

A BUSCA DO CUIDADO PELA GESTANTE DE ALTO RISCO E A RELAÇÃO INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Bruno Augusto Correa Cabrita*
Ana Lucia Abrahão**
Anderson Pereira da Rosa***
Fernanda dos Santos Freitas da Rosa****

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender o itinerário terapêutico da gestante de alto risco do município de Niterói no acompanhamento do seu pré-natal, sob a ótica da Integralidade da atenção à saúde. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Procura-se oferecer um olhar reflexivo para a busca e a produção de cuidado nas condições das gestantes durante o alto risco, atendidas na unidade de saúde de referência da cidade devido à hipertensão arterial na gestação. A partir de uma leitura atenciosa e da discussão dos dados obtidos, e após a construção do Itinerário Terapêutico, organizou-se a análise dos dados em função de duas categorias: o acesso à saúde diante do primeiro sinal ou sintoma e a repercussão da assistência à gestante; e a integralidade da assistência no caminho percorrido. A avaliação dos dados teve como referencial teórico a análise de conteúdo de Bardin. Esta pesquisa envolveu 5 gestantes de alto risco, atendidas na Policlínica de Especialidades da Mulher Malu Sampaio. O acesso ao serviço de referência revelou-se, de acordo com as gestantes, rápido, porém, a continuidade da atenção pela unidade de origem do pré-natal ainda se mostrou frágil perante a abordagem integral e participativa na vida das usuárias.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco. Cuidado Pré-Natal. Integralidade em Saúde.

INTRODUÇÃO

A gestação consiste na transformação fisiológica do organismo da mulher, o qual, através do desenvolvimento embrionário, gera um bebê. Devido à complexidade desse fenômeno, todo cuidado é pouco, e a futura mãe necessita vivenciar essa fase com tranquilidade e confiança. A gravidez, em um primeiro momento, é considerada uma condição de risco habitual, pela equipe de saúde, quando não traz riscos ao desenvolvimento embrionário nem complicações ao organismo da mulher. Por outro lado, é considerada de alto risco aquela gestação em que a futura mãe ou seu bebê corre risco de morte⁽¹⁾.

Observam-se inúmeros fatores que potencializam a classificação de risco para cada gestante, porém, há de se ter discernimento com relação à identificação de fatores de risco e à classificação propriamente dita. Essa

classificação é verificada e checada a cada consulta de pré-natal até o momento do parto⁽²⁾.

A abordagem desse tema é importante, visto que a gravidez, considerada fisiológica, a princípio, pode levar a sérias complicações, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e diabetes gestacional, vistas como os principais agravos desse momento. Portanto, é necessária uma atenção especial a essa mulher, de forma integral, impedindo que ela peregrine pelos serviços de saúde em busca de assistência⁽³⁾.

A hipertensão arterial, por exemplo, complica cerca de 7 a 10% de todas as gestações. A eclâmpsia tem incidência de 1,3 para cada 1.000 partos, variando de 0,6, nos países desenvolvidos, até 4,5, nos países em desenvolvimento. A incidência de síndrome HELLP, sigla para o termo em inglês *Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*, a mais rara entre os agravos, varia entre 2 e 12% do total de mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia⁽⁴⁾.

*Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor na Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: brunoccab@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Diretora da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, UFF. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: anaabrahao@gmail.com

***Acadêmico de Enfermagem. Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: andersonpereiradarosa@oi.com.br

****Acadêmica de Enfermagem. Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: fernandarosa@oi.com.br

Frente à gravidade da situação atual, o Ministério da Saúde (MS) vem investindo na ampliação e na qualificação de serviços especializados em atendimento às gestantes de alto risco. De acordo com o MS, desde maio de 2013, existem 196 maternidades de referência em gestação de alto risco habilitadas pelo governo, porém, a expectativa, para 2014, é de que esse número chegue a 390, ao passo que o número de leitos qualificados atinge 2.885⁽⁵⁾.

O foco desta investigação consiste no pré-natal de risco considerado transitório. Nesse caso, o acompanhamento gestacional não depende de internação, pois uma equipe especializada acaba por acompanhar e tratar a gestante nessa situação. Nesse estado transitório, a mulher continua percorrendo os serviços de atenção básica, no processo de referência e contra referência.

Atualmente, ainda são escassos os estudos que visam à análise da integração das redes de atenção no país. Os estudos, em sua maioria, no tocante à assistência materno-infantil, ainda se limitam a uma abordagem descritiva dos serviços prestados e das características da assistência à saúde, tais como: cobertura, número e adequação das consultas pré-natais e tipo de parto⁽⁶⁾.

Neste sentido, destaca-se a importância da integralidade da atenção como princípio norteador do acompanhamento da gestante de alto risco, cujas necessidades de saúde, muitas vezes, não são consideradas no atendimento pré-natal, visto que, a partir de agora, as demandas e os dispositivos de saúde serão especializados.

Porém, a fim de entender melhor a dinâmica da produção de cuidado durante o alto risco e de começar a aplicar em novas práticas de saúde, no âmbito da integralidade, é necessário compreender quais trajetórias a mulher percorre em busca do seu cuidado durante a gestação e como essas práticas são planejadas dentro do trabalho em rede de saúde⁽⁷⁾.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender o itinerário terapêutico da gestante de alto risco do município de Niterói no acompanhamento pré-natal, sob a ótica da Integralidade da atenção à saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, onde se procurou oferecer um olhar reflexivo sobre a busca e a produção de cuidado nas condições das gestantes durante o alto risco, atendidas na unidade de saúde de referência domicílio de Niterói, no estado do Rio de Janeiro.

Definiu-se o estudo com base na construção do itinerário terapêutico, visto que possibilita a reflexão acerca da integralidade em saúde na assistência à gestante de alto risco, no âmbito da referência e da contrarreferência no SUS, ou seja, no encaminhamento e acompanhamento da unidade de origem, do início do pré-natal (PN), para a unidade especializada em alto risco; e, quando estabilizada, seu retorno para a unidade de origem, a de menor complexidade, para dar prosseguimento ao tratamento.

Os sujeitos foram definidos a partir dos critérios de inclusão: gestantes com idade maior que 18 anos, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e que realizavam tanto o tratamento na unidade de origem quanto na especializada. E, como critério de exclusão, a gestante sem o cadastramento do SISPRENATAL.

A coleta de dados ocorreu através da entrevista semiestruturada, que permitiu estabelecer um diálogo mais focado no assunto, porém, flexível e de rápida adaptação. Apesar de as perguntas terem sido previamente preparadas, a entrevista semiestruturada decorreu conforme o entrevistador se aprofundava, na medida em que o entrevistado assim permitia. As perguntas utilizadas foram: Como a equipe lhe atende e acolhe? Quais as formas de cuidado que você usa? Quais os lugares que você tem frequentado para conseguir atendimento?

Esta pesquisa envolveu a participação de 5 gestantes de alto risco atendidas na Policlínica de Especialidades da Mulher Malu Sampaio, em Niterói, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Para oferecer sigilo às entrevistadas, utilizaram-se códigos de identificação: GA, GB, GC, GD, GE.

Os encontros foram realizados no período de agosto a outubro de 2013, e as narrativas das gestantes proporcionaram a apreensão da lógica que as direcionou na busca dos cuidados, assim como permitiu o mapeamento dos itinerários terapêuticos.

Este estudo centralizou-se nos dados obtidos a partir das narrativas das gestantes de alto risco sobre a integralidade na saúde, referentes ao encaminhamento e ao retorno da unidade de origem para a unidade especializada, caracterizando a referência e a contra referência no SUS.

Para possibilitar essa compreensão, foram mapeados os diversos percursos dessa trajetória, compondo, assim, o Itinerário Terapêutico (IT). O IT se baseia nos “percursos empreendidos pela pessoa doente e sua família na busca por resolver suas necessidades de saúde, bem como a lógica própria que o direciona, tecida nas múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença, dentre outras, que possam lhes dar certa sustentabilidade na sua experiência de adoecimento^(8:58)”.

Os dados da entrevista compuseram o *corpus* de análise, que, submetido à leitura exaustiva, evidenciou o IT das gestantes, comportando os percursos por elas empreendidos e os sentidos que atribuem às suas vivências referentes ao atendimento de retorno para a unidade de origem do pré-natal. Na construção do IT, cada percurso é apresentado por uma seta, cuja direção especifica o sentido do movimento empreendido por elas entre os serviços de saúde, sua rede de apoio e, em alguns casos, a referência e a contra referência feita.

A análise dos dados teve como referencial teórico a análise de conteúdo na perspectiva de Bardin⁽⁹⁾. Uma pré-análise identificou as variáveis temáticas principais. Em seguida, estabeleceram-se as interrogações, para que, então, fossem identificadas as informações mais relevantes e criadas as categorias específicas, acima definidas.

Esta pesquisa obedece aos critérios bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, a fim de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, estabelecidos pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisas científicas envolvendo seres humanos, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, através do protocolo número: CAAE 11707413.0.0000.5243. Todas as entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi realizada em uma das maiores cidades da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, onde se espera que ocorra, por meio de maior demanda profissional, acesso aos exames clínicos e outras tecnologias e maior quantitativo de unidades, a superação das atuais condições de acesso aos serviços de saúde, bem como itinerários terapêuticos menos penosos.

A partir da leitura atenciosa e da discussão dos dados, organizou-se a análise da amostra com a construção do IT e de duas categorias temáticas. A saber: O acesso à saúde diante do primeiro sinal ou sintoma e a repercussão da assistência à gestante; e A integralidade da assistência no caminho percorrido.

O acesso à saúde diante do primeiro sinal ou sintoma e a repercussão da assistência à gestante

Nesta categoria, surpreendentemente, a descrição de passagens por vários serviços de saúde, caracterizando a peregrinação na rede, foi descrita em apenas uma entrevista, quando, no momento da descoberta da gravidez e da busca da iniciação do pré-natal, a entrevistada residia em São Gonçalo. Em um dos trechos da entrevista, ela conta como e quando conseguiu iniciar o atendimento:

O atendimento em São Gonçalo é horrível. Eu não tenho nem palavras para dizer o que eu passei no começo [da gravidez]. Aliás, foi sem atendimento [risos], e eu não conseguia fazer essa tal carteirinha do SUS, aí depois de meses que consegui fazer a carteirinha, eu fui morar no Barreto. Aí, quer dizer, eu já estava com 4 meses de gravidez. (GC)

O registro no SUS, representado acima pela ‘carteirinha’, é necessário para o início de qualquer atividade dentro dos serviços públicos de saúde, portanto, também é exigido para o acompanhamento pré-natal, preconizado logo que se diagnostica a gravidez. Nesse caso, o início tardio do pré-natal pode interferir na qualidade da assistência oferecida, como na vacinação necessária, nos exames laboratoriais e nas orientações em saúde⁽¹⁰⁾.

A experiência de ansiedades e possibilidades construída por essa mulher nos faz direcionar um olhar mais cuidadoso sobre o conceito de pré-

A situação de duplo vínculo, etapa compreendida na integralidade em saúde, torna-se inexistente pelo fato de a gestante não retornar ao atendimento necessário, já que a unidade de origem do PN diz não atender a situações de alto risco. Nessa narrativa, surge o medo e a insegurança do não acompanhamento, refletindo na lacuna da integralidade da assistência. A atenção primária, portanto, deve se organizar, afim de atender a gestante de acordo com os atributos da rede de serviços, como o primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade da assistência, a coordenação e a orientação com foco na família e na comunidade⁽⁷⁾. Com relação aos profissionais, o movimento de referência e contra referência, no caso da gestante de alto risco, é baseado nas preconizações do Ministério da Saúde⁽³⁾.

Embora algumas mulheres tenham formas diferentes de enfrentamento da gestação, porque já vivenciaram essa fase em algum momento da vida, o eixo norteador da nossa discussão transfere-se para o aspecto da subjetividade na construção dos seus caminhos terapêuticos, com enfoque nas possibilidades de atendimento durante o pré-natal (como 'onde procurar o cuidado' e 'com quem'), dentro da rede de serviços de alto risco de Niterói.

O acompanhamento do pré-natal de alto risco não se configura apenas como um controle dependente da gestante, e, sim, um controle totalmente dependente do saber médico e da equipe de saúde cuidadora e dos recursos materiais e terapêuticos envolvidos. Iniciar ou continuar o pré-natal sem a devida confiança na equipe de saúde apresenta-se como um fator relevante na experiência das mulheres entrevistadas:

[...] eu comecei a me tratar no posto próximo à minha casa, lá na Unidade Básica do Barreto, e com 42 anos, hipertensa. E eu fiz um exame e comprovou que eu também estou com o açúcar, a glicose alta, então, aí a unidade me transferiu para cá, porque realmente a minha gravidez é de alto risco, por causa desses três probleminhas {risos}..(GC)

[...]deu um problema com o neném, estava com o rim direito inchado e o médico de lá me encaminhou pra cá, para o alto risco. Eu faço o pré-natal lá no posto, perto de casa. Lá é bom, lá eles [os médicos] são bem. Se você chega lá

passando mal, eles te atende logo, você não precisa ficar muito tempo esperando a consulta. Eles marcam rápido, entendeu? É tudo rápido, o remédio, só as ultras mesmo que a gente paga para bater, senão demora muito marcando pelo SUS[...] Pra mim, é bom, ajuda a gente vir, não enfrenta fila, número. (GD)

Eu gostei, porque aqui a doutora X tira todas as dúvidas. Em todos os pré-natais que eu venho, eu não vou com dúvida para casa. E lá [unidade de origem], a médica do posto lá, eu não falo mal dela, mas ela não tinha, assim, uma resposta adequada. (GE)

O encaminhamento para um serviço especializado, em outro espaço de saúde, longe da sua moradia, e as idas e vindas das mulheres representam o grau de preocupação e de atenção à própria saúde e/ou à saúde do bebê. Nas narrativas acima, observa-se que as unidades correspondem à disposição das vagas para atendimento, mas não destacam o trabalho de uma equipe no cuidado da gestante, implementando ações de divulgação de programas de pré-natal de alto risco, identificando prioridades, na busca ativa de gestantes e, principalmente, na interação da equipe multidisciplinar e entre as unidades de saúde. Há o acesso, mas com que qualidade?

Importante destacar que o conceito de alto risco é, ainda, tema discutido entre outros autores, visto que toda gestante vai apresentar algum risco durante a gestação, ou para a mãe ou para o bebê, porém, o que caracteriza uma gestação como sendo de alto risco vai depender das mudanças no processo metabólico durante a gravidez.

Integralidade da assistência no caminho percorrido

Na Unidade Malu Sampaio, a maioria das gestantes já havia participado de alguma atividade de grupo de orientações dentro da própria instituição, e, como já foi sinalizado, elas têm compreensão de que a assistência pré-natal de alto risco deve ser acompanhada junto à unidade de origem, porém, essa estratégia de duplo vínculo acaba não sendo satisfatória quando o atendimento se torna apenas mais uma atividade de registro. A seguir, o relato e o itinerário terapêutico compreendido pela GB:

Tem que fazer o pré-natal lá [na unidade de origem] e aqui [na referência]. Fazer, não, tem

que ir lá para ele [médico] anotar meus dados, tudo direitinho, porque tem que ter lá. Depois que eu parar aqui [de realizar a consulta], eu continuo lá. Ele me passou pra cá, mas lá acompanha, porque aqui é de alto risco, de pressão, qualquer coisa. Então, eu vim pra cá. Eu acho sem necessidade, eu acho uma coisa que não tem necessidade, porque, por exemplo, no outro dia teve um dia que minha gravidez, minha pressão começou a subir, aí ela [a médica] só está aqui às quintas, e o médico está todos os dias. Eu fui lá e falei para ele que minha pressão estava subindo e perguntei se ele não podia aumentar o remédio que eu estava tomando. Ele respondeu: não, sua médica é a Dr. X, só ela pode mudar. Então, ele não me serviu para nada. Eu tive que esperar para vir nela. Então, qual a necessidade de você ter dois médicos se você não pode fazer nada? Estou errada? (GB)

O atendimento do PN na unidade de origem se dá através do registro, em prontuário, das informações já colhidas anteriormente na unidade Malu Sampaio, ou seja, é identificado, pela própria gestante, como uma atividade de registro. Na narrativa acima, a lógica dos serviços, componente das redes de atenção à saúde, está organizada numa estrutura verticalizada não integralizada, caracterizada pela falta de uma aliança entre as unidades de referência e contra referência⁽⁷⁾. A situação do duplo vínculo não é agregada nem valorizada

pela unidade de origem, e não é contemplada pela gestante.

Referências significativas nos relatos estudados, que ilustram o atual cenário dos serviços de saúde para o tratamento em conjunto com os serviços referenciados, são as observações de que as gestantes, em muitos casos, frequentam a unidade de origem apenas para o registro da pressão arterial e de que não realizam a consulta do pré-natal propriamente dita, considerada como fundamental para criação de vínculo e otimização da qualidade da assistência, de forma a corresponder às expectativas criadas⁽¹⁴⁾.

Eu só passo lá [posto de origem], eu só levo meu cartão de pré-natal para eles poderem preencher meu prontuário lá, para não ficar vago, mas eu não tenho consulta lá. Lá, eu só vou verificar pressão, que é segunda, quarta e sexta, para trazer para X. Se eu chego lá e sinto alguma dor, eles falam assim: 'Ah, procura o Azevedo Lima ou o Antônio Pedro'. Mas eu não tenho consulta lá. A emergência deles é o Antônio Pedro ou o Azevedo Lima. Eu, quando sinto alguma coisa, eu vou imediatamente para o Antônio Pedro, na emergência. (GE)

Portanto, a figura 2 explicita o itinerário terapêutico da gestante GE.

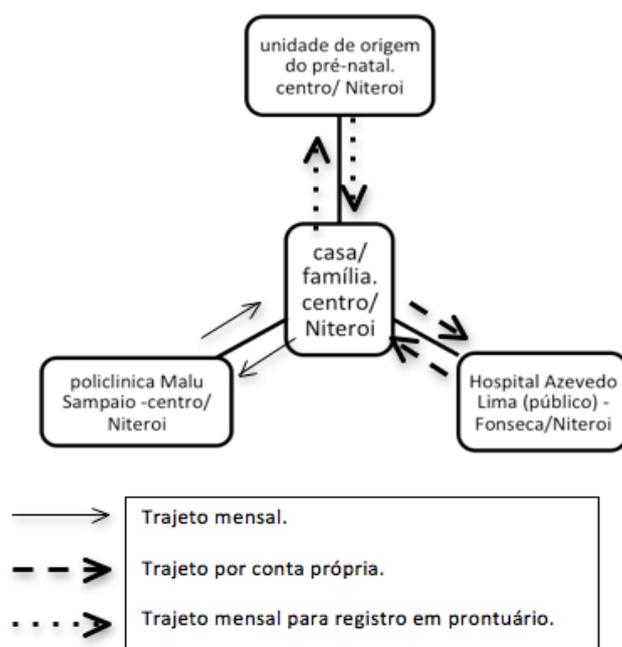


Figura 2. Itinerário terapêutico da gestante GE. Fonte: Autoria própria, 2013.

A gestante GE considera que, com a atenção oferecida pela unidade de referência, não vai mais para casa com dúvidas. Considera que as idas mensais à unidade de origem são uma atividade de registro sem valor de consulta do PN propriamente dita. Em outro relato, pela gestante GA, fica claro que a vinculação com a unidade de origem só ocorrerá após o nascimento do bebê, com a consulta do pediatra:

[...] desde o pré-natal, eles me mandaram logo para cá e não ficaram me atendendo mais lá {na unidade de origem}. A médica [da unidade de referência] mandou eu acompanhar lá, também, só que eles dizem que não podiam. Só vai acompanhar a criança, no caso, na puericultura. (GA)

Assim, as gestantes não frequentam outros espaços além da rede de serviços do SUS, afim de procurar outras formas de cuidado, como grupos educativos, reuniões com outras gestantes de alto risco e prática de exercícios físicos durante a gravidez. Todavia, verificou-se o apoio de outras pessoas consideradas como cuidadoras fora dos serviços de saúde. Nesse cenário, integram-se os familiares e amigos, que acompanham as consultas junto à gestante e participam dessa delicada situação de saúde. Em geral, a maioria das mulheres se mostrou surpresa com o diagnóstico e, ao mesmo tempo, assombrada com a detecção de risco gestacional. Particularmente, no alto risco, a forma como seu entorno social convive e ampara durante o tratamento é extremamente importante para sua recuperação⁽¹⁵⁾.

Quem cuida de mim, assim, é minha família, no caso, meu marido, minha mãe, que faz tudo que eu me preocupo, e ela, a médica, assim. As outras pessoas também se preocupam, mas não tanto como ela, porque ela é minha médica e minha mãe, porque é mãe, né. E meu marido, assim. (GB)

Quem me ajuda e me auxilia é minha mãe e minha sogra. As duas, realmente, elas me ajudam no máximo que elas podem, dão todo apoio: não, isso é assim, olha, vamos lá, vai ao médico. A minha sogra e minha mãe são minhas cuidadoras. E, dentro da unidade, a médica e as pessoas, né? (GC)

[...] em casa, todo mundo trata de mim, meu esposo, minha sogra, a família toda. (GD)

A preservação do papel de mulher, mãe, que trabalha e cuida da casa, expressa um desafio no acompanhamento das consultas, e a família precisa cooperar para a reconstrução de tarefas diárias e para as novas possibilidades de mudanças na estrutura do seio familiar. Esse suporte emocional, caracterizado pela rede social pessoal e familiar, não deve ser negligenciado dentro da equipe de saúde, visto que, na sociedade atual, um grande número de mulheres desempenha vários papéis sociais.

Uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa na vida cotidiana, atua como agente de ajuda e encaminhamento, interfere na construção e manutenção da autoestima, acelera os processos de cura e recuperação, aumenta a sobrevida, é geradora de saúde tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos e afetivo-emocionais^(16:185).

Para as gestantes, o momento de parturição não é abordado durante o pré-natal, no que diz respeito ao trabalho em rede de saúde, visto que elas precisam procurar pelas oportunidades de vagas nas unidades quaternárias do município. Em todos os relatos, elas não tinham a confirmação do local do parto, nem da própria equipe de saúde da unidade de origem nem da unidade referenciada. O trabalho em rede de saúde, entre a média e a alta complexidade, ainda é um desafio na assistência à gestante de alto risco⁽¹⁷⁾.

Eu cheguei sentindo dor, e ‘meus Deus, para onde que eu vou?’ Eu pretendo que a doutora X me indique, né? Porque eu já estou na segunda cesariana, então, eu fico mais preocupada com isso... ia chegar lá, passando mal, não sei como é o esquema. Em doze anos, já mudaram muita coisa, e eu até queria conversar com ela hoje sobre isso mesmo, a preocupação. Agora, oito meses... a gente já vai ficando tenso, preocupado. Vamos ver. (GE)

As narrativas representam a lacuna existente na continuidade da atenção à gestante de alto risco entre os profissionais da atenção básica e da hospitalar com relação a essa segmentação institucional:

A relação entre as atividades da atenção básica e as hospitalares deveria ser de continuidade e complementariedade. Entretanto, no pré-natal, que é o momento mais apropriado para a preparação ao parto e detecção de possíveis alterações da

gestação, graves problemas são encontrados, como o fato de que a grande maioria das mulheres recebe "alta" no seu momento mais crítico, ao redor do oitavo mês – onde se agravam doenças como a hipertensão e diabetes – sem saber a que serviço recorrer frente a uma intercorrência ou no momento do parto^(18;18).

Diante dessa incerteza, é fundamental uma reflexão acerca da delicada situação de saúde da gestante de alto risco diante da possibilidade de peregrinação anteparto, o que, nessas condições, pode agravar o estado de saúde da mulher e do bebê, causando transtornos para ambos, a família e os amigos⁽¹⁹⁾.

Assim, ressaltamos diversos aspectos que se articulam com a realidade de cada mulher e reservam a essa experiência uma particularidade. Entre os aspectos a ela relacionados, destacamos: a condição social e econômica da pessoa; as atitudes, os valores e as crenças compartilhados nos seu grupo social; a especificidade da região na qual está inserida e o espaço geográfico onde transitou ao longo do processo gestacional; as limitações impostas pelos sinais e sintomas da gestação; as redes sociais que fazem parte do seu contexto, como família, vizinhos e demais grupos sociais; a oferta de serviços de saúde disponíveis, bem como as formas de atenção recebidas; a disponibilidade de serviços do sistema de cuidado profissional; sua biografia e seu projeto de vida, entre outros, os quais serviram de base para descrever o itinerário terapêutico das gestantes de alto risco no município de Niterói.

CONCLUSÃO

Nesta investigação, buscou-se a maior compreensão, no campo do conhecimento, da assistência pré-natal de alto risco e a procura de serviços de saúde especializados para a gestante com complicações de saúde perante um sistema público falho, dotado de poucos recursos materiais e pessoais.

O itinerário terapêutico das mulheres estudadas, durante o tratamento das complicações da gravidez, é atravessado por tensões, ansiedades, adequações para novos hábitos, mudança nos papéis sociais e saberes que não estão descritos em algum nível de complexidade da assistência, incluindo grandes aparatos tecnológicos que vão proporcionar e satisfazer o seu cuidado.

Sugerimos, portanto, como estratégia de ação, na busca da integralidade da atenção à mulher gestante em situação de alto risco, o incentivo aos programas de integração interinstitucionais e de educação em saúde, objetivando a otimização dos profissionais de saúde, tanto da baixa quanto da média complexidade, e o empoderamento das mulheres, usuárias do serviço público, para prevenção dos agravos evitáveis da gestação.

Assim, concluímos que sejam lacunas a serem preenchidas dentro da assistência à gestante de risco: a fragilidade da Rede de Saúde na oferta de serviços à gestante; a falta de estratégias de ação da equipe de saúde; a necessidade de maior acompanhamento pré-natal, de forma integral, entre as unidades de saúde, da baixa à alta complexidade da assistência; e uma abordagem mais criteriosa e comprometida. O acesso ao serviço de referência revelou-se, de acordo com as gestantes, rápido, porém, a continuidade da atenção pela unidade de origem do pré-natal ainda se mostrou frágil perante a abordagem integral e participativa na vida das usuárias.

É preciso ponderar que as mulheres assistidas na unidade já romperam com as barreiras do acesso à gestante de alto risco, ainda mais precário nos serviços públicos de saúde de municípios vizinhos. Desta forma, não é demais reiterar que as mulheres entrevistadas já passaram por uma significativa seleção, o que nos remete a quadros muito mais caóticos na realidade da assistência pública em saúde do país.

THE SEARCH FOR CARE BY HIGH RISK PREGNANT IN RELATION TO INTEGRALITY IN HEALTH

ABSTRACT

The aim was to understand the therapeutic itinerary of pregnant women at high risk in prenatal care from the perspective of Integrality in health. Descriptive study, qualitative approach, which seeks to offer a reflective look for the search and production of care in condition of the high-risk pregnant women, attended at health unity due to hypertension. From the attentive reading and discussion of the data and, after the construction of therapeutic

itinerary organized the analysis of data from two categories - Access to health care at the first sign or symptom and the impact of prenatal care; Comprehensive care in the walked way. The data analysis based to theoretical content analysis of Bardin. This research involved five high-risk pregnancies attended at Malu Sampaio Polyclinic. The access to the service proved, according pregnant women, quickly, however, the continuity of care for the unity of origin still proved fragile before the integral and participatory approach in the lives of users.

Keywords: Pregnancy. High-Risk. Prenatal Care. Integrality in Health.

LA BÚSQUEDA DE LA ATENCIÓN POR LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO Y LA RELACIÓN INTEGRALIDAD EN SALUD

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender el itinerario terapéutico de las embarazadas de alto riesgo de la ciudad de Niterói en el acompañamiento de su prenatal, bajo la perspectiva de la Integralidad de la atención a la salud. Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, que busca ofrecer una mirada reflexiva para la búsqueda y producción de cuidado en las condiciones de las embarazadas durante el alto riesgo, atendidas en la unidad de salud de referencia de la ciudad debido a la hipertensión arterial en el embarazo. A partir de una lectura atenta y de la discusión de los datos obtenidos y, después de la construcción del Itinerario Terapéutico, se organizó el análisis de los datos en función de dos categorías: el acceso a la salud delante del primer indicio o síntoma y el impacto de la atención a la embarazada; y la integralidad de la atención en el camino recorrido. La evaluación de los datos tuvo como referencial teórico el análisis de contenido de Bardin. Esta investigación involucró a cinco embarazadas de alto riesgo, tratadas en la Policlínica de Especialidades de la Mujer Malu Sampaio. El acceso al servicio de referencia se reveló, de acuerdo con las embarazadas, rápido, aunque la continuidad de la atención por la unidad de origen de prenatal se presentó frágil delante del enfoque integral y participativo en la vida de las usuarias.

Palabras clave: Embarazo de Alto Riesgo. Atención Prenatal. Integralidad en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2009 [acesso em: 20 ago. 2011];13(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>.
2. Motta MG. Programa Médico de Família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na região oceânica. *Revista APS.* 2005 [acesso em: 20 ago. 2011]; 8(2): 118-22. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/niteroi.pdf>.
3. Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Vettore MV, Leal MC. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011 [acesso em: 24 jun. 2014]; 27(5):1021-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/19.pdf>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1020, de 29 de outubro de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços de referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco. *Diário Oficial da União.* 29 out; 2013.
6. Fochi MCS, Silva ARC, Lopes MHBM. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situa o prisional. *Rev Rene.* 2014 [acesso em: 20 mar. 2014]; 15(2):371-7. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/artic le/download/1675/pdf>
7. Mendes EV. A modelagem das redes de aten o   saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/oficina_atencao_sa ude/A%20MODELAGEM%20DAS%20REDES%20DE%20ATEN% C3%87%C3%83O%20% C3%80%20SA% C3%9ADE.pdf
8. Thaines GHLS, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus – um convite   reflexão sobre a integralidade em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2009 [acesso em: 20 abr. 2014]; 18(1): 57-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a07>
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edi es 70; 2009.
10. Silva MVE. In cio tardio do pré-natal: revisão integrativa da literatura. 2012. [disserta o]. Teófilo Otoni (MG). Núcleo de Educa o em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; 2012.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promo o da Saúde. Secretaria de Aten o   Saúde. 3  ed. Brasília, DF; 2010.
12. Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad Saúde Colet.* 2014 [acesso em: 20 abr. 2014]; 22 (1):62-8]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00062.pdf>
13. Lemke RA, Silva RAN. Itinerários de constru o de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia & Sociedade.* 2013 [acesso em: 20 abr. 2014]; 25(2):9-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nspe2/v25nspe2a03.pdf>.

14. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Capítulo II da Seguridade Social. Seção II da Saúde. Art. 196-200. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 5 de out; 1988.
15. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 [acesso em: 25 nov. 2013]; 13(3): 500-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>.
16. Jussani NC, Serafim D, Marcon SS. Rede social durante a expansão da família. Rev. bras. Enferm. 2007 [acesso em: 25 nov. 2013]; 60(2): 184-9]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a10v60n2.pdf>.
17. Fonseca LAC, Padua LB, Valadares Neto JD. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. Rev Interdisc NOVAFAPI. 2011 [acesso em: 25 nov. 2013]; 4(2): 40-5. Disponível em: http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p6_v4n2..pdf
18. Secretaria de Políticas de Saúde (BR). Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF; 2001.
19. Fonseca SC, Monteiro DSA, Pereira CMSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozario S. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. Ciênc & Saúde Colet. 2014 [acesso em: 2 abr. 2014];19(7):1991-8. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-01991.pdf>.

Endereço para correspondência: Bruno Augusto Correa Cabrita. Rua São Salvador n.1 apt 1005. CEP: 22231130. Bairro Flamengo, Rio de Janeiro. Email:brunoccab@yahoo.com.br

Data de recebimento: 17/07/14

Data de aprovação: 06/02/15