

Millenium, 2(18), 65-73.

pt

REDE CEGONHA NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO
THE STORK NETWORK IN THE VIEW OF HEALTH PROFESSIONALS: CHALLENGES AND THEIR OVERCOMING STRATEGIES
LA RED CIGÜEÑA EN LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: RETOS Y ESTRATEGIAS DE SUPERACIÓN

Vanessa Oliveira¹  0000-0001-8726-919X

Mara Chirelli²  0000-0002-7417-4439

Kátia Rezende²  0000-0002-9022-2680

Silvia Tonhom²  0000-0001-7522-2861

Luzmarina Braccialli²  0000-0002-9622-8629

Edinalva Nascimento²  0000-0002-8154-0716

¹ Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, Marília, Brasil

² Faculdade de Medicina de Marília, Brasil

Vanessa Oliveira - vcampassi@hotmail.com | Mara Chirelli - marachirelli@gmail.com | Kátia Rezende - katialvesrezende@gmail.com |

Silvia Tonhom - siltonhom@gmail.com | Luzmarina Braccialli - luzbra@terra.com.br | Edinalva Nascimento3 - edinalvanesvesnascimento@gmail.com



Autor Correspondente

Vanessa Oliveira

Rua dos Andradas, 140 - Santa Ifigênia

CEP 01208-000 São Paulo – Brasil

vcampassi@hotmail.com

RECEBIDO: 29 de Dezembro de 2021

ACEITE: 05 de maio de 2022

RESUMO

Introdução: A Rede Cegonha (RC) visa articular as ações materno-infantil, buscando um atendimento humanizado e integral. Porém, há desafios a serem compreendidos no processo de implementação dessa política pública no Brasil.

Objetivo: Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre os desafios e suas estratégias de superação na implementação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na Rede Cegonha.

Métodos: Grupos focais com duas equipes Saúde da Família (eSF) e duas de Unidade Básica de Saúde (UBS) que acompanham as gestantes, totalizando 35 participantes. Realizada análise de conteúdo, modalidade temática com os dados coletados.

Resultados: Percebe-se que o trabalho em rede não tem funcionado no município, tendo deficiência com relação ao estabelecimento dos fluxos, com pouca capacidade de resolução das situações frente aos processos de comunicação formal. As propostas de superação dos desafios passam pela reconstrução dos fluxos, protocolos e comunicação entre os serviços, mas também num movimento de cogestão.

Conclusão: Outras investigações são necessárias frente às novas políticas públicas implementadas no Brasil, o que gera desafios frente à proposta de integralidade no cuidado em saúde.

Palavras-chave: política pública; serviços de saúde materno-infantil; integração de sistemas; saúde da mulher

ABSTRACT

Introduction: The Stork Network (RC) aims to articulate maternal and child actions, seeking a humanized and comprehensive care. However, there are challenges to be understood in the process of implementing this public policy in Brazil.

Objective: To analyze the perception of Primary Health Care professionals about the challenges and their overcoming strategies in the implementation of care in the Health Care Network (RAS) and in the Stork Network.

Methods: Focus groups were performed with two Family Health Teams (FHTs) and two Basic Health Units (BHUs) that follow pregnant women, totaling 35 participants. The content analysis of the collected data was performed, using the thematic modality.

Results: It was observed that networking has not shown a good performance in the municipality, showing a deficiency in relation to the establishment of flows, with little capacity to resolve situations in the face of formal communication processes. The proposals for overcoming the challenges go through the reconstruction of flows, protocols and communication between services, but also include a co-management movement.

Conclusion: Further studies are necessary considering the new public policies implemented in Brazil, which creates challenges in the face of the proposed integrality in health care.

Keywords: public policy; maternal and child health services; systems integration; women's health

RESUMEN

Introducción: La Red Cigüeña pretende articular las acciones materno-infantiles, buscando una atención humanizada e integral.

Objetivo: analizar la percepción de los profesionales de la Atención Primaria a la Salud sobre los retos, así como elaborar estrategias de superación para actuar en la Red Cigüeña.

Métodos: Grupos focales con 34 profesionales de las Estrategias de Salud de la Familia (ESF) y Unidades Básicas de Salud (UBS) que monitorizan a las embarazadas. El análisis realizado fue por medio del análisis de contenido, modalidad temática.

Resultados: Se han tratado dos temas en este artículo: Retos y propuestas para la actuación de los profesionales de la ESF en la Red de Atención a la Salud y la Red Cigüeña; y, Retos y propuestas para la actuación de los profesionales de las UBS en la Red de Atención a la Salud y la Red Cigüeña.

Conclusión: Se identificó la fragilidad en el trabajo en red, como el establecimiento de los flujos, la baja capacidad de resolución de las situaciones frente a los procesos de comunicación formal y la rotación de los profesionales de la salud. Las propuestas de superación de los retos pasan por la reconstrucción de los flujos entre los servicios y la implantación de la Red Cigüeña en el movimiento de cogestión.

Palabras Clave: políticas públicas; servicios de salud materno-infantil; integración de sistemas; salud de la mujer

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios relacionados à atenção à saúde da mulher e da criança é a garantia de um pré-natal de qualidade. Essa meta é tangível quando as gestantes exercem seus direitos por meio de espaços de compartilhamento de experiências e questionamentos, preparando-a para o momento do parto (Brasil, 2007).

A assistência integral no pré-natal assegura condições para uma gestação e nascimento saudáveis, contemplando os aspectos biopsicossociais, por meio de atividades de educação em saúde e prevenção. A integralidade das ações e dos serviços do pré-natal deve estar articulada na perspectiva de rede, em consonância com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de complexidade (Costa et al., 2016).

Atualmente, ainda, tem-se um trabalho normatizado, o que limita o trabalho dos profissionais, impossibilitando ações mais criativas, com relações mais próximas e com maior grau de liberdade. Nessa direção, o trabalho em rede busca respeitar a singularidade das pessoas, possibilitando o acolhimento, construção de vínculos, responsabilização, enquanto diretrizes do modelo de saúde, além de oportunizar múltiplas conexões, favorecendo a efetivação do cuidado (Franco, 2013).

Para superação dos desafios das desarticulações, o Ministério da Saúde (MS) propõe que os serviços possam se organizar em redes de cuidados. Em 2010, foi publicada a portaria que estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010).

A produção do cuidado em redes ordenado pelas diretrizes das RAS e construídas por meio de relações horizontais, considera a Atenção Primária à Saúde (APS) a ordenadora de todo o sistema, o elo entre a pessoa e os níveis de complexidade tecnológica. A APS é a porta de entrada do sistema e deve atender às necessidades em saúde da população do território sob sua responsabilidade. Neste contexto, os profissionais das equipes são responsáveis pela produção do cuidado em saúde e em compartilhar os objetivos e resultados esperados (Cecílio et al. 2012; Santos, 2017).

Diante de um cenário de produção de cuidado fragmentado e desarticulados entre os serviços de saúde ao binômio mãe e criança, surge a proposta de implantação da Rede Cegonha (RC), criada em 2011, pelo Ministério da Saúde (MS) com foco na integralidade do cuidado. Esta foi estruturada em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação (Brasil, 2011).

Em 2012, a nível regional, elaborou-se documento com a proposta para a implantação da RC e o Plano de Ação contemplando as diretrizes do MS, com novo modelo organizacional que possibilitasse enfrentamentos e implementações na área materno infantil (Costa et al., 2016).

Assim, a RC visa articular as ações materno-infantil, buscando um atendimento humanizado e integral, promovendo a conexão entre os fluxos, a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (Assis et al., 2019).

Nesse sentido, a RC tem o desafio de constituir a mudança do modelo de atenção à saúde e, em especial, no campo da gestão, sendo necessário novas formas de qualificação e organização do trabalho e das relações institucionais e subjetivas. Dessa forma, pode-se construir um potencial transformador para a sustentabilidade das práticas da RC enquanto política pública e da produção da autonomia dos coletivos em saúde, fortalecendo os resultados da mesma e das inovações em redes de cuidado (Santos & Ventura, 2021).

Nesse sentido, faz-se necessário explorar como as equipes de saúde estão realizando suas práticas nos serviços de saúde, considerando que convivemos com os modelos de cuidado da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) na APS, no Brasil.

Assim, diante deste contexto questiona-se: Qual é a percepção das equipes de saúde da APS em relação à RAS e RC, considerando o período gestacional? Como essas equipes operacionalizam as ações preconizadas pelas redes?

Objetiva-se, portanto, analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre os desafios e suas estratégias de superação na implementação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na Rede Cegonha.

1. MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, exploratório-descritiva, realizada nas Unidades de Saúde que compõe a Rede de APS em um município de médio porte no interior do Estado de São Paulo, Brasil.

1.1 Amostra e critérios de inclusão e exclusão

Nesse contexto havia a organização de 38 equipes de Saúde da Família (eSF) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para a realização da pesquisa, considerou-se como critério de inclusão, uma eSF e uma equipe de UBS do município pesquisado com maior número de gestantes cadastradas e maior número de encaminhamentos ao hospital de alta complexidade e uma eSF e uma equipe de UBS com menor número de gestantes cadastradas e maior número de encaminhamentos ao hospital de alta complexidade.

Utilizou-se amostra por conveniência, em cujo cenário da UBS foram incluídos os profissionais que realizavam atendimentos com as gestantes e na eSF definiu-se a representatividade proporcional das categorias profissionais que compõem a equipe.

Os grupos focais foram realizados em locais distintos, sendo duas equipes na UBS e duas na eSF. Nas eSF Diamante e Safira os grupos eram compostos por: três fisioterapeutas, dois médicos, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de saúde bucal, um auxiliar de escrita, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um nutricionista, dois agentes de controle de endemias (AE), dois auxiliares de limpeza e um estudante do curso de Medicina do sexto ano da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Nas equipes das UBS Esmeralda e Rubi os grupos eram compostos por: dois enfermeiros, dois médicos obstetras, três técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde e um agente de endemias.

1.2 Instrumento de recolha de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2019. Utilizou-se a técnica de grupo focal (GF), o qual atende a finalidade de coletar os dados por meio da interação entre os participantes para explorar os tópicos norteadores (Nyumba et al., 2018). Utilizou-se um roteiro que contemplava questões norteadoras sobre os desafios e estratégias de superação na implementação da RAS e RC na APS do município investigado. Para cada grupo foi realizado um encontro, com uma média de 60 minutos de duração. O grupo foi conduzido pela pesquisadora responsável e apoiado por duas outras com experiência sobre a temática e o método de coleta.

1.3 Análise de dados

Para a análise dos dados dos grupos focais utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, onde o conceito central é o tema (Minayo, 2013). Na pré-análise organizou-se o conteúdo dos grupos focais para a leitura flutuante e exaustiva. Nesse processo definiu-se as categorias de análise referente aos desafios e estratégia de sua superação da implementação da RAS e RC. O material da eSF e da UBS foi processado separadamente, com planilha de excel distintas, de forma que as categorias foram exploradas considerando a percepção dos profissionais em cada modelo de cuidado (ESF e UBS).

A segunda fase constituiu-se da exploração dos materiais coletados, selecionando os fragmentos das falas de acordo com as categorias estabelecidas. Em seguida, elaborou-se síntese de cada categoria, a qual permitiu identificar os núcleos de sentido e agrupá-los em temas (quadro 1). A codificação dos dados foi realizada por uma pesquisadora e validada por duas outras com título de doutor e experiência no método de análise.

Na terceira fase realizou-se a apresentação, discussão e interpretação dos dados coletados. Nessa fase trabalhou-se com os referenciais de integralidade no cuidado e de cogestão em saúde.

Com o intuito de preservar o anonimato, as Unidades de Saúde foram identificadas com nomes fictícios: a eSF Diamante, eSF Safira, UBS Rubi e UBS Esmeralda.

Quadro 1 – Apresentação dos temas e núcleos de sentido das entrevistas com profissionais da ESF e UBS, Marília, São Paulo, Brasil, 2020.

Temas	Núcleos de sentido
Desafios e propostas para atuação dos profissionais da ESF na Rede de Atenção à Saúde e Rede Cegonha	-Dificuldades na transição do modelo biomédico para ESF; -Desarticulação entre os diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde e Rede Cegonha; -Necessidade de ampliação do número de profissionais e reconhecimento do seu trabalho; -Necessidade de clareza na definição de papéis e protocolos; - Importância de ações de educação em saúde;
Desafios e propostas para atuação dos profissionais da UBS na Rede de Atenção à Saúde e Rede Cegonha	-Organização do processo de trabalho dificulta a operacionalização de ações de promoção e prevenção à saúde; -Divergência de orientações e fluxos entre os profissionais da equipe da AP; - Desarticulação entre os diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde e Rede Cegonha; -Desconhecimento sobre políticas públicas por parte dos profissionais e gestantes; -Insuficiência de recursos estruturais e organizacionais; - Importância de ações de educação em saúde e o número reduzido de profissionais; -Necessidade de qualificar os profissionais para o cuidado humanizado; -Necessidade de ampliação do número e de variedade de profissionais; -Intensificar ações preventivas para impactar nos Indicadores de saúde;

Fonte: dados da pesquisa

Este artigo é parte de uma dissertação de mestrado profissional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e anuência do Comitê de Avaliação de Pesquisa da Secretaria da Saúde (COMAP), com registro CAAE: 02874218600005413 e parecer nº 3.123.730.

2. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os temas e os núcleos sentido identificados a partir das falas dos profissionais da eSF e UBS.

2.1 Desafios e propostas para atuação dos profissionais da ESF na Rede de Atenção à Saúde e Rede Cegonha.

Um dos desafios vivenciados pelas eSF é a mudança do modelo curativista para o de prevenção de doença e promoção da saúde, pois os usuários dos serviços demandam urgência no cuidado e acreditam na potência da medicação na resolução dos seus problemas. Os profissionais referem que isso ocorre devido a dificuldade de compreensão das pessoas. Além, desse, a vigência dos dois modelos de Atenção à Saúde no município, também dificulta a implantação da ESF, fragilizando a RA e RC (Oliveira et.al.,2021)

“As pessoas elas são muito urgentes [...] procuram um modelo mais curativista, quero um remédio e ponto[...]. É falta do entendimento, é urgência do cuidado. E como tem os dois modelos de assistência [no município], UBS é diferente de Estratégia. [...] dificulta um pouco, pelo próprio entendimento”. (Equipe SF Diamante).

Os entrevistados apontam que a perspectiva é desenvolver uma prática com qualidade, mas não atingem esse objetivo devido a falta de tempo em função da alta demanda, pois houve aumento de usuários SUS-dependente. E, mais, pelo número insuficiente de trabalhadores de saúde na eSF.

“[...] a gente acaba não tendo tempo suficiente para trabalhar com a qualidade que a gente queria, porque a demanda é muito grande, a população está muito mais “SUS-dependente” [...], a gente não tem hoje em dia a quantidade de profissionais suficientes”. (Equipe SF Diamante)

As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) não têm uma frequência estabelecida nas unidades, perdendo as características da ESF. Ainda assim, o Hospital Secundário contactua com os serviços da APS a fim de constituir a RAS. Em relação ao NASF, esse realizou grupos de orientação e ou operativo em parceria com diferentes profissionais da eSF, pois essa atividade era considerada primordial para se operacionalizar os princípios da ESF. No entanto, atualmente essa ação não é considerada essencial.

“No NASF não temos frequência nas Unidades e a estratégia que é perdido, um pouco a característica de Estratégia [...] a Estratégia não consegue mais desempenhar seu papel. O Hospital Secundário continua trabalhando dentro de um fluxo possível [...], quando fala de Estratégia a gente pensa [...] fala de grupo, isso não é mais assim, já não era tão assim, mas existia um pouco mais. Hoje a demanda é maior e a rotatividade de profissional também.” (Equipe SF Diamante)

Nesse contexto, os profissionais da eSF sinalizam que convivem com um modelo que está valorizando a produção quantitativa de “procedimentos” e não o cuidado integral da gestante, sendo influenciado e determinado pelo número reduzido de profissionais da equipe e do NASF, além da rotatividade desses, não constituindo, assim, possibilidade de construção de vínculo entre os profissionais para a efetivação do trabalho em equipe, buscando a intencionalidade de reconstrução das práticas.

Os profissionais que compõe as eqSF reconhecem a importância dos grupos de orientação e ou operativo as gestantes, apesar da baixa adesão quando realizado. No conjunto de depoimentos, afirmam ser necessário utilizar atrativos ou ter a participação do médico para que aumente o número de gestantes.

“O grupo é muito importante [...] é a adesão que é baixa da população, tem que ter alguma coisa muito chamativa para eles comparecerem nos grupos[...]os grupos que mais comparecem quando falamos que o médico vai estar presente ou quando vai ganhar alguma coisa”. (Equipe SF Diamante)

Os profissionais referem que com a implantação do e-SUS (Sistema de Saúde Eletrônico), houve melhora das informações dos usuários, permitindo acessos às redes de atendimento e aos registros da produção de cada profissional da APS para algumas especialidades. No entanto, não há um fluxo efetivo estabelecido de referência e contrarreferência e anotação na carteira da gestante dos atendimentos realizados. Compreendem que a interdisciplinaridade é importante para o atendimento integral da gestante em todos os âmbitos da Atenção à Saúde. A exceção é o hospital de referência secundária, como mencionado acima. Apontam para a necessidade de criar ambulatório de risco intermediário para suprir a dificuldade de comunicação com o de alto risco bem como melhorar o funcionamento desse último.

“Com o E-SUS tem melhorado para algumas especialidades, porém não funciona nos hospitais [...] a comunicação [...] dos dois lados. Facilitar esse canal porque é muito difícil a integração da rede mesmo, principalmente, por que o sistema não é o mesmo então não tem como ter outra informação, a não ser que alguém passe para a gente.”

Diferente no hospital[...], eu consigo ver porque é o mesmo sistema. A comunicação é importante”. (Equipe SF Safira)

“Em todos os âmbitos de atenção, eu acredito que a interdisciplinaridade no momento de avaliar, de fazer as necessidades de saúde, vão ser importantes”. (Equipe SF Safira)

“Não existe a contrarreferência. Todos querem que nós referenciemos para eles, contra referenciar para saber o que foi feito com o paciente, nunca”. (Equipe SF Diamante)

“Falta um ambulatório de médio risco e risco intermediário, e falta um ambulatório de alto risco melhor, por que o ambulatório de alto risco de Marília é bem complicado[...] com o ambulatório de risco intermediário, uma boa parte dessas dificuldades que a gente tem com o alto risco já ia se resolver “. (Equipe SF Safira)

Também há fragilidades de comunicação entre os membros da própria eSF e dessa com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para discussão dos casos, dificultando a construção do vínculo. Apontam a inexistência de implantação de protocolos para o cuidado gestantes no município e acréscimo de novos exames com definição de parâmetros para os encaminhamentos aos diferentes serviços de saúde de modo a facilitar a criação de fluxos efetivos na promoção do cuidado.

“Eles também são muito sobrecarregados lá, por que eles (SMS) têm também que atender o município inteiro, e não é só coisa de gestante, são várias outras coisas [...] toda hora eles também (SMS) estão em reunião, estão conversando com alguém, falta esse vínculo”. (Equipe SF Safira)

“É complicado essa parte de ligar e discutir (com a Área técnica da Saúde da Mulher na SMS)[...], por que quando a gente tem (dúvidas) a gente liga, aí não tem ninguém ou se tem alguém tá ocupado: você liga depois?[...] é muito difícil para a gente, por que como a gente não sabe para onde manda essa gestante, por que não tem o nível de complexidade que ela precisa, a gente tem que ficar ligando discutindo o caso toda hora”. (Equipe SF Safira)

“Não existe um protocolo do município [...], o protocolo B é uma coisa que já colhe [...] aqui, no município, não existe [...] tem diabética que fica gestante e a gestante que fica diabética, e tem o nível de risco dessa paciente [...]. Tem paciente que tem indicação de insulina e tem a paciente que é diabética, mas não é complexa, para onde gente manda isso?”. (Equipe SF Safira)

Além disso, sinalizam que o parto humanizado não está presente, sendo necessário formar os profissionais para tanto.

“Acho que falta um pouco do preparo na humanização do parto, a gente ouve muito falar de parto humanizado [...] mas não tem parto humanizado”. (Equipe SF Safira)

2.2 Desafios e propostas para atuação dos profissionais da UBS na Rede de Atenção à Saúde e Rede Cegonha.

Os trabalhadores de saúde afirmam que a APS tem entre suas atribuições, a prevenção por meio dos grupos, como, por exemplo, o de gestantes e puérperas, porém devido a “queixa aguda” da população, que demanda rápida resolubilidade, e o número reduzido de profissionais, o desenvolvimento dos mesmos deixa de ser prioridade para a equipe.

“A Atenção Primária prevê lidar muito com a prevenção e a gente acaba não tendo recurso para fazer realmente prevenção acontecer, por meios de grupo [...] aqui nós temos muitas gestantes e esse trabalho poderia ser feito [...] mas falta profissional [...] nós temos uma queixa aguda que precisa de resolutividade rápida, os grupos sempre acabam ficando para segundo plano, informação acaba ficando em segundo plano”. (Equipe UBS Esmeralda)

Os profissionais que compõe as equipes das UBS relatam que um dos desafios é a comunicação e o fluxo da APS com a Atenção Secundária. Consideram que se o usuário for encaminhado da APS para o hospital, esses reencaminham para o Pronto Atendimento (PA) da APS. No entanto, o serviço secundário possui como propósito a alta qualificada, mas, também apresentam dificuldade de operacionalização. Assim, dificilmente, os serviços da APS recebem essa contrarreferência.

“Me ensinaram que, se precisar procurar o HM, que é a referência para gestante, não ocorre isso. Porque a pessoa vai lá e eles mandam voltar para o PA. Então eu acho que isso não está bem estabelecido, triado”. (Equipe UBS Rubi)

“O Hospital Secundário trabalha muito com alta qualificada, eles procuram trabalhar com essa ferramenta, mas eles não têm muita ‘perna’ para fazer todos os pacientes. Então, isso acaba acontecendo raramente”. (Equipe UBS Esmeralda)

Há falta de informação dos profissionais e das gestantes sobre as políticas públicas e não existe capacitação para os trabalhadores a respeito dessa temática.

“A falta de informação, tanto da população quanto dos profissionais, acerca da política pública, não é trabalhada, capacitada, nunca vi alguém capacitar uma equipe em política pública”. (Equipe UBS Esmeralda)

Apontam também a falta de recursos estruturais e organizacionais como: oferta de exames, incompetência administrativa e não disponibilidade dos gestores em transformar o atual cenário.

“No município [...] dois mil de ultrassom atrasados, de Raio X, levantamento de todas as unidades [...] se for para ressonância [...]”. (Equipe UBS Esmeralda)

“Existe incompetência dos nossos gestores [...] não é financeiro, mas existe incompetência administrativa [...]. Nós estamos abandonados”. (Equipe UBS Esmeralda)

No conjunto de depoimentos, há sugestão de aumentar a quantidade de profissionais, em todas as categorias.

“A sugestão é o seguinte: mais médico, mais profissional, assistente social, nutricionista, acho que resolveria um dos problemas, mas não temos os profissionais suficientes na rede”. (Equipe UBS Rubi)

Os profissionais apontam que a unidade de saúde não está cumprindo o seu papel de promover ações de cunho preventivo, como por exemplo, não realizam visita domiciliar. E, mais, não geram indicadores que permitam conhecer as pessoas para o desenvolvimento dessas atividades. Acreditam que essas são atribuições da APS e que não as cumprem devido à falta de recursos.

“O preventivo seria mais a função da USF, a visita domiciliar que tem que fazer, onde tem que ir, tomar vacina, preventivo seria a USF [...] também está parado, não está cumprindo a função dele. A única coisa que faltou são os indicadores, a gente não consegue gerar indicadores devido essa falta de recursos [...] precisa gerar indicadores para reconhecer aquela população: preciso trabalhar a prevenção, a sífilis [...] com essa falta de recursos que a gente não consegue realmente cumprir o papel da Atenção Primária”. (Equipe UBS Esmeralda)

3. DISCUSSÃO

Um dos desafios centrais vivenciado pelas equipes da APS são as mudanças do modelo de atenção à saúde. Convive-se com o modelo biomédico e o de vigilância à saúde, produzindo diversos entendimentos acerca de como implementar as ações propostas na RC.

No município pesquisado, percebeu-se que a gestante tem acesso para iniciar o seu cuidado tanto com a eSF como na UBS. Porém, a realização do cuidado ainda apresenta dificuldades para que ocorra em equipe, incluindo o NASF, sendo um dos determinantes a defasagem de número de profissionais para desenvolver as ações propostas.

Percebe-se, também, o desafio de se construir com as gestantes uma prática focada na promoção à saúde e prevenção de agravos. Sinalizam que as gestantes requerem práticas ancoradas no modelo biomédico, no entanto, essa transição de modelo de cuidado se faz em processo entre os profissionais, gestores, assim como com as gestantes.

A concepção das gestantes sobre o cuidado em saúde está alicerçada no modelo biomédico, evidenciado por meio da maior valorização das consultas médicas e dos procedimentos de tecnologias duras realizados, centralizando a sua produção em saúde no ato médico e poderá desconsiderar ações coletivas ou de outros profissionais na construção do cuidado na assistência pré-natal. Fogaça et al. (2017), afirma que o posicionamento das gestantes poderia ser diferenciado se houvesse o entendimento do seu papel como coparticipante na produção do seu cuidado durante a elaboração do plano de cuidados nas consultas de pré-natal

Compreende-se que o modelo biomédico foi constituído socio-culturalmente com as pessoas ao longo de décadas, sua desconstrução requer ações pactuadas entre gestores, profissionais e comunidade, além de envolver a formação profissional, num movimento de cogestão. O enfoque está na análise do trabalho enquanto atividade concreta, compreendendo como os coletivos operam cotidianamente, quais são os ensinamentos entre os segmentos, como se articulam e se reinventam (Santos & Ventura, 2021).

Com o aumento de usuários que dependem do acesso ao SUS, trabalha-se muito mais em função da quantidade de atendimentos agendados e demanda de gestantes, adultos, criança, adolescente, hipertensos, diabético, idoso, não conseguindo fazer visitas. Nesse contexto, os profissionais da eSF sinalizam que convivem com um modelo que está valorizando a produção quantitativa de “procedimentos” e não o cuidado integral da gestante, sendo influenciado e determinado pelo número reduzido de profissionais da equipe e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), mas também com rotatividade desses, não constituindo, assim, possibilidade de construção de vínculo entre os próprios profissionais para a efetivação do trabalho em equipe, buscando a intencionalidade de reconstrução das práticas.

A disponibilidade de profissionais em quantidade suficiente humaniza e qualifica a oferta do cuidado. Escutas qualificadas fortalecem o vínculo com as gestantes assistidas no pré-natal (Silva et al., 2018).

Ou seja, mesmo que ocorra um esforço por parte das equipes em realizar mudanças na organização do cuidado às gestantes, há uma proposição da política pública em estruturar as práticas voltadas para a produção quantitativa em detrimento a busca pela qualidade ancorada na integralidade do cuidado.

Percebe-se um retrocesso do modelo assistencial da ESF e das equipes multiprofissionais nas políticas da APS, com a redução dos profissionais que atuam em unidades de saúde. Novos moldes de organização foram permitidos a partir do Programa Nacional Atenção Básica (PNAB) 2017, no Brasil, com a redução e até a ausência do NASF e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes e influencia a concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada. O médico

poderá reduzir sua carga horária de trabalho e seu trabalho tende a ser voltado a ações curativistas e individualizadas (Giovannella, Franco & Almeida, 2020).

A extinção de credenciamento e financiamento federal dos NASF evidencia outro ponto de involução. O conceito de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade tendem a desaparecer, pois a prioridade será o cuidado individual e o atendimento à demanda espontânea. Segundo Giovannella et al. (2020), há a tendência da ESF ser descaracterizada em seu processo de trabalho, da capilaridade das equipes nas comunidades e organização das ações. Poderá comprometer a longitudinalidade e coordenação do cuidado, desarticulada com as redes de urgência e direcionando às demandas agudas e manejo de doenças, com monitorização de casos graves a espera de transferência. Considerar apenas a população cadastrada, na prática, significa romper com a universalidade e equidade do SUS.

Os profissionais que compõe as equipes da APS relatam que um outro desafio é o cuidado em rede, pautado na integralidade como princípio norteador, ou seja, a comunicação da APS com Atenção Secundária e a Atenção Hospitalar, entre os membros da própria eSF e dessa com a SMS para discussão dos casos, além da dificuldade na existência de contrarreferência por parte da atenção hospitalar.

Estas equipes que são responsáveis pela produção do cuidado apontam a inexistência de implantação de protocolos para gestantes no município e acréscimo de novos exames com definição de parâmetros para os encaminhamentos e locais de parto, identificação dos fluxos efetivos de atendimento do município.

Os profissionais compreendem que a interdisciplinaridade é importante para o atendimento integral da gestante e em todos os âmbitos da Atenção à Saúde. Afirmam que o hospital de referência secundária trabalha dentro de um fluxo possível com discussão de alguns casos criando redes dentro das unidades de saúde da APS.

Com a implantação do sistema eletrônico de registro dos dados no SUS (e-SUS), houve melhora das informações dos usuários, permitindo acessos às redes de atendimento e aos registros da produção de cada profissional da APS para algumas especialidades. No entanto, ao não se ter um fluxo efetivo estabelecido de referência e contrarreferência e anotação na carteira da gestante dos atendimentos realizados, o trabalho em rede continua comprometido. Para tanto, sugerem que se tenha a formação dos profissionais sobre as políticas públicas da RAS e RC, para que possam, junto aos gestores, estabelecer a reorganização do cuidado.

A organização da RAS e da RC é imprescindível para um cuidado humanizado e voltada à integralidade do cuidado, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade (Silva et al., 2018). As gestantes em acompanhamento nas unidades de saúde vivenciam diferentes cenários, que requerem diferentes olhares.

Os profissionais elencam como propostas de superação dos desafios a necessidade de melhorar a definição dos papéis e os protocolos dos serviços de saúde, visando a integração no cuidado e criando o ambulatório de risco intermediário ou de média complexidade para discussão de casos que gerem dúvidas aos profissionais.

Uma proposição seria redesenhar as Regiões de Saúde e definindo-as como responsáveis pela gestão da média e alta complexidade e da Vigilância em Saúde, inclusive com a Atenção Hospital que tem sido operacionalizada, desconectada da APS e operarem com problemas de eficiência e efetividade.

Para contemplar as propostas apresentadas e sustentabilidade do SUS é necessária a formação de profissionais e de equipes multiprofissionais, que contemplem às necessidades de saúde dos territórios e seus contextos ao qual estão inseridos, e uma gestão com olhar voltado para este contexto. A prática interdisciplinar deve ser estimulada, bem como o compartilhamento de responsabilidades e de tarefas. Campos (2018) destaca que o processo de cuidado fragmentado, entre os serviços e a movimentação do usuário como uma peça deslizante, tem resultados desumanos, ineficazes e ineficientes. É fundamental que ocorra melhoria da comunicação e integração dos serviços para democratização e sustentabilidade do SUS e a expansão da ESF é uma estratégia a ser considerada.

CONCLUSÃO

Percebe-se que o trabalho em rede não tem funcionado no município, tendo deficiência com relação ao estabelecimento dos fluxos, com pouca capacidade de resolução das situações frente aos processos de comunicação formal, seja por sistema de referência e contrarreferência, ou mesmo entre os profissionais da equipe, que estão em número reduzido e tendo rotatividade tanto na equipe de referência e no NASF.

As propostas de superação dos desafios passam pela reconstrução dos fluxos, protocolos e comunicação entre os serviços, mas também com a gestão municipal da área da saúde da mulher proporcionar a construção coletiva da implementação da RC num movimento de gestão.

É essencial um novo olhar para a dinâmica da centralização e descentralização das ações equilibradas nas Políticas Nacionais de Saúde, construídas e aprovadas pelos organismos de cogestão do SUS: Conferências, Conselhos e Comissões Tripartites. Há uma tendência recente de desmonte destas políticas, fragmentando ainda mais o SUS e expor as gestões estaduais e municipais à pressão de interesses de grupos externos em se aproveitar do SUS.

Reconhece-se a limitação do estudo ao bordar o cuidado em Rede em um município, porém, outras investigações são necessárias frente às novas políticas públicas implementadas no Brasil, o que gera desafios frente à proposta de integralidade no cuidado em saúde.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - código de Financiamento 001, a qual agradecemos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assis, T. R., Chagas, V. O., Goes, R. M., Schafhauser, N. S., Caitano, K. G., & Marquez, R. A. (2019). Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 13(4), 843-853. <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1595>.
- Brasil. Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 28 dez 2007; Seção 1:2.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 31 dez 2010; Seção 1:88.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 27 jun 2011; Seção 1:109.
- Campos, G. W. S. (2018). SUS: o que e como fazer?. *Ciênc Saúde Coletiva*, 23(6), 1707-1714.
- Cecilio, L. C. O., Andrezza, R., Carapinheiro, G., Araújo, E. C., Oliveira, L. A., Andrade, M. G. G.,... & Spedo, S. M. (2012). A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2893-2902. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>.
- Costa, F. J. L. S., Camara, J. T., Costa, K. R., Serejo, E. C. S., Pedrosa, A. O., & Lima, A. K. A. (2016). Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4563-4586. <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5034>
- Franco T.B. (2013). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos (pp. 226-42). Hucitec.
- Giovanella, N. R., Ferrari, R. A. P., Gabani, F. L., Soares, N. T. I., Tacla, M. T. G. M., & Oliveira, G. S. (2017). Operacionalização de grupos de pré-natal: percepção dos profissionais do serviço de atenção primária à saúde. *Revista Pesquisa Qualitativa [Internet]* <https://pdfs.semanticscholar.org/9143/a4a294c71f13b8cbd4e0373ea7428aca8b18.pdf>.
- Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. (2020) Política Nacional de atenção básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1482. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
- Minayo, M. C. S. (2013). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (13ª ed). Hucitec.
- Nyumba, T. O., Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and evolution*, 9(1), 20-32.
- Oliveira, V. A. S. C., Chirelli, M. Q., Rezende, K. T. A., Tonhom, S. F. R., Braccialli, L. A. D., & Nascimento, E. N. (2021). Rede Cegonha na visão de gestantes e profissionais: Uso de grupo focal e entrevista. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 591-599. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599>.
- Santos, L. (2017). Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1281-1289. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.
- Santos, S. S. B., & Ventura, K. (2021). Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 775-780. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>.
- Silva, L. A., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Santos, M. V., Guerra, J. V. V., & Marchiori, G. R. S. (2018). Recursos humanos e materiais no pré-natal: valores úteis para a garantia da humanização do cuidado às gestantes. *Revista Enfermagem Centro-Oeste Min*, 8 (e2831). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2831>