

Luiz Carlos Fonseca de Mello¹

Mestre em Saúde Coletiva e
Docente na Universidade Regional
de Blumenau (FURB). E-mail:
luizcfmello@gmail.com

**Gessiane Keila
Ignatowicz Pasquali²**

Mestre em Saúde Coletiva/FURB,
E-mail:
gessiane-pasquali@hotmail.com.

**Cláudia Regina Lima
Duarte da Silva³**

Doutora em Enfermagem UFSC,
Brasil/ ESECP Portugal, Mestre
em Educação FURB
E-mail:
claudiaduarte1108@gmail.com

**Ana Flávia Mariano
Bailone Alvares Leite⁴**

Mestre em Saúde Coletiva -
FURB, Especialista em Auditoria
em Sistemas de Saúde.
E-mail:
analeite.enfermeira@yahoo.com.br

Deisi Maria Vargas⁵

Doutora em Pediatria
(Universidade Autônoma de
Barcelona), Mestre em
Endocrinologia e Nutrição
Pediátricas (Universidade
Autônoma de Barcelona),
Professora Titular de Pediatria e
do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da
Universidade Regional de
Blumenau (FURB),
E-mail: deisifurb@gmail.com

REDE CEGONHA: PERCEPÇÕES DE GESTANTES DE ALTO RISCO DA REGIÃO DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ

REDE CEGONHA NETWORK: PERCEPTIONS OF THE HIGH-RISK PREGNANT WOMEN IN THE REGION OF MÉDIO VALE DO ITAJAÍ

RESUMO

A Rede Cegonha (RC) tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, abortamento, parto, puerpério e acompanhamento das crianças até os 2 anos. Em Santa Catarina (SC) a adesão a RC ocorreu em 2012, e no Médio Vale do Itajaí em 2013. A finalidade do trabalho de pesquisa é analisar as percepções das gestantes de alto risco sobre o atendimento na Rede Cegonha. A metodologia utilizada de natureza qualitativa, descritiva e exploratória foi realizada com 20 gestantes de alto risco, em acompanhamento na RC, da Região do Médio Vale do Itajaí/SC. Procedimento metodológico adotado foi entrevista/análise de conteúdo, emergindo 2 categorias: o acesso ao serviço de saúde durante o pré-natal de alto risco e o cuidado dos profissionais de saúde à gestante de alto risco na RC. Percebeu-se que, apesar das usuárias terem acesso aos serviços especializados, com a quantidade de consultas e exames indicados, a demora em conseguir o atendimento, bem como a falta de materiais e medicações necessárias são pontos que precisam ser revistos. Quanto ao cuidado dos profissionais de saúde, as usuárias indicaram a preocupação da equipe em transmitir as informações e assim, tranquilizar as gestantes quanto aos procedimentos e desenvolvimento do bebê. Este estudo possibilitou a escuta de mulheres usuárias de um modelo de atenção que prioriza o acesso e o acolhimento de mulheres gestantes a partir de uma perspectiva de atenção integral.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez de alto risco. Rede Cegonha. Integralidade em saúde.

ABSTRACT

Rede Cegonha Network (RC) aims to reduce the maternal and neonatal mortality assuring the women the right of having a reproductive planning and humanized attention to her pregnancy, abortion, labor, puerperium and follow up the children up to two years old. In the state of Santa Catarina (SC), the adherence to the Stork Network occurred in 2012 and in Médio Vale do Itajaí in 2013. This current study has the objective of analyzing the high-risk pregnant women perceptions about the Stork Network attendance in Médio Vale do Itajaí. The methodology adopted was qualitative, descriptive and exploratory nature performed with 20 high-risk pregnant women who were followed up at RC in the region of Médio Vale do Itajaí/SC. Methodological procedure adopted was the interview/content analysis. Two categories emerged: a) the access in the health service during the high-risk prenatal; b) The health professional's care towards the high-risk pregnant women in the RC. It was noted that, even the users having the access to the specialized services with the quantity of appointments and exams indicated, the delay to have the attendance as well as the lack of materials and the necessary medication are points which need to be reviewed. Concerning the care spending by the health professionals, the users indicated the team was worried about transmitting the information and reassure the pregnant women referring the procedures and the baby development. This study allowed the health professionals and opportunity of listening the user pregnant women in a model of attention which prioritizes the access and the pregnant women intake from a perspective of integral health care.

Keywords: Pregnancy, High-risk. Rede Cegonha Network. Integrality in Health.

INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha (RC) foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011 por meio da Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de redução da mortalidade materna e neonatal. Através de uma rede de cuidados, a RC assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, abortamento, parto, puerpério e acompanhamento das crianças até os 2 anos para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

Essa estratégia do governo federal garante o encaminhamento e assistência às mulheres avaliadas com risco gestacional. A fim de assegurar a melhoria na qualidade da atenção à saúde de mulheres diagnosticadas nesta condição, o MS, em 2013, instituiu diretrizes para o atendimento da gestação de alto risco através da Portaria nº 1.020. Entende-se por gestação de alto risco aquela que, comparada com a média da população, tem maior risco para a vida ou a saúde da mãe, do feto ou do recém-nascido (BRASIL, 2013a; CALDEYRO-BARCIA et al., 1973). Tal classificação é realizada de acordo com marcadores e fatores de risco gestacional indicados pelo MS e que estão divididos em três grupos: mulheres com características individuais ou condições sociodemográficas desfavoráveis (idade superior a 35 anos ou inferior a 15, baixa escolaridade, dependência à drogas lícitas e ilícitas, entre outras); gestantes com história reprodutiva anterior e condições clínicas preexistentes (abortamento habitual, morte perinatal explicada e inexplicada, hipertensão arterial, diabetes, entre outras); e o grupo no qual certas condições, intercorrências clínicas ou

complicações podem surgir durante a gestação, transformando-a em gestação de risco (eclampsia e pré-eclâmpsia amniorrexe prematura, ganho ponderal inadequado, infecções) (BRASIL, 2012).

Em sua estrutura, a RC tem a Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação operacional da qual se coordenam os fluxos e os contra fluxos do sistema. Compete à Estratégia da Saúde da Família (ESF), enquanto Atenção Primária no projeto RC, a realização do pré-natal, a captação precoce da gestante e a qualificação da atenção, acolhendo as intercorrências na gestação e a classificação de risco. Os pontos de atenção secundária e terciária são os ambulatórios especializados e hospitalares. Na RC, estes recursos destinam-se ao acolhimento às intercorrências gestacionais e acesso ao pré-natal de risco. Nos hospitais de referência estão previstos suficiência de leitos destinados às gestantes de alto risco e seus recém-nascidos ou em regime de cuidados intermediários para estes últimos.

Cabe ressaltar que, ao preconizar a atenção integral à saúde da gestante e de sua família de acordo com os princípios do SUS, os profissionais que atuam na RC precisam ir além da garantia de acesso ao pré-natal de qualidade, pois integralidade do cuidado pressupõe sensibilidade às necessidades dos usuários e interação entre os diversos atores na oferta do cuidado em saúde nos mais diversos níveis de atenção (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Após a implantação da RC, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016), o Brasil alcançou em 2015 a menor taxa de mortalidade infantil (TMI), sendo 13,8 mortes por mil nascidos vivos (menores de um ano). No entanto, nas regiões Norte e Nordeste as taxas ainda seguem elevadas com 18,1 e 17,5 mortes por mil nascidos vivos respectivamente, enquanto que na região Sul do país a TMI foi de 9,2 mortes por mil nascidos vivos, ou seja, abaixo da média nacional.

Neste panorama, pode-se dizer que o Brasil atingiu o quarto Objetivo do Milênio (ODM) ao reduzir a mortalidade infantil até o ano de 2015, apesar da ocorrência de distribuição ainda não ser semelhante em todas as regiões do país. No entanto, o Brasil não atingiu o quinto ODM que seria reduzir a mortalidade materna em 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Apesar da redução de 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2010 para 57,6 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2015, percebe-se que o Brasil ainda encontra dificuldade em melhorar a saúde da gestante (OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

Na luta contra a mortalidade materna-infantil, o estado de Santa Catarina (SC) também fez a adesão a RC em 2012 e, após construção de matriz diagnóstica, priorizou a implantação inicial nas regiões da grande Florianópolis, Planalto Norte e Nordeste. No que tange os municípios do Médio Vale do Itajaí, em junho de 2013, foi apresentado o plano de ação com a instituição da RC segundo as diretrizes da política nacional no ano seguinte (BRASIL, 2013b).

Deste modo, percebe-se que a RC é um novo modelo horizontal de atenção à saúde de gestantes e de crianças de até 2 anos com implantação recente no Médio Vale do Itajaí. Entende-se que estudos a partir da perspectiva das gestantes podem contribuir para o reconhecimento das necessidades específicas bem como o aperfeiçoamento de boas práticas no atendimento à mulher gestante avaliada como de alto risco. Assim, o presente estudo tem por objetivo analisar as percepções das gestantes de alto risco sobre o atendimento na RC na região do Médio Vale do Itajaí.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada de forma qualitativa, descritiva e exploratória, com a participação de 20 gestantes de alto risco, residentes nos municípios da Região do Médio Vale do Itajaí do estado de SC, Brasil. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: estar gestante, ser usuária do SUS, em acompanhamento na RC incluída seja na atenção primária da Estratégia Saúde da Família – ESF, no ponto secundário de Ambulatório de Gestação de Alto Risco e/ou no ponto de atenção terciária do hospital de referência. Como critério de exclusão definiu-se: gestantes menores de 18 anos, em acompanhamento pré-natal particular ou convênio e/ou o fato de não aceitarem participar da pesquisa e as que não estavam em condições de conceder entrevista de forma confortável.

As gestantes foram selecionadas aleatoriamente e convidadas a participar da pesquisa através do contato direto dos pesquisadores, quando se encontravam à espera de atendimento no ESF, no ambulatório de referência ou ainda internadas no hospital indicado. As participantes que aceitaram participar da pesquisa externalizaram o aceite mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostragem foi limitada à saturação das informações atinentes aos objetivos da pesquisa. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, nos estabelecimentos de saúde referidos acima. A pesquisa direta teve duração de aproximadamente 20 minutos para cada participante e todas as entrevistas foram gravadas para devida transcrição dos dados. As entrevistadas receberam um código para a descrição de suas falas nos resultados desta pesquisa, da seguinte forma: E 01, significando entrevistado número um, e assim por diante com relação aos números subsequentes, preservando desta maneira o anonimato das participantes. A pesquisa respeitou a resolução 466/12 do CNS para pesquisa, com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau (FURB) e obteve o registro de número 624.705.

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo que estabelece as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

RESULTADOS

O perfil das 20 participantes da pesquisa foi o seguinte quanto à faixa etária: 3 gestantes entre 18 e 20 anos, 5 entre 21 e 25 anos, 5 de 26 a 30 anos e 7 entre 31 e 35 anos de idade. Em relação ao estado civil, foram 8 gestantes solteiras, 7 casadas, 4 em união estável e uma ignorada. Quanto à ocupação, seguindo os critérios estabelecidos pela Classificação Brasileira de Ocupações (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017), a maioria pertencente ao estrato D, trabalhadoras das indústrias têxteis e do vestuário (09), donas de casa (05), vendedoras e prestadoras de serviço do comércio, estrato E (04), profissionais do ensino, estrato A (01) e ignorado (01). Os municípios de residência a predominância foi Blumenau (13), seguido por Indaial (03), Apiúna (01), Gaspar (01), Dona Emma (01) e Rodeio (01). Após a leitura e exploração do material, emergiram do estudo as seguintes categorias: o acesso ao serviço de saúde durante o pré-natal de alto risco; o cuidado dos profissionais de saúde à gestante de alto risco na RC.

O acesso ao Serviço de Saúde durante o Pré-Natal de alto risco

Nas entrevistas ficou evidenciado o interesse e a iniciativa de todas as participantes em procurar assistência pré-natal desde o primeiro trimestre de gestação, conforme o observado na seguinte fala:

“Quando eu descobri que estava grávida eu compareci no postinho e fui muito bem atendida” (E 11).

No entanto, constatou-se, através dos relatos de pacientes moradoras de cidades circunvizinhas ao município de referência, que há dificuldades nos hospitais locais quanto à atenção dispensada àquelas que a eles recorreram em caráter de urgência:

“Lá no hospital eles dizem que não podem fazer nada, que não tem ginecologista, porque não sei o quê, a gente vem para casa sem nada. Se a gente for lá, a gente volta” (E 15).

Sobre a Atenção Primária à Saúde da gestante, esta compreende, além da sua captação precoce (até o quarto mês da gestação) e a sua vinculação à unidade de saúde, também a visita domiciliar, mormente quando em situação de risco. Seis entrevistadas informaram não terem recebido esta visita por parte da equipe de saúde do bairro:

“Estou lá naquela casa faz sete meses e fui lá, fiz minha ficha e eles disseram: semana que vem nós vamos passar por lá... Mas estou lá há sete meses e isso não aconteceu”. (E 9).

A carência de material necessário nas unidades básicas de saúde pôde ser evidenciada através do relato de entrevistadas que observaram a falta de medicamentos no posto de saúde, o que agrava a condição econômica.

“Medicação não tinha nenhuma, medicação desde o primeiro mês, tinha Plasil, mas eu tomava uns quatro remédios... De quinze em quinze dias eu comprava remédios, remédios bem caros, cento e pouco a duzentos (reais) por mês”. (E 17).

Também foi registrado a dificuldade de acesso à consulta especializada ou ao hospital: *“[...] eu acho que eles deveriam ceder mais vagas para a gestante de alto risco” (E14).*

Quanto ao sistema de regulação, também foi detectado falhas a partir da entrevista com E18, ao relatar um périplo por vários hospitais do estado de SC, por falta de condições de recebê-la ou, se viesse a nascer, à criança em condição de risco. Por iniciativa própria, pacientes vieram buscar o hospital de referência na área que não é a de sua moradia, quando então obtiveram seu intento de serem atendidas.

A maioria das gestantes teve acesso aos exames laboratoriais solicitados durante seu pré-natal. À exceção de 2 gestantes que optaram por realizá-los na rede de saúde suplementar, o fizeram por facilidade ou porque consideraram demorada a autorização dos mesmos:

“[...] Para fazer os exames foi tudo rapidinho, não demorou nada” (E 11).

No caso particular dos exames de ultrassonografia obstétrica, observou-se limitação na oferta e na obtenção destes exames pelo SUS, caracterizando um contratempo no seu acesso. Essa dificuldade foi testemunhada por 14 usuárias entrevistadas. Apenas 3 delas afirmaram ter realizado todos as ultrassonografias solicitadas via SUS. A maioria as obteve em número menor à sua expectativa ou às requisições médicas – e nunca o do tipo “morfológico”, que rotineiramente não têm requisições médicas acolhidas pelas Secretarias Municipais de Saúde. As gestantes tiveram de arcar com as despesas, pois suas preocupações procediam de várias razões: integridade física do concepto, acompanhamento da evolução da gestação, insegurança quanto ao diagnóstico médico:

“[...] pelo bem do bebê a gente tira de onde não tem para poder ajudar” (E 15).

“[...] demora muito...” (E 17 e E 20).

Não se encontrou explícita revolta quanto ao ônus econômico decorrente, embora, se arguidas, em consenso afirmaram sentirem-se no direito do acesso a quantos exames o médico-assistente julgasse necessários para o seu adequado atendimento e que preocupavam-se com outras que não pudessem arcar com esses custos.

“O ruim do SUS é isso, demorado, porque tem gente que não tem condições de ir e pagar o ultrassom. E é difícil saber se o bebê está bem ou não. Devia ter se fosse gestante de alto risco... que não demorasse tanto [...]” (E9).

O cuidado dos profissionais de saúde à gestante de alto risco na RC

A atenção à saúde prestado pelos profissionais nos níveis primário, secundário e terciário sobressai em várias entrevistas. Quanto às Unidades Básicas de Saúde, registrou-se que:

“[...] a enfermeira me aconselhou, deu aquele suporte e já me encaminhou para o médico, e ele tem dado um apoio, sempre vigiando a gestação... Ele já me pediu para fazer consultas de quinze em quinze dias...” (E14).

Verificou-se relato positivo quanto ao cuidado prestado pela obstetra na atenção secundária, como segue:

“[...] a consulta dela é mais demorada que a dos outros médicos...ela demora, ela senta, ela explica as coisas certinho... Ela me acalma bastante” (E15).

Houve reconhecimento pelo trabalho médico no ambulatório de referência: *“Ela me atende super bem, me explica, é uma das médicas que realmente parou, me explicou qual é a gravidade do que eu tinha” (E9).*

A atenção prestada no ambiente do hospital de referência foi avaliada positivamente por ter gerado sensação de proteção: *“[...] estou no hospital, estou mais tranquila, ultrassom “direto” por causa do nenê, estou mais tranquila...” (E6).* As gestantes tiveram suas dúvidas esclarecidas sobre a sua saúde e a do concepto, ao terem as suas perguntas respondidas. *“Aqui no hospital tudo que eu pergunto eles respondem” (E16).*

Ao saberem da condição de gestantes de alto risco, em geral as participantes da pesquisa declararam-se preocupadas; no entanto, a maioria das gestantes afirmou assumir uma maior tranquilidade após o diálogo com os profissionais de saúde.

“Eu sei do problema do coração e que aqui você está melhor monitorada, mais protegida, mais tranquila... quem tem mais risco sou eu, o bebê está perfeito...” (E12).

DISCUSSÃO

Apesar das críticas registradas, as gestantes tiveram as suas consultas de seu pré-natal em nível primário e/ou secundário dentro da sua necessidade, de acordo com o número de consultas estabelecido pelo Ministério da Saúde. Estudo realizado no Distrito Federal (GOTTEMS et. al., 2015) também observou facilidade de acesso ao acompanhamento de pré-natal, o que está de acordo com uma das diretrizes da RC que é a permeabilidade do acesso ao pré-natal de qualidade e classificação de risco e vulnerabilidade (MARQUES, 2016).

A iniciativa das gestantes em procurar assistência pré-natal pode ser considerada uma ação de autocuidado, que, conforme Arenas-Monreal, Jasso-Arenas e Campos-Navarro (2011), refere-se às distintas atividades da vida

cotidiana que são realizadas pelas pessoas, famílias e grupos sociais para o cuidado da saúde e para a prevenção de enfermidades e limitação de danos. Ações de educação em saúde bem-sucedidas realizadas pelos profissionais da Atenção Básica permitem a sensibilização das gestantes e a consequente captação precoce para o pré-natal, dentro do prazo admitido como ideal pelo Ministério da Saúde.

Especificamente, quanto à atenção à saúde na gestação de alto risco, também se observou o seguimento ao preconizado no Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde que garante maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle de riscos. Este acompanhamento regular, executado de acordo com as singularidades da gestante com vistas ao cuidado integral, proporciona a vinculação da gestante de alto risco ao pré-natal e deve ser coordenado pela Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

Em relação à carência de material, não houve a necessária orientação às gestantes nas suas respectivas unidades de atenção básica, pois cabe ao poder público a garantia de acesso aos medicamentos necessários de acordo com a necessidade clínica de cada gestante. As falhas existentes poderão ser amenizadas mediante capacitação das equipes de saúde, o estímulo ao respeito e à mútua confiança que aprimore o diálogo entre profissionais da saúde e a assunção das responsabilidades pactuadas, a par de financiamento suficiente para as ações em saúde, que são vitais para evitar a penalização ao dueto materno-fetal (BRASIL, 2011b).

O acesso aos exames laboratoriais solicitados durante o pré-natal também está de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde. No entanto, especificamente ao exame de ultrassonografia, a percepção de restrição de acesso no caso da gestação de alto risco, aumentou o seu grau de insegurança quanto à saúde dos seus conceitos. Quer por motivação cultural, pela crença de que o exame assegura a certeza do prognóstico, quer pela limitação dos esclarecimentos sobre o estado clínico real, há uma supervalorização da ultrassonografia obstétrica, o que agrava a demanda real pelo exame. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO (PEIXOTO, 2014), informa que não é essencial a utilização da ultrassonografia para a gestação de risco habitual, mas a recomenda à base de um exame a cada trimestre. Nos casos de gestação de maior risco, dadas as comorbidades envolvidas ou a própria condição de gestação, não poderá ser negligenciado ou adiado, ficando a sua indicação a critério médico. De fato, a portaria 650/GM/MS (BRASIL, 2011c), em seu anexo III, não prevê exame ultrassonográfico obstétrico para gestantes de risco habitual em sua lista de indicadores. No entanto, para a gestante de alto risco, assegura-o em número de três por gestação, sendo um com ecodoppler, o que está em consonância com as recomendações mínimas da FEBRASGO.

Além disso, Ayres (2001) afirma que o sucesso na prática passa por ouvir mais e ver mais a pessoa e entender como a mesma entende a sua própria vida, o que atende o desejo simbólico do paciente ao sentir a presença interessada do profissional. O avanço tecnológico, coprodutor da eficiência e da eficácia no diagnóstico, somará nessa avaliação do sucesso na assistência a usuária. Então, o exame será efetivamente complementar na avaliação clínica e assim será valorizado adequadamente pela gestante. Possivelmente, não teriam insegurança e ansiedade, que as levaram a pagar pelos seus exames.

A preocupação e a incerteza quanto ao local do parto, bem como a precariedade da regulação do fluxo de gestantes de risco quando demandam hospitalização, mostram a insuficiente obediência ao princípio da integralidade do cuidado,

como explicitado no item I do artigo 3º da portaria 1020 GM/MS (BRASIL, 2013a) e considerando que, segundo o artigo 6º da mesma portaria, “o serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto”. Orientações sistemáticas e visitas ao local do parto durante o pré-natal reduzem a peregrinação da gestante bem como o fortalecimento da autonomia e protagonismo da mulher (GOTTEMS et al., 2015; GUERRA et al., 2016).

De acordo com Silva et al. (2011), a ausência ou inadequação da informação, desde a atenção pré-natal, agravam as consequências causadas pela gestação de alto risco. Propõem que se reorganize em nível básico da atenção as medidas de promoção à saúde por meio da educação nas consultas de pré-natal. Azevedo et al. (2009), acolhendo as percepções de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia em maternidade do Nordeste brasileiro, constata, da mesma forma, que o desconhecimento (sobre a doença) tem relação direta com a falta de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, que não são estimulados a falar sobre a sua doença e expressar seus sentimentos em relação ao fato de estarem doentes e esquecendo-se que a doença está impregnada por sentimentos e experiências muitas vezes difíceis de esquecer e superar.

Gómez López et al. (2009) reportam que, estudos realizados durante mais de vinte anos com população de gestantes nesta condição, revelaram que 4% apresenta psicopatologia severa e entre 33,9% e 62% manifesta mal-estar psicológico como alteração mais comum durante este período reprodutivo. São secundários a fatores reprodutivos (como evolução de risco, perdas gestacionais prévias, enfermidades crônicas anteriores à gestação, temor pelos procedimentos médicos e o parto) e/ou fatores psicossociais, como disfunção conjugal, familiar e social. A partir daí, propõem esses autores um modelo de psicoterapia institucional. Couto et al. (2009), estudando gestantes com antecedentes gestacionais complicados em cidade do Sudeste do Brasil, concluíram parecer terem elas pior qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação subsequente quando comparadas com mulheres sem esses antecedentes. Na presente pesquisa, o relato espontâneo de algumas das entrevistadas foi de igual sentimento, nitidamente vinculado à insegurança quanto ao local do parto e dificuldade no acesso a consultas e exames complementares.

Especificamente quanto à atenção psicológica à gestante de alto risco, o anexo III da portaria 650 GM/MS (2011c) em seu item 6 prevê uma “consulta psicossocial” por gestação e há possibilidade de, através de matriciamento ou referência, oportunizar o atendimento a critério de quem conduza o pré-natal, nos termos do artigo 5º da portaria 1020 GM/MS (2013a). Para a concretização, necessita assim, como já mencionado, do conhecimento da estrutura operacional e da responsabilização dos agentes provedores de saúde.

Entretanto, o reconhecimento pelo trabalho da equipe de saúde disponível demonstra o contentamento diante do cuidado humanizado como observado em trabalhos que frisam a necessidade e a importância desta atenção múltipla e convergente na percepção da gestante usuária do SUS (CERON et al., 2013). A relação entre dois seres humanos, momentaneamente numa relação médico-paciente, envolve responsabilidade e identidade no sentido de que médico e paciente sintam-se adequadamente nos seus lugares e conscientes do outro. Segundo Ayres (2004), responsabilidade e identidade são basilares na construção do cuidado.

Cecílio (2001), discutindo as necessidades em saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade da atenção, afirma pela “insubstituível

criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional de saúde. Vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do sistema de saúde para o usuário (p.115)”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a escuta de mulheres usuárias de um serviço de saúde que prioriza o acesso e o acolhimento de mulheres gestantes a partir de uma perspectiva de atenção integral. A condição de gestante associada a uma avaliação como gravidez de alto risco fragiliza essa parcela de usuárias da RC além de reforçar a responsabilidade de gestores e da equipe interprofissional para a garantia do cuidado em saúde.

Percebeu-se que, apesar das usuárias terem acesso aos serviços especializados, com a quantidade de consultas e exames indicados, a demora em conseguir o atendimento, bem como a falta de materiais e medicações necessárias em algumas situações, são pontos que precisam ser aprimorados para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres inseridas na RC. Quanto ao cuidado dos profissionais de saúde, as usuárias indicaram a preocupação da equipe em transmitir as informações e assim, tranquilizar as gestantes quanto aos procedimentos e desenvolvimento do bebê. Devido à condição de alto risco, as gestantes demonstraram sentir-se mais seguras após os exames de apoio diagnóstico ou a explicação do profissional médico.

Por se tratar de uma política recente, sugere-se que novos estudos sejam realizados para que se possa avaliar a RC nesta mesma região de SC.

REFERÊNCIAS

ARENAS-MONREAL, Luz; JASSO-ARENAS, Jasmin; CAMPOS-NAVARRO, y Roberto. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. **Global Health Promotion**, v. 18, n. 4, p. 42-48, 2011. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975911422960>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 63-72, 2001. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 maio de 2018.

_____. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 16-29, 2004. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 jul. 2018.

AZEVEDO, Daniela Vasconcelos de, et al. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia. **Revista de Salud Publica**, v.11, p. 347-358, 2009. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000300004&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para a implementação as Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011.** Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. 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 critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília: 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 11 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1781, de 26 de agosto de 2013.** Aprova etapa II do plano de ação da rede cegonha do estado de Santa Catarina e municípios e aloca recursos financeiros para a sua implementação – bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Brasília: 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1781_26_08_2013.html>. Acesso em: 13 jun. 2018.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. **Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto.** Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ-IMS, Abrasco, 2001.

CERON, Marizete Ilha et al. Pre-natal care in perception of postpartum women from diferente health care services. **Revista CEFAC:** Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação, v. 15, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://go.galegroup.com/ps/anonymouse?id=GALE%7CA340943105&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=15161846&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 10 jul 2018.

COUTO, Evelyn Regina et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. **São Paulo Medical Journal**, v. 127, n. 4, p. 185-189, 2009.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. Acesso à rede de atenção a gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 95-115, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13726>>. Acesso em: 8 maio 2018.

GÓMES LÓPEZ, Maria Eugenia et al. Psicoterapia de grupo para mujeres com embarazo de alto riesgo. **Terapia Psicológica**, v. 27, n. 2, p. 215-225, 2009. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jul 2018.

GUERRA, Heloísa Silva et al. Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. **Iniciação Científica Cesumar**, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897>> Acesso em: 8 maio 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016/IBGE. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro. IBGE: 2016.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017/IBGE. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

MARQUES, Consuelo Penha Castro. **Redes de atenção à saúde**: a rede cegonha. São Luís: UMA-SUS/UFMA; 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

OLIVEIRA, Edith Monteiro de; CELENTO, Denize Duarte. **A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto**. *Revista de Saúde*, v. 7, n. 1, p. 33-38, 2016.

PEIXOTO, Sérgio. **Manual de assistência pré-natal**. 2. Ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2014.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003.

SILVA, Eveline Franco da et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n. 2, p. 316-322, 2011. Disponível em:

<<https://www.ingentaconnect.com/content/doi/01026933/2011/00000032/00000002/art00015>>. Acesso em: 20 maio 2018.

Recebido em: 17-09-2018

Aceito em: 25-05-2020