

ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

ATTENTION TO HIGH-RISK PREGNANCY: PATIENT SAFETY STRATEGIES

ATENCIÓN A LA GESTACIÓN DE ALTO RIESGO: ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Beatriz Sousa da Fonseca¹
Verusca Soares de Souza²
Andréia Queiroz da Silva³
Heloa Costa Borim Christinelli⁴
Maria Antonia Ramos Costa⁵
Carlos Alexandre Molena Fernandes⁶
Taynara de Oliveira Farias Batista⁷

Como citar este artigo: Fonseca BS, Souza VS, Silva AQ, Christinelli HCB, Costa MAR, Fernandes CAM, Batista TOF. Atenção à gestação de alto risco: estratégias de segurança do paciente. Rev baiana enferm. 2022; 36: e44801.

Objetivo: identificar as estratégias de segurança do paciente adotadas pela equipe multiprofissional na gestação de alto risco. Método: estudo descritivo, qualitativo, realizado com a equipe multiprofissional responsável pelo atendimento especializado à gestação de alto risco de um município do sul do Brasil. As entrevistas aconteceram em março de 2020 e os resultados foram agrupados em categorias temáticas. Resultados: evidenciou-se duas temáticas: segurança no acolhimento e fluxo de atendimento à gestante de alto risco, representado pelo papel da atenção primária e secundária na assistência à gestante, com a identificação precoce dos fatores de risco e/ou agravos à gestação e orientações à segurança da gestante de alto risco, identificando a necessidade de cuidado multiprofissional individualizado às necessidades da gestante. Conclusão: as estratégias para segurança da gestante de alto risco ultrapassam os protocolos de segurança e denotam a necessidade de adaptação ao contexto da atenção secundária.

Descritores: Segurança do paciente. Gravidez de alto risco. Gestão de riscos. Equipe de Assistência ao paciente. Serviço de Saúde.

Objectives: identify the patient safety strategies adopted by the multiprofessional team in high-risk pregnancies. Methods: descriptive and qualitative method, carried out with the multidisciplinary team responsible for specialized care for high-risk pregnancies of a city located in the south of Brazil. Results: there were two themes: security in the reception and flow of care for high-risk pregnant women, represented by the role of primary and secondary care in assisting pregnant women, with the early identification of risk factors and problems with pregnancy; and, guidelines for the safety of high-risk pregnant women, identifying the need for multidisciplinary care tailored to the needs of the pregnant woman. Conclusion: strategies for the safety of high-risk pregnant women permeate safety protocols and denote the need to adapt to the context of secondary care.

¹ Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3469-2231>. beatriz.sousa.fonseca@hotmail.com

² Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Coxim, Mato Grosso do Sul Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3305-6812>.

³ Hospital Santa Casa de Paranavaí e Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9714-9113>.

⁴ Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0772-4194>.

⁵ Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6906-5396>.

⁶ Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4019-8379>.

⁷ Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1336-358>.

Descriptors: Patient safety. Pregnancy, High-Risk. Risk management. Patient care team. Health Services.

Objetivo: identificar las estrategias de seguridad del paciente adoptadas por el equipo multiprofesional en la gestación de alto riesgo. Método: estudio descriptivo, cualitativo, realizado con el equipo multiprofesional responsable por la atención especializada a la gestación de alto riesgo de un municipio del sur de Brasil. Las entrevistas tuvieron lugar en marzo de 2020 y los resultados se agruparon en categorías temáticas. Resultados: se evidenciaron dos temáticas: seguridad en la acogida y flujo de atención a la gestante de alto riesgo, representado por el papel de la atención primaria y secundaria en la asistencia a la gestante, con la identificación temprana de los factores de riesgo y/o agravios a la gestación y orientaciones a la seguridad de la gestante de alto riesgo, identificando la necesidad de cuidado multiprofesional individualizado a las necesidades de la gestante. Conclusión: las estrategias para seguridad de la gestante de alto riesgo sobrepasan los protocolos de seguridad y denotan la necesidad de adaptación al contexto de la atención secundaria.

Descriptores: Seguridad del Paciente. Embarazo de Alto Riesgo. Gestión de Riesgos. Grupo de Atención al Paciente. Servicios de Salud.

Introdução

A segurança da assistência em saúde sempre foi preocupação dos profissionais. Hipócrates (460 a 370 a.C.), a descreveu como princípio para o exercício da medicina *Primum non nocere*, que significa primeiro não cause o dano. Florence Nightingale, intitulada a precursora da enfermagem moderna, enunciou como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente, protagonizando a organização dos serviços de enfermagem e de apoio com foco na redução de infecções. A partir dos princípios elencados por estudiosos do setor de saúde, a preocupação com a qualidade e a necessidade de um cuidado que preze pela integridade e segurança do paciente se tornou intrínseca à prestação da assistência⁽¹⁻²⁾.

A preocupação com a Segurança do Paciente se intensificou com a publicação de taxas de eventos adversos pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América e se solidificou a partir da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, de 2004, que teve como objetivo definir e conceituar a Segurança do Paciente, além de evidenciar medidas para a redução de riscos e atenuar eventos adversos⁽¹⁾. Nessa perspectiva, segurança do paciente foi definida como a redução a um mínimo aceitável de danos desnecessários associados à assistência à saúde e, por sua vez, evento adverso, considerado um incidente que resultou em danos à saúde⁽¹⁾.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com a Organização

Pan-Americana da Saúde e também a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde vêm trabalhando no Brasil com os Desafios Globais para a Segurança do Paciente. Os desafios globais são: Identificação correta dos pacientes; Comunicação efetiva; Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; Higienização das mãos contra possíveis infecções; Redução de risco de quedas e úlceras por pressão⁽³⁾.

Com o intuito de alinhar as ações de forma sistematizada no alcance das metas, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 529, de 10 de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁽⁴⁾. Concomitante, lançou também protocolos com o fito de determinar boas práticas de saúde relacionadas aos pontos de atenção identificadas nas metas, a serem implementados em todos os níveis de atenção, embora tenham uma abordagem mais voltada à atenção hospitalar⁽⁵⁾.

Sabe-se que a atenção hospitalar concentra o maior número de procedimentos invasivos, entretanto, para que seja possível o alcance das metas globais, é preciso que seja refletido acerca da aplicabilidade dos protocolos na atenção primária e secundária. Cita-se a assistência à saúde materno-infantil como uma das áreas prioritárias de atuação na prevenção de agravos e complicações, compatíveis com os conceitos

de eventos adversos, reforçado pelo esforço coletivo de diminuição de taxas de mortalidade materno-infantil⁽⁶⁾.

A mortalidade materna, principal complicação na assistência à gestante, é definida como o óbito de uma mulher dentro da gestação ou puerpério independente da duração ou localização da gravidez, devido a alguma causa relacionada ou agravada pela gravidez⁽⁷⁾. Considerando que grande parte das causas do óbito materno pode ser evitado, a Secretaria do Estado do Paraná implantou a Rede Mãe-Paranaense com o intuito da redução da mortalidade materna, além de um cuidado mais abrangente e efetivo à mulher⁽⁸⁾.

A Linha Guia da Rede Mãe Paranaense analisou as principais causas relacionadas à mortalidade materna e estabeleceu a Estratificação de Risco da gestante e da criança como questão norteadora do cuidado prestado à saúde materno-infantil. São eles: o Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco, sendo este último subdividido em categorias de Condição clínica pré-existente e intercorrências clínicas⁽⁸⁾.

Gestação de Alto risco consiste na condição em que a vida da mãe, feto e/ou recém-nascido está em risco devido a fatores psicossociais, físicos e biológicos⁽⁹⁾. Diante dessa temática, a necessidade da organização do fluxo assistencial e a sistematização do cuidado integral à gestante é evidenciado, uma vez que as principais causas da mortalidade materna podem ser evitadas. Além disso, a comunicação entre as redes de atenção à saúde deve ser eficaz para o bom funcionamento do cuidado, o que remonta a questões relacionadas à comunicação segura e identificação correta, entre outras metas da Aliança Mundial, como subsídio para a garantia da segurança da paciente⁽⁶⁾.

Diante disso, visto que a segurança do paciente tem como objetivo a redução dos danos que afetam diretamente o processo de saúde doença⁽¹⁾, sua aplicabilidade é fundamental para que as gestantes de alto risco sejam assistidas em sua totalidade, a fim de explorar seus fatores biopsicossociais e assim receber de maneira integral o cuidado ofertado o que reforça a necessidade de pesquisas a respeito da

temática para que a assistência a esse público seja acompanhada.

Neste interim, o questionamento que circunda consiste em entender se os profissionais atuantes na assistência à saúde da gestante de alto risco compreendem e aplicam os protocolos de segurança do paciente? Diante disso, este estudo tem como objetivo identificar as estratégias de segurança do paciente adotadas pela equipe multiprofissional na gestação de alto risco.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no ambulatório de atendimento especializado à gestante de alto risco, em um município do sul do Brasil. A instituição tem como objetivo proporcionar o atendimento multiprofissional especializado da atenção secundária para gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, sendo referência para 28 municípios. Para tanto, a referida instituição foi escolhida por prestar assistência a gestantes estratificadas como alto risco, norteados pelas diretrizes estabelecidas na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense⁽⁸⁾.

A amostra foi composta por membros da equipe multiprofissional que atuam na assistência à gestante. O serviço contava com 10 profissionais, sendo as especialidades: médico obstetra, médico residente em ginecologia e obstetria, enfermagem, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e assistência social. A amostra foi premeditada conforme o seguinte critério de inclusão trabalhar no serviço há pelo menos seis meses, por se considerar tempo de atuação necessário para o conhecimento dos protocolos e rotinas do setor. Os critérios de exclusão adotados foram estarem afastados do serviço durante a coleta de dados por motivo de férias, licença ou atestado médico. Nessas condições, a amostra foi constituída de 8 participantes.

A coleta de dados foi realizada em março de 2020, por intermédio de entrevistas gravadas e norteadas pela questão: "Fale-me quais são as estratégias de segurança adotadas no atendimento à gestante de alto risco", além de questões de

apoio para aprofundamento e compreensão do desempenho da equipe perante o atendimento da gestante de alto risco.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas utilizando-se o referencial de Bardin e sua Análise de Conteúdo Temática, respeitando-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, que culmina à inferência e interpretação dos achados por meio da tematização do conteúdo analisado⁽¹⁰⁾.

Os resultados estão apresentados por meio de excertos/estratos/trechos dos discursos. Destaca-se que foram retirados os cacoes de linguagem e/ou termos repetidos, sem alterar o sentido das falas. Para facilitar a compreensão ou para suprimir partes dos depoimentos, foram acrescentados termos ou frases entre colchetes. Os participantes foram identificados através de sua profissão.

Antes de iniciar a entrevista os profissionais foram orientados sobre o objetivo do estudo, metodologia, riscos e benefícios aos quais estariam expostos caso concordassem em participar do mesmo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo respeitou todos os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), sob parecer nº 3.902.242.

Resultados

Foram realizadas entrevistas com duas enfermeiras, um médico, uma residente em ginecologia e obstetrícia, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma assistente social e uma nutricionista, que compõem a equipe do serviço de atendimento especializado à gestante de alto risco. Na análise do conteúdo emergiram duas categorias temáticas: “segurança no acolhimento e fluxo de atendimento à gestante de alto risco” e “orientações à segurança da gestante de alto risco”, discutidas abaixo.

Segurança no acolhimento e fluxo de atendimento à gestante de alto risco

O fluxo de atendimento à gestante se inicia na unidade básica de saúde (UBS), com a descoberta da gravidez e a identificação dos riscos, pautados nos protocolos nacionais pré-estabelecidos, com o intuito de garantir a segurança e qualidade do cuidado prestado. Neste sentido, destaca-se a importância da identificação precoce dos riscos, bem como a comunicação segura entre a rede de atenção à saúde (RAS), como relatado nos excertos abaixo:

Elas fazem uma estratificação de risco lá na UBS e a partir dessa estratificação eles vão encaminhar para o alto risco, se der alto risco ou risco intermediário, e se der baixo risco, continua na sua UBS, na atenção primária. (Fisioterapeuta).

Geralmente a paciente faz o teste de gravidez, descobre que esta grávida né, e vai pro posto de saúde, o médico da atenção básica, geralmente clínico, ele vai avaliar toda a situação. (Médico)

A gestante é estratificada na unidade básica de saúde, primeiramente. Ai sim ela vem pra cá. Vem com a carteira e qual é o risco dela. (Enfermeira 1).

Essa paciente é feita uma estratificação lá no postinho de saúde dela, lá na UBS do seu município e quando é de Paranavaí, lá do seu território, lá do seu bairro. Ela vem com essa estratificação em mãos. (Assistente Social).

Ela vem encaminhada pela unidade básica de saúde, classificada já como alto risco ou risco intermediário, então quando ela chega aqui ela é recepcionada normalmente, lá no fundo, com a equipe do obstetra, as enfermeiras e tal. (Psicóloga).

Porque às vezes vêm gestantes estratificadas errado, vêm alguns assim principalmente de glicemia, o médico às vezes acha que ela está com diabetes gestacional e não está e depois o doutor coloca no plano de cuidado. (Enfermeira 2).

Ao passo que a gestante de alto risco é inserida no pré-natal, é evidenciada a necessidade de uma comunicação segura e efetiva com a mesma, com o intuito de elucidar seu fluxo dentro da rede de atendimento.

Se ela é de baixo risco, a gente orienta retorno para a UBS né, fazer o seguimento do pré-natal normal e se houver alguma eventualidade, alguma alteração no decorrer desse pré-natal ela é reencaminhada e a gente estratifica novamente o risco dela. (Médico).

Quando a paciente está estável, ela retorna pro nível de baixo risco, ela volta pra UBS dela, quando ela está esta-

bilizada e sempre deixando claro que as portas sempre estarão abertas, se acontecer lá no segundo trimestre um exame que der alterado, essa paciente ela pode retornar de novo pra nós. (Assistente social).

A assistência segura e de qualidade corrobora com a prevenção da morbimortalidade do binômio, de forma a atender as necessidades de cada gestante. Com isso, a consulta multiprofissional individual permite o reconhecimento de fatores de risco sob a perspectiva de cada profissional, de acordo com sua formação teórico-científica, como referido nas entrevistas abaixo:

Na primeira consulta ela passa por todos os profissionais da equipe e a partir da segunda consulta em diante ela passa com o obstetra, com a enfermagem e com os profissionais que ela tenha uma maior necessidade, não necessariamente todos novamente. (Fisioterapeuta).

Na primeira consulta, ela passa com todas, porque cada uma vai levantar, como eu posso te dizer, dados daquela paciente. De repente aquela paciente que passa comigo eu não consigo descobrir tudo, quando ela chega em outra profissional, acaba ali por descobrir alguma coisa que no meu atendimento eu não consegui identificar. (Assistente Social).

Ela é atendida pelo médico e após a consulta médica, ela é encaminhada aqui pra nós, no nosso setor. Então ela passa com a enfermagem, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicóloga. (Enfermeira 2).

O obstetra avalia a paciente e encaminha para equipe. Primeiramente passa pela enfermagem, é feito a triagem e na triagem é encaminhado na primeira consulta a todos as profissionais. A partir da segunda consulta, também é feito triagem e encaminhado para qual é necessário. (Nutricionista).

Em consonância à metodologia multiprofissional adotada pela equipe que realiza o atendimento da gestante, nota-se a discussão de casos como uma ferramenta que permite a exposição das diversas percepções dos profissionais, possibilitando um atendimento holístico e de qualidade:

A cada tempo que passa fazemos reuniões com a equipe mas, diariamente durante o atendimento, a gente tem o contato com a assistente social, com as enfermeiras, que são responsáveis pelo programa então cada paciente que tem alguma alteração que a gente precisa de uma atenção diária entre médicos, equipe de enfermagem, equipe de assistência social, outros especialistas, as vezes a gente precisa de seguimento com endocrinologista, com reumatologista, com psiquiatria, então diariamente, contato com os profissionais, é discutido caso a caso e cada paciente é única. (Médico).

A gente senta com o médico também pra gente poder discutir o caso dela, então a gente tem uma comunicação bem tranquila, a gente tem um acesso aos médicos bem aberto, eles são bem companheiros, eles fazem um

trabalho legal também com a gente. É bem interessante. As gestantes são bem cuidadas. (Enfermeira 2).

Nós fazemos grupos de discussão dependendo do caso né, se é um caso que a gente não consegue acompanhar resultado ou se tem resistência do paciente. São feitos grupos de discussão e permanece ali e é registrado pro município, é informado pro município o caso desta paciente. (Nutricionista).

A comunicação segura, consulta utilizando a escuta qualificada, discutir multiprofissionalmente e apoiar a gestante a escolhas seguras podem permitir a redução da morbimortalidade e da ansiedade associada à sua condição. Tais condutas permitem um acolhimento seguro, evidenciando a importância dos métodos para orientações baseadas em evidências científicas e normativas pré-estabelecidas, como vistas a seguir:

Entender quem é ela, entender o risco dela e ouvir, principalmente. Eu creio que essa gestante vem pra cá e ela tá ouvindo muitas coisas né, de muitos profissionais. E as vezes aqui é lugar de escuta, primeiramente, a gente ouvir o que ela tem a dizer, como ela tem se sentido. (Psicóloga).

A paciente chegando aqui ela é recepcionada na recepção no setor de ginecologia onde é orientado, feito o preparo dela e orientado que ela precisa passar por uma equipe multiprofissional. (Enfermeira 2).

A gente avalia a gestante para estabelecer qual a conduta que nós vamos estar tendo para não seja orientado coisas que não capacita aquela gestante né. (Nutricionista).

Com a gestante a gente tem que falar um pouquinho mais de cautela né, por todas as transformações hormonais que tá acontecendo neste período e só pelo fato de ela estar vindo aqui no [...] o ambulatório de alto risco, quando elas vêm para cá, então elas já chegam assustadas e com medo do que vai acontecer. (Fisioterapeuta).

Orientações à segurança da gestante de alto risco

A assistência à saúde durante o pré-natal deve ser estruturada de acordo com as necessidades de cada gestante, proporcionando um cuidado integral à mulher. Neste sentido, as estratégias de segurança adotadas pela equipe consistem em uma avaliação individual e orientações adequadas à realidade de cada paciente, sendo fundamentais para uma assistência segura e de qualidade, da gravidez ao puerpério, como exibem os excertos abaixo:

As orientações elas dependem do diagnóstico da gestante né, pra gente estabelecer a conduta necessária, se é uma gestante que está diabética: orientações ao que deve ou

não ser consumido; se é hipertensa, da mesma forma; se está com excesso de peso para idade gestacional, a mesma coisa. (Nutricionista).

As pacientes de alto risco e risco intermediário elas vão ser colocadas dentro dos nossos protocolos, adequado a cada patologia que ela tiver ou seu feto e vai fazer seguimento conosco. (Médico Residente).

Então a gente explica, que não é porque ela está no alto risco agora que ela vai ter uma gestação inteira de alto risco né. (Fisioterapeuta).

Ao que concerne à assistência integral e individual da mulher em período gravídico, cita-se a importância da identificação da situação de vulnerabilidade social e econômica precoce, permitindo a elaboração de um plano de cuidados articulado com outras redes de atenção, principalmente relacionada ao serviço social:

O que eu oriento a gestante em relação a renda, o social dela, é a organização enquanto ela tá com o bebê no seu ventre [...] a gente tenta prevenir isso antes, aqui na gestação, orientando a ela procurar todos os direitos que ela tem e lbe é dado perante a lei e quando chegar a hora do parto dela, essa gestante tá com a sua casa organizada, em questão financeira, pra receber esse bebê. (Assistente social).

A gestação às vezes não é planejada, a maioria das gestantes que vem aqui não tem uma gestação planejada mas aceita, então eu falo para as gestantes que os cuidados começa quando ela descobre a gestação, que o cuidado com a criança é desde a barriga da mãe, não só depois que sai. (Enfermeira 2).

Entender primeiramente quem é essa pessoa, independente da gestação, quem é ela, o contexto que ela vive, porque isso muda muito né, como é a família dela, a cidade que ela mora, onde ela trabalha, se ela trabalha, se não trabalha, entender por completo quem é essa mulher que está na minha frente [...] Às vezes não é nem mulher, é criança. (Psicóloga).

Em relação ao conhecimento e aplicação de protocolos de segurança do paciente, foi observada a adaptação de acordo com a avaliação individual pré-estabelecida e a conduta a ser tomada pela equipe multiprofissional:

Protocolo de higiene das mãos, protocolo de cirurgia segura, prescrição, uso e administração de medicamentos. Além desses, tem nossos protocolos que se enquadram diretamente à gestante de alto risco, que seriam protocolos direcionados a cada patologia, protocolo de diabetes, de hipertensão, além desses de higiene e medicação. (Médico Residente).

Protocolo de úlcera de pressão; de prevenção de quedas; segurança, prescrição e administração de medicação; cirurgia segura; lavagem das mãos; higiene da paciente, higiene tanto do ambiente quanto pessoal, a gente sempre está orientando-a nesse sentido. (Enfermeira 2).

O de lavagem das mãos, o de úlcera de pressão, de prevenção de quedas [...] O uso correto da medicação; quando elas tiverem uma gestação mais avançada: os cuidados com sinais de parto, dores, se tiver sangramento ou não, sempre procurar o hospital. (Enfermeira 1).

Entre os protocolos de segurança aplicáveis à gestante de alto risco, destacou-se nos relatos dos profissionais a utilização de medicamentos na gestação, em que é realizada as orientações sobre a interação medicamentosa, importância de seguir as recomendações e o uso correto das medicações:

Os medicamentos que a gestante está em uso a gente sempre a orienta a seguir a orientação médica, não fazer uso de nenhuma medicação por fora, a não ser que seja por ordem médica, por conta do bebê. (Enfermeira 1).

Então sobre uso contínuo e correto e sobre os retornos, não dá pra ir uma vez só e nunca mais ir. Eu não posso dizer toma mais ou toma menos, mas sim procura o médico, se tiver necessidade de reconsulta. Aqui dentro quando a gente percebe a necessidade se essa gestante não tá seguindo o uso correto de psicotrópico, então a gente vai encaminhar novamente pro psiquiatra. (Psicóloga).

Existe uma lista de medicamentos seguras pra uso na gestação e a classificada em B, C, D com os riscos da medicação. Então o que a ANVISA autoriza são as medicações que a gente prescreve para as gestantes. (Médico).

Ao analisar as entrevistas pode-se afirmar a importância das orientações relacionadas ao uso de medicamentos às gestantes de alto risco:

Mas a gente orienta bastante em relação ao uso da medicação ou uso de anti-hipertensivo, de insulina também que nós temos bastantes gestantes, a metformina que a paciente tem que tomar e tem que comer, não pode ficar muito tempo sem comer [...] O uso de antibiótico porque tem bastante infecção urinária, tomar certinho, nos horários certos, os dias certos, porque as vezes tomam 4 dias, desaparecem os sintomas elas acham que já curou e param a medicação. (Enfermeira 2).

As medicações que a gente prescreve aqui são todas com base em estudos científicos, não é prescrito nenhuma medicação que ainda esteja em estudo ou que não é assegurado que ela não faça mal. Por isso que existem os nossos protocolos, os protocolos eles servem justamente como parâmetros as medicações que podem ser usadas pra determinadas patologias. (Médico).

Outro protocolo de segurança, aplicado ao contexto da gestante de alto risco, são os cuidados que concernem à prevenção de quedas. Baseado no risco estabelecido na estratificação orienta-se, sobre o esforço físico, cuidados durante o banho e prevenção de quedas:

A gente trabalha bastante com a prevenção de quedas, a troca de posicionamentos para evitar lesões, tanto na

coluna como as articulações, que é uma coisa que modifica bastante agora na gestação. (Fisioterapeuta).

A gente orienta a não andar descalça no chão molhado, as gestantes que têm dificuldade ou acima do peso a gente pede pra sempre ter alguém junto, pra tirar os tapetes da casa, não deixar móveis no meio da casa, pra estar evitando esse tipo de queda. Banheiro também, ter um tapete ou tomar banho de chinelo e sempre ter alguém por perto, porta do banheiro destrancada. (Enfermeira 2).

Discussão

Diante dos excertos dos participantes, nota-se que a identificação do risco da gestante precocemente garante a segurança no fluxo de encaminhamentos. Nessa perspectiva, a identificação tardia dos riscos obstétricos pode culminar em atraso de intervenções imprescindíveis à minimização dos riscos de morbimortalidade materno-infantil. Portanto, cita-se a utilização da estratificação de risco como um processo dinâmico e individualizado que permite o reconhecimento de riscos ou agravos à saúde imediatos, além de ser um instrumento fundamental para o estabelecimento da conduta e encaminhamentos necessários, de forma a garantir a identificação adequada, a assistência segura e reduzir as taxas de mortalidade evitáveis⁽⁸⁾.

Um estudo que objetivou analisar a estratificação de risco na assistência do pré-natal, ressaltou a importância de sua utilização como estratégia de organização da assistência obstétrica, entretanto, evidenciou fragilidades da equipe de saúde durante o preenchimento do instrumento⁽¹¹⁾. Tais resultados estão em consonância à estratificação inadequada observada no excerto da Enfermeira 2, o que indica a necessidade de maior capacitação dos profissionais da atenção primária na identificação dos riscos por meio de educação permanente e comunicação segura entre a equipe multiprofissional e rede.

Em relação à caracterização da situação de risco, vale salientar que embora o encaminhamento para outros níveis de atenção seja recomendado a partir da identificação dos riscos, cabe à atenção primária manter o acompanhamento da mulher, uma vez que é a responsável pelo cuidado longitudinal⁽¹²⁾. Sob ótica de um sistema desfragmentado em saúde, a atenção secundária

é o complemento especializado da atenção primária, atuando na minimização dos fatores de riscos e/ou resolutividade de agravos à saúde do binômio, de acordo a individualidade de cada paciente.⁸ Outrossim, de acordo com a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, o profissional de saúde responsável por encaminhar a gestante para outros serviços de saúde, deve orientar a mesma sobre a necessidade do vínculo com a atenção primária, evidenciando a importância da integração dos serviços de saúde, bem como sua comunicação segura e efetiva, propiciando uma assistência de qualidade⁽¹³⁾.

No tocante as relações interpessoais dos profissionais, nota-se a importância da comunicação entre a equipe, uma vez que a construção de um plano de cuidado compartilhado corrobora para a prática multiprofissional. Além disso, proporciona uma assistência segura, de forma a promover ações direcionadas a proteção do paciente, com a minimização de eventos adversos e/ou danos desnecessários à saúde⁽¹⁴⁾.

A comunicação é um recurso dinâmico o qual aprimora as relações interpessoais, de forma a elucidar, orientar, prevenir e desenvolver ações que promove a evolução, bem como a obtenção de conhecimento. Dentro de um serviço de saúde, é de suma importância que o profissional estabeleça uma comunicação efetiva entre a equipe, rede e pacientes de forma a reduzir ocorrência de erros e conflitos, além de propiciar uma assistência qualificada e consolidar a segurança do paciente⁽¹⁵⁾.

Com o presente estudo foi possível identificar uma comunicação multiprofissional da instituição satisfatória, bem como a discussão conjunta de cada caso e as condutas a serem tomadas. Tal estratégia consolida a segurança do paciente voltada à gestante de alto risco, uma vez que essa temática está atrelada à atenção terciária, o que reitera a necessidade da abrangência dessa discussão tão relevante.

A discussão de casos de forma multiprofissional, para o estabelecimento de metas de atendimento, é a estratégia utilizada em outros âmbitos de assistência como a terapia intensiva. Nesse sentido, estudo que teve por objetivo

promover o desenvolvimento da cultura de segurança, bem como o cumprimento das metas de segurança do paciente, assim identificou que a disponibilização de espaços para a discussão exclusiva para a qualidade e segurança do paciente entre setores que gerenciam o cuidado foi fundamental para promoção de um cuidado seguro no hospital⁽¹⁶⁾.

O acolhimento pode ser caracterizado como uma recepção individual do usuário no serviço de saúde, desde a sua chegada, permitindo que o mesmo esteja confortável em expressar suas queixas, suas crenças, individualidades e inseguranças. Deve ser um processo transversal, de forma a prestar uma assistência responsável, resolutiva e mais abrangente, estimulando a interação profissional-usuário, o que contribui para a finalidade do serviço⁽¹⁷⁾.

O período gestacional implica em uma série de transformações físicas e emocionais pelas quais a mulher está suscetível, todavia, se manifesta de forma específica para cada gestante. Neste sentido, o acolhimento é fundamental, já que é necessário que o profissional estabeleça um vínculo seguro com a gestante e uma relação terapêutica de modo a elucidar as dúvidas e inseguranças deste processo genuíno do ser humano⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O acolhimento adequado, oferecido à gestante de alto risco, corrobora ao alcance dos objetivos pré-estabelecidos, em que a mulher se sente segura com a assistência prestada e direcionada à sua necessidade⁽²⁰⁾. Diante disso, pode-se afirmar que a receptividade à gestante e sua posterior participação no decorrer do pré-natal, possibilita a identificação de situações de vulnerabilidade e contribui para uma assistência segura e de qualidade.

Ao refletir sobre o modelo de plano de cuidados individuais, deve-se considerar as características individuais de cada mulher, contemplando sua esfera biopsicossocial e o contexto em que está inserida, já que tais fatores corroboram a probabilidade da morbimortalidade materna. Neste sentido, a vigilância desses fatores de risco gestacional deve ser constante, uma vez que a assistência integral à mulher

proporciona um cuidado seguro e de qualidade⁽²¹⁾. Para tanto, a Linha Guia do Rede Mãe Paranaense preconiza a garantia do acesso à Saúde na Atenção Secundária, sob uma perspectiva multiprofissional e assistência humanizada, respeitando os aspectos individuais de cada gestante⁽⁸⁾.

Sabe-se que a mortalidade materna é um dos problemas de saúde pública nos países em desenvolvimento, sendo evitáveis em cerca de 90% dos casos⁽⁸⁾. Um estudo que correlacionou a vulnerabilidade social às causas de óbito no Estado de Alagoas identificou que mulheres pretas/pardas e com baixa escolaridade são mais suscetíveis ao óbito materno. Outrossim, foi observado uma predominância de óbitos correlacionados à transtornos hipertensivos, o que reitera a influência da desigualdade social sobre a saúde e desenvolvimento do binômio⁽²²⁾.

Considerando as modificações fisiológicas da mulher em período gravídico, discute-se a importância do suporte nutricional adequado, contribuindo a melhores condições de vida, bem-estar e desenvolvimento fetal. Entretanto, o Brasil é um país, que apesar da instauração de diversos programas sociais, ainda apresenta desigualdades socioeconômicas que refletem na qualidade de vida de muitas gestantes⁽²³⁾.

Por se tratar de uma gestação de alto risco, seja por condições clínicas prévias à gestação como hipertensão ou diabetes mellitus, ou por intercorrências obstétricas, como Infecção de Trato Urinário (ITU), a utilização de fármacos deve ser cautelosa, uma vez que pode estar associada à prematuridade, agravamento da situação gestacional de alto risco e teratogênias⁽²⁴⁾.

Para isso, existe um sistema de classificação, determinado pela ANVISA para uso farmacológico na gravidez: Classe A, drogas seguras na gravidez; classe B, drogas sem riscos fetais em animais, mas sem estudos em humanos; classe C, inclui drogas teratogênicas em animais, mas sem estudos em humanos; classe D, drogas que proporcionam efeitos adversos ao feto, podendo avaliar a relação risco-benefício; e classe X, contraindicadas por teratogenicidade em humanos⁽²⁴⁾. Diante do excerto do médico residente, observa-se que a equipe reconhece

os riscos associados à algumas medicações e evita sua prescrição como forma de mitigação de eventos adversos.

Neste sentido, a Infecção de Trato Urinário (ITU) é uma doença com altas taxas de ocorrência na gravidez, responsável pelo aumento de complicações durante a gestação e puerpério, o que justifica a indicação de antibioticoterapia para ITU que deve ser realizada após a avaliação individual da gestante, de acordo com a recorrência da infecção, sensibilidade do microrganismo e cultura de urina⁽²⁴⁾.

As quedas são classificadas como eventos adversos mais complexos de serem evitados, causando danos físicos graves além de psicológicos, como sentimento de insegurança e perda da autoconfiança, bem como retardo da recuperação do paciente. Para tanto, compete a equipe multiprofissional estabelecer uma comunicação efetiva com a gestante, uma vez que a gestação compreende um período de diversas transformações, requerendo uma adaptação constante do ambiente em que a mulher está inserida⁽¹⁵⁾.

O Protocolo de Prevenção de Quedas tem por finalidade minimizar a ocorrência de quedas de pacientes nos pontos de assistência. Apesar de ser recomendado às instituições em saúde, a equipe multiprofissional pode adaptar tais medidas tanto no ambulatório de alto risco quanto a realidade de cada gestante, de forma a expandir as orientações de um ambiente seguro também para a sua residência. A exemplo disso, cita-se a avaliação de risco de queda, sendo necessária uma companhia diária em situações de emergência e a utilização de ações preventivas como o emprego de calçados adequados, ambiente livre de obstáculos e pisos antiderrapantes ou livres de tecidos⁽²⁵⁾.

Diante de um contexto de incertezas que permeia as vivências e experiências da gestante de alto risco, percebe-se que os cuidados com a segurança extrapolam os indicados pelas metas mundiais para a segurança do paciente no intuito de abranger de forma holística, humanizada e multiprofissional as necessidades de saúde da mulher no ciclo gravídico.

Conclusão

As estratégias de segurança da gestante de alto risco perpassam os protocolos consolidados para a segurança do paciente e contempla cuidados específicos à sua segurança no fluxo da Rede de Atenção à Saúde e atendimento à suas necessidades individuais.

Ao que concerne à segurança no acolhimento e fluxo de atendimento à gestante de alto risco, faz-se necessário a identificação precoce do risco da gestante, para estratificação de risco e encaminhamentos necessários. Nesse sentido, destaca-se a comunicação entre as redes de modo a promover um encaminhamento seguro e um cuidado longitudinal, bem como, a assistência integral a gestante por meio do plano de cuidado compartilhado, possibilita a discussão de casos de forma a sistematizar e individualizar a assistência à gestante.

Assim, demonstra-se a necessidade de continuidade de estudos que tem como objetivo avaliar a atenção das gestantes de alto risco, para que o prosseguimento do cuidado seja oferecido de forma absoluta e ofereça a este grupo específico segurança durante esse período no qual sofrerá inúmeras adaptações e todo momento necessitará de acompanhamento nas redes de atenção.

Embora a presente investigação apresente limitações geográficas, foi possível identificar as estratégias de segurança da gestante de alto risco, especialmente baseada em informações adequadas pautadas em evidências científicas, o uso correto das medicações e prevenção de quedas, o que sugere a reflexão acerca da adaptação dos demais protocolos ao contexto da atenção secundária, em especial à gestante de alto risco, proporcionando um cuidado seguro e de qualidade.

Colaborações

1 – concepção e planejamento do projeto: Beatriz Sousa da Fonseca; Verusca Soares de Souza; Andréia Queiróz da Silva e Carlos Alexandre Molena Fernandes;

2 – análise e interpretação dos dados: Beatriz Sousa da Fonseca; Verusca Soares de Souza; Andréia Queiroz da Silva; Heloá Borim da Costa Christinelli; Maria Antônia Ramos Costa; Carlos Alexandre Molena Fernandes e Taynara de Oliveira Farias Batista;

3 – redação e/ou revisão crítica: Beatriz Sousa da Fonseca; Verusca Soares de Souza; Andréia Queiroz da Silva; Heloá Borim da Costa Christinelli; Maria Antônia Ramos Costa; Carlos Alexandre Molena Fernandes e Taynara de Oliveira Farias Batista;

4 – aprovação da versão final: Beatriz Sousa da Fonseca; Verusca Soares de Souza; Andréia Queiroz da Silva; Heloá Borim da Costa Christinelli; Maria Antônia Ramos Costa; Carlos Alexandre Molena Fernandes e Taynara de Oliveira Farias Batista.

Fontes de financiamento

Fundação Araucária – agência de fomento do Programa de Iniciação Científica.

Agradecimentos

Agradeço o apoio e empenho de todos os envolvidos na elaboração do artigo e a instituição financiadora, que corroborou para o desenvolvimento de cada etapa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. ANVISA. Brasília. 2014. [Acesso em: 04 set. 2019]
2. Martins DF, Benito LAO. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 9 ago 2019]; 14(2):153-166. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente: estado da arte e perspectivas. ANVISA. Brasília. 2013. [Acesso em: 05 set. 2019]
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529 de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013. [Acesso em: 07 set. 2019]
5. Macedo LL, Silva AMR, Silva JFM, Haddad MCFL, Giroto E. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2020 [Acesso em: 5 mar 2020];18:1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00233>.
6. Batista, ACO. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal. [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. [Internet] Florianópolis, 2015. [Acesso em: 06 set. 2019] Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/157311>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília. 2009. [Acesso em: 06 set. 2019]
8. Paraná. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Linha Guia Rede mãe paranaense. 7ª Ed. 2018. [Acesso em: 04 set. 2019]
9. Langaro F, Santos AH. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. *Psicol. cienc. prof* [Internet]. 2014 [Acesso em: 07 set 2019];34:625-642. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000782013>.
10. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011. [Acesso em: 05 set. 2019]
11. Leite VC, Gasquez AS, Bertoncim KRI. Estratificação de risco em gestantes no pré-natal. *Rev. UNINGÁ* [Internet]. 2019 jan./mar. [Acesso em 14 jul 2020];(56):184-196. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2160>.
12. Porto Alegre. Departamento de ações em saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica: Seção da Saúde da Mulher. Nota Técnica 01/2017: Atenção ao pré-natal na atenção básica. Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul. 14. jun. 2017. [Acesso: 14 jul. 2020] Disponível em: <https://atencaoobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14165435-nota-tecnica-pre-natal-na-atencao-basica-01-2017.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Brasília, 2013. [Acesso em: 15 jul. 2020]

14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. ANVISA. Brasília, 2017. [Acesso em: 10 jul. 2020]
15. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Segurança do Paciente. 1ª Ed. São Paulo, 2016. [Acesso em: 15 jul. 2020]
16. Adorno J, et al. Ronda multidisciplinar tática e operacional focada na qualidade assistencial e segurança do paciente com participação efetiva da alta gestão: Dia D da Segurança do Paciente. Com. Ciências Saúde [Internet]. 2018 [Acesso em 23 jul 2020];29:30-33. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. 1ª Ed. Brasília, 2017. [Acesso em: 14 jul. 2020]
18. Louroza TFD. A importância de uma intervenção multidisciplinar para gestantes no período pré-natal acompanhadas por unidades públicas de saúde. IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão; 2013; Rio de Janeiro [Internet]; 2013 [Acesso em: 15 jul. 2020]. Disponível em: http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg9/anais/T13_2013_005
19. Campos EP, Goes JM, Luz SRC. Humanização às gestantes de alto risco no pré-natal: o cuidado da enfermagem faz toda a diferença [Monografia]. Salvador: Universidade Castelo Branco; 2013. Especialização em Enfermagem Obstétrica. [Acesso em: 15 jul. 2020]
20. Medeiros FF, Lourenço JC, Rodrigues MH, Ferrari RAP, Serafim D, Cardelli AAM. Expectativa e satisfação do acompanhamento pré-natal em gestantes de alto risco. REAS/EJCH [Internet]. 2020 [Acesso em 16 jul 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2792.2020>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019. [Acesso em: 04 ago. 2020]
22. Duarte EMS. Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal. Rev. Bras. Saude Mater. Infant [Internet]. 2020 [Acesso em 06 ago 2020];20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200014>
23. Santos FDS. Elas têm fome de quê? (In)segurança alimentar e condições de saúde e nutrição de mulheres na fase gestacional [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015 [Acesso em 4 ago 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18257>.
24. ISMP. Ministério da saúde. Boletim Ismp. Uso seguro de medicamentos na gestação. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. V.8, n.10, dez. 2019. [Acesso em: 05 ago. 2020]
25. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de Prevenção de Quedas. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, 2013.

Recebido: 27 de maio de 2021

Aprovado: 21 de setembro de 2022

Publicado: 21 de novembro de 2022



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.