Sabe-se que a referência pode ser considerada como um ato formal de encaminhamento de um serviço de saúde para outro de maior complexidade, enquanto que a contra-referência acontece quando o usuário é reencaminhado ao estabelecimento de origem¹⁶, após solução do que foi objeto de referência, com as informações necessárias para prosseguir o acompanhamento nesse serviço.

O processo formal para a contra-referência geralmente pode ser institucionalizado mediante formulário que o profissional da saúde preenche, realizando especificações de diagnóstico, condutas e tratamentos para a continuidade das ações em outra esfera de saúde. Após seu preenchimento, o profissional entrega a gestante o encaminhamento de retorno ao local de origem. Esse processo também pode ocorrer por outros meios de comunicação, via telefone, fax, e-mail ou outro. O importante é comunicar a assistência prestada, para que se consiga atingir a continuidade da mesma.

A documentação de contra-referência deve conter informações sobre o diagnóstico definitivo, os procedimentos desenvolvidos no local referenciado, recomendações para viabilizar o cuidado com o gestante no serviço de origem e orientações quanto à periodicidade e retorno.

Constatou-se que a contra-referência formal se mostra mais fragilizada do que a referência das gestantes para o serviço especializado. As falas das gestantes não revelam o a contra-referência do serviço especializado para a unidade de origem (UBS ou unidade de ESF). Exemplifica-se a seguir:

Não me deram nenhum papel, só disseram que era pra eu continuar fazendo o pré-natal no

Posto [Unidade de ESF], que era mais perto... (Girtab)

O depoimento de Girtab confirmou a ausência formal do sistema de contra-referência, o que pode comprometer a continuidade do tratamento da gestante. Além disso, o volume de papéis e protocolos seguidos pela obstetrícia pode induzir os profissionais ao descumprimento destes atos consideradamente burocráticos. Entretanto, isso é fundamental para um sistema de comunicação efetiva na atenção pré-natal.

Por meio da análise dos prontuários das 15 mulheres, treze tinham prontuários no arquivo da instituição e duas, apenas cadastro de atendimento. Entre todos os prontuários, apenas um continha o registro da referência para o serviço especializado. Quanto ao documento de contra-referência, não havia nenhum registro comunicando informação para o retorno das gestantes à sua UBS ou unidade de ESF. Verificou-se, nesses prontuários, que nas evoluções médicas e de enfermagem, apareceram condutas e orientações de cuidados prestados no serviço especializado; quanto ao retorno da gestante à unidade de saúde de origem, observou-se que não havia registros ou cópias dos encaminhamentos realizados.

Salienta-se que, para a consolidação do sistema de referência e contra-referência, os profissionais precisam se comprometer a registrar a história clínica e o contexto de vida das gestantes, bem como estabelecer comunicação efetiva entre os serviços de saúde, buscando, nesse espaço, articular a integralidade na qualidade dos atendimentos aos sujeitos.^{3,16}

Este estudo evidenciou que todas as gestantes foram atendidas, embora necessitassem de deslocamento entre os cenários de saúde. No entanto, é importante salientar que quando a gestação acontece com intercorrências, há o risco de a gestante apresentar evolução desfavorável, o que é denominado “gestante de alto risco”¹⁷ e carece de atendimento especializado.

Portanto, (re)pensar o percurso das gestantes nos cenários de saúde pública é relevante, uma vez que esse poderá contribuir na qualidade da atenção ao pré-natal e da redução na fragmentação do cuidado.

CONCLUSÃO

Há poucos registros escritos que notificam o percurso que as gestantes fazem nos cenários de saúde no pré-natal. Porém, percebeu-se nesta pesquisa que todas iniciaram o atendimento na atenção básica;

passaram por diversos locais para serem assistidas; a maioria continuou suas consultas no serviço especializado; a transferência das gestantes aconteceu em virtude de questões estruturais, socioeconômicas e não apenas por questões clínicas; e que a contra-referência mostra-se mais fragilizada que a referência para o serviço especializado; o processo de ir e vir entre os serviços de saúde vem acontecendo de maneira assistemática, por informações verbais entre essas gestantes e os profissionais dos diferentes locais. Percebe-se com isso fragmentação do cuidado à saúde da gestante.

Ao mesmo tempo, as gestantes movimentaram-se entre as unidades de saúde e o serviço especializado, na expectativa de formar um bebê saudável prioritariamente e, em segundo plano, para cuidarem de sua saúde.

O acesso ao pré-natal apontou o seu início no primeiro trimestre, com o número de consultas preconizadas, porém a qualidade da assistência mostrou-se frágil em alguns aspectos denunciados pelas mulheres como a identificação do profissional que assistiu a gestante, clara explicação acerca dos procedimentos e encaminhamentos, entre outros.

As gestantes perceberam a existência de lacunas na atenção ao pré-natal, bem como precária comunicação entre os profissionais. Contudo, é importante ressaltar que apenas registros formais de atendimento, sem comunicação interinstitucional, não atingem o propósito de um pré-natal eficaz, é necessário seguir os princípios do SUS, articulando os serviços e garantindo a responsabilidade e humanização dos atendimentos.

Vale destacar os profissionais da saúde que assistem as gestantes precisam repensar sobre as práticas rotineiras e criar espaços de comunicação pelo diálogo e escuta dessas mulheres e seus acompanhantes, avaliando condutas e abordagens de saúde, verificando se contemplam as necessidades demandadas pelos sujeitos cuidados.

No estudo, observou-se que os enfermeiros vêm conquistando espaço e autonomia para desenvolver ações durante o pré-natal de baixo risco, constituindo-se como referência para as gestantes, numa prática legalizada no contexto da enfermagem brasileira.

Compreende-se ao final que desafios e obstáculos existem para a mudança da prática profissional em relação ao sistema de referência e contra-referência. Essa situação precisa ser superada via processo de

construção coletiva, multiprofissional e multidimensional entre os cenários de saúde, na busca de novas estratégias organizativas, assegurando os princípios do SUS e a política de humanização no pré-natal e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Ximenes, LB. Toda gravidez é diferente e cada uma tem sua história [Tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2001.
2. Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
3. Hoffmann IC. A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal [Dissertação]. Santa Maria (RS): Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; 2008. [acesso em 2010 Jan 10]. Disponível em: http://www.ufsm.br/ppgenf/periodo_dissertacoes2008.htm
4. Minayo MC S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2007.
5. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.
6. Ministério da Saúde. (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
7. Buchabqui, JA. Capp, E. Ferreira, J. Adequação dos encaminhamentos de gestação de alto risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Saúde Matern. Infant. 2006 Jan/Mar[acesso em 2010 Mar 20];6(1):23-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a03v6n1.pdf>
8. Espírito Santo, LC. Avaliação do risco na gestação. In: Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Oliveira DL. Organizador. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
9. Baruffi LM. O cuidado cultural à mulher na gestação. Passo Fundo (RS): Universidade de Passo Fundo; 2004.
10. Ministério da Saúde (BR). [homepage na internet]. A-Z Humaniza SUS, 2008. [acesso em 2008 Set 30]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28399
11. Ministério da Saúde. (BR). Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
12. Zampiere MFM, Garcia ORZ, Boehs AE, Verdi M. Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais. Série atenção primária a saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC/NFR/SBP; 2007. v.2.
13. Avanci BS, Cortez EA, Barbosa FS, André KM. Nurses' role play in perspective from prenatal and natural childbirth humanization program: a systematic review study. Rev Enferm UFPE [periódico online]. 2009 Out/Dez; 3(4): 348-56. [acesso em 2010 Jan 10]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/129/129>
14. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. 3ª ed. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2000. [acesso em 2010 Mar 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf
15. Saito RXS. Sistema Único de Saúde: da teoria a prática da integralidade [Dissertação]. Escola da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP); 2004.
16. Lopes WO. Integralidade na perspectiva da referência e contra-referência com famílias e pacientes após alta hospitalar [Dissertação]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho. Itajaí (SC) - Universidade do Vale do Itajaí; 2008.
17. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. II Plano nacional de políticas para as mulheres. Brasília (DF): Presidência da República do Brasil, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/02/15

Last received: 2010/03/23

Accepted: 2010/04/00

Publishing: 2010/07/01

Address for correspondence

Izabel Cristina Hoffmann

Rua Honório Magno, 165, Ap. 202

Bairro Medianeira

CEP: 97.070-450 – Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil