



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**WALBER MENDES LINARD**

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2016**

WALBER MENDES LINARD

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Patrícia Pereira Morais.

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Linard, Walber Mendes .

Itinerário terapêutico de gestantes de alto risco  
[recurso eletrônico] / Walber Mendes Linard. - 2016.  
1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do  
trabalho acadêmico com 83 folhas, acondicionado em  
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,  
Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza,  
2016.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. Ana Patrícia Pereira Moraes.

1. Gravidez de alto risco. 2. Gestantes. 3.  
Serviço de saúde materno infantil. I. Título.

WALBER MENDES LINARD

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 12 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Patrícia Pereira Moraes (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Vasconcelos de Azevedo  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Norma Faustino Rocha Randemark  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo exemplo de vida, sempre incentivaram e proporcionaram as melhores condições para formação de seus quatro filhos.

Aos meus irmãos, pelo incentivo e exemplo de superação que demonstraram durante essa minha jornada.

Aos colegas de turma, pelo companheirismo e apoio durante os dois anos de convívio, levo sempre um pouco de cada comigo.

À Regina Cláudia de Sousa Freire e Tatiana de Freitas Lima, duas figuras únicas do Mundo Verde. Muito obrigado por sempre me acolherem de uma forma especial.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Nucleadoras FIOCRUZ/UECE, por compartilhar momentos de sabedoria e conhecimento.

Às Agentes Comunitárias de Saúde da AVISA V, que sem o apoio, esta pesquisa não seria possível.

Às participantes desta pesquisa, por confiarem um pouco de suas histórias com esse humilde pesquisador.

Aos meus companheiros de NASF, por sempre me incentivarem e apoiarem durante toda essa trajetória.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú, pela liberação e pelo apoio durante todo o mestrado.

Ao Dr. Francisco Torcápio Vieira da Silva, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, por permitir a realização desta pesquisa.

À Universidade Estadual do Ceará, por proporcionar a oportunidade única de crescimento tanto profissional quanto pessoal.

À CAPES, pela realização de projetos como este que proporcionam rica troca de saberes entre serviço e academia.

Ao bolsista Antônio Jackson dos Santos Cruz, pelo apoio e pela ajuda durante a pesquisa.

À Inês Dolores Teles Figueiredo, colega que passei a admirar ainda mais após esse “relacionamento” de dois anos.

À Kaliane Fernandes de Souza, essa menina do Barro, que sempre puxava minha orelha para não me desviar dos meus objetivos. Agradeço enormemente sua amizade.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Norma Faustino Rocha Randemark e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Vasconcelos de Azevedo, por suas contribuições que enriqueceram imensamente esta pesquisa.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Patrícia Pereira Morais, orgulho de ser seu orientando. Pessoa que admiro, sempre com colocações sábias. O Mestrado não seria “o Mestrado” se não fosse por essa mulher.

## RESUMO

As gestantes de alto risco apresentam probabilidade maior de evolução desfavorável tanto para mãe como para o feto. O acompanhamento do pré-natal de alto risco tem como finalidade intervir, de modo a diminuir os riscos, proporcionando o nascimento de uma criança saudável sem prejuízos à saúde materna. As Redes de Atenção à Saúde surgem com a proposta de superar a fragmentação dos serviços e articular seus diversos pontos, tendo a Atenção Básica à Saúde como a coordenadora do cuidado. O caminhar como preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/ Rede Cegonha despertou o interesse sobre as trajetórias percorridas pelas gestantes. Este estudo objetivou analisar o itinerário terapêutico de gestantes de alto risco do município de Maracanaú-CE. O presente estudo caracteriza-se como exploratório analítico, com abordagem qualitativa. Contribuíram com o estudo mulheres que foram acompanhadas pelo ambulatório de pré-natal de alto risco do município. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. Analisar o itinerário terapêutico envolve compreender o processo de escolha e decisão das gestantes, a disciplina que melhor se adequou para possibilitar essa compreensão foi a Análise do Discurso. Durante a caminhada, emergiram duas categorias: itinerário terapêutico e comunicação em saúde. Cinco tópicos emergiram da categoria itinerário terapêutico: caminhos percorridos, descoberta da gravidez, saberes sobre o alto risco, pré-natal de alto risco e parto. A comunicação foi uma categoria que emergiu durante todo o caminhar das gestantes. O estudo do itinerário terapêutico das gestantes de alto risco demonstrou grande capacidade para orientar o processo de trabalho nas redes de saúde.

**Palavras-chave:** Gravidez de alto risco. Gestantes. Serviço de saúde materno infantil.

## ABSTRACT

High-risk pregnant women are more likely to present unfavorable outcomes for both mother and fetus. The follow-up of high-risk pregnant women aims to intervene to reduce risks, providing the birth of a healthy child posing no health threat to the mother. Health Care Networks arise with the proposal of overcoming the fragmentation of services and articulating its various points, with Basic Health Care as the care coordinator. The experience as preceptor of the Educational Program for Health Work/*Rede Cegonha* aroused the interest on the itinerary of pregnant women. This study aimed to analyze the therapeutic itinerary of high-risk pregnant women in the municipality of Maracanaú-CE, Brazil. This is an analytical exploratory study with qualitative approach. The population comprised women followed-up at the high-risk prenatal outpatient clinic of the municipality. Data collection occurred through a semi-structured interview. Analyzing the therapeutic itinerary involves understanding the process of choice and decision of pregnant women, and the most appropriate discipline to enable this understanding was the Discourse Analysis. During our experience, two categories emerged: therapeutic itinerary and health communication. Five topics emerged from the therapeutic itinerary category: paths taken, discovering pregnancy, knowledge about high risk, high-risk prenatal care, and delivery. Communication was a category that emerged during the entire experience of pregnant women. Studying the therapeutic itinerary of high-risk pregnant women demonstrated a great capacity to guide the work process in health networks.

**Keywords:** Pregnancy, high-risk. Pregnant women. Maternal-child health services.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Trajectoria percorrida por G1.....	34
Figura 2 –	Trajectoria percorrida por G2.....	35
Figura 3 –	Trajectoria percorrida por G3.....	36
Figura 4 –	Trajectoria percorrida por G4.....	37
Figura 5 –	Trajectoria percorrida por G5.....	38
Figura 6 –	Trajectoria percorrida por G6.....	39
Figura 7 –	Trajectoria percorrida por G7.....	40
Figura 8 –	Trajectoria percorrida por G8.....	41
Figura 9 –	Trajectoria percorrida por G9.....	42
Figura 10 –	Trajectoria percorrida por G10.....	43
Figura 11 –	Trajectoria percorrida por G11.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AE	Atenção Especializada
AD	Análise do Discurso
AVISA	Área de Vigilância à Saúde
CGBP	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional Estadual de Saúde
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FD	Formação Discursiva
FI	Formação Ideológica
EUA	Estados Unidos da América
HDJEH	Hospital Dr. João Elísio de Holanda
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PASIM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades do Ministério da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNDSCM	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SNINV	Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Anuência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCPE	Termo Consentimento Pós-Esclarecido
TFD	Termo Fiel Depositário
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
<b>2.1</b>	GERAL.....	17
<b>2.2</b>	ESPECÍFICOS.....	17
<b>3</b>	<b>REFERENCIALTEÓRICO</b> .....	18
3.1	O RISCO.....	18
3.2	PRÉ-NATAL.....	19
3.3	REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE E REDE CEGONHA.....	21
3.4	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	24
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	27
4.1	PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS.....	27
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	28
4.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	29
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	30
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	33
5.1	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	33
<b>5.1.1</b>	<b>Caminhos percorridos</b> .....	33
<b>5.1.2</b>	<b>Descoberta da gravidez</b> .....	46
<b>5.1.3</b>	<b>Saberes sobre o alto risco</b> .....	48
<b>5.1.4</b>	<b>Pré-natal de alto risco</b> .....	49
<b>5.1.5</b>	<b>Intercorrências: fazendo escolhas</b> .....	53
<b>5.1.6</b>	<b>Parto</b> .....	54
5.2	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	56
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64
	<b>APÊNDICES</b> .....	68
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	69

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	70
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	71
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL.....	74
ANEXO B – FLUXOGRAMA DO MUNICÍPIO PARA AS GESTANTES	78
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	79
ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA.....	82
ANEXO E – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	83

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um evento, fisiológico e psicológico, normal que deve ser parte de uma experiência de vida saudável da mulher e envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Porém, é um período que pode envolver riscos para mãe e o feto. O objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir o desenvolvimento normal da gestação, promovendo o nascimento de um recém-nascido saudável, sem interferir na saúde materna (BRASIL, 2012a).

Parcela das gestantes apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe, devido à presença de doença ou intercorrências em algum período da gestação, essas mulheres são identificadas como gestantes de alto risco (BRASIL, 2012b). Gestação, parto e puerpério de risco podem ser definidos como:

Situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis (BRASIL, 2013, p. 72).

O acompanhamento das gestantes de alto risco tem como propósito intervir para diminuir os riscos tanto para mãe como para o feto. Os fatores geradores do risco gestacional podem estar presentes antes mesmo da ocorrência da gestação. Os profissionais de saúde devem orientar as gestantes sobre medidas a serem tomadas em relação a hábitos e atitudes, identificando a presença de fatores, além de avaliar a necessidade de encaminhamentos para a Atenção Especializada. O não acesso das gestantes a um pré-natal de qualidade e em tempo oportuno está diretamente relacionado à morbimortalidade no período gestacional (BRASIL, 2012b).

O Sistema Público de Saúde Brasileiro, nascido na Constituição de 1988, prevê um sistema único, descentralizado e que garanta a integralidade da assistência à saúde do indivíduo (BRASIL, 2015). O Ministério da Saúde, através da Portaria 4.279 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de superar a fragmentação da atenção e da gestão e aprimorar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde

(SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

As RAS são organizações poliárquicas vinculadas entre si que permitem ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Básica à Saúde (ABS). Estes serviços devem ser prestados no tempo certo, lugar certo, custo certo, qualidade certa, de forma humanizada, segura e equitativa, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e capaz de gerar valor para essa população (MENDES, 2011).

Após publicação da Portaria 4.279, de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde do país: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (MENDES, 2011).

A Rede Cegonha, pactuada por meio da Portaria 1.459, de junho de 2011, visa assegurar direitos como o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. Ações de atenção à saúde materna e infantil devem ser articuladas pelos diversos pontos que constituem as redes, as quais são organizadas a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico (BRASIL, 2011).

O componente pré-natal é fundamental para a organização da rede. Toda gestante deve realizar as consultas de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), ter garantidos os exames conforme protocolo, estar vinculada a uma maternidade, que deve conhecer ainda durante a gravidez. A rede é de responsabilidade da ABS, que deve coordenar o cuidado e ser o centro de comunicação de qualquer rede temática (BRASIL, 2011).

A equipe da ABS é o centro da rede assistencial e fica responsável pela captação precoce das gestantes, atendimento ao pré-natal de risco habitual, identificação de gestantes de alto risco e encaminhamento para os serviços de referência. A ABS deve acompanhar a evolução da gravidez durante todo o período, mesmo quando de risco. O serviço especializado deve atualizar a ABS, por meio da

contrarreferência e esta, por sua vez, deve realizar a busca ativa em seu território de atuação por meio da visita domiciliar (BRASIL, 2013).

Porém, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), não se pode afirmar, atualmente, que a gestante e o bebê tenham o cuidado coordenado pela ABS, com a vinculação da gestante às maternidades e os desenhos e fluxos pactuados acontecendo de fato. O CONASS não confirma o funcionamento efetivo em rede da atenção materna infantil (BRASIL, 2015).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Maracanaú, em conjunto com a Universidade Estadual do Ceará (UECE), realizaram no ano de 2013 seleção para preceptores e monitores para o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde)/Rede Cegonha, tendo como subprojeto “Fortalecendo a Rede de Assistência à Saúde da Gestante e Saúde da Criança no Município de Maracanaú”. O caminhar como preceptor despertou o interesse para realização deste estudo.

Dentre as atividades realizadas pelo o grupo PET-Saúde/ Rede Cegonha do município, estão o reconhecimento do território, as visitas domiciliares às gestantes, as reuniões setoriais e intersetoriais envolvendo tanto a ABS como a Atenção Especializada (AE), o levantamento das produções científicas do município, a reunião com representantes da região de saúde e a análise dos indicadores do município. Na escuta às equipes da ABS, merece destaque o discurso frequente da não realização da contrarreferência pela atenção especializada e a fragilidade no registro para o acompanhamento das gestantes de alto risco de suas áreas.

Esses fatos despertaram o interesse em aprofundar o conhecimento sobre o caminhar, as trajetórias e os itinerários de gestantes de alto risco na RAS do município, à medida que os estudos promovidos pelo PET-Saúde permitiram identificar fragilidade de informação e registro sobre as gestantes de alto risco junto às equipes ABS.

O estudo do itinerário terapêutico sob a ótica da socioantropologia possui como principal finalidade interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Este pensamento fundamenta-se na constatação de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os problemas de saúde. Esse cenário fica evidente em sociedades mais complexas, em que os indivíduos encontram à disposição ampla gama de serviços terapêuticos (VELHO, 2012).

A abordagem das trajetórias terapêuticas é essencial para expor a

experiência vivida pelas gestantes de risco em um ambiente de multiplicidade de escolhas. A compreensão de como ocorrem essas escolhas é fundamental para apoiar todo o processo de cuidado na rede de saúde do município. A busca por novas formas de cuidado é essencial para consolidação e aprimoramento do SUS, e as pesquisas centradas nas experiências, nos significados, nas trajetórias, nos desejos e nas necessidades das gestantes são essenciais para produção do conhecimento de como estão os serviços prestados.

Com base no exposto, a análise do itinerário terapêutico de gestantes de alto risco é essencial para orientar o processo de trabalho da rede de saúde do município. Apresentamos, então, como questão norteadora: qual o itinerário terapêutico de gestantes de alto risco do município de Maracanaú/CE?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Analisar o itinerário terapêutico de gestantes de alto risco do município de Maracanaú-CE.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Definir e compreender a concepção das gestantes pesquisadas sobre o pré-natal de alto risco;
- Compreender o processo de escolha e decisão das gestantes pesquisadas;
- Identificar o processo de busca por assistência à gestação.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O RISCO

O termo “risco” envolve uma mudança de como os indivíduos e a coletividade estabelecem suas relações com eventos que podem ocorrer no futuro, a possibilidade de efeitos indesejáveis sempre foi uma das causas para o distanciamento dos riscos (MACIEL; TELLES, 2000). Em uma concepção moderna do termo risco, existe uma tentativa de controlar o futuro, reportando novo significado e tentando explicar as situações de perigo a partir de fatos conhecidos (SPINK, 2001). A noção de risco é aceita e utilizada mundialmente, porém a forma como cada indivíduo e coletividade percebem os perigos e as ameaças depende da história de vida e do repertório cultural deste (SPINK, 2001).

Temos risco à saúde quando uma ameaça específica tem a probabilidade de causar dano a uma pessoa, toda atividade possui um risco associado, o risco pode ser reduzido, mas no mundo real, não existe risco zero (OMS, 2002). A ação humana tem dois aspectos fundamentais, a realização de algo novo e a ruptura com fatos estabelecidos. Novas formas de ação, capazes de formular novos elos causais e ampliar o contexto em que os fenômenos ocorrem, podem emergir quando surgem as incertezas relativas às coisas do mundo (LIEBER; ROMANO-LIEBER, 2001). O contexto é o objeto da ação humana, pois nele se materializa a subjetividade e possibilita consensos acerca dos fatos e das coisas. Rupturas entre o passado e o futuro ocorrem quando novas ponderações sobre os fatores e componentes do contexto resultam em novas formas de formular a ação (LIEBER, 2003).

A toxicologia e a epidemiologia são os dois campos da área da saúde em que avaliação e gerenciamento de riscos buscaram relações entre os potenciais de riscos e os danos biológicos. A tomada de decisão racional deve utilizar a análise de risco em face das incertezas, métodos e técnicas que podem ser utilizados para estimar os efeitos do consumo de substâncias e alimentos, dos estilos de vida e comportamentos das pessoas e de grupos populacionais (CZERESINA, 2001).

A saúde pública tem como foco identificar, minimizar e reduzir riscos, as análises dos conhecimentos sistematizados orientam as práticas, as políticas e os programas de saúde. Os recursos humanos, financeiros e tecnológicos devem ser direcionados para onde há, de fato, necessidade, as desigualdades em saúde

podem ser evidenciadas a partir da contextualização dos riscos (CZERESINA, 2004; SPINK, 2001).

A identificação de problemas e a avaliação dos riscos em uma população são elementos essenciais para um programa bem-sucedido de risco. Avaliar riscos é um procedimento complexo, o contexto em que se está inserido, assim como as dimensões sociais, biológicas, políticas, econômicas e tecnológicas devem consideradas (GONDIM, 2007).

Os riscos podem ser desprezíveis, aceitáveis, toleráveis ou inaceitáveis, dependendo do ponto de vista de cada pessoa, essas percepções dependem da natureza do risco e de fatores como idade, sexo, nível cultural, além de fatores econômicos e educacionais (GONDIM, 2007).

A comunicação de risco deve ser feita com clareza e eficácia, porém não pode ser reduzida apenas a cálculos matemáticos e científicos do risco. O diálogo deve envolver questões mais amplas sobre a saúde e a qualidade de vida, sempre considerando as diferentes percepções do risco pelos envolvidos. Algumas perguntas podem ser feitas antes de qualquer ação: quando se deve comunicar o risco? Como estabelecer um diálogo? Com quem se comunicar? Quem são os interessados na comunicação do risco? O que comunicar? (GONDIM, 2007).

A sensibilidade e o envolvimento são pontos essenciais, a comunicação deve ser pautada em uma postura ético-política, a fim de construir laços de confiança e solidariedade entre os envolvidos. Um canal de comunicação rápido e de fácil entendimento permitirá melhor gerenciamento dos riscos (GONDIM, 2007).

### 3.2 PRÉ-NATAL

O acompanhamento do período gestacional, por muitos anos, restringiu-se somente às parteiras, benzedeiras e mulheres com vivências. Na década de 1960, o governo brasileiro começou a priorizar ações de assistência à saúde da mulher, focando na gravidez, no parto e na criança. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PASIM), publicado em 1983, foi um marco nas políticas de saúde das mulheres, propondo integridade, equidade e abordagem global (CALLOU; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, foi o primeiro a normatizar a assistência às gestantes no Brasil. O PHPN priorizou a redução das taxas de morbimortalidade, melhoria do acesso, da cobertura e qualidade do pré-natal, parto, puerpério e neonatal, além de ampliar as ações implantadas. A humanização na assistência obstétrica e neonatal fundamentou a PHPN, preconizou que os profissionais de saúde deveriam atuar de forma ética e solidária, promovendo acolhimento digno e rompendo com o tradicional isolamento imposto às mulheres, além disso o sistema deveria evitar práticas intervencionistas desnecessárias, impostas às mulheres e que acarretam aumento dos riscos (BRASIL, 2002).

Em 2011, a Portaria 1.459 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que almeja assegurar o direito ao planejamento reprodutivo à mulher e à atenção humanizada na gravidez, no parto e puerpério. A organização da rede compreende quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento puerpério e sistema logístico. O componente pré-natal preconiza a realização do pré-natal na UBASF, com captação precoce, qualificação da atenção, acolhimento às intercorrências, pré-natal de alto risco, realização de exames, vinculação ao local do parto, gestão da informação, prevenção e tratamento de patologias e apoio nos deslocamentos (BRASIL, 2011).

O pré-natal visa assegurar acompanhamento da gestação para garantir o nascimento de um recém-nascido saudável, sem interferir na saúde materna. A Atenção Básica é a porta preferencial para o acolhimento inicial, proporcionando acompanhamento longitudinal e continuado. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem promover junto a comunidades ações referentes à linha de cuidado materno-infantil, quanto maior o vínculo com a ESF, maiores serão as chances de detecção da gestação e início precoce do pré-natal (BRASIL, 2012a).

Os profissionais da ESF devem identificar e avaliar possíveis fatores de risco e, quando necessário, encaminharem para o acompanhamento na Atenção Especializada. As atribuições da ABS no pré-natal de alto risco abrangem captação precoce, estratificação de risco, visitas domiciliares, acolhimento, encaminhamentos, vinculação e coordenação do cuidado. As gestantes são orientadas a não perderem o vínculo com as equipes da ESF e informadas sobre a evolução do acompanhamento na Atenção Especializada (BRASIL, 2013).

A Portaria 1.020, de 2013, instituiu as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e definiu os critérios para implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. A portaria definiu a gestação, o parto e puerpério de risco como:

Situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis (BRASIL, 2013, p. 72).

Segundo a Portaria 1.020, a atenção à saúde na gestação de alto risco deve seguir princípios e diretrizes, como a universalidade, equidade, integralidade, humanização, regionalização da atenção à saúde, acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, além da atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em conformidade com a PNAISM e a PNH (BRASIL, 2013).

Na Atenção Especializada, o pré-natal de alto risco compreende acolhimento, atendimento, elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), garantia maior de frequência nas consultas, atividades coletivas, realização dos exames complementares, acesso aos medicamentos, vagas de consultas, encaminhamentos, sistemas de informação (BRASIL, 2013).

### 3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDE CEGONHA

O primeiro registro de uma proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiu em 1920, no relatório Dawson (DAWSON, 1964). Entretanto, somente em meados dos anos de 1990 a proposta surgiu, nos Estados Unidos da América (EUA), em experiências de sistemas integrados para superar a fragmentação existente na atenção à saúde. Dos EUA, a proposta expandiu-se para os sistemas públicos de saúde do Canadá e da Europa Ocidental, para em seguida chegar aos sistemas dos países em desenvolvimento (SHORTELL *et al.*, 1993). Relatos de RAS são observados em vários países latinos, porém consolida-se com mais ênfase no Chile, em que o Ministério da Saúde transforma a proposta em uma política oficial (CHILE, 2005; MENDES, 2011).

No Brasil, estudos publicados em 1998 mencionavam que o sistema de saúde precisava de modificações em sua estrutura, trabalhos envolvendo maior integração dos sistemas de saúde surgiram de forma pontual em vários estados brasileiros a partir do ano de 2000 (MENDES, 1998, 2011). A criação das microrregionais no Estado do Ceará foi uma iniciativa pioneira para superar a fragmentação ocasionada pelo processo de municipalização (BRASIL, 2000). Em 2006, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde mencionou as Redes de Atenção à Saúde como uma forma de provocar o alinhamento do modelo de atenção à saúde com a situação epidemiológica do país (BRASIL, 2006a).

Os elementos fundamentais de qualquer rede são: uma população, uma estrutura e um modelo de atenção à saúde. A população é a razão de ser da RAS, fica sob sua responsabilidade sanitária e econômica, deve ser segmentada e estratificada por riscos em relação às condições de saúde. Os nós das redes e as ligações materiais e imateriais constituem a estrutura operacional da rede, a atenção primária é considerada o centro de comunicação de qualquer rede. A estrutura operacional é formada por cinco componentes: o centro de comunicação, os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. O modelo de atenção à saúde organiza o funcionamento da RAS da seguinte maneira: articular de forma lógica e singular as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos (MENDES, 2011).

Em 2010, o Ministério da Saúde, através da Portaria 4.279, instituiu as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. A Portaria definiu Rede de Atenção à Saúde como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p. 88).

A Portaria também definiu os objetivos das RAS:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010, p. 88).

O desenvolvimento e a implantação das RAS passam por quatro períodos: concepção teórico-conceitual, difusão da proposta, institucionalização e implantação. O monitoramento dos processos de construção que estão ocorrendo nas várias regiões do país será o quinto período (BRASIL, 2015).

As organizações das redes podem se estruturar de forma híbrida, concentrando alguns serviços e dispersando outros. A economia de escala, a disponibilidade de recursos, a qualidade e acesso; a integração horizontal e vertical; os processos de substituição; os territórios sanitários; e os níveis de atenção são os fatores que irão influenciar no tipo de organização da rede (MENDES, 2011).

A implementação de linhas de cuidado, o apoio matricial e as redes temáticas são alguns aspectos que devem ser considerados na configuração das RAS. As redes temáticas propiciam maior efetividade na atenção aos grupos prioritários (SILVA, 2013).

Cinco redes temáticas foram pactuadas após a Portaria 4.279, para serem implantadas nas regiões de saúde: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas foram as redes pactuadas (BRASIL, 2015).

A Rede Cegonha foi a primeira a ser pactuada, em 2011, pela Portaria 1.459. Os componentes que compõem a Rede Cegonha são pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde da criança e o sistema. O Ministério da Saúde defini esta Rede como:

Uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011, p. 61).

Os princípios que norteiam a Rede Cegonha são: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; a participação e a mobilização social e a compatibilização com as atividades das redes (BRASIL, 2011).

Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde materno-infantil com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, além de garantir acesso, acolhimento e resolutividade, reduzindo a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal são os objetivos da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

### 3.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

O estudo sobre itinerário terapêutico, em uma visão socioantropológica, tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Analisar o itinerário terapêutico não é somente identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização das agências de cura, é, antes de tudo, ter consciência de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais, para elaboração e implementação de projetos específicos e até contraditórios (VELHO, 2012).

O termo itinerário terapêutico foi abordado pela primeira vez em uma concepção que preconizava que os indivíduos se defrontam no mercado como produtores e consumidores, todos procuram obter maiores vantagens possíveis em suas transações. Essa concepção ficou conhecida como comportamento do enfermo (MECHANIC; VOLKART, 1961). Vários autores da época contestaram tal concepção e afirmavam que a ação humana é inseparável de atos de interpretação; logo, para entendê-la, é necessário reconhecer a importância dos valores e das normas que orientam a conduta dos indivíduos (PARSONS, 2005).

Nos anos de 1970, trabalhos demonstrando a influência das sociedades e de grupos sociais dentro delas sobre a maneira como indivíduos devem comportar-se quando estão doentes, direcionaram a análise do itinerário terapêutico para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde. Estudo realizado com mães de classe operária observou que estas procuravam assistência médica para os filhos quando estes não podiam mais desempenhar normalmente as tarefas cotidianas (BLAXTER; PATERSON, 1982). Um outro estudo comprovou que as pessoas procuravam menos os

estabelecimentos psiquiátricos quando estavam envolvidas fortemente em redes de interação informais (HOROWITZ, 1977).

Em 1978, surgiu o conceito de sistema de cuidados com a saúde, que preconizava articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados com a saúde, recomendava, ainda, que os sistemas de cuidados com a saúde possuíam três arenas sociais, das quais a enfermidade é vivenciada: a profissional, formada pela medicina formal, como os profissionais de saúde; o *folk*, composta por curandeiros e rezadores; e, por último, o popular que envolveria o campo leigo, como a automedicação e os conselhos de vizinhos e amigos. Foi concebido nesta mesma época o modelo explicativo como forma de compreender as dinâmicas internas das arenas, assim como suas relações com as demais (KLEINMAN, 1978).

A explicação das ações dos indivíduos ou grupos sociais não engloba o contexto intencional, circunstancial e dialógico em que os indivíduos realizam suas ações, pois utiliza somente a perspectiva racional e lógica. Os processos de escolha de tratamento são ações humanas significativas que dependem do mundo intersubjetivo do senso comum e não de fatos que podem ser aprendidos com base em conceitos genéricos. Porém, a interpretação busca as significações referente às experiências e vivências das pessoas. A interpretação antropológica se afasta de conclusões verdadeiras e dedutivas, aproximando-se de uma lógica de incertezas e probabilidades (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Os estudos sobre itinerário terapêutico devem enfatizar a interpretação das vivências de seus atores, o apontamento de suas ações e os macroprocessos socioculturais (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). Na fala dos atores, misturam-se explicações diversas e tipos diferentes de conhecimentos que são oriundos de uma negociação de significados com outras pessoas (YOUNG, 1981). As experiências, as trajetórias e os projetos individuais devem ser explorados em uma análise de itinerário terapêutico, pois o sujeito desse processo é alguém que compartilha com o outro toda uma bagagem de crenças e receitas para lidar como o mundo.

O itinerário terapêutico é um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados ao tratamento de uma aflição, porém não é necessariamente pré-determinado. É uma experiência vivida real e sua interpretação é uma tentativa consciente de se retornar ao passado, a fim de conferir sentido a atos fragmentados.

É preciso compreender o significado das ações que formam o itinerário terapêutico. Para isso, temos que compreender o processo de escolha e decisão do indivíduo. Denominou-se de “possibilidades problemáticas” o campo onde a escolha e a decisão se tornam possíveis. Nesse campo, temos que considerar dois aspectos: a imagem do que poderá ser o curso futuro projetado da ação e a sua legitimação. Cada escolha está relacionada à projeção que o indivíduo realiza sobre como deve ser determinado tratamento. Porém, somente no curso da ação que o indivíduo começa a interpretar a situação, a ação e os resultados. O indivíduo utiliza-se de processos interpretativos construídos e legitimados por meio da interação social para formar sua imagem, porém não podemos ignorar que os discursos são impregnados de conflitos, de interesses e hesitações. As redes sociais constituídas ou mobilizadas nos episódios de aflição servem de referência para sustentar e confirmar as imagens relacionadas a determinados tipos de tratamento. Essas redes constroem-se no curso de eventos concretos e estão em constante negociação e confirmação dos significados de tratamento e cura (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo caracteriza-se como exploratório analítico, com abordagem qualitativa. O caráter exploratório se justifica pelo tema do estudo ser pouco abordado no cotidiano dos serviços do município e não existir estudos envolvendo as gestantes de alto risco do município. A abordagem qualitativa é que mais se adéqua aos objetivos deste estudo, pois pretendemos compreender o itinerário terapêutico de gestantes de alto risco. Esta abordagem trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes humanas que são produtos das interpretações a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si, sentem e pensam (MINAYO, 2009). O itinerário terapêutico construído a partir da fala das gestantes visa compreender o processo de escolha e decisão, utilizam-se de processos interpretativos construídos e legitimados com o social repletos de significados.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Maracanaú que compõe a Região Metropolitana de Fortaleza, sendo considerado o polo industrial do Estado do Ceará. O município integra a Macrorregião de Fortaleza e a terceira Coordenadoria Regional Estadual da Saúde (CRES), que se constitui em um conjunto de oito municípios que pactuam soluções para problemas comuns na área da saúde (BRASIL, 2014a).

A terceira e a quarta CRES formam a Rede Cegonha Maracanaú-Baturité, sendo Maracanaú referência para o parto de gestantes de alto risco para os municípios que compõem a terceira CRES. Ressalta-se, no entanto, que esta referência ainda não se efetiva na prática, sendo as gestantes de alto risco referenciadas para maternidades de maior complexidade em Fortaleza. Os hospitais, atualmente, de referência são o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) (BRASIL, 2014a; COSEMS, 2016).

A rede de saúde do município caracteriza-se através da atenção primária e secundária, as unidades de serviços configuram-se em: UBASF, consultórios isolados, clínicas ambulatoriais especializadas, policlínicas, unidades de apoio e terapia e unidades hospitalares. A ABS conta com 30 UBASF e o município possui, além de um hospital público, mais dois hospitais da rede privada (BRASIL, 2014a).

O município de Maracanaú é dividido em seis Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA), existindo em cada área de quatro a seis UBASF. O estudo foi realizado na AVISA número cinco (AVISA V) que corresponde a seis UBASF e abrange 12 bairros: Maracanzinho, Residencial Maracanaú, Jenipapeiro, Di 2000, Novo Maracanaú, Santo Sátiro, Vila Vintém, Vila Buriti, Novo oriente, Acaracuzinho, Piratininga e Coqueiral. Atuam na área 11 equipes da ESF, seis Equipes de Saúde Bucal (ESB) e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde Família (NASF) (BRASIL, 2014a).

Dados do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) evidenciam que 138 gestantes, provindas da AVISA V, participaram de consultas no ambulatório especializado de pré-natal de alto risco, durante o ano de 2015. Destas, 65% foram acompanhadas por no máximo dois meses, enquanto 2,9% foram por sete ou mais meses. O município definiu, em protocolo, os fatores de risco gestacional e as situações em que as equipes de atenção básica devem encaminhar as gestantes ao pré-natal de alto-risco (ANEXO A), assim como o fluxograma preconizado para o pré-natal (ANEXO B).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os critérios utilizados, como forma de seleção da amostra, procuraram selecionar um grupo mais representativo possível para podermos analisar o itinerário de gestantes de alto risco. Contribuíram com o estudo mulheres, residentes na AVISA V, que durante o ano de 2015 foram acompanhadas por no mínimo cinco meses no ambulatório de alto risco, do Hospital Dr. João Elísio de Holanda. Utilizamos como critérios de exclusão mulheres que se encontravam internadas ou que se recusaram participar, além das que não foram localizadas ou que tinham menos de 19 anos e não eram emancipadas.

O número de mulheres identificadas que se encaixavam no perfil de nossa amostra ficou em 25, valor que corresponde a 18% das gestantes residentes na AVISA V que frequentaram o ambulatório do pré-natal de alto risco durante o ano de 2015.

Participaram, efetivamente, do nosso estudo 11 mulheres. O principal motivo da diminuição de nossa amostra foi a não localização das mulheres. Durante a coleta dos dados, identificamos que 36% possuíam erros no registro e 12% mudaram de endereço, além de 8% que se recusaram a participar. Em relação as que possuíam erros no registro, 55,5% foi devido ao número da residência não existir na referida rua e em 44,5%, a rua não existia em nenhum dos bairros pertencentes ao estudo.

#### 4.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As entrevistas ocorreram de julho a agosto de 2016. A amostra foi identificada a partir dos dados do SISREG, responsável pelo gerenciamento de todo o complexo regulatório. O sistema abrange desde a ABS até o atendimento na AE, disponibilizado pelo MS, atualmente utilizado por 1.600 municípios brasileiros (DATASUS, 2016a). Solicitamos, junto ao gestor municipal do sistema, os dados relativos aos atendimentos, pelo ambulatório de alto risco, as gestantes durante o período de 2015. Os arquivos de relatórios emitidos forneceram dados gerais sobre os atendimentos realizados pelo Hospital Dr. João Elísio de Holanda (HDJEH). Os dados foram trabalhados no programa *Libre Office*, versão 4.3.7.2, sendo filtrados os dados de interesse da pesquisa.

Nas reuniões de equipe da ESF, foram identificadas as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da área de cada gestante de nossa amostra. As ACS eram sensibilizadas em relação à pesquisa e ficavam responsáveis por realizarem o primeiro contato. Utilizamos a proximidade das ACS com a comunidade para favorecer a aceitação por parte das gestantes. O local das entrevistas foi o mais cômodo para entrevistadas, elas escolhiam se a entrevista ocorreria na residência ou na UBASF da área. As entrevistadas foram identificadas com a consoante G maiúscula, seguida de um numeral aleatório, garantindo, assim, o anonimato.

A entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), abordava, além de questões sobre o itinerário terapêutico, aspectos relativos ao perfil sociodemográfico e gestacional. Como forma de facilitar tanto o processo de coleta como a análise, os encontros eram gravados em equipamento digital, além de utilizarmos um diário de campo para realizarmos anotações. As gravações eram transcritas, utilizando-se o programa *Express Scribe* e o *Microsoft Word*.

A pesquisa seguiu o preconizado pela Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), iniciando-se somente após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), parecer nº 1.430.320 (ANEXO 3), e assinatura do Termo de Anuência (TA) (ANEXO 4), além do Termo de Fiel Depositário (TFD) (ANEXO 5). As entrevistadas eram informadas acerca da natureza da pesquisa, através de linguagem clara e objetiva, aquelas que aceitaram participar assinaram com o pesquisador o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE) (APÊNDICE 1) e ficaram com uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Analisar o itinerário terapêutico envolve compreender o processo de escolha e decisão das gestantes, a disciplina que melhor se adéqua para possibilitar essa compreensão é a Análise do Discurso (AD). Existem atualmente várias vertentes da AD, a nossa segue a escola francesa, surgida na década de 1960 e que tem como um dos fundadores Michel Pêcheux (MUSSALIM, 2012).

A escola francesa filia-se a uma tradição europeia em unir reflexão sobre o texto e a história, a AD nasce tendo como base a interdisciplinaridade, articulando linguística, marxismo e psicanálise. Definido inicialmente como “o estudo linguístico das condições de produção de um enunciado”. Para a AD, a linguagem não pode ser estudada considerando somente seus aspectos internos, mas também enquanto formação ideológica. Além de uma competência específica, que seria o sistema interiorizado de regras linguísticas, para compreendermos uma prática discursiva, temos também uma competência ideológica que torna possível a totalidade das ações e significações novas (BRANDÃO, 2012, p.17).

Os conceitos de ideologia e discurso são primordiais, considerando um quadro que alie linguística ao sócio histórico. Pêcheux vai buscar nos trabalhos de Althusser sobre os aparelhos ideológicos do Estado o termo “Formação Ideológica” (FI) e nos trabalhos de Foucault a expressão “Formação Discursiva” (FD) (BRANDÃO, 2012).

A materialidade ideológica se concretiza no discurso, a interpelação ou assujeitamento do sujeito como sujeito ideológico é uma das formas de agir da instância ideológica. O sujeito não é senhor de suas vontades, inconscientemente, ele ocupa um lugar em uma formação social. As relações das classes, no interior dessas formações sociais, podem ser de aliança, antagonismo ou dominação. As FI representam um conjunto complexo de atitudes e representações que não são individuais e nem universais, mas relacionam a posição da classe em seus conflitos (BRANDÃO, 2012).

A FD tem posição central de articulação entre a língua e o discurso. A FI pode ser formada por uma ou várias FD, esta última, considerando as relações de classe, é quem determina o que pode ou não ser dito a partir de sua posição. A paráfrase e o pré-construído são as duas maneiras de como a FD pode agir; no primeiro, os enunciados são retomados e reformulados em uma tentativa de preservação de sua identidade; e, no segundo, envolve uma construção anterior e exterior, irrompendo a superfície discursiva com se já estivesse ali (BRANDÃO, 2012).

A AD trabalha a relação da língua com a história, buscando as marcas das contradições ideológicas, pois apesar da FD procurar uma homogeneidade discursiva, as contradições ideológicas de uma classe são recuperáveis no interior do discurso (BRANDÃO, 2012).

Nosso estudo seguiu as seguintes etapas, preconizadas por Fiorin e Savioli para realização da análise (VIANNA; BARROS, 2003):

- Realizamos a leitura repetida, procurando identificar as figuras e os temas que pertencem ao mesmo bloco de significação;
- Analisamos a estrutura do texto, procurando depreender as figuras e os temas, de acordo com os três níveis de leitura: discursiva, narrativa e profunda;
- Identificamos os valores, as crenças e concepções dos sujeitos, presentes no texto;

- Reconhecemos as argumentações utilizadas pelos sujeitos para persuadir o leitor a aderir suas teses;
- Definimos as categorias empíricas a partir das frases temáticas depreendidas.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A análise dos dados, pautada pela proposição da técnica de análise do discurso, permitiu a elaboração, organização e apresentação de duas categorias empíricas: itinerário terapêutico e comunicação em saúde.

### **5.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO**

Abordamos nesta seção o itinerário terapêutico, procuramos identificar e compreender o processo de escolha e decisão. Cinco tópicos emergiram desse processo: os caminhos percorridos, a descoberta da gravidez, o saber sobre o alto risco, o pré-natal de alto risco, as intercorrências e o parto.

#### **5.1.1 Caminhos percorridos**

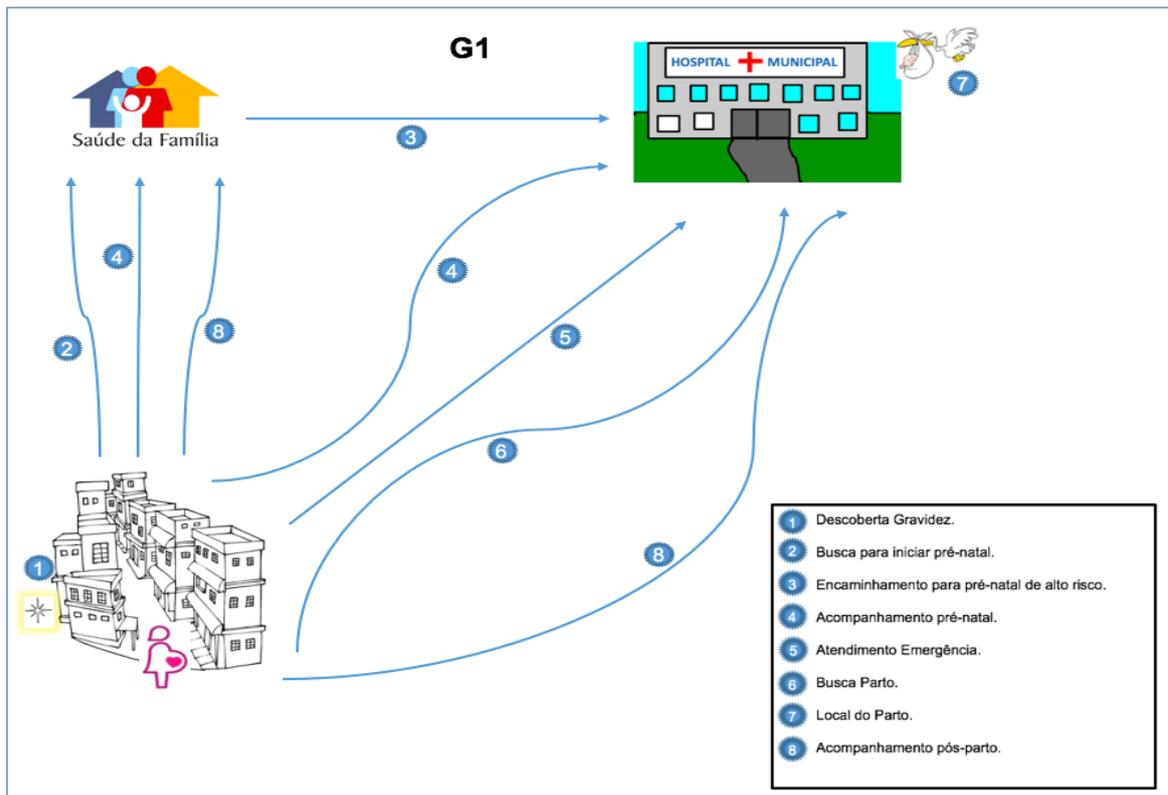
Esta seção ocupou-se em demonstrar os caminhos percorridos por cada uma das participantes, identificamos a partir das falas o local da descoberta da gravidez, a busca para o início do pré-natal, o encaminhamento para o pré-natal de alto risco, o acompanhamento durante o pré-natal, a busca por serviços de emergência e urgência, a busca para realização dos exames, a procura pelo local do parto, o local do parto e o acompanhamento pós-parto.

Além disso, caracterizamos as participantes em relação aos aspectos sociodemográficos e gestacionais. Abordamos a idade, o estado civil, a renda familiar e a escolaridade em relação aos aspectos sociodemográficos e gestacionais, como número de gestações, de partos, de filhos e o tipo de parto.

## ITINERÁRIO 1

G1: 31 anos, casada, concluiu ensino médio, renda de até um salário, teve duas gestações, passou por dois partos, com dois filhos e último parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por ser diabética, hipertensa e utilizar medicamentos para ansiedade.

**Figura 1 – Trajetória percorrida por G1**

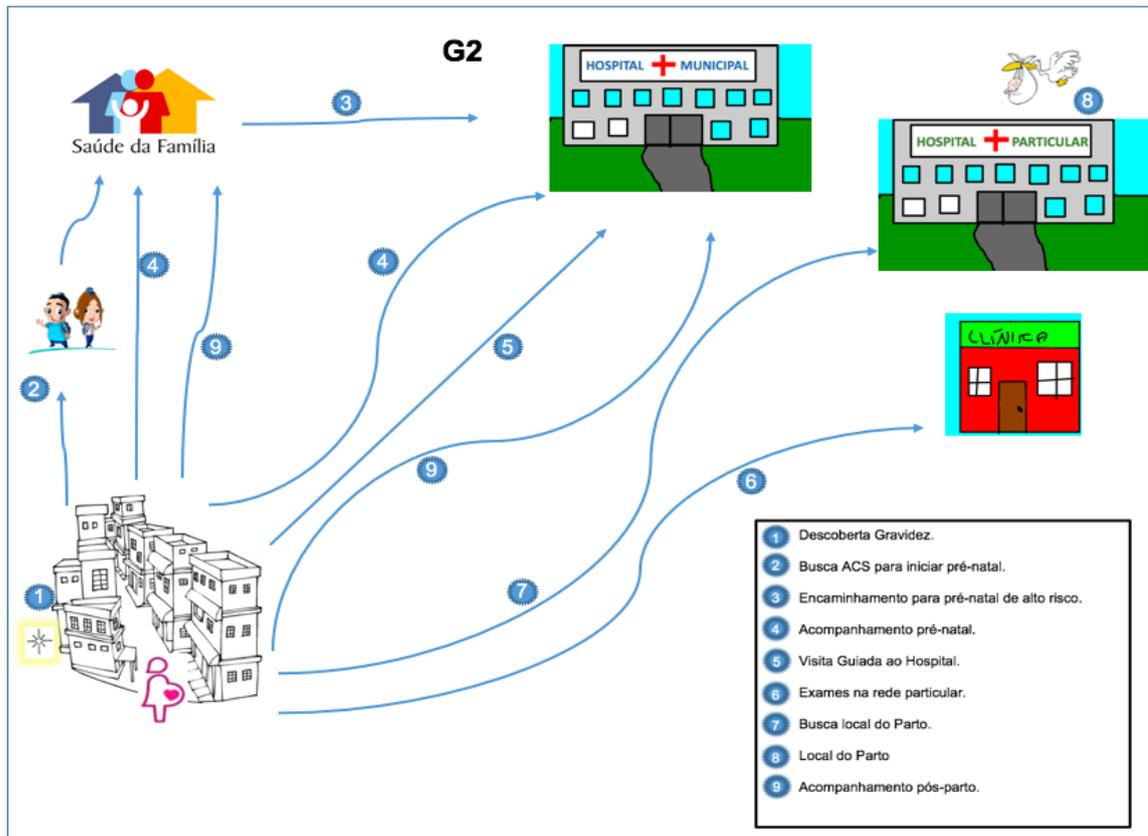


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 2

G2: 41 anos, casada, concluiu o ensino superior, renda de até um salário, teve duas gestações, passou por dois partos, com dois filhos e último parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por possuir 41 anos de idade.

**Figura 2 – Trajetória percorrida por G2**

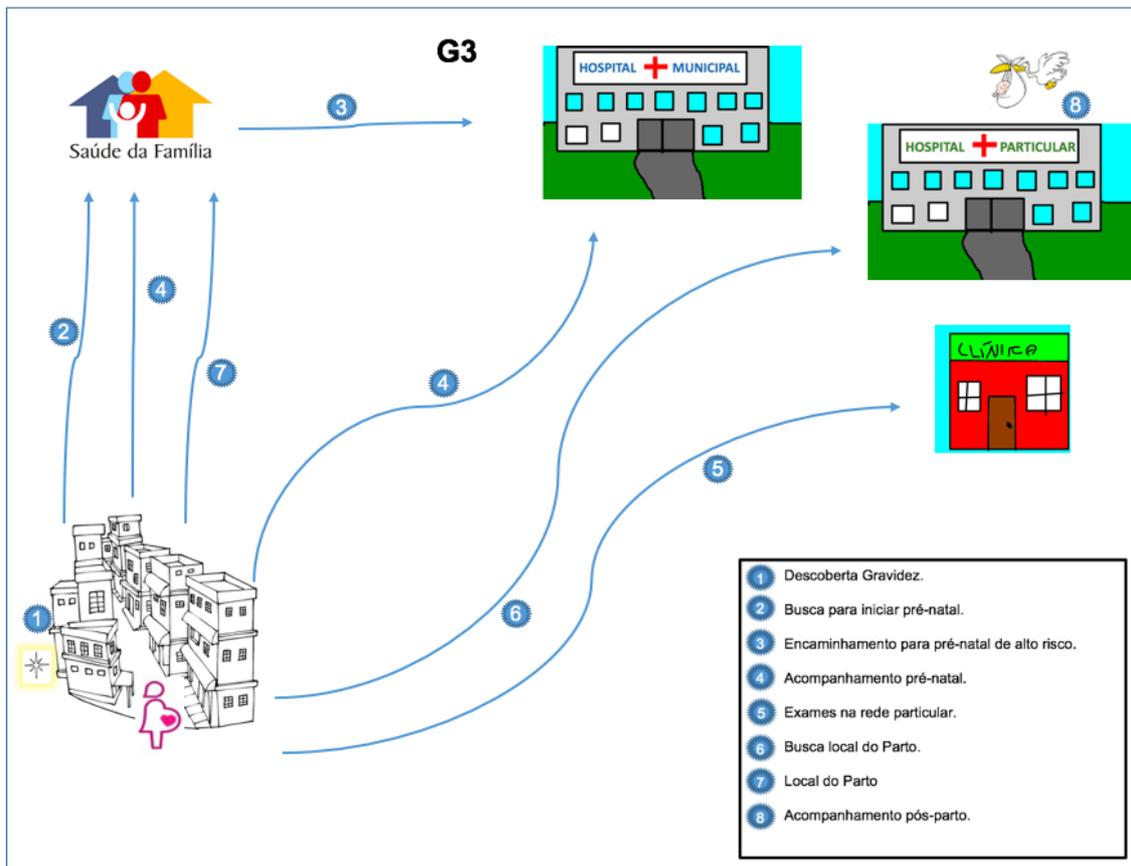


Fonte: Elaborada pelo autor.

### ITINERÁRIO 3

G3: 34 anos, casada, concluiu ensino fundamental, renda de até um salário, teve três gestações, passou por três partos, com dois filhos e último parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por ser diabética e hipertensa.

Figura 3 – Trajetória percorrida por G3

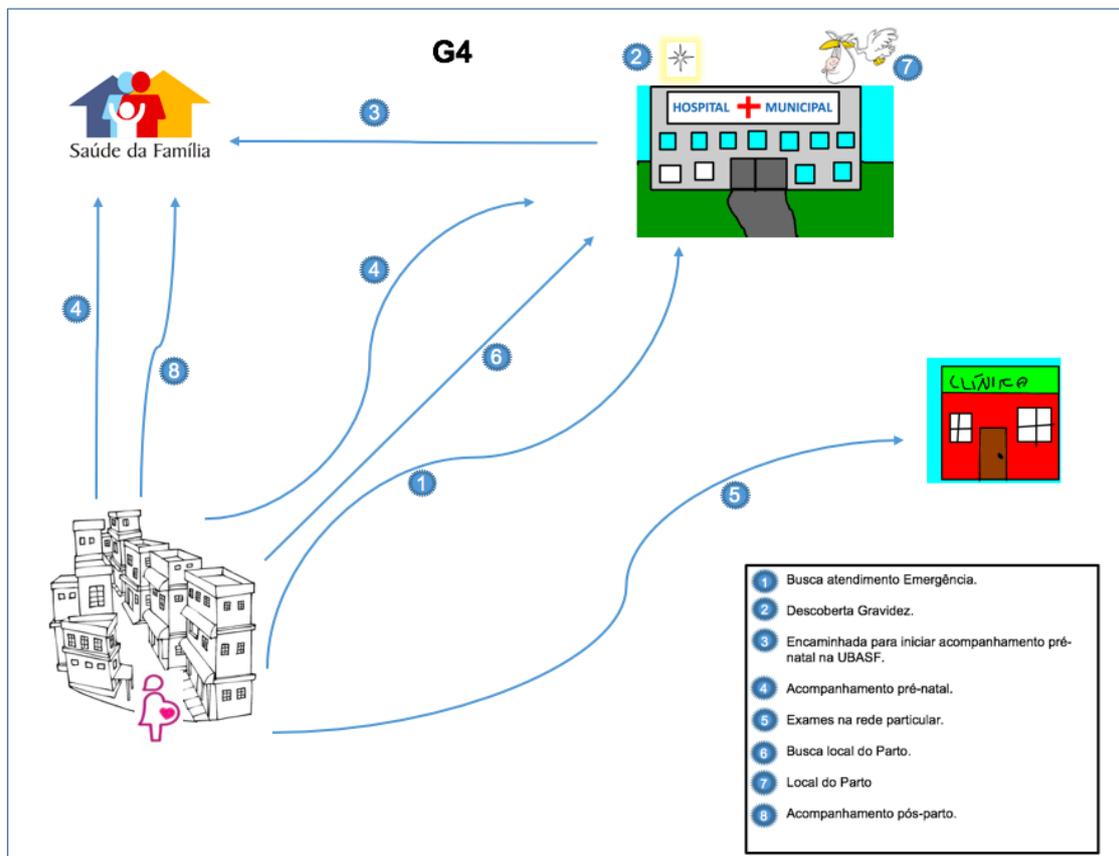


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 4

G4: 27 anos, solteira, porém declarou viver com companheiro, concluiu ensino médio, renda de até um salário, teve uma gestação, um parto, um filho, cujo parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por ser hipertensa.

**Figura 4 – Trajetória percorrida por G4**

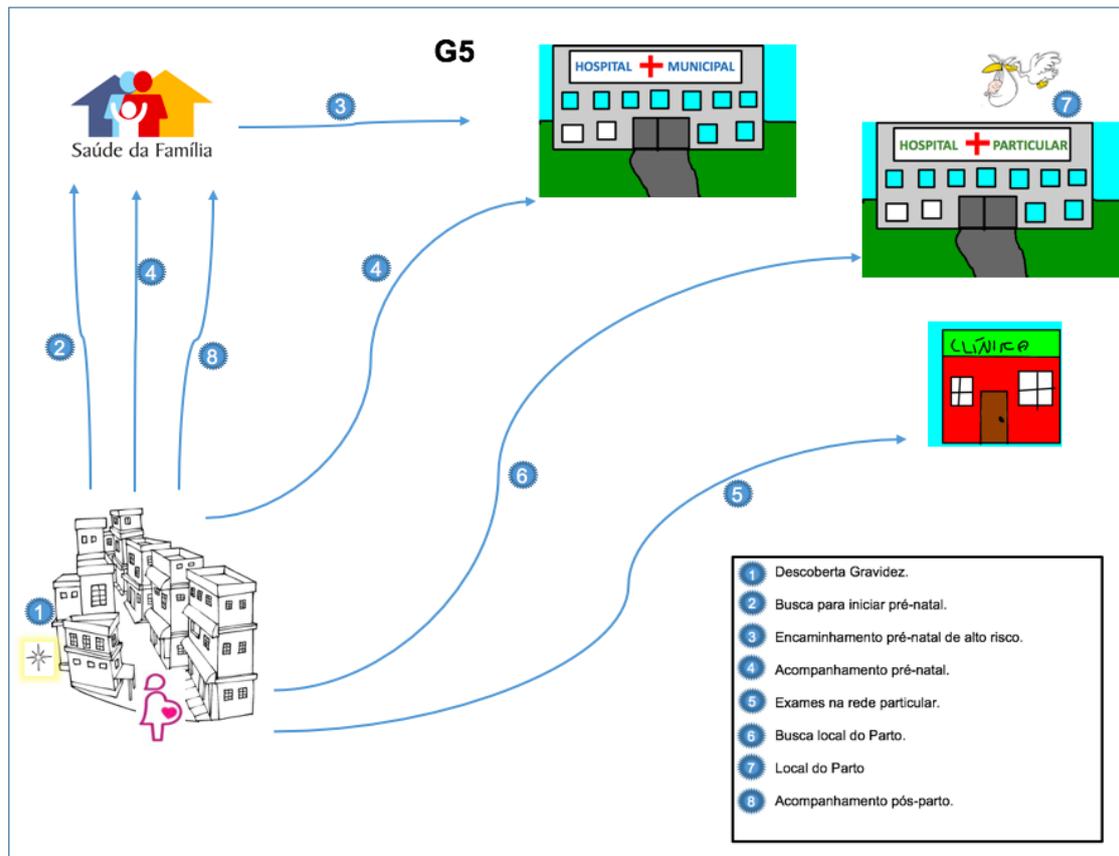


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 5

G5: 27 anos, casada, concluiu o ensino médio, renda de até um salário, teve duas gestações, passou por dois partos, com dois filhos e o último parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por ser hipertensa.

Figura 5 – Trajetória percorrida por G5

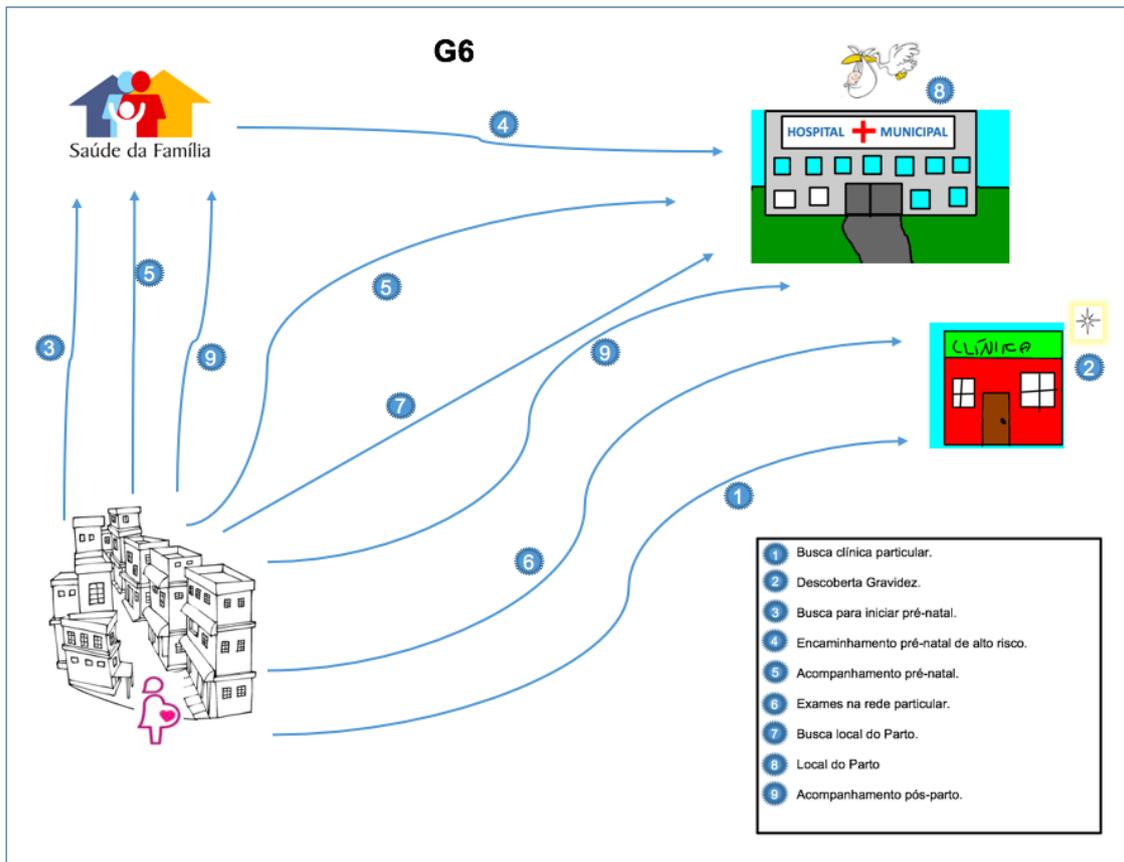


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 6

G6: 21 anos, solteira, concluiu ensino médio, renda entre um e dois salários mínimos, teve uma gestação, passou por um parto, com um filho, cujo parto foi normal. Classificada como gestante de alto risco por utilizar medicamento teratogênico e por apresentar metrorragia.

**Figura 6 – Trajetória percorrida por G6**

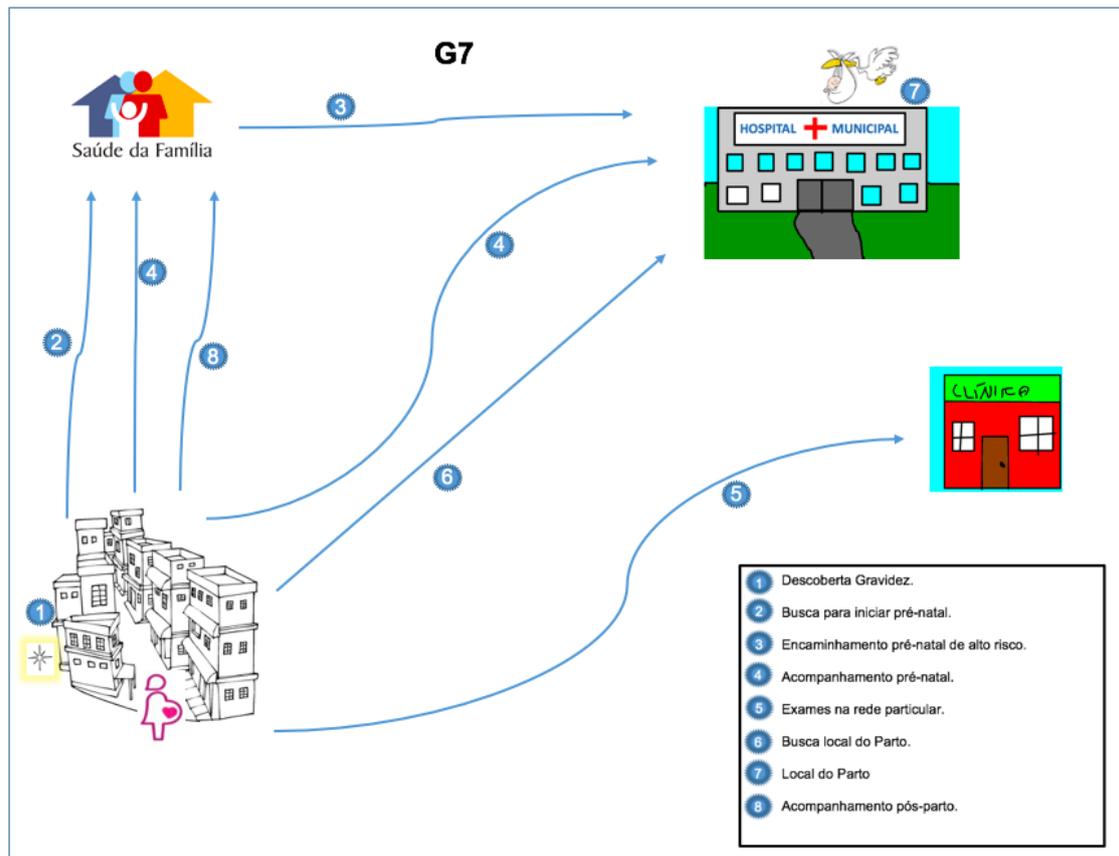


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 7

G7: 33 anos, solteira, concluiu ensino fundamental, renda de até um salário mínimo, teve uma gestação, passou por um parto, com um filho, cujo parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por ser diagnosticada com sífilis.

Figura 7 – Trajetória percorrida por G7

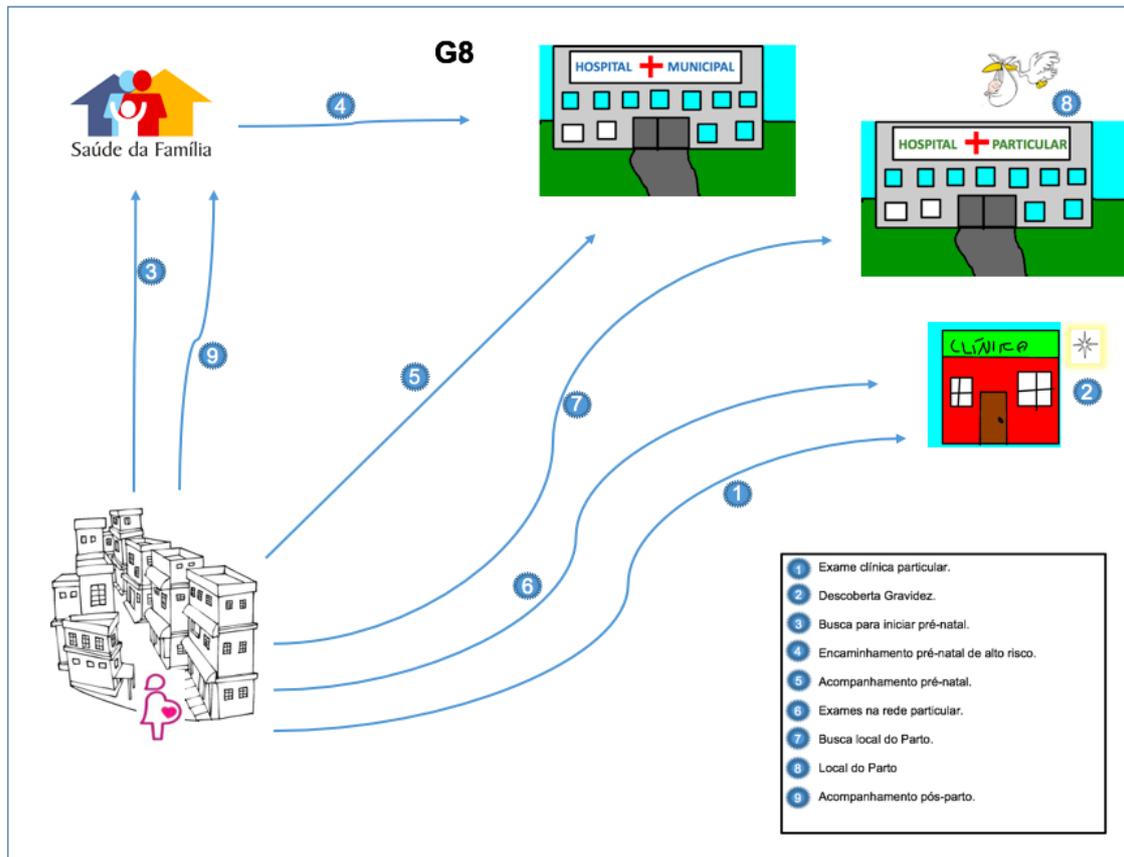


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 8

G8: 36 anos, solteira, concluiu o ensino médio, renda de até um salário mínimo, teve duas gestações, passou por um parto, com um filho, cujo parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por ser diagnosticada com diabetes gestacional.

**Figura 8 – Trajetória percorrida por G8**

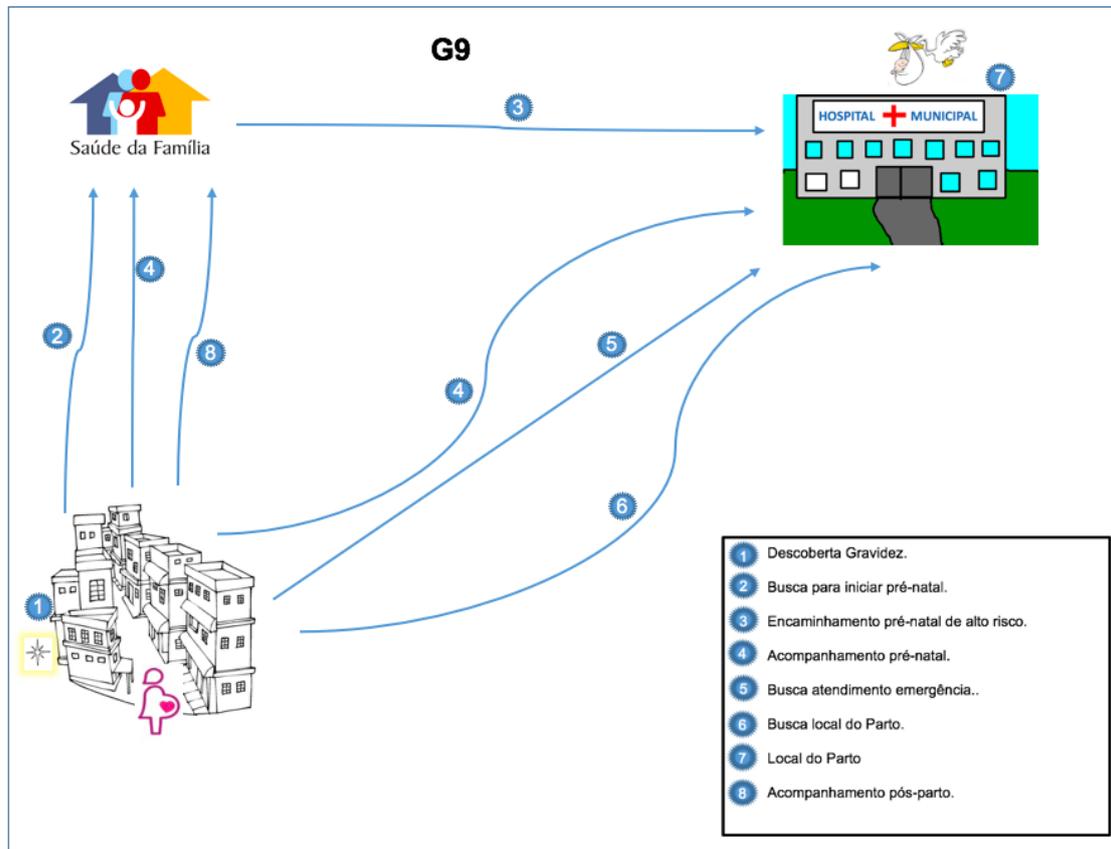


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 9

G9: 36 anos, solteira, porém declarou viver com companheiro, concluiu o ensino fundamental, renda de até um salário mínimo, teve quatro gestações, passou por dois partos, com dois filhos, o último parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por ser diagnosticada com diabetes gestacional.

**Figura 9 – Trajetória percorrida por G9**

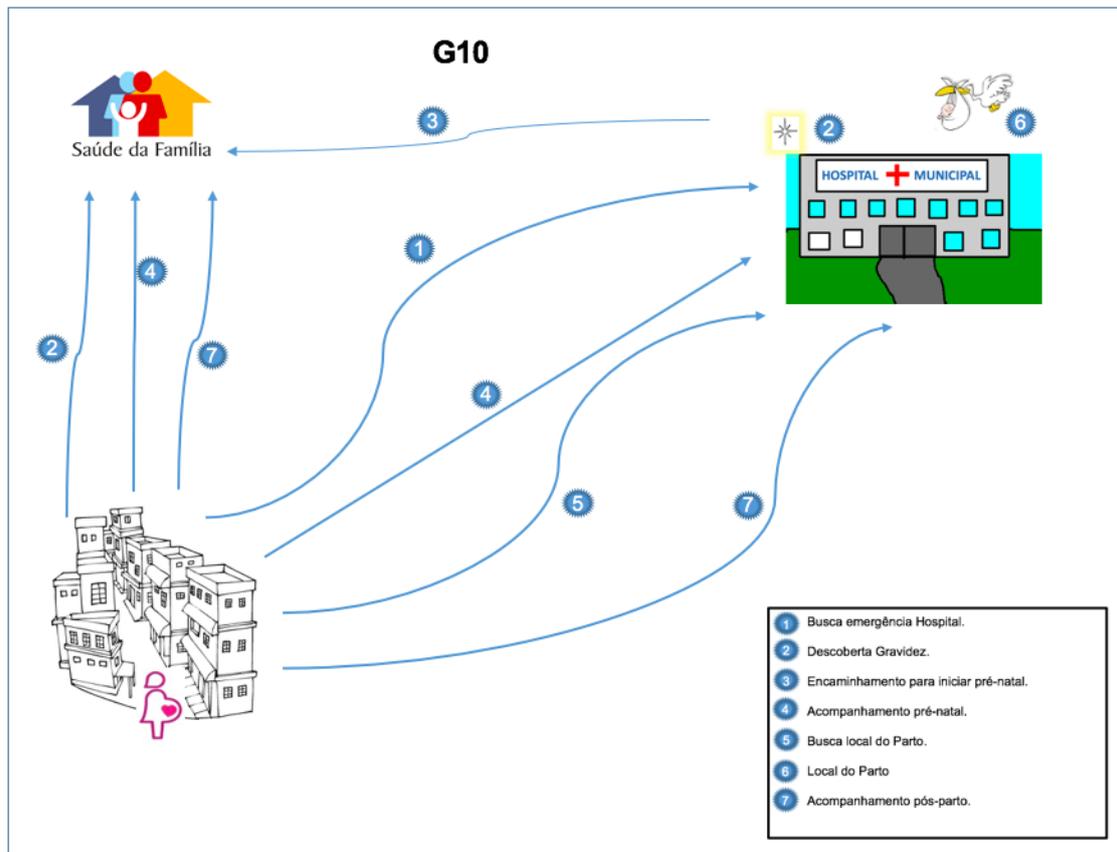


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 10

G10: 23 anos, casada, concluiu o ensino médio, renda entre um e dois salários mínimos, teve uma gestação, passou por um parto, possui um filho e o último parto foi cesárea. Classificada como gestante de alto risco por ser hipertensa.

**Figura 10 – Trajetória percorrida por G10**

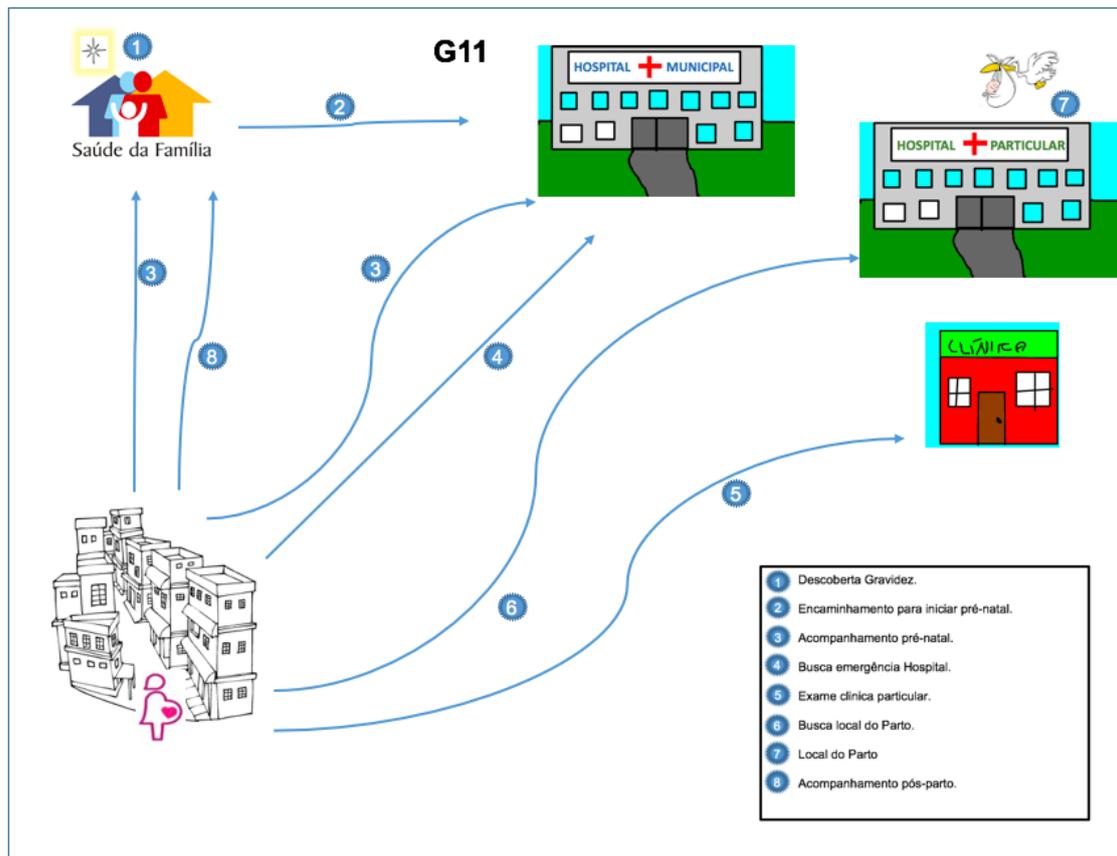


Fonte: Elaborada pelo autor.

## ITINERÁRIO 11

G11: 21 anos, solteira, concluiu o ensino médio, renda de até um salário mínimo, teve uma gestação, passou por um parto, com um filho, cujo parto foi normal. Classificada como gestante de alto risco por ser diagnosticada com desnutrição severa.

**Figura 11 – Trajetória percorrida por G11**



Fonte: Elaborada pelo autor.

Mais da metade das entrevistadas possuía idade superior a trinta anos, destas, uma possuía idade acima de quarenta. As mulheres vêm postergando o período gestacional, papéis que antes eram de exclusividade do sexo masculino têm influenciado nas escolhas femininas. Estabilidade financeira, estudos, métodos contraceptivos, além da tendência ao individualismo na contemporaneidade, são alguns dos fatores que levam a adiar a maternidade (TRAVASSOS-RODRIGUEZ; FÉRE-CARNEIRO, 2013; LOPES, DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014).

Cinco entrevistadas declararam estado civil solteiras, porém duas destas afirmaram viver com companheiro. Antes da Constituição de 1988, a noção de família estava condicionada à ideia de casamento, a nova Constituição reconheceu as mudanças no campo das normas morais e dos costumes. A união estável é reconhecida como modalidade de entidade familiar, diferenciando-se do casamento somente pelo modo de formação (CIELO; FORTES, 2010).

A renda familiar limitou-se a no máximo dois salários. Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde identificou que quanto menor a renda familiar, maior a taxa de fecundidade. Porém, a escolaridade predominante foi o nível médio, com sete entrevistadas, o nível superior foi encontrado em apenas uma. Mulheres com nível de escolaridade mais elevados tendem a ter menores taxas de fecundidade, no levantamento realizado pelo Ministério, a taxa fecundidade para mulheres sem instrução foi igual a quatro, enquanto para as que possuíam no mínimo nove anos de escolaridade, a taxa ficou em 1,6. Todas em nosso estudo possuíam no mínimo o ensino fundamental, que corresponde a nove anos de estudo (BRASIL, 2009).

Nossa taxa de fecundidade obteve valor de 1,4 filhos por mulher. Considerando o número de gestações por mulher, chegamos a uma taxa de 1,8 gestações, além disso, se considerarmos o número de parto por mulher, o valor ficaria em 1,5 partos. Comparando esses valores com nossa taxa de fecundidade (1,4), observamos que o número de filhos é menor que o número de gestações e o número de partos. Duas entrevistadas declararam ter interrompido gestações anteriores por complicações durante o pré-natal e uma informou ter perdido um filho no período puerperal. O declínio nas taxas de fecundidade no Brasil teve início na década de 1960, com a introdução paulatina dos contraceptivos orais. Nas décadas de 1980 e 1990, a propagação da esterilização feminina acentua ainda mais essa queda na taxa de fecundidade (BRASIL, 2006b). A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDSCM), realizada em 2006, reafirma a tendência de declínio na taxa geral de fecundidade no Brasil, a taxa nacional diminuiu de 2,5, registrado em 1996, para 1,8, em 2006 (BRASIL, 2009). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também corroboram com a diminuição da taxa nacional, diminuiu de 2,39, no ano de 2000, para 1,72, em 2015 (IBGE, 2016).

O parto normal foi relatado somente por duas das entrevistadas, a alta prevalência de cesáreas no Brasil tem forte ligação com a “cultura da cesariana”, fatores socioeconômicos e culturais influenciam no tipo de parto mais do que mudanças no risco obstétrico (LEAL *et al.*, 2009). Ao acessar o Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SNINV), evidenciamos a ascensão do número de cesáreas no país, a porcentagem aumentou de 38%, em 2000, para 57%, do total de partos no país, em 2014 (DATASUS, 2016b).

### 5.1.2 Descoberta da gravidez

Os cuidados com o período gestacional iniciam-se antes mesmo da concepção. No período pré-concepcional, é possível identificar possíveis fatores de risco que possam contribuir para modificar a evolução normal de uma futura gestação. Segundo informações do Caderno sobre Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, do Ministério da Saúde, no mínimo 50% de todas as gestações não são planejadas (BRASIL, 2012a).

Em 1996, o Brasil regulamentou o planejamento familiar através da Lei 9.263. O artigo dois definiu o planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996). As equipes da ESF, no período pré-concepcional, podem atuar das mais diversas formas, como instituir ações específicas quanto aos hábitos e ao estilo de vida, assim como iniciar o tratamento medicamentoso para infecções e patologias crônicas (BRASIL, 2012a).

As entrevistadas demonstraram, ao relatarem o momento quando se descobriram gestantes, sentimentos de inesperado e negação.

Eu fiz o teste de urina, deu positivo. Comecei logo a me tremer. Eu disse: não, não quero, não estou grávida não, eu não quero menino. Eu não acreditei (G11).

Eu não sabia que estava grávida, descobri com mais de três meses (G8).

Descobri que estava grávida no hospital. Estava passando mal, fizeram um exame de urgência para saber o que eu tinha (G10).

Ao analisar as falas, observamos que o não planejamento familiar, no período pré-concepcional, por parte das entrevistadas, ocasionou gestações inesperadas e não desejadas. O sistema de saúde deve realizar a captação precoce das gestantes, meios de comunicação, visitas domiciliares e atividades educativas coletivas podem ser utilizadas para facilitar o início desse acompanhamento (BRASIL, 2012a).

O contexto em que se descobriram gestantes influenciou na forma como cada entrevistada chegou para iniciar o acompanhamento pré-natal.

Quando descobri, fui ao hospital, aí eles disseram: você vai no posto para começa seu pré-natal. [...] me encaminharam para o posto (G4)

Foi um processo longo para descobri que estava grávida. [...] fiquei internada na emergência do hospital e ninguém descobria que eu estava grávida. [...] minha mãe me levou em uma clínica (particular). [...] quando descobri, no outro dia, fui ao posto (G6).

Fiz o exame em uma clínica particular. Fui ao posto e eles me pediram os exames (G8).

Descobri, fui ao posto marcar meu pré-natal (G9).

Descobri que estava grávida no hospital. Me encaminharam para o posto (G10).

Estava entregando panfleto, as meninas disseram para eu passar no posto para fazer o teste (G11).

Menstruação parou, disse para meu esposo e fui fazer o exame para ter certeza. Falei para minha Agente de Saúde. Ela pegou meus documentos para levar para o posto (G2).

As gestantes, independentemente do contexto em que descobriram a gestação, chegaram à UBASF para iniciar o pré-natal. As falas das gestantes evidenciaram a valorização da ABS como referência para o início do acompanhamento pré-natal. A ABS no Brasil é a principal porta de entrada dos usuários do SUS, além de ser considerada o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É realizada o mais próximo do cotidiano dos usuários, sendo desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2012a).

### 5.1.3 Saberes sobre o alto risco

A concepção moderna do termo “risco” envolve um repensar sobre como os indivíduos e a coletividade se relacionam com fatos que podem ocorrer no futuro. A noção de risco influencia no modo e nas formas como os indivíduos vivem, os repertórios culturais e de vida determinam como os perigos e as ameaças são percebidos (MACIEL; TELLES, 2000).

Alto risco quer dizer que você precisa de um acompanhamento mais detalhado, mais exames, mais atenção com tudo que a mulher sente (G1).

Acompanhamento todinho da gestação, saber como o bebê está. [...] um acompanhamento mais intenso (G3).

Para saber com o está minha gestação e do meu filho. [...] mais preocupante (G4).

Significa que vai ter que ter mais cuidado (G5).

Ao analisar os fragmentos acima, podemos observar associação entre ser de alto risco e a necessidade de algo mais, como se acompanhamento de alto risco necessitasse de algo que as outras gestantes não necessitam. A gestante G1 expôs o aspecto emocional, ser uma gestante de alto risco está ligado às questões dos sentimentos.

Pode morrer ou pode ir para o seu filho, pode ter um aborto ou ele nascer muito doente. [...] sabia que o meu bebê podia morrer na minha barriga (G1).

Para saber como está minha gestação e do meu filho, como se tivesse como perder ele (bebe) (G4).

Batalhar para a criança nascer normal e perfeitinha (G3).

Era uma dúvida se eu ia ficar com ele ou não. Corria o risco de perder a qualquer momento (G10).

É o que a gestante faz quando está cuidando do seu bebê. [...] para mim era a perda da minha nenê (G11).

Ao verificar as questões emocionais, podemos fazer referência a um sentimento de perda. Ser uma gestante de alto risco envolve um sentimento de perda do filho. Um segundo sentimento surgiu quando G3 mencionou a expressão

“batalhar”, um sentimento de luta, guerra, enfrentamento. As gestantes de alto risco se sentem guerreiras contra a perda do filho.

Debruçando um pouco mais sobre esse sentimento de perda, percebemos, em certos momentos, que este não surgia na gestante, mas emergia da relação da gestante com o sistema de saúde.

Foi bem clara, não teve meio termo não. Ela falou reto mesmo, se você não tiver amor a sua vida, você vai perder essa criança. [...] ele dizia: uma criança morre assim que nasce ou morre dentro da mãe (G3).

Ela falava que eu ia perder o bebê porque eu sangrava muito, era de risco. [...] ela disse que não tinha nem perigo dessa criança nascer normal (G6).

A morbimortalidade materna está diretamente relacionada à vulnerabilidade social das mulheres em situações de risco. No período pré-natal, as mulheres estão mais propensas às fragilidades emocionais. A retirada do protagonismo, nesse momento, torna-as frágeis e submissas às situações que as descaracterizam e violentam.

Falou que ia esperar, se eu sei que é uma coisa de risco, não vai ter condições de nascer normal. Não vou arriscar, nem minha vida e nem do meu filho. Meu parto não foi no hospital de Maracanaú, foi no particular (G8).

O saber das gestantes sobre alto risco pode modificar o caminhar delas na rede, G8 migrou para rede particular. A comunicação profissional-gestante deve ser pautada em aspectos éticos-políticos, a fim de construir confiança e solidariedade na relação. O profissional de saúde deve ponderar as diferentes percepções de risco. O saber que a gestante adquiri influencia no seu caminhar na rede de saúde do município.

#### **5.1.4 Pré-natal de alto risco**

No acompanhamento, realizado na ABS, deve-se sempre realizar avaliação com classificação de risco em todas as consultas e atuar de forma a impedir resultado desfavorável. Como revelaram os fragmentos, podemos comprovar que essa classificação também ocorreu, devido à forma como se descobriu a gestação, na Atenção Especializada.

Me encaminharam para o posto. [...] vim com autorização dizendo que já era de alto risco (G4).

As gestantes referenciadas pelas equipes da ABS, para serem acompanhadas pela AE, devem ser orientadas a não perderem o vínculo com as equipes que referenciaram, estas informarão acerca da evolução da gravidez e dos cuidados às gestantes (BRASIL, 2012b). Nos recortes abaixo, constatamos gestantes que classificaram ou a UBASF ou o HDJEH como local melhor para serem acompanhadas.

Meu pré-natal no posto foi muito bom, não tenho o que reclamar do posto. [...] no hospital tem algumas divergências (G1).

Gostei mais do posto, a doutora conversava mais. Ela me ajudava mais. (G10).

As consultas do posto acho melhor do que a do hospital. A do posto ela deita a gente, ela examina, ela examina a barriga, ela vê o peso, ela vê como é que está (G3).

No hospital é melhor que no posto, conversava, perguntava, tirava as dúvidas (G9).

A qualidade dos atendimentos durante a consulta de pré-natal foi o fator determinante para preferência por determinado serviço. Ao analisar a fala de G1, ao mencionar “divergências”, ela deixa escapar que algo no acompanhamento pré-natal do HDJEH não foi, na visão dela, como deveria ser. Em alguns fragmentos, constatamos que ela encontrou dificuldades para que sua demanda fosse atendida pela AE e é na ABS que ela foi buscar tal resolutividade.

Eu tive que procurar o posto, minha enfermeira passava o medicamento e ficava boa. [...] a médica não queria passar medicamento, queria que eu esperasse até o final da gestação com uma inflamação. [...] quando faltou atenção da obstetra lá no hospital, eu procurei ajuda no posto, foram eles que me ajudaram (G1).

O PHPN, do MS, tem como um dos objetivos a melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, além de garantir o acesso e a cobertura (BRASIL, 2002).

A ABS, na visão de G1, serviu como apoio, um local onde poderia recorrer quando faltasse assistência na AE. Na fala desta, a AE não respondeu as suas demandas. Em outros fragmentos, podemos constatar que o atendimento por parte de alguns profissionais foi na contramão do preconizado pelo PHPN.

Os médicos não sabem tratar a gente. [...] tratavam a gente de uma “forma”. [...] chegavam assim está aí, rebolava o leite sem eu saber como dar (G1).

No hospital não, apesar da doutora ser uma das melhores, muito boa, mas no início só olhava. Olhava o papel para marcar o retorno (G3).

Praticamente, a menina só olhou na minha cara. Disseram: no hospital já passaram o remédio, então pronto (G4).

A PHPN preconiza que a humanização requer atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde, a fim de romper com o tradicional isolamento institucional sofrido pelas mulheres (BRASIL, 2002). Recortes das falas demonstraram valorização e, em alguns momentos, ligação com figuras religiosas, quando as entrevistadas se defrontavam com um atendimento que consideravam de qualidade.

Ela foi um anjo de pessoa, ela era um anjo no lugar de uma pessoa ali (G1).

No hospital, eram totalmente preocupados com minha situação. Tinha aquela preocupação (G4).

A integração entre ABS e AE é essencial no cuidado à saúde no pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012b). O acompanhamento pela ABS, na gestação de alto risco, tem como finalidade ofertar acolhimento e apoio. As equipes da ESF, por estarem mais próxima do domicílio das gestantes, podem identificar e ativar a rede de suporte familiar, além de proporcionar atividades educativas e reforçar a adesão ao tratamento e a frequência nas consultas especializadas.

As consultas nos dois locais eram parecidas. [...] não vi muita diferença não (G5).

Para mim não tinha diferença das consultas do posto para do hospital (G7).

[...] o hospital é igual ao do posto (G11).

As gestantes, em alguns momentos, não conseguiam visualizar a diferença de finalidades nos dois acompanhamentos. O intuito do acompanhamento de pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação, diminuindo os riscos aos quais estão expostos a gestante e o feto.

A preferência, por realizar o acompanhamento em determinado local, em certo momento, começa a influenciar nas escolhas sobre onde realizar o pré-natal. No fragmento seguinte, as gestantes declararam que não se fazia necessário o acompanhamento em dois pontos distintos da rede.

No posto, praticamente eu vinha por vir, só porque eu tinha que vir. Eu nunca faltei, mas eu não achava necessidade (G4).

[...] fui acompanhada só pelo hospital, era para ser também pelo posto, mas não fui (G8).

A gestante G8, em sua fala, preferiu não frequentar as consultas de pré-natal. O que levou a esse não frequentar? Qual a importância que ela atribuía ao acompanhamento pré-natal? No recorte abaixo, ela evidenciou o motivo do não frequentar.

A consulta no posto era mais de manhã e dia de feira, não podia sair do meu serviço para poder ir. [...] como já estava sendo acompanhada pelo hospital (G8).

Na visão de G8, o acompanhamento pela UBASF não se fazia necessário, pois já estava sendo acompanhada pelo HDJEH. Existia desvalorização, por parte da gestante, de um dos pontos de acompanhamento em relação ao outro. O sistema de saúde não conseguiu repassar a importância do atendimento em rede.

Sempre que a doutora do hospital dizia uma coisa batia com o que a doutora do posto dizia. [...] parece que elas se comunicavam, mas não se conheciam (G2).

[...] cada médica tinha uma opinião diferente e isso não foi muito legal. [...] achei ótimo ter o acompanhamento em dois lugares, mas não foi bom ter vários médicos (G6).

A gestante percebeu como a rede estava fluindo, observando a fala da gestante G2, a palavra “batia” é utilizada para um serviço reafirmar o outro. Essa segunda opinião transmite sensação de segurança sobre o acompanhamento. Um serviço de saúde corrobora com o outro. Na fala da G6, observamos o oposto, as médicas possuíam opiniões divergentes, logo o acompanhamento “não foi muito legal”. Em um recorte de fala, observamos a falta de comunicação existente no serviço de saúde.

Vou passar um exame para você fazer no hospital, mas você já sabe, eles nunca autorizam. [...] nunca fazia, a médica estava até chateada. [...] a médica do hospital não aceitava eu fazer (G2).

Essa carência de integração dos profissionais e, conseqüentemente, dos serviços, era evidente para a gestante. O “não foi muito legal” corresponde, em uma visão mais ampla, à falta de integração entre a ABS e a AE.

### 5.1.5 Intercorrências: fazendo escolhas

As redes de saúde devem promover a integralidade do cuidado, os diversos pontos devem atuar de forma articulada, a fim de contribuir para resolução das demandas apresentadas pela população. A estruturação de uma rede de atenção obstétrica deve abranger todos os níveis de complexidade, implicando disponibilidade, inclusive, de um serviço especializado para atendimento das emergências obstétricas (BRASIL, 2012a).

Comecei a sangrar. Tive ameaça de aborto. Mas, no dia que cheguei com ameaça de aborto, veio outro médico me atender. [...] precisei da emergência outras vezes, sentia muita dor de cabeça (G9).

O acolhimento, em serviços de emergência/urgência obstétrica, possui peculiaridades próprias do período gravídico. A desinformação e os mitos que circundam esse período são alguns dos motivos que levam as gestantes a procurarem as emergências das maternidades. Porém, queixas comuns podem esconder estados clínicos urgentes, o acolhimento com escuta qualificada é decisivo para o reconhecimento e a priorização dos casos graves (BRASIL, 2014b).

Descobri que estava grávida no Hospital. Estava passando muito mal. Constataram que eu estava grávida. Me encaminharam para o posto. Fui direto no posto para começar o acompanhamento. Já estava de seis semanas. [...] eu só vivia lá na emergência tomando remédio para dor (G10).

Segundo protocolo do município, “os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como a conduta necessária para cada caso” (ANEXO 1).

Podemos observar que o serviço de emergência também é um dos pontos da rede onde ocorre a descoberta da gravidez, a articulação entre os serviços de saúde é essencial para o direcionamento dos usuários.

Ofereciam o exame, mas devido à demora para receber, eu fazia particular (G2).

Os outros exames tudinho tinha, mas ultrassom não (G3).

Tinha alguns exames, todos os meus ultrassons foram na clínica particular (G7).

Sim, todos fiz pelo hospital. Eu precisei pagar uma de urgência (G10).

A Portaria 1.459, que institui a Rede Cegonha, determina que dentre as ações de atenção à saúde no componente pré-natal está a realização dos exames e o acesso aos resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011). A Portaria 1.020, que institui as diretrizes para organização da Atenção à Gestação de Alto Risco, preconiza que os estabelecimentos que realizam pré-natal de alto risco deverão garantir a realização dos exames complementares (BRASIL, 2013).

O exame de ultrassonografia surgiu na década de 1950, nos EUA, mas foi somente na década de 1970 que ele modificou o perfil da medicina fetal (SANTOS; DO AMARAL, 2012). O exame tem contribuído para melhor identificar alterações na gravidez, pode ser utilizado para identificar gestações múltiplas e malformações fetais, além de melhor estimar a idade gestacional (NORONHA NETO, 2009).

O caminho para realização dos exames, durante o pré-natal, não se concentrou somente no serviço público, fator que influenciou a ida das entrevistadas para o serviço privado foi o tempo. A não disponibilidade dos exames a tempo suficiente para levar na consulta seguinte provocou a migração das gestantes para o serviço privado.

As entrevistadas, durante o período gestacional, tiveram que optar por onde seguir em alguns momentos, tanto a escolha por procurar a emergência obstétrica como onde realizar alguns dos exames, particularizaram o caminhar delas na rede.

### **5.1.6 Parto**

O atendimento integral à gestante perpassa pelo período do pré-natal. A Lei 11.634, de 2007, determina que toda gestante acompanhada pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizada seu parto (BRASIL, 2007). A vinculação às equipes de referência da ABS é uma das diretrizes, do Plano de Qualificação das Maternidades do Ministério da Saúde (PQM), para garantir o direito ao local do parto (BRASIL, 2014b).

Teve um dia no posto que marcaram para visitar o hospital. Eu fui. Queria conhecer. Em relação à maternidade não conhecia nada por dentro. Foi na visita que eu tirei minhas dúvidas (G2).

A entrevistada G2 relatou a participação em uma visita guiada ao HDJEH, mesmo sendo acompanhada pelo pré-natal de alto risco que se localizava no mesmo hospital, foi o acompanhamento pela ABS que possibilitou conhecer o local de parto. Observamos na fala acima uma das faces da importância do atendimento em rede no pré-natal de alto risco.

Porém, nem todas as entrevistadas tiveram o parto no HDJEH, algumas gestantes migraram para o serviço privado.

Perguntei para a médica se podia fazer minha ligação. [...] cada caso é um caso, mas se tivesse feito a ligação era melhor (G2).

Último parto foi em hospital particular, porque ia fazer minha ligação (G3).

Eu falei para os médicos que queria ligar. [...] meu parto foi em hospital particular porque queria ligar. O Hospital de Maracanaú só liga com três filhos e mais de 30 anos (G5).

la fazer a ligação, mas não deu certo. Não deu certo porque era burocracia demais nos postos (G9).

A busca pela esterilidade foi um dos fatores que influenciaram essa migração. O planejamento familiar tem como uma de suas finalidades diminuir o número de gestações não desejadas, de abortamentos provocados, possibilitar planejamento em mulheres com doenças crônicas, além de diminuir o número de cesáreas para fazer a ligadura tubária (BRASIL, 2012a). A lei que regulamenta o planejamento familiar também veta a esterilização nos períodos de parto, excetuando-se nos casos de comprovada necessidade (BRASIL, 1996).

A minha mãe que me arrastou para o hospital particular. Ela é muito amiga do médico. São amigos de infância (G11).

Tinha uma pessoa conhecida. Cunhada do meu marido (G8).

Minha cunhada trabalha na farmácia, ela facilitou a entrada para mim (G5). Entrei em contato com o médico que é casado com minha prima, marquei uma consulta e ele marcou o dia do parto (G3).

O período gestacional é marcado por fragilidades emocionais, a proibição da esterilização nesses períodos é uma estratégia para que as mulheres possam melhor refletir sobre suas decisões. A ligadura tubária é um procedimento considerado irreversível, os profissionais de saúde devem contribuir esclarecendo e aconselhando sobre os riscos e as consequências (OMS, 2007). Novas estratégias devem ser pensadas para melhor atuar nessa questão, o serviço privado está desequilibrando na hora da decisão sobre a esterilização feminina, influenciando inclusive no número de cesáreas.

O bebê no momento está sendo acompanhado pelo hospital (G6).

Estou sendo acompanhada pelo posto, eu queria ser acompanhada mesmo pelo hospital, a mulher disse que não podia (G9).

Estou indo mais para o hospital, a doutora acompanha melhor (G10).

Comecei agora dia 10 a consulta no particular. [...] no posto só 28 de abril. [...] A única coisa que venho fazer no posto é aplicar vacina na minha filha porque o trabalho do meu marido pede o cartão da vacina. Eles pagam o abono e querem saber como está (G4).

O período puerperal, assim como na gravidez, requer alguns cuidados especiais, problemas ainda relacionados ao período gestacional podem surgir. As equipes de referência da ABS devem ser comunicadas sobre a alta para programarem o acompanhamento (BRASIL, 2012a). A gestante G9 possuía opinião formada sobre o local onde queria ser acompanhada, o acompanhamento pré-natal de alto risco pode contribuir para que as gestantes tenham o discernimento sobre o melhor local para serem acompanhadas. A migração de G4 para o serviço privado pode ter sido influenciada por tal fato.

## 5.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

No cenário internacional, a primeira teoria sobre comunicação que se impôs foi a teoria hipodérmica, também conhecida como “bala mágica”. Resultante de reflexões sobre a comunicação na Primeira Guerra Mundial, acreditava que determinados estímulos poderiam moldar o comportamento humano. As pessoas, segundo essa teoria, eram consideradas alvos inertes e indefesos (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Com o início da Guerra Fria, após a segunda grande guerra mundial, os EUA lançaram o plano de desenvolvimento para a América Latina, Índia e África. A comunicação tinha como matriz o modelo informacional, o emissor, detentor do saber, transfere a mensagem para o receptor. Os governos militares valorizavam esse modelo autoritário e centralizador, as instituições de saúde reproduziram largamente esse modelo pelo país (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Movimentos contra o pensamento hegemônico começaram a emergir na década de 1960, severas críticas condenavam o modelo de comunicação baseado em interesses alheios que não valorizavam e nem respeitavam a história e os contextos locais, impedindo a politização da população. A comunicação dialógica de Paulo Freire foi um dos movimentos em que equiparava os polos da relação comunicativa, ambos detentores de saber e conhecimento (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Com a regulamentação do SUS, em 1988, novos arranjos na relação entre trabalhador e população passaram a fazer parte da atenção à saúde, destacando-se a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação comunitária na organização e gestão dos serviços (BRASIL, 1997).

A comunicação, entendida como prática social, intermedia os encontros entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema, a interação humana ocorre tanto através de aspectos verbais como não verbais (FERMINO; CARVALHO, 2007). A troca comunicativa é essencial para o relacionamento interpessoal terapêutico, influenciando na formação de vínculos de confiança entre profissionais e usuários e permitindo assistência eficaz e efetiva (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Fui super bem cuidada. Atenção redobrada com meu filho. Tirava minhas dúvidas. O pediatra me recebeu muito bem. As enfermeiras tratavam muito bem. A enfermeira, essa enfermeira que era um anjo de pessoa que veio me explicar (G1).

As consultas eram bem demoradas, isso é bom. Ela avaliava como estava o bebê, escutava o coração do bebê. Conversava bastante. Isso era muito bom. Ponto positivo. Ela sabe orientar bem direitinho (G10).

Tudo que a médica me dava de remédio, ela me dizia para que servia. O que era o motivo, o que estava acontecendo. Tive que ser sondada, porque não abaixava e ela me explicou. Ela me explicou tudo que acontecia na hora. Ela explicou para mim. Como a médica era nova, ela perguntou: você está com medo porque sou nova? Eu disse que estou. Ela disse que ia chama outra pessoa, mas eu disse que podia ser ela (G4).

Os profissionais de saúde devem sempre informar as gestantes sobre o andamento de sua gestação e fornecer orientações sobre o comportamento e as atitudes que elas podem realizar. No seguimento às gestantes de alto risco, as equipes devem considerar: avaliação clínica, avaliação obstétrica, aspectos emocionais e psicossociais, parto e repercussões mútuas entre as condições da gestante e a gravidez (BRASIL, 2012b).

As entrevistadas utilizaram termos como “super bem cuidada” e “ponto positivo” para caracterizar os momentos de interação com o sistema de saúde, nos recortes ficou evidente satisfação das entrevistadas em relação à forma como ocorreu a comunicação. No recorte de G4, evidenciamos provável empoderamento, a entrevistada teve a opção de modificar o profissional que iria acompanhá-la, porém preferiu ao profissional atual. Termos como “dizia para que servia” e “explicou tudo que acontecia na hora” esclareceram alguns dos motivos que influenciaram a não troca da profissional.

Porém, recortes também evidenciaram que nem sempre a comunicação ocorria de forma harmoniosa e que suprisse as demandas das entrevistadas.

Eu sem entender o que meu filho tinha, se era grave, se não era. Não explicou nada, você vai ficar internada e seu filho está doente e tem que tomar injeção por sete dias. Eu desesperei, comecei a chorar desesperadamente (G1).

No hospital não, apesar da doutora ser uma das melhores, muito boa, mas no início só olhava. Olhava o papel para marcar o retorno (G3).

Ela disse que não acreditava que essa criança ia nascer normal, por causa da minha gravidez ter sido tão conturbada. Eu acho que ela não deveria ter dito isso. Eu acho que ela deveria ter me confortado. Ela não fez isso. Foi uma coisa que me marcou muito. Acho que ela não deveria ter agido daquela forma (G6).

O recorte de G1 evidenciou como uma comunicação deficiente pode afetar a saúde emocional, podemos identificar nesse recorte aspectos ligados aos modelos iniciais da comunicação, o emissor transfere a mensagem para o receptor ignorando fatores, como o contexto e a interpretação. G3 nos revelou uma comunicação não verbal, o silêncio durante as consultas, na visão das gestantes, transmite sensação de indiferença. A comunicação, no recorte de G6, foi criticada pela entrevistada, a não sensibilidade remeteu a características de desumanidade. Os profissionais de saúde devem proporcionar acompanhado humanizado, viabilizando a formação de vínculos,

o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, objetiva:

Assegurar melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério as gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002, p.5).

A interpretação que as entrevistadas possuíam sobre determinadas práticas poderiam influenciar em suas decisões, no recorte seguinte a entrevistada tomou a decisão de não seguir as recomendações do profissional.

Ela tem um livro “desse tamanho”, ela foi olhar no livro para quer o remédio serve. Perdeu toda a credibilidade. Eu não tomei, eu não tomava os remédios dela (G4).

Algo que pode passar despercebido pelo profissional influenciou no julgamento da capacidade pela entrevistada. O profissional, na visão de G4, não possuía o saber necessário para suprir suas necessidades. A informação foi algo buscado durante o período gestacional, tanto durante as consultas de pré-natal como em grupos de gestantes.

Minhas dúvidas procuravam com a doutora ou na quarta-feira na reunião com as gestantes com enfermeira. Lá falavam os mitos e as verdades a gestação. Falavam o que eram mito, o que podia e não podia (G3).

Porém, a interação com o sistema nem sempre supriu as necessidades de informações. Deficiências na comunicação motivaram algumas entrevistadas a recorrerem a outras fontes para obterem respostas as suas necessidades.

Ela olhou para mim e disse: vamos entregar a Deus porque se o primeiro se criou com leite artificial, o segundo também se cria. [...] a gente tenta confiar no profissional, mas às vezes a gente tem que buscar informação por outros meios (G1).

G1 evidenciou a busca de informações fora da relação com os profissionais de saúde, procura ocasionada por falhas na comunicação. A postura dos profissionais influencia na visão do paciente em relação ao acompanhamento, a não segurança no profissional interfere na decisão de seguir ou não determinados tratamentos.

Quando procurava alguma orientação ou alguma coisa sobre qualquer coisa que eu sentia assim era na internet. Eu tinha dúvida, se sentia uma dor, ia na internet (G1).

Durante toda a gravidez, todo dia lia, todo dia era uma novidade que lançava (G4).

Negócio de dúvida na internet era direto. Dúvida com relação ao parto, à gestação, alimentação. Era tudo na internet (G8).

A busca por informações sobre saúde na *internet* vem crescendo no Brasil, o país já ocupa o quinto lugar entre os que mais realizam este tipo de pesquisa (OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013). A *internet* tornou-se importante ferramenta de informação, porém é alarmante o número de portais com informações falsas e prejudiciais à saúde. Estudos apontam que a *internet* pode influenciar na relação médico-paciente (COELHO; COELHO; CARDOSO, 2013), sendo a principal fonte alternativa de informação utilizada por gestantes, influenciando ações e caminhos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos nosso caminhar com intuito de desvendar as trajetórias percorridas e os motivos que levaram as gestantes a segui-lo. Porém, não podemos deixar de salientar o quão importante foi o PET para idealização deste estudo, a vivência como preceptor fez brotar a semente que deu sustentação a esta pesquisa.

O estudo do itinerário terapêutico abrangeu nossa sede de saber, seu estudo não se limita apenas descrever o caminhar, envolve compreender o processo de escolha e o significado das ações para gestantes de alto risco. Associado a uma metodologia qualitativa, proporcionou perfeita junção que revelou um universo ainda não explorado no município, a análise do discurso de gestantes não se restringiu aos aspectos internos da linguagem.

Durante nossa caminhada, emergiram duas categorias: itinerário terapêutico e comunicação em saúde.

A caracterização revelou o perfil sociodemográfico e gestacional, observamos a prevalência de mulheres com idades mais avançadas e que nem sempre pertenciam a uniões familiares consolidadas pelo casamento, esses dados condizem com mudanças que vem ocorrendo em nossa sociedade. A renda familiar não ultrapassou dois salários, porém todas possuíam no mínimo nove anos estudo, esse nível de escolaridade influenciou na nossa taxa de fertilidade.

O período gestacional já havia sido vivenciado por parte das gestantes, nem sempre com desfecho favorável. O número de cesáreas predominou e seguiu a tendência nacional.

As doenças crônicas foram o principal motivo para classificarem as gestantes como de risco, porém fatores como desnutrição, idade, infecções e utilização de medicamentos também motivaram a classificação. O fator idade se destacou, pois, no documento de classificação de risco do município, a idade avançada não constava como fator que poderia indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco. Outro fenômeno observado foi o número elevado de mulheres que foram acompanhadas por um número reduzido de meses na AE, como ocorre essa classificação na ABS e como a AE percebia esses encaminhamentos, aprofundaria o conhecimento sobre a rede de saúde.

Não constatamos no discurso das gestantes planejamento da gestação, implicando, em certos casos, negação da gravidez, esse não planejar influenciou no local onde as mulheres se descobriram grávidas. O local onde ocorre a classificação, como gestante de alto risco, também foi influenciado pelo local onde se descobre gestante. O sistema demonstrou, em certos momentos, integração, adaptando-se às várias formas de descoberta da gravidez, o encaminhamento para a AB fez com que o pré-natal iniciasse.

Durante o caminhar, como gestantes, a interação com o sistema contribuiu para formar a noção de ser de alto risco, a fala das gestantes refletiu o falar dos profissionais. Sentimento de perda envolvia a noção de alto risco, o risco de perda do filho acompanhou as mulheres durante esse caminhar.

As consultas de pré-natal influenciaram a visão que as entrevistadas possuíam sobre o melhor local para serem acompanhadas. A não integração, em certos momentos, da rede de saúde do município foi constatada nas falas das gestantes, influenciando na confiança e nas escolhas.

A falta de distinção clara das finalidades do acompanhamento nos diversos pontos da rede foi aspecto que determinou a escolha do melhor local onde foram acompanhadas, interferindo na adesão ou não a procedimentos e tratamentos. As intercorrências durante o caminhar levaram as gestantes às emergências e a procurarem os serviços particulares para satisfazerem suas demandas.

Experiências, como a visita guiada, demonstrou ser ferramenta valiosa para proporcionar visão das gestantes acerca do local de parto. A identificação que a busca pela esterilidade vem direcionando o caminhar das gestantes para o serviço particular é preocupante, a escolha pela esterilidade em um momento de fragilidade pode trazer arrependimentos que não podem ser sanados. A busca pela esterilidade também vem contribuindo para elevar o número de cesáreas.

A comunicação emergiu durante todo o caminhar, demonstrou ser fundamental para influenciar as gestantes. Quando bem realizada, favoreceu a formação e o fortalecimento de vínculos, porém quando utilizada de forma ineficiente proporcionou insegurança e desconfiança, fontes alternativas foram utilizadas para suprirem as necessidades de informações.

O estudo do itinerário terapêutico demonstrou grande capacidade para orientar o processo de trabalho nas redes de saúde. O contexto local do funcionamento das redes deve ser valorizado, a subjetividade que influencia o caminhar das gestantes de alto risco deve ser considerada na organização das redes.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152 p.
- BLAXTER, M.; PATERSON, E. **Mothers and daughters: a three-generational study of health, attitudes and behaviour**. London: Heinemann Educational Books, 1982. 211 p.
- BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 3 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1996. (Lex: Coleção de Leis do Brasil, v. 8, p. 4867).
- \_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. **Microrregiões de saúde: uma opção do Ceará**. Fortaleza: SESA, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 43).
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundo de População das Nações Unidas. **Indicadores sociodemográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030**. Rio de Janeiro: Editora Arbeit, 2006b. 129 p.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispões sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Seção 1, p. 2.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Seção 1, p. 88.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Seção 1, p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1020 de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 72.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Maracanaú. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Maracanaú: PMP, 2014a. 254 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 465 p. (Caderno HumanizaSUS, v. 4).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção   saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CALLOU, R. S. B. L.; CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014.

CHILE. Ministerio de la Salud. Subsecretaria de redes asistenciales. **Redes asistenciales**. Santiago: MS, 2005.

COELHO, E. Q.; COELHO, A. Q.; CARDOSO, J. E. D. Informa es médicas na internet afetam a rela o médico-paciente? **Rev. bio t.**, v. 21, n. 1, p. 142-149, 2013.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/arquivos-para-download>>. Acesso em: 24 out. 2016.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: rela es entre risco e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 447-455, 2004.

\_\_\_\_\_. Risco epidemiológico e vigilância sanitária. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO APARENTE DA ANVISA, 2001, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANVISA, 2001. p. 6-8.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>. Acesso em: 24 out. 2016a.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2007.

GONDIM, G. M. M. Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O Território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. cap. 3. (Coleção educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde).

HOROWITZ, A. Social networks and pathways to psychiatric treatment. **Social Forces**, v. 56, n. 1, p. 86-105, 1977.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>>. Acesso em: 24 out. 2016.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

LEAL, M. C. *et al.* Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008**. Brasília: OPAS, 2009. p. 383-415.

LIEBER, R. R.; ROMANO-LIEBER, N. S. Acidentes e catástrofes: causa ou fatores de risco?. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XXI., 2001, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEPRO, 2001.

LIEBER, R. R.; ROMANO-LIEBER, N. S. Risco, incerteza e as possibilidades de ação na saúde ambiental. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 2, p. 121-34, 2003.

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 917-928, 2014.

MACIEL, E. M. G. S.; TELLES, F. S. P. Ensaio sobre a relação epistemológica entre probabilidade e método científico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 487-497, 2000.

MECHANIC, D.; VOLKART, E. H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociological Review**, v. 26, p. 51-58, 1961.

MENDES, E. V. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC; 1998. p. 57-86.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2009. 108 p.

MUSSALIM, F. Análise do discurso. In: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. **Introdução à linguística**: domínios e fronteiras. 8 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2012. cap. 4.

OLIVEIRA, F.; GOLONI-BERTOLLO, E. M.; PAVARINO, E. C. A Internet como fonte de Informação em Saúde. **J. Health Inform.**, v. 5, n. 3, p. 98-102, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estabelecendo um diálogo sobre riscos de campos eletromagnéticos**. Genebra: OMS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Planejamento familiar**: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Genebra: OMS, 2007.

PARSONS, T. **The social system**. 2. ed. London: Routledge, 2005. 404 p.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p.

SHORTELL, S. M. *et al.* Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. **Journal of Healthcare Management**, v. 38, n. 4, p. 447, 1993.

SILVA, S. F. Requisitos básicos de implantação de redes de atenção à saúde. In: \_\_\_\_\_. **Redes de atenção à saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas: Editora Saberes, 2013. cap. 4.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

STEFANELLI, M. C; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012. 228 p.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, F.; FÉRES-CARNEIRO, T. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**, v. 45, n. 1, p. 111-121, 2013.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012. 137 p.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. A análise do discurso: uma revisão teórica. **REME rev. min. enferm**, v. 7, n. 1, p. 56-60, 2003.

YOUNG, A. The creation of medical knowledge: some problems in interpretation. **Social Science and Medicine**, v. 15, p. 379-386, 1981.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de consentimento pós-esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra \_\_\_\_\_, portadora da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores e foi informada que o projeto intitulado “ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Maracanaú-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

O farmacêutico Walber Mendes Linard está realizando a pesquisa intitulada **“ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO”**, que tem como objetivo analisar o itinerário terapêutico das gestantes de alto risco do município de Maracanaú. Por essa razão, a senhora está sendo convidada a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a perguntas relacionadas às questões sobre seu pré-natal e o itinerário, as quais serão feitas pelo entrevistador. O procedimento utilizado é a entrevista e poderá trazer algum desconforto do tipo inibição. O procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do mesmo; ao reforçar as orientações afirmando não haver uma resposta certa ou errada; e ao garantir a confidencialidade das respostas. O benefício esperado com o estudo é aperfeiçoar o acompanhamento às gestantes de alto risco do município. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso a senhora aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Walber Mendes Linard, no horário de 08:00 às 16:00 na Unidade de Atenção Básica à Saúde Parque Piratininga, localizada no endereço: Rua Belém s/n, bairro Piratininga, Maracanaú-CE, e/ou no telefone:(85) 33928264. E-mail: walberlinard@hotmail.com.br. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Estadual do Ceará - UECE, que funciona na Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail: cep@uece.br. Se a senhora estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

### Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecida pelo pesquisador compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar deste estudo.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados

**PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE**

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

4. Fone: \_\_\_\_\_

5. Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

6. Naturalidade: \_\_\_\_\_

7. Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio  
( ) Ensino Superior

8. Estado Civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) divorciada ( ) viúva

9. Renda Familiar:  
( ) menos de um salário mínimo  
( ) entre 1 a 2 salários mínimos  
( ) entre 2 a 3 salários mínimos  
( ) entre 3 a 4 salários mínimos  
( ) acima de 4 salários mínimos

10. Número de gestações: \_\_\_\_\_

11. Números de partos: \_\_\_\_\_

12. Tipos de parto: \_\_\_\_\_

13. Números de filhos: \_\_\_\_\_

14. Naturalidade dos filhos: \_\_\_\_\_

15. Município onde realizou o pré-natal: \_\_\_\_\_

16. Local onde realizou o pré-natal:  
( ) Unidade Básica de Saúde  
( ) Hospital  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

## **PARTE 2 – ENTREVISTA**

1. O que é pré-natal para você?
2. Fale como foi seu pré-natal.
3. Fale sobre os caminhos que percorreu desde que soube estava grávida até agora.
4. Tem algo mais que queira falar?

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Classificação de Risco Gestacional



**Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú**

### Classificação de Risco Gestacional

Com objetivo de reduzir a morbidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifique os fatores de risco gestacional o mais precoce possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento.

O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.

Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja diária, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes sendo necessário procedimentos com maior densidade tecnológica.

A gravidez de baixo risco só poderá ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e puerpério.

A atenção básica deve ser compreendida como porta de entrada da rede de atenção a saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro.

A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referenciação da gestante para acompanhamento de pré-natal de alto risco. Situações que envolvem fatores clínicos relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandam intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciados, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um setor diferente do serviço de saúde.

A seguir são representados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou a emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento do paciente.

## Fatores de Risco que Podem Indicar Encaminhamento ao Pré-natal de Alto Risco

O pré-natal de alto risco abrange cerca 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências de óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser indispensável às grávidas com maiores riscos, afim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A).

### • Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA.140/90mmHG antes de 20 semanas de idade gestacional -IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão, grave, etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (má-formação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadora de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTS (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

### • Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for por causa desconhecida;
- História previa de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome hellp, eclampsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;

### • Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Isoimunização Rh;

OBS: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão.

Nestas situações, não se deve encaminhar o caso como medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclampsia/eclampsia, deve-se encaminhar a paciente a emergência obstétrica

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso?
- portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciárias(USG com malformação fetal)e outras DSTS(condiloma);
- Infecções como rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidências laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso(nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional)
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais(nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

#### Fatores de Risco que Indicam Encaminhamento a Urgência/Emergência Obstétrica

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para o acompanhamento pela atenção básica.

##### • São fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas(incluindo deslocamento prematuro de placenta, placenta previa),independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclampsia: pressão arterial  $> 140/90$ , medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada a proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;

**OBS:** Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação C)

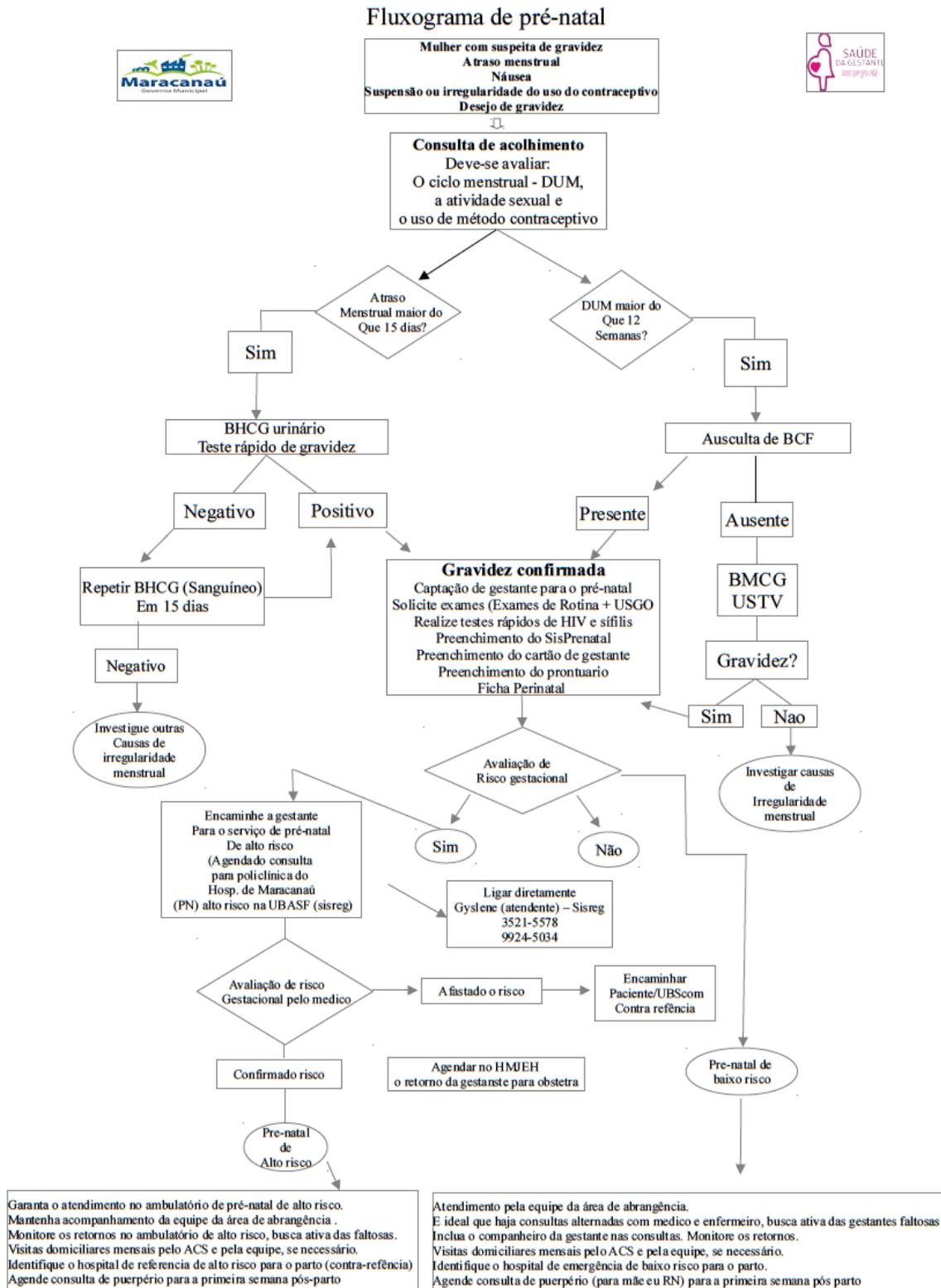
- Sinais premonitórios de eclampsia em gestantes hipertensas; escotomas, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa do hipocôndrio direito;
- Eclampsia (crises conclusivas em pacientes com pré-eclampsia);
- Crise hipertensiva (PA  $> 160/110$ );
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente),podendo ser observada mediante exame especular com manobra de valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Anemia grave (hemoglobina  $< 8$ );
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia(Tax  $\geq 37,8$  C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- Suspeita/diagnostico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnostico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;

- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas
  - Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
  - Restrição de crescimento intrauterino
  - Oligoidramnio
  - Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas as gestantes podem ser encaminhadas a emergência clínica.

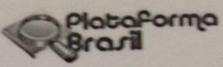
### **Fatores de Risco que Permitem a Realização do Pré-natal Pela Equipe de Atenção Básica**

- **Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:**
  - Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
  - Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
  - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em tratando de adolescente;
  - Situação conjugal insegura;
  - Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
  - Condições ambientais desfavoráveis;
  - Altura menor que 1,45m;
  - IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.
- **Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:**
  - Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
  - Macrosomia fetal;
  - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
  - Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco;
  - Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
  - Cirurgia uterina anterior;
  - Três ou mais cesarianas
- **Fatores relacionados à gravidez atual:**
  - Ganho ponderal inadequado;
  - Infecção urinária;
  - Anemia.

## ANEXO B – Fluxograma do Município para as Gestantes



## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

	<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> Itinerário Terapêutico das Gestantes de Alto Risco		
<b>Pesquisador:</b> Walber Mendes Linard		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 1		
<b>CAAE:</b> 51620815.1.0000.5534		
<b>Instituição Proponente:</b> Centro de Ciências da Saúde		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 1.430.320		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
<p>O presente estudo tem como objetivo analisar o itinerário terapêutico das gestantes de alto risco de uma Área de Vigilância à Saúde (AVISA) do município de Maracanaú-Ceará. A compreensão das trajetórias terapêuticas é essencial para orientar o processo de cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa serão as gestantes de alto risco da referida AVISA. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e analisadas pela perspectiva da análise de discurso.</p>		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
<b>Geral:</b>		
Analisar o itinerário terapêutico das gestantes de alto risco do município de Maracanaú.		
<b>Específicos:</b>		
*Compreender a concepção das gestantes de alto risco sobre acompanhamento pré-natal. *Identificar o itinerário terapêutico das gestantes de alto risco e outras possibilidades terapêuticas utilizadas pelas gestantes.		
*Comparar o fluxograma do município para o atendimento às gestantes de alto risco com o itinerário terapêutico identificado.		
<b>Endereço:</b> Av. Silas Munguba, 1700		
<b>Bairro:</b> Itaperi		
<b>CEP:</b> 60.714-903		
<b>UF:</b> CE		
<b>Município:</b> FORTALEZA		
<b>Telefone:</b> (85)3101-9890		
<b>Fax:</b> (85)3101-9906		
<b>E-mail:</b> anavaleska@usp.br		



Continuação do Parecer: 1.430.320

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador descreve bem os riscos e benefícios.

**Riscos:**

O procedimento utilizado é a entrevista e poderá trazer algum desconforto do tipo inibição. O procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do mesmo; ao reforçar as orientações afirmando não haver uma resposta certa ou errada; e ao garantir a confidencialidade das respostas.

**Benefícios:**

Orientar o processo de trabalho, na rede de saúde do município, no acompanhamento das gestantes de alto risco.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo relevante para a área de Saúde Coletiva, uma vez que os resultados do estudo permitirão compreender o itinerário terapêutico das gestantes de alto risco de uma Área de Vigilância à Saúde (AVISA) de um município cearense, o que é essencial para orientar o processo de cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- TCLE:

1) adequado.

- Termo de Fiel Depositário:

1) Devidamente elaborado, carimbado e assinado.

- Folha de rosto:

1) Devidamente preenchida, carimbada e assinada.

- Carta de Anuência:

1) Devidamente elaborada, carimbada e assinada

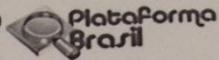
- Cronograma:

1) está adequado.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br

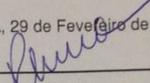


UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.430.320

FORTALEZA, 29 de Fevereiro de 2016

  
Assinado por:

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho  
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

CEP: 60.714-903

Bairro: Itaperi

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br

## ANEXO D – Termo de Anuência

### Termo de Anuência

Eu, Francisco Torcápio Vieira da Silva, Secretário de Saúde de Maracanáu autorizo a realização da pesquisa “Itinerário Terapêutico das Gestantes de Alto Risco” a ser realizada por Walber Mendes Linard, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Maracanáu, 24 de Novembro de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARACANÁU  
Secretaria Municipal de Saúde

Prof. Ms Fco. Torcápio Vieira da Silva  
Secretário Municipal de Saúde

Francisco Torcápio Vieira da Silva  
Secretário de Saúde de Maracanáu

## ANEXO E– Termo Fiel Depositário

### AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Francisco Torcápio Vieira da Silva, Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú, fiel depositário dos fluxogramas e protocolos das Gestantes de Alto Risco, declaro que o pesquisador Walber Mendes Linard está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa intitulado "Itinerário Terapêutico das Gestantes de Alto Risco". Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar os fluxogramas e protocolos das Gestantes de Alto Risco nos quesitos: percursos das gestantes, fluxos de referência e contra referência, pontos de apoio da rede, fluxos de informações, responsáveis por cada etapa do acompanhamento e a existência ou não de harmonia entre o fluxograma da atenção básica e da atenção especializada durante os meses de janeiro de 2015 a junho de 2016.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Maracanaú, 24 de novembro de 2015.

~~PREFEITURA MUNICIPAL DE MARACANAÚ~~  
~~Secretaria Municipal de Saúde~~

~~Prof. Ms. Francisco Torcápio Vieira da Silva~~  
~~Secretário Municipal de Saúde~~

Francisco Torcápio Vieira da Silva  
Secretário de Saúde de Maracanaú