

**DÉBORA BATISTA RODRIGUES**

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO CUIDADO DA  
GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À  
SAÚDE SOB A ÓTICA DA COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

**Orientadora:** Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes.

FLORIANÓPOLIS  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rodrigues, Débora Batista  
REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO CUIDADO DA  
GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE SOB  
A ÓTICA DA COMPLEXIDADE / Débora Batista Rodrigues ;  
orientadora, Marli Terezinha Stein Backes, 2018.  
167 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Assistência à saúde. 3. Cuidado  
pré-natal. 4. Encaminhamento e consulta. 5.  
Gravidez de alto risco. I. Backes, Marli Terezinha  
Stein . II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

**DÉBORA BATISTA RODRIGUES**

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO CUIDADO DA  
GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À  
SAÚDE SOB A ÓTICA DA COMPLEXIDADE**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

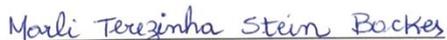
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 18 de dezembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Jussara Gue Martini  
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Marli Terezinha Stein Backes  
Orientadora/Presidente



Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Membro (Titular)



Dra. Carmem Regina Delzióvo  
(Membro (Titular))



## AGRADECIMENTOS

A Deus, presença constante em minha vida, por garantir a capacidade intelectual necessária para a consecução da pesquisa e a serenidade para seguir firme diante das dificuldades.

À minha mãe, minha melhor amiga, sempre presente me incentivando a ingressar nessa trajetória e me estimulando com suas sábias palavras.

Ao meu querido esposo, incentivador e companheiro de todas as horas. Obrigada por tudo, divido com você esta conquista.

À minha família pela compreensão nos momentos de afastamento e estímulo a não desistir antes do final.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade de qualificação profissional em um ensino de excelência.

À minha orientadora, Dra. Marli Terezinha Stein Backes, agradeço pela confiança e incentivo no decorrer deste trabalho, aceitando minhas limitações e oportunizando um grande crescimento profissional e pessoal.

Aos membros da Banca Examinadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino Santos, Dra. Carmem Regina Delziovo e Dda. Luciana Cristina dos Santos Maus, pelo interesse no tema pesquisado, aceite em participar da avaliação e pela disponibilidade em contribuir para o enriquecimento do conteúdo.

Aos colegas do Mestrado e aos membros do grupo de pesquisa, GRUPESMUR. Obrigada pelos momentos de aprendizado e trocas de saberes.

E finalmente, aos profissionais de saúde, gestantes e puérperas, muito obrigada pela confiança em nosso trabalho e pelo interesse em colaborar com esta pesquisa.



A consciência da complexidade nos faz compreender que não poderemos escapar jamais da incerteza e que jamais poderemos ter um saber total: a totalidade é a 'não verdade' assumir a parte prosaica e viver a parte poética de nossas vidas (EDGAR MORIN).



RODRIGUES, Débora Batista. **Referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade.** 2018. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.  
Orientadora: Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde, a partir dos significados atribuídos pelos envolvidos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, baseada no referencial teórico do Pensamento Complexo de Edgar Morin e ancorada pela Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) na versão Straussiana. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº. 84323518.4.0000.0121. O processo de coleta, análise e construção da teoria seguiu os preceitos da amostragem teórica. Fizeram parte deste estudo 19 participantes. A amostragem teórica inicial foi constituída por 12 profissionais de saúde que desenvolviam o cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde e a amostragem teórica complementar por 7 gestantes que recebiam os cuidados e/ou puérperas que já receberam os cuidados durante sua gestação de alto risco na rede de atenção à saúde. O período de coleta dos dados ocorreu entre Julho e Outubro de 2018. Os dados foram constantemente comparados e analisados por meio da codificação aberta, axial e integração, com apoio do software *Atlas.ti*®. Do processo analítico dos dados, emergiu o fenômeno, ou categoria central da pesquisa, intitulado “Cuidando da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde” sustentado por quatro categorias concernentes aos componentes condições, ações-interações e consequências, sendo estas: “Promovendo o cuidado”, Percebendo a autonomia na tomada de decisões”, “Desenvolvendo um trabalho multiprofissional” e “Acessando a rede de atenção à saúde”. A compreensão da referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde possibilitou desvelar o fenômeno, no qual se encontram fatores que condicionam a experiência desta, bem como as ações e interações ocorridas neste cenário e as repercussões emergidas a partir do desenvolvimento da prática do cuidado. Descreveram-se e discutiram-se os resultados por meio de dois manuscritos: “A complexidade do cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à

saúde” e “Desafios no processo de referência e contrarreferência da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde”. Este estudo teve seu destaque voltado ao cuidado ofertado pelos profissionais de saúde à gestante de alto risco, a partir da missão assistencial em diversos pontos de atenção e a sua vivência ao receber este cuidado. Destaca-se a importância do cuidado da gestante de alto risco em todos os níveis da rede de atenção à saúde, no sentido de melhorar o fluxo assistencial, a resolutividade e fazer com que o sistema de saúde funcione de forma integrada e bem estabelecida.

**Palavras-chave:** Assistência à saúde. Cuidado pré-natal. Encaminhamento e consulta. Gravidez de alto risco. Serviços de saúde.

RODRIGUES, Débora Batista. **Reference and counter-reference in the care of high-risk pregnant women in health care networks from the complexity viewpoint.** 2018. 174pp. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Advisor: Prof. Dr. Marli Terezinha Stein Backes.

## ABSTRACT

The study aimed to understand the reference and counter-reference in the care of high-risk pregnant women in a health care network based on the meanings attributed by those involved. Qualitative research based on the theoretical reference of Edgar Morin's Complex Thought and anchored by the Grounded Theory in Data, in the Straussian version. The study was approved by the Research Ethics Committee under CAAE no. 84323518.4.0000.0121. The process of collecting, analyzing and constructing the theory followed the theoretical sampling precepts. Nineteen participants carried out the study. The initial academic sample consisted of 12 health professionals who developed the high-risk pregnant women care in the health care network, and also, the corresponding theoretical sample by seven pregnant women who received care and/or puerperal who had already received attention during their high-risk pregnancy in the health care network. Data collection period occurred between July and October 2018. Data compared and analyzed constantly through open, axial and integration coding with the support of *Atlas.ti*® software. From the analytical data process emerged the phenomenon or central research category entitled "Caring for the high-risk pregnant woman in the health care network" supported by four categories concerning the components conditions, actions-interactions, and consequences. They are "Promoting care," "Perceiving autonomy in decision making," "Developing a multi-professional work," and "Accessing the health care network." The reference and counter-reference understanding in the attention of high-risk pregnant women in a health care network made it possible to unveil the phenomenon, in which some factors condition the experience, actions and interactions occurred in this scenario, and repercussions emerged from care practice development. The results were described and discussed in two manuscripts: "The complexity of high-risk pregnancy attention in a health care network" and "Challenges in the process of reference and counter-referral of high-risk pregnant women in health care network." The study's highlight was care offered by health

professionals to high-risk pregnant women based on their care mission and experience in receiving such care. It is worth emphasizing the importance of high-risk pregnant women at all levels of the health care network to improve care flow, resolve and make the health system work in an integrated and well-established way.

**Keywords:** Health care. Prenatal care. Referral and consultation. High risk pregnancy. Health services.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Instrumento para classificação de risco gestacional.....	40
Figura 2 – Rede hierárquica e poliárquica de atenção à saúde .....	42
Figura 3 – Representação da categorização dos dados coletados .....	82
Figura 4 – Representação da frequência de palavras utilizadas .....	83
Figura 5 – Exemplo de modelo paradigmático conforme Corbin e Strauss (2015).....	83
Figura 6 – Exemplo de Memorando.....	85
Figura 7 – Exemplo de Diagrama.....	85

### **Manuscrito 1**

Figura 1 – Fluxograma para seleção dos estudos encontrados .....	50
--	----

### **Manuscrito 2**

Figura 1 – Diagrama representativo da relação entre as categorias, subcategorias e o fenômeno .....	97
---	----

### **Manuscrito 3**

Figura 1 – Categoria e subcategorias do estudo .....	115
Figura 2 – Diagrama representativo dos pontos de atenção no cuidado da gestante de alto risco.....	125



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organização da rede de serviços para a gestante de alto risco em Araranguá .....	42
Quadro 2 – Síntese dos aspectos metodológicos do estudo.....	87
Quadro 3 – Fenômeno central do estudo e suas categorias e respectivas subcategorias .....	89

### **Manuscrito 1**

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados, referências, objetivo, delineamento da pesquisa, participantes, instrumento de coleta de dados e resultados .....	52
--	----



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Parâmetros de gestantes no ano de 2016 .....	76
Tabela 2 – Perfil da amostragem teórica inicial (n=12) .....	78
Tabela 3 – Perfil segunda amostragem teórica (n=7) .....	79

### **Manuscrito 2**

Tabela 1 – Dados sócio profissionais dos participantes da amostragem teórica inicial (n=12).....	93
Tabela 2 – Dados das participantes da amostragem teórica complementar (n=7) .....	94



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
eSF	equipe de Saúde da Família
GRUPESMUR	Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	31
2.1 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: EVOLUÇÃO HISTÓRICA .....	31
2.2 CUIDADO PRÉ-NATAL .....	35
2.3 CUIDADO PRÉ-NATAL NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO ...	39
2.4 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA GESTANTE DE ALTO RISCO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	41
2.5 MANUSCRITO 1 – O CUIDADO DA GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	44
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	69
3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO NA PERSPECTIVA DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA GESTANTE DE ALTO RISCO .....	69
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	73
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	73
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	75
4.3 AMOSTRAGEM TEÓRICA E PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	77
4.4 COLETA DE DADOS .....	80
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	81
4.6 ELABORAÇÃO DE MEMORANDOS E DIAGRAMAS .....	84
4.7 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO .....	86
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	86
4.9 SÍNTESE DO PROCESSO METODOLÓGICO .....	87
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	89
5.1 MANUSCRITO 2 - A COMPLEXIDADE DO CUIDADO DA GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	90
5.2 MANUSCRITO 3 - DESAFIOS NO PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA GESTANTE DE ALTO RISCO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	109

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	131
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	135
<b>APÊNDICES</b> .....	147
<b>APÊNDICE A</b> – Protocolo para Revisão Integrativa da literatura. ....	148
<b>APÊNDICE B</b> – Estratégias de busca para Revisão Integrativa da literatura .....	154
<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional de saúde .....	157
<b>APÊNDICE D</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuária.....	160
<b>APÊNDICE E</b> – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Usuária menos 18 anos .....	164
<b>APÊNDICE F</b> – Roteiro para realização da entrevista com os profissionais de saúde .....	167
<b>APÊNDICE G</b> – Roteiro para realização da entrevista com as usuárias .....	168
<b>ANEXOS</b> .....	170
<b>ANEXO A</b> – Declaração de autorização da pesquisa emitida pela Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá .....	171
<b>ANEXO B</b> – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética.....	172

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um processo fisiológico e uma experiência saudável no processo de vida feminino. Entretanto, algumas situações podem implicar em risco de vida para a mãe e/ou feto, e quando isso acontece denomina-se gestação de alto risco, pois apresenta maior probabilidade de complicações.

Existem diversos fatores associados à gestação que podem levar ao alto risco. Muitos podem ser detectados anteriormente à gravidez, como os relacionados a vulnerabilidades e características sociodemográficas desfavoráveis. A identificação das especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda, uso abusivo de álcool e outras drogas implicam na compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação. Além disso, a história reprodutiva anterior, as condições clínicas preexistentes, exposições indevidas ou acidentais a fatores teratogênicos e ainda outras complicações que podem surgir durante o processo gestacional, modificam uma gestação normal e a tornam de alto risco (BRASIL, 2012a).

Considerando esse cenário, destaca-se a adoção de critérios de estratificação de risco como estratégia para o direcionamento dos fluxos assistenciais durante o acompanhamento pré-natal, pois queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida e criteriosa. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) elaborou protocolos de cuidados às gestantes de risco habitual e alto risco com o objetivo de auxiliar na identificação precoce dos fatores de risco e subsidiar a tomada de decisão quanto ao diagnóstico, procedimentos, tratamento e ao acompanhamento dos casos classificados como tal (BRASIL, 2012a).

Apesar de apenas 15% das gestações serem classificadas como de alto risco, na maioria dos casos esta condição aumenta significativamente a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal (BRASIL, 2012a). Em estudo realizado a nível mundial por meio de estimativas globais, regionais e sub-regionais das causas de morte materna, as principais complicações que explicam quase 75% de todas as mortes, consistem em pré-eclâmpsia, eclâmpsia (em conjunto 14%), hemorragia grave (27%) e infecções (11%) (SAY *et al.*, 2014).

Em 2015, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 303 mil mulheres morreram em todo o mundo durante e/ou após a gravidez e o parto. Estima-se ainda, mundialmente, que 830

mulheres morrem por causas relacionadas à gravidez ou ao parto todos os dias (OMS, 2016).

Embora tenha havido redução, as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) entre 1990 e 2015 não foram atingidas no contexto global. Apenas 183 países atingiram a meta de redução de mortalidade materna e os objetivos para redução da mortalidade materna e infantil não foram alcançados (PARANÁ, 2018). Com isso, os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), convocam o mundo para um esforço de eliminação das mortes evitáveis entre os anos de 2016 e 2030.

No Brasil, entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, uma queda de 16% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2018).

Os dados obtidos no SIM demonstram ainda que Santa Catarina (SC) tem indicadores abaixo da média nacional em relação à mortalidade materna, tendo apresentado 30,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015. Em relação aos índices de morte materna em SC, cabe ressaltar que mais da metade dos óbitos ocorridos nos anos de 2016, 2017<sup>1</sup> e 2018<sup>2</sup> estão relacionadas às causas obstétricas diretas por eclâmpsia e hemorragia (SIM, 2018).

Cuidados de saúde adequados e um pré-natal de qualidade são fundamentais para a redução da mortalidade materna. A busca pela identificação dos fatores de risco auxilia no planejamento de ações e mudanças de indicadores, sendo possível atuar nas mortes evitáveis por meio da atenção no pré-natal e parto (SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

Com o objetivo de contribuir para uma mudança positiva, evidencia-se a adoção de modelos de atenção à saúde baseados em estratégias voltadas para as necessidades de saúde, segundo estratificação de risco. Esta configuração é fator determinante para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que se distribui em níveis de atenção garantindo efetividade no atendimento da gestante de alto risco em todos os pontos de assistência. Porém, a busca pela integração na atenção à saúde não é tarefa fácil, especialmente pelo

---

<sup>1</sup>Dados preliminares - Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.

<sup>2</sup>Dados preliminares - Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.

caráter multifatorial envolvido na dinâmica de funcionamento deste complexo sistema, que abrange a atenção primária, secundária e terciária (ARRUDA et al., 2015).

Nesse sentido, o Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011 subsidia aspectos relacionados à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), como o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este Decreto alinha os princípios do SUS com sua forma de organização; determina as regiões de saúde; reforça a existência de uma rede regionalizada e hierarquizada conforme a necessidade do serviço; planeja e determina a assistência à saúde e especifica a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a).

O Decreto n.º 7.508 ainda esclarece que os serviços de maior complexidade e densidade tecnológica como os ambulatórios especializados e os serviços de atenção hospitalar, devem ser referenciados pelas portas de entrada às ações e aos serviços de saúde na RAS (BRASIL, 2011a).

Detecta-se, portanto, que a articulação entre os serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária deve acontecer desde o primeiro atendimento à gestante, sendo esta referenciada e/ou contrarreferenciada de acordo com seu diagnóstico clínico e/ou obstétrico. Em suas recomendações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que os cuidados pré-natais na Atenção Primária à Saúde (APS) constituem uma plataforma para importantes funções assistenciais, incluindo a promoção da saúde, o rastreamento, o diagnóstico e a prevenção de doenças (OMS, 2016).

A Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, através da Política Nacional de Atenção Básica disposta no anexo XXII, estabelece a APS como porta de entrada preferencial de acesso ao SUS e revisa as diretrizes para sua organização, evidenciando que esta deve ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Nesta direção, a gestante deve, inicialmente, receber atendimento na RAS por meio da APS e, após a verificação de necessidades específicas, principalmente quando há riscos envolvidos, ser referenciada à média e alta complexidade, não se desvinculando da APS, uma vez que pertence aquele território. A média complexidade é constituída por ações e serviços que disponibilizem profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Por sua vez, a alta complexidade abrange alta tecnologia e alto custo, objetivando acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

A possibilidade de utilizar um serviço de saúde é considerada um importante indicador de acesso ao sistema. Sendo importante destacar a Lei nº. 11.634 de 27 de dezembro de 2007 que descreve como responsabilidade do SUS a vinculação da gestante à maternidade em que realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência. Logo, no atendimento realizado pelo SUS, pressupõe-se que o planejamento dos recursos financeiros, a necessidade de formação profissional e as ações e serviços que conformam a RAS sejam programados e organizados levando-se em conta as necessidades de saúde da população (CHUEIRI; HARZHEIMA; TAKEDAB, 2017).

A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, de preferência ainda no primeiro trimestre, é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas, pois uma gravidez normal pode se tornar de risco durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto (BRASIL, 2013a).

Dados do MS, embasados na Portaria nº. 1.631 de 2015 estabelecem que o quantitativo de gestantes de alto risco em uma população alvo não deve ultrapassar 15% do total de gestantes estimadas. Por conseguinte o quantitativo de gestantes de risco habitual deve configurar 85% do total de gestantes (BRASIL, 2015).

Em estudo realizado no Brasil com puérperas sobre a assistência que tiveram durante o pré-natal, foi identificado do total das 23.940 mulheres entrevistadas, que dentre as gestantes classificadas como alto risco, 11,5% referiram que tiveram dificuldade em receber atendimento nos serviços de referência específicos para tal (VIELLAS *et al.*, 2014).

O acesso aos serviços de saúde sinaliza uma complexidade em relação à percepção das necessidades de saúde e a conversão dessas necessidades em demandas. É pertinente compreender os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde identificando razões para possíveis diferenças na procura, na satisfação com o cuidado recebido e nos resultados alcançados (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Diante desta perspectiva, o MS tem investido na capacitação de profissionais do sistema de saúde com a publicação de manuais e protocolos que tem como característica primordial, a qualidade e a humanização no atendimento à gestante para que não haja falhas na assistência (BRASIL, 2013a).

Ainda como forma de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério e da assistência à criança, o governo federal instituiu a Rede Cegonha (RC). A mesma contempla uma das Redes Temáticas e é normatizada pela Portaria n.º 1.459 de 24 de junho de

2011 que surgiu para complementar o então existente Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN - instituído em 2000) e a Política de Atenção Obstétrica e Neonatal (instituída em 2005). Ambos objetivam o respeito aos direitos reprodutivos da mulher, segundo a perspectiva da humanização (BRASIL, 2013a).

A RC estabelece o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil com a articulação dos distintos pontos de atenção, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da RAS em consonância com a Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2011c). Tal Portaria estabelece diretrizes para a reestruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de SC instituiu o Plano de Ação Regional da RC. Este plano foi estabelecido em todas as regiões do estado com o objetivo de caracterizar o território local, desenvolvendo uma matriz diagnóstica (indicadores de mortalidade e morbidade; de atenção à saúde e da situação da capacidade hospitalar instalada) com propostas para ampliação e qualificação da rede de atenção materno-infantil (SANTA CATARINA, 2013).

A RC prevê o fortalecimento da referência e contrarreferência, tornando-os mais integrados e resolutivos. Além disso, a RC tem como proposta a qualificação das equipes de atenção primária e das maternidades; melhorar os serviços oferecidos pelas unidades de saúde e maternidades e ampliar o número de serviços e profissionais com estímulo à humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2011c).

Em conformidade com os objetivos da RC, em 29 de maio de 2013 foi publicada a Portaria n.º 1.020 que 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 à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluindo a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera como um ponto de atenção na rede (BRASIL, 2013b).

Essa Portaria descreve os princípios e diretrizes voltados a saúde na gravidez de alto risco, a integralidade da assistência e a humanização da atenção, com oferta em tempo oportuno de acordo com as necessidades e condições clínicas da gestante. Ainda enfatiza iniciativas como o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, regionalização da atenção à saúde com articulação entre os diversos pontos de atenção da RAS, regulação de acesso e a atenção multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2013b).

Entende-se que não basta apenas ter a atenção pactuada a partir da regionalização do cuidado da gestante de alto risco, mas também é preciso considerar o acesso, a distância geográfica e a demora para o atendimento, pois estas são questões que ainda persistem e por suas complexidades exigem maior integração e atenção.

Ao refletir sobre as várias questões que permeiam o cuidado da gestante de alto risco, vem à lembrança vivências da prática profissional que suscitaram a busca por maior aprofundamento e compreensão na temática supracitada.

Após a conclusão do curso de graduação em Enfermagem iniciei minha trajetória profissional no ano de 2010 como enfermeira em uma equipe de Saúde da Família (eSF). Desde então, pude observar de perto as dificuldades enfrentadas no encaminhamento de gestantes diagnosticadas como alto risco para serviços especializados. Nesta realidade as gestantes eram acompanhadas na APS e encaminhadas para consulta periódica em um hospital de referência estadual.

Em 2012, ao trabalhar na área de gestão e planejamento de uma Secretaria Municipal de Saúde pude conhecer ainda melhor o sistema de agendamento (Sistema Nacional de Regulação - SISREG) de gestantes de alto risco à média e alta complexidade para acompanhamento do pré-natal, e o retorno, quando existente, à APS.

Posteriormente tive a oportunidade de atuar como enfermeira assistencial em um Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto de um Hospital Geral Regional, onde então fui apresentada às especificidades clínicas de uma gestação de alto risco. Foi neste local que aprofundei meus conhecimentos e fiquei encantada pelo mundo da maternidade. As gestantes com alto risco internadas neste hospital (que não é referência para gestante de alto risco) recebiam assistência e, quando necessário, eram encaminhadas pelo SISREG a um hospital de referência para gestação de alto risco.

Nesse contexto, pude presenciar dificuldades relacionadas à disponibilidade de vagas nos hospitais designados como referência para gestantes de alto risco e, como consequência, as gestantes permaneciam internadas no referido hospital aguardando a transferência. Houve situações em que havia vaga para a gestante, mas não havia leito disponível para o recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em hospital de referência. Ou então, quando não tinha vaga para a gestante no serviço de referência, o bebê era transferido logo após o nascimento para a UTIN do município que tinha esse serviço de referência.

Atualmente, executo atividades na área de gestão e promoção da saúde, como enfermeira na SES de SC, e a partir das leituras sobre a temática e experiência profissional, mais do que nunca sinto a necessidade de um sistema integrado, ativo e resolutivo no que tange ao acompanhamento das gestantes diagnosticadas como alto risco.

Minha mais recente experiência ocorreu em 2017, quando tive a oportunidade de participar como avaliadora da RC no Projeto “Avaliação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidades do SUS”. A referida pesquisa de caráter nacional, desenvolvida pelo MS, abrangeu todas as maternidades públicas que realizavam 500 ou mais partos por ano. Estas maternidades são contempladas pela RC ou que se encontram em regiões com execução do Plano Regional da RC. Minha participação nesta pesquisa ocorreu por meio de entrevistas com puérperas, gestores e profissionais envolvidos na prática assistencial, análise documental de prontuários de puérperas e recém-nascidos, de protocolos, entre outros.

Hoje, encontra-se em andamento o Projeto “Apice On” que visa contribuir com a implementação e capilarização de práticas de cuidado e atenção na área obstétrica e neonatal, potencializando a parceria entre o MS, hospitais de ensino e instituições formadoras. O Projeto tem como base a observância às evidências científicas, dos direitos e princípios da humanização, dispendo de uma série de práticas formativas capazes de produzir impactos positivos em toda a rede de serviços (APICE ON, 2018).

Todas essas ações e fatos relatados me moveram a projetar esta pesquisa na temática do cuidado da gestante de alto risco. A escolha pelo município de Araranguá se deu por ser onde iniciei minha trajetória profissional e onde aprendi o real significado do cuidar em enfermagem. O município representa a sede da região extremo sul catarinense dentre os quinze municípios que a compõem, e é o único da região a ter estabelecido os níveis de atenção de uma RAS.

Cabe ressaltar que a região do extremo sul catarinense no ano de 2017, apresentou os maiores índices relacionados aos fatores de risco determinantes para mortalidade materna, infantil e fetal atingindo a maior pontuação média entre as demais regiões do estado. Quanto aos fatores de risco, cabe destacar: gestante com mais de 30 anos, gestante com menos de três anos de estudo, óbitos infantis evitáveis e óbitos mal definidos. A região com menor valor atingiu média seis e a de maior valor (extremo sul catarinense) média quinze (SES-SC, 2018a).

Por conseguinte, as fragilidades observadas delinearam a busca por uma reflexão considerando a prática do cuidado à gestante e

direcionando este cuidado à compreensão do sentido atribuído pelo ser gestante e sobre a experiência de esperar um bebê em uma situação de gestação de alto risco.

Isto posto, o presente estudo emergiu com a seguinte **questão norteadora**: Como acontece a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco no contexto da Rede de Atenção à Saúde?

Em busca de respostas para tal questionamento, o estudo teve como **objetivo geral**: Compreender a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em Rede de Atenção à saúde sob a ótica da complexidade, a partir dos significados atribuídos pelos envolvidos. Neste sentido, reforça-se que este estudo teve seu foco voltado à gestante de alto risco e o cuidado a ela prestado na RAS pelos atendimentos ambulatoriais e possíveis internações, sem incluir a assistência ao parto.

A pesquisa explorou como acontece o cuidado da gestante de alto risco no contexto da RAS e as inter-relações existentes na assistência a esta gestante na perspectiva do pensamento complexo, sendo capaz de compreender o cuidado e sua integração sob uma visão sistêmica, envolvendo os determinantes sociais e não apenas o biológico, o que em outras palavras está relacionado à multidimensionalidade do cuidado (MORIN, 2005).

Ainda, a fim de contribuir na compreensão dos significados atribuídos pelos envolvidos sobre o cuidado da gestante de alto risco em RAS, o estudo fez uso da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), versão Straussiana. Para esta metodologia, é necessário ir ao campo onde o cuidado está sendo realizado para descobrir o que está acontecendo naquele respectivo contexto (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Acredita-se que este estudo pode contribuir substancialmente para a prática clínica e obstétrica da enfermagem e demais áreas da saúde envolvidas, no sentido de melhorar o fluxo da RAS e a resolutividade assistencial. Tais mudanças são significativas no sentido de evitar a mortalidade materna e não requerem o uso de expressivos recursos financeiros, mas de gestão pública qualificada em saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta duas modalidades de revisão da literatura. A primeira consiste em uma revisão narrativa que visa uma busca sistemática dos dados e não requer uma metodologia para busca das referências de maneira rígida para avaliação e seleção dos trabalhos, mas sim o estado da arte (ROTHER, 2007). Esta revisão é importante para que se possa expandir conhecimentos e apresentar dados que demonstrem com clareza a evolução histórica das políticas públicas na atenção à saúde da mulher, aspectos direcionados ao pré-natal com ênfase na gestação de alto risco e o percurso da gestante na RAS. Vale ressaltar que foi priorizada a utilização de referências atuais, porém, resguardando-se a importância da utilização e citação de obras primordiais à temática independente da sua data de publicação.

E a segunda, uma revisão integrativa segundo Ganong (1987). A revisão integrativa proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A busca em bases de dados incluiu os anos de 2014 a 2017, de artigos com pesquisas relacionadas à temática em questão. Esta revisão integrativa foi realizada conforme o Protocolo que se encontra no APÊNDICE A e as estratégias de buscas foram definidas conforme exposto no APÊNDICE B. Sendo que, a revisão integrativa está embasada na busca de artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem, *National Library of Medicine®*, *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, e as bibliotecas virtuais: Portal da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, *Scientific Eletronic Library Online* e Biblioteca Virtual em Saúde.

### 2.1 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

O cuidado à saúde da mulher no decorrer da história pode ser resgatado por meio de uma análise conceitual do surgimento das primeiras políticas públicas de saúde. No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde estando voltada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantil, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita da mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. Tais programas preconizavam as ações como estratégia de proteção aos grupos de risco

e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes (BRASIL, 2011d).

A partir da década de 1970 com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo objetivo era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança, desenvolveu-se novos olhares sobre a população feminina. A mulher e a criança puderam ser acompanhadas nas unidades de saúde, sendo priorizado o atendimento durante o período gestacional (VICTORA *et al.*, 2011).

Após estudos na área da saúde da mulher, em 1984 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), redefinindo as ações relativas à saúde da mulher, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Este Programa tinha como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção ultrapassando a lógica vigente de assistência ao ciclo gravídico-puerperal e ampliando o cuidado para todas as fases do ciclo vital das mulheres. O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Em 1988, com a Constituição Brasileira e a apresentação da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, indicou-se as demandas do movimento feminista e de mulheres. A Carta Magna de 1988 incorporou no Artigo 5º, inciso I: “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”. E, no Artigo 226, Parágrafo 5º: “Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos pelo homem e pela mulher”. Com isso, o movimento de mulheres ampliou seu protagonismo sendo influenciado a partir da proposição do SUS e pelas características da nova política de saúde desencadeadas principalmente pela Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142 (BRASIL, 1988).

Assim, desde a implantação do SUS, estratégias de gestão voltadas ao acesso aos serviços de saúde na perspectiva de ger um funcionamento resolutivo e de qualidade vem sendo implementadas. Neste direcionamento, a partir da década de 1990, as políticas públicas de saúde passam a se configurar de forma mais consolidada. Centrando esforços em direção a organização da atenção pré-natal, em 1998 surge o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco, com o

objetivo de organizar os serviços destinando recursos específicos para criação de centrais de leitos, aquisição de equipamentos e treinamento de profissionais (BRASIL, 1998).

Passados dois anos, o MS lança o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria n.º 569 de 1º de junho de 2000 com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país.

A principal estratégia do referido Programa é a reorganização da assistência por meio da vinculação pré-natal, parto e puerpério, tanto na gestação de risco habitual como de alto risco, fazendo com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido seja realizada com qualidade e de forma humanizada (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005; BRASIL, 2000).

Com o passar dos anos e a reivindicação das mulheres, verificou-se a necessidade de proposições de novas ações voltadas à saúde da mulher, entre elas: maior atenção às mulheres negras, indígenas, rurais, em situação de risco, homossexuais, deficientes e presidiárias. Por conseguinte, em 2004 é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) tendo como intuito alcançar as mulheres em todos os ciclos de vida de acordo com suas especificidades (BRASIL, 2005). Neste mesmo ano é lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e considerando os esforços para atingir seus objetivos, instituiu-se em 2005 pela Portaria n.º 1.067 a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A referida política tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como, sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

Dessa forma, as iniciativas e cuidados pré-natais implementados no decorrer dos anos permitiram uma redução no número de mortes materno-infantis ao longo das últimas décadas. Este fato é essencial para melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde no país, porém, ainda é preciso acompanhar este público, visando reduzir continuamente essas taxas e alcançar, assim, um cenário considerado ideal para o país e para a saúde pública (BRASIL, 2012a).

O Brasil, um dos países responsáveis pela iniciativa dos ODM, promovido pela ONU, aderiu à estratégia cujo principal objetivo era melhorar as condições de vida no planeta tendo como uma das metas a redução da mortalidade materna. Entre os anos 2000 e 2015, houve uma

mobilização global, no entanto, a mortalidade materna continuou inaceitavelmente alta (OMS, 2016).

Posteriormente, os ODS, que contemplam 17 Objetivos e 169 metas envolvendo temáticas diversificadas, convocam as nações novamente para reduzir a mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. A razão de morte materna global situa-se em torno de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos. No Brasil, a meta para 2030 é diminuir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, sendo a meta mundial reduzir para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (OMS, 2018).

A redução da mortalidade materna está associada, em sua maioria, à atenção qualificada no pré-natal, parto e nascimento. Objetivando vencer esses desafios e melhorar cada vez mais o atendimento à gestante e à criança e priorizando a atenção continuada à saúde, o MS vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde materno-infantil. Uma dessas estratégias é a RC, lançada pela Portaria n.º 1.459 em 2011 que busca desenvolver e implantar uma rede de cuidados articulando os pontos de atenção (CASSIANO *et al.*, 2014).

A RC foi considerada uma das dez mais importantes prioridades do MS para o período 2011-2015, sendo que ainda é considerada a principal estratégia que guia a saúde materna no país. Além disso, a RC tem como princípios: o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades da RAS materna e infantil em desenvolvimento nos estados brasileiros (BRASIL, 2011c).

As diretrizes da RC estão relacionadas ao provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil pela garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade e ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal. Ainda cabe salientar a garantia de vinculação à unidade de referência, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses e acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c).

Para o cumprimento das diretrizes e princípios instituídos, a RC organiza-se em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). O componente pré-natal requer a compreensão do cuidado à gestante de risco habitual e alto risco da

RAS, bem como de suas ações para o alcance de uma assistência ativa e resolutiva.

## 2.2 CUIDADO PRÉ-NATAL

Uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde no Brasil é o cuidado pré-natal. Tal iniciativa visando à melhoria da atenção à maternidade vem sendo desenvolvida há pelo menos 25 anos. Na última década, o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal e a qualificação de ações nele desenvolvidas tem ampliado muito (BRASIL, 2009).

O pré-natal se caracteriza como um conjunto de ações de saúde realizadas com o intuito de manter o equilíbrio e a saúde física e psicológica das gestantes durante este período de intensas alterações (BARRETO *et al.*, 2013). A gestação engloba um processo fisiológico natural que leva o corpo da gestante a diversas adaptações para o nascimento. Ocorre uma tolerância transitória aos aloantígenos paternos, por meio de mecanismos placentários locais e mecanismos imunes sistêmicos, sob influência das alterações hormonais. Com isso, o feto não é rejeitado pelo organismo, porém, o corpo passa por uma série de processos com mudanças físicas e biológicas para a manutenção da gestação (BARREIRA *et al.*, 2015).

Durante a gestação é comum ocorrerem alterações metabólicas e hormonais necessárias para a manutenção e desenvolvimento do feto. Os níveis de estrogênio aumentam e o sistema imunológico sofre impactos acentuados (SERAPHIN *et al.*, 2016).

Apesar de o número de mortes envolvendo gestantes estar decrescendo ao longo dos anos no Brasil, mesmo ainda não tendo alcançado os patamares esperados, é preciso esclarecer que muitas mortes relacionadas à gestação poderiam ser evitadas por meio da realização de um pré-natal adequado (DEMITTO, 2017). O acompanhamento pré-natal é uma medida de grande importância e quanto mais cedo tem início, maiores as chances de verificação de condições potencialmente graves e que coloquem em risco a vida da gestante e do seu bebê (BRASIL, 2013a).

A consulta pré-natal possibilita a atenção à saúde da mulher grávida facilitando a detecção de possíveis complicações durante a gestação. Além disso, é um momento de grande aprendizado para a gestante sobre o processo que ela está vivenciando e para o profissional que a está atendendo, por meio das ações assistenciais desenvolvidas (NUNES *et al.*, 2016).

O principal indicador para um bom prognóstico ao nascimento é o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Desta forma a unidade de saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante sendo o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, permitindo uma assistência contínua (BRASIL, 2013a).

No que se refere ao acompanhamento pré-natal, em SC durante os anos de 2014 a 2017, verificou-se que uma média de 0,7% das gestantes não realizaram nenhuma consulta durante a gestação. Quanto as gestantes que conseguiram realizar de uma a três consultas temos uma média de 4,1%. Das que realizaram quatro a seis consultas de pré-natal uma média de 21,3% e por último, dentre as gestantes que realizaram sete consultas ou mais se obteve uma média percentual de 73,5% (SINASC, 2018a).

Estes dados vão de encontro aos parâmetros estabelecidos pela Portaria nº. 1.631 de 2015 que descreve um quantitativo de sete consultas de pré-natal para gestante de risco habitual, estando estas divididas em consultas médicas e de enfermagem (BRASIL, 2015).

No cuidado pré-natal são envolvidos vários profissionais de saúde e dentre estes o profissional enfermeiro ocupa uma posição de destaque. Este é responsável entre outras funções pela consulta de enfermagem que tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida (BRASIL, 2013a).

A gestante de risco habitual deverá receber atenção e cuidados de saúde, no entanto sem a necessidade de encaminhamento para atendimento especializado, já que não apresenta fatores de risco que possam levantar suspeitas sobre sua saúde. Consultas, exames e atendimento educacional para que esta gestante venha promover o seu autocuidado são medidas indispensáveis. A orientação deve ser prática constante, pois o pré-natal inclui o acolhimento a todas as consultas, a inter-relação gestante e um profissional pautado pela humanização do cuidado, bem como na continuidade do mesmo (BAPTISTA *et al.*, 2015).

Todas as gestantes têm o direito de realizar seu pré-natal na APS e caso esta gestação evolua para alto risco ou desde o início da gravidez já seja uma gestação de alto risco, outras medidas de acompanhamento também serão necessárias.

## 2.3 CUIDADO PRÉ-NATAL NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A gestação, por si só, altera as condições físicas e psicológicas, além de estabelecer a necessidade de um cuidado direcionado. Em alguns casos este cuidado se torna extremamente importante tendo em vista um risco maior associado que pode afetar negativamente a saúde materna. A estes casos denominamos: gestação de alto risco.

Para que seja possível chegar a este diagnóstico uma estratificação de risco adequada precisa ser realizada. A estratificação de risco é uma estratégia central de organização da RAS, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde de cada pessoa (BRASIL, 2010).

A identificação dos fatores que levam à complicação de uma gravidez pode estar presente até mesmo antes da ocorrência da gravidez, sendo detectados por características individuais, como: idade maior que 35 anos; idade menor que 15 anos<sup>3</sup> ou menarca há menos de 2 anos; altura menor que 1,45m; peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (Índice de Massa Corporal -  $IMC < 19$  e  $IMC > 30$ ); anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos. As múltiplas situações de vulnerabilidade também são fatores de risco: situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; hábitos de vida – fumo e álcool; exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e estresse (BRASIL, 2012a).

Em relação à história reprodutiva anterior merece destaque o: abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história

---

<sup>3</sup>Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco, a adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Apenas o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Cabe salientar que, por força da Lei nº 11.108/2005, toda gestante tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2012a).

de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; parto pré-termo anterior; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e grande multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; diabetes gestacional; e, cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores). Por último as condições clínicas preexistentes, como: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias; e neoplasias são fatores de risco que devem ser observados com cautela (BRASIL, 2012a).

Já os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco. Dentre estes fatores, cabe citar: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual que inclui o desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pre-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, insuficiência istmo-cervical, aloimunização e óbito fetal. Quanto à intercorrências clínicas salientam-se as doenças infecto contagiosas vividas durante a presente gestação (infecção do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.) e as doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias) (BRASIL, 2012a).

Os fatores de risco gestacional podem ser identificados no decorrer do cuidado pré-natal, mas uma medida essencial é buscar a identificação rápida do risco de cada gestante e, mediante este conhecimento, estabelecer de que forma será conduzido o pré-natal, sempre com uma análise de cada caso que se apresenta. A realização desta identificação precoce e adequada requer conhecimento da fisiopatologia obstétrica, como também da realização de uma escuta qualificada, com acolhimento da mulher desde sua chegada ao serviço de saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

A esse respeito, o MS (2010) complementa sobre a definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas durante a gestação:

As necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no

nível primário de assistência. Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos que só podem ser solucionados nos níveis secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas, alguns casos também podem ser resolvidos no nível primário. A definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas dependerá do problema apresentado e qual intervenção será realizada (BRASIL, 2010, p. 9).

A gestante deve continuar sendo acompanhada na APS mesmo ela sendo classificada como gestante de alto risco, uma vez em que ela pertence àquele território enquanto usuária do SUS. Outro fator que cabe destacar é que a presença de fatores de risco isoladamente não indica necessariamente o encaminhamento a pontos de atenção especializados e de maior complexidade, permitindo assim a realização do pré-natal pela equipe de APS, porém sob cuidados especiais e maior vigilância.

Em consonância com esta afirmação, a SES do estado de SC formulou um instrumento para classificação de risco gestacional<sup>4</sup> com critérios para encaminhamento aos serviços ambulatoriais de gestação de alto risco, conforme Figura 1:

---

<sup>4</sup> Baseado nas publicações do MS: Manual de Gestação de Alto Risco (2012) e Caderno de Atenção Básica nº. 32 - Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco (2013).

DATA									
<b>PONTUAÇÃO</b>									
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL</b>									
RISCO.....	10 ou + Pontos	ALTO (Encaminhamento imediato ao serviço de Alto Risco)							
RISCO.....	5 a 9 Pontos	MÉDIO (Acompanhamento na Atenção básica)							
RISCO.....	até 4 Pontos	BAIXO(Acompanhamento na Atenção básica)							
<b>1 – IDADE:</b>		<b>7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICAS + GINECOLÓGICAS</b>							
(-) de 15 anos.....	1	Placenta previa.....	5						
(+) de 35 anos.....	1	Placenta previa com sangramento.....	10						
<b>2 – ESCOLARIDADE:</b>		Câncer materno c/ diagnóstico durante a gestação.....	5						
Sabe Ler e Escrever:		Neoplasias ginecológicas na gestação atual.....	10						
Não.....	1	Doença Hemolítica.....	10						
<b>3 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ:</b>		Isoimunização.....	10						
Não aceita.....	1	Mal Formações Congênicas que interferem na via de parto e/ou c/ necessidade de atendimento especializado ao RN.....	10						
<b>4 – HABITOS:</b>		Crescimento Uterino Retardado.....	10						
Tabagista:		Polihidramnion/Oligoidramnio.....	10						
Sim.....	2	Doença Hipertensiva da Gestação.....	10						
<b>5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:</b>		Diabetes Gestacional.....	10						
Baixo Peso(IMC<18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia.....	1	Gemelaridade.....	10						
Sobrepeso(25-29,9kg/m2).....	1	Íncomp. Istmo Cervical.....	10						
Obesidade (IMC>30kg/m2).....	5	<b>8- MÉDICAS E CIRÚRGICAS.</b>							
<b>6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E CLÍNICOS:</b>		Cardiopatias.....	10						
2 Abortamentos espontâneos consecutivos.....	5	Pneumopatias Graves (DPOC, Asma).....	10						
Incompetência Istmo Cervical.....	10	Diabetes Mellitus.....	10						
Natimorto.....	5	Doenças Auto-ímmunes(Colagenose).....	10						
Prematuridade na gestação anterior.....	5	Psicose puerperal na gestação atual.....	10						
Óbito Fetal.....	5	Uso de medicos com potencialidades teratogênicas (Anticonvulsivantes:Barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital.Estabilizadores de humor: Carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina).....	10						
Eclampsia.....	10	Doença Renal Grave.....	10						
Anomalias do trato genito urinário e/ou pelve com repercussão no trajeto de parto.....	5	Hemopatias e Anemia grave Hb<8).....	5						
Placenta Prévia na gestação anterior.....	5	Hipertensão Arterial descompensada/mal conduzida.....	10						
Descol. Prem. de Placen.....	5	Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +).....	10						
Restrição de Cresc. Intrauterino na gestação anterior.....	5	Infecções Graves e Hepatite B e C.....	10						
Último Parto Cesário (-) de 12 meses.....	2	AIDS/HIV c/ diagnóstico na gestação.....	10						
+ 1 Filho Prematuro.....	5	Sifilis.....	5						
Pré eclampsia.....	5	Tuberculose na gestação.....	10						
AIDS/HIV c/ diagnóstico prévio.....	5	Toxoplasmose.....	10						
Tuberculose c/ tratamento prévio a gestação.....	5	Dep. de Drogas.....	10						
Alterações da tireoide.....	5	Alcoolismo.....	10						
Epilepsia e doenças neurológicas.....	5	Trombofilia.....	10						
Doenças psiquiátricas.....	5	Endocrinopatias.....	10						
Psicose puerperal.....	5	Alterações da Tireóide descompensadas ou c/ diagnóstico na gestação.....	10						

Figura 1: Instrumento para classificação de risco gestacional

Fonte: Santa Catarina (2018b).

O objetivo principal de uma assistência ao pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, com intuito de diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o bebê ou reduzir suas possíveis consequências. Os profissionais de saúde precisam estar atentos à existência destes

fatores de riscos e ser capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar o momento em que a gestante necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais (BRASIL, 2012a).

O acompanhamento do pré-natal até o momento do parto e a definição de uma maternidade de referência para as gestantes de alto risco deve fazer parte da atenção à saúde, pois a evitabilidade do óbito neonatal está mais associada às condições técnicas de assistência ao pré-natal e ao parto do que à existência de sofisticada tecnologia de terapia intensiva (SILVA *et al.*, 2013).

## 2.4 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA GESTANTE DE ALTO RISCO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O estabelecimento de uma sistemática entre os serviços de saúde de diferentes complexidades concentra esforços de integração, regionalização e hierarquização, sendo que a operacionalização de tais ações não deve ocorrer de forma isolada (CORREA; DÓI, 2014).

A vista disso, em 2010 o MS lançou oficialmente por meio da Portaria nº. 4.279 a RAS, como proposta para organizar as ações e serviços do setor de saúde de forma articulada. A rede possui fundamentos, atributos e ferramentas para a gestão dos serviços e visa garantir o atendimento integral ao usuário no sistema de saúde, de modo que seja atendido por qualquer componente da rede de serviços de saúde pública (BRASIL, 2010).

A organização das RAS está pautada em um processo de regionalização e descentralização que visa à garantia de cuidados em outros níveis de atenção. Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde (Figura 2). Assim, na RAS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção (AC – alta complexidade, MC – média complexidade e APS), mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles (MENDES, 2011).

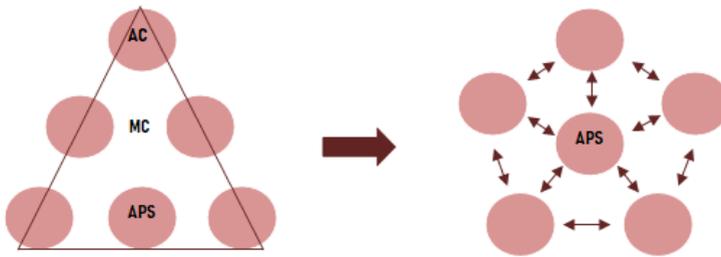


Figura 2: Rede hierárquica e poliárquica de atenção à saúde  
Fonte: Mendes (2011).

No caso da assistência à gestante, é preciso que a atenção em todos os níveis de complexidade seja desenvolvida com foco no cuidado e na manutenção da saúde tanto da mãe quanto do bebê em formação. É necessário o reconhecimento dos variados valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, procurando sempre a individualização do cuidado. A qualidade no cuidado pré-natal, entre outros recursos, depende de uma boa organização da rede de serviços (Quadro 1) que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado (BRASIL, 2012c).

Quadro 1: Organização da rede de serviços para a gestante de alto risco em Araranguá

Nível de Atenção	Ponto de Atenção	Território Sanitário
<b>Atenção Primária à Saúde</b>	UBS*	Município Área de Abrangência Microárea
	Domicílio/Escola/ Comunidade	
<b>Atenção Secundária à Saúde</b>	Ambulatório de alto risco Hospital Geral, UPA*	Região de Saúde Município
<b>Atenção Terciária à Saúde</b>	Hospital e Maternidade de referência para alto risco	Macrorregião Região de Saúde

\*Unidade Básica de Saúde

\*\*Unidade de Pronto Atendimento

Fonte: Elaboração da autora (2018) adaptado Mendes (2011).

Nas situações classificadas como alto risco, deve ocorrer o encaminhamento da gestante ao serviço de referência para gestação de alto risco, seja ele municipal, regional ou estadual. Esses pontos da RAS dispõem de recursos assistenciais, tecnológicos e laboratoriais adequados para atenção às gestantes de alto risco. A gestante deve também ser referenciada, preferencialmente, ao hospital ou maternidade de alto risco que ofereça o aparato necessário ao parto, ao nascimento e à assistência neonatal. Considerando a APS como ordenadora do cuidado, ressalta-se que, durante todo o percurso da gestante pela RAS, deve-se manter a vinculação desta com a equipe de saúde do seu território. Como a maioria das gestantes apresentam risco gestacional habitual, a APS poderá atender suas demandas e conduzir a gestação com segurança.

Partindo-se desta realidade, a integração do cuidado pré-natal a outros serviços de referência da RAS é considerada como uma forma de estruturação dos fluxos de encaminhamentos onde a assistência possa ser garantida em todos os níveis de atenção (VIELLAS *et al.*, 2014).

Mas para que o sistema de referência e contrarreferência funcione, as funções dos níveis de assistência precisam estar claramente definidas e os procedimentos cabíveis devem ser conduzidos integralmente. A gestante de alto risco será encaminhada aos serviços especializados sempre que necessário, porém, após receber o atendimento deve retornar à sua origem para prosseguir com o pré-natal recebendo assistência dos profissionais de saúde de sua unidade pelo menos, nos casos em que o risco tenha sido controlado ou eliminado (CORREA; DÓI, 2014).

Embora no Brasil, o acesso ao pré-natal na APS esteja mais estruturado, cabe salientar a persistência dos problemas na qualidade da atenção ao pré-natal de alto risco, como as dificuldades de encaminhamento aos serviços especializados. Soma-se, ainda, a ausência de uma rede assistencial organizada que promova a continuidade dos cuidados por meio dos sistemas de referência e contrarreferência (XAVIER *et al.*, 2015).

Um sistema de referência e contrarreferência segundo Correa e Dói (2014) é necessário, pois promove o acesso aos serviços de maior complexidade, como também vai ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS.

Este sistema é considerado uma ferramenta de gestão voltada à organização do serviço e à diminuição da demanda reprimida. Objetiva

agilizar a realização de serviços de média e alta complexidade, garantindo efetividade no atendimento em todos os níveis de assistência (CORREA; DÓI, 2014, p.105).

A RAS tem sido proposta para lidar com processos complexos de gestão e atenção à saúde, onde há interação de diferentes agentes e têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde a fim de prover uma atenção de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2012c).

Na Portaria n.º 4.279 que instituiu a RAS no âmbito de SUS, é possível identificar características importantes que são delimitadas como atributos da RAS: população e territórios definidos; extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços; APS estruturada como primeiro nível de atenção; serviços especializados; mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um; sistema de governança único para toda a rede com objetivo da integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum; ampla participação social; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes; sistema de informação integrado; ação intersetorial; financiamento tripartite e; gestão baseada em resultados (BRASIL, 2010).

## 2.5 MANUSCRITO 1 - O CUIDADO DA GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

De acordo com a Instrução Normativa n.º. 01/PEN/2016, que determina os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), será apresentado, a seguir, o Manuscrito:

### O CUIDADO DA GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Débora Batista Rodrigues<sup>5</sup>  
Marli Terezinha Stein Backes<sup>6</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer como se dá o cuidado da gestante de alto risco a nível nacional e internacional em Rede de Atenção à Saúde. **Método:** Revisão Integrativa de literatura, a partir de publicações científicas nacionais e internacionais, abrangendo os períodos de 2014 a 2017. A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem, *National Library of Medicine*®, *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, e as bibliotecas virtuais: Portal da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, *Scientific Eletronic Library Online*, Biblioteca Virtual em Saúde, bem como artigos das próprias referências citadas nos artigos incluídos. Fez-se uma leitura e análise crítica dos estudos incluídos. A obtenção dos resultados das buscas deu-se via *software* de gerenciamento bibliográfico *EndNote X6*. A operacionalização desta revisão integrativa seguiu as recomendações de Ganong. **Resultados:** Selecionou-se 13 artigos, sendo possível identificar as seguintes categorias: “Perfil das gestantes de alto risco”, “Estratégias utilizadas na assistência prestada às gestantes de alto risco”, “Acesso aos serviços de saúde: fragilidades e potencialidades” e, “Percepções das gestantes de alto risco acerca dos cuidados recebidos”. **Considerações finais:** Identificaram-se alguns limites que ainda precisam ser transpostos, dentre os quais à escassez de estudos que

---

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido, GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: [enfdeborabr@gmail.com](mailto:enfdeborabr@gmail.com)

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, do PEN e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Florianópolis/SC/Brasil. Membro do GRUPESMUR. E-mail: [marli.backes@ufsc.br](mailto:marli.backes@ufsc.br).

direcionem o olhar para a análise da integração da rede de atenção no tocante ao cuidado materno-infantil.

**Palavras-chave:** Assistência à saúde. Atenção primária à saúde. Atenção terciária à saúde. Encaminhamento e consulta. Gravidez de alto risco.

## INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados pré-natais constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção, o rastreamento, o diagnóstico e a prevenção das doenças. Está comprovado que com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, os cuidados pré-natais podem salvar vidas, e se constituem ainda como uma oportunidade para apoiar as mulheres, as famílias e as comunidades, em fases críticas da vida das mulheres (WHO, 2016a).

Os cuidados pré-natais têm sido uma preocupação constante em todo o mundo, pois apesar dos substanciais progressos alcançados, a morbidade e mortalidade evitáveis relacionadas com a gravidez seguem elevadas em muitos países. O acesso desigual a serviços de saúde e demoras na identificação e manejo das complicações relacionadas à gestação são os grandes obstáculos (WHO 2016b; ALKEMA *et al.*, 2016).

Tais considerações permitem refletir sobre o atendimento que está sendo oferecido à gestante no pré-natal, uma vez que, no decorrer da gestação, a mulher espera ter boa saúde e um filho perfeito. Entretanto, em alguns momentos podem ocorrer situações que envolvam riscos, comprometendo a evolução favorável da gravidez e desencadeando uma gestação de alto risco (BRASIL, 2016).

O alto risco gestacional, conforme manual técnico do Ministério da Saúde (MS) é evidenciado por meio de patologias pré-existentes ou através das seguintes situações: síndromes hipertensivas da gravidez, síndromes hemorrágicas, desvios do crescimento fetal, alterações da duração da gestação, amniorrexe prematura e corioamnionite, alterações do volume de líquido amniótico, náuseas e vômitos da gravidez, gestações múltiplas, aloimunização materno-fetal, cesárea prévia, óbito fetal, pneumonias na gestação, toxoplasmose, malária, hanseníase, tuberculose, rubéola, citomegalovirose, infecções sexualmente

transmissíveis, anemias na gestação, diabetes, tireoidopatias, cardiopatias, asma, lúpus eritematoso sistêmico, trombofilia e gravidez, doença tromboembólica na gestação, epilepsia, transtornos psiquiátricos e uso de álcool e drogas, câncer e gestação, interrupção médica da gestação, antecipação eletiva do parto, avaliação fetal e paralisia cerebral do recém-nascido e modo de parto (BRASIL, 2012).

Especificamente, o conceito de risco gravídico identifica graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e na vida da criança em seu primeiro ano (SANTOS; CAMPOS; DUARTE, 2014). O objetivo do pré-natal é identificar os fatores de risco existentes e outros desvios do normal, para que os resultados da gravidez possam ser melhorados e deve ter como características primordiais a qualidade e a humanização no atendimento à gestante (BRASIL, 2016).

Diante deste panorama, na atenção primária à saúde (APS), é importante o rastreamento de potenciais agravantes da gestação, com destaque para a condição social, ambiental, psicológica e de saúde da gestante e para seus antecedentes pessoais e familiares. Igualmente importante é o acompanhamento da evolução clínica da gestação em si, correlacionando essa evolução com os aspectos destacados anteriormente e valorizando a promoção da saúde não menos que os outros aspectos do cuidado (AQUINO; SOUTO, 2015).

A avaliação de risco não é uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado ao longo do cuidado pré-natal. A qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a gestante a um nível mais complexo de assistência.

Com vistas a favorecer o acesso a esses serviços de maior complexidade, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam a necessidade do estabelecimento de mecanismos que facilitem o cuidado da gestante de alto risco em Rede de Atenção à Saúde (RAS) (CORREA; DOI, 2014).

A organização da RAS está pautada em um processo de regionalização e descentralização que visa à garantia de cuidados em outros pontos de atenção com a efetividade desejada. Na RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Importante lembrar que a RAS é “coordenada pela APS, com vistas à prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa de forma humanizada e com equidade” (MENDES, 2011, p. 82).

Frente ao exposto o estudo buscou responder à seguinte questão: Como se dá o cuidado da gestante de alto risco em Rede de Atenção à Saúde?

Procurando oferecer subsídios para a construção e/ou aplicação de revisões integrativas no cenário da enfermagem, o presente estudo tem como objetivo: Conhecer como se dá o cuidado da gestante de alto risco em Rede de Atenção à Saúde.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura, método que permite sintetizar resultados provenientes de pesquisas sobre um tema, de forma sistemática, ordenada e abrangente. A RI tem apresentado notável penetração na área da enfermagem na última década ao estar associada à tendência de compreender o cuidado em saúde, nos âmbito individual ou coletivo (SOARES *et al.*, 2014).

Esta RI foi conduzida a partir de recomendações propostas por Ganong (1987) - primeira autora da enfermagem que trabalhou tal método - tendo como foco a análise da produção científica sobre as estratégias utilizadas para viabilizar a referência e contrarreferência da gestante de alto risco na RAS.

Um protocolo foi construído com a descrição de todo o processo de revisão, de modo a conduzir a realização da mesma. Desta forma, foram estabelecidos os descritores e as bases de dados que foram consultadas, construídas as estratégias de busca, definidos os critérios de inclusão e exclusão, a sistematização da revisão e o cronograma de realização.

Para o desenvolvimento desta RI foram percorridas seis etapas: identificação do tema e a seleção da questão de pesquisa (apresentados na introdução); estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos com posterior busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos inclusos na RI; discussão e interpretação dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento obtido (GANONG, 1987).

Foram delimitados os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Sendo definidos como critérios de inclusão: artigos de periódicos publicados entre janeiro de 2014 e dezembro de 2017, indexados nas bases de dados selecionadas, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *National Library of Medicine*® (MEDLINE), *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health*

*Literature* (CINAHAL), e as bibliotecas virtuais: Portal da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e também artigos das próprias referências citadas nos artigos incluídos.

As buscas ocorreram no primeiro semestre do ano de 2018. Os artigos selecionados foram publicados nos idiomas inglês, espanhol e português e continham os descritores e/ou palavras-chave listadas no protocolo, presentes no resumo, no título ou assunto/descritor.

Excluíram-se Editoriais, Cartas, Artigos de Opinião, Comentários, Resumos de Anais, Ensaio, Publicações duplicadas, Dossiês, Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais, Relatos de experiência, Estudos de reflexão, Estudos teóricos, Teses, Dissertações, Trabalho de Conclusão de Curso, Boletins Epidemiológicos, Relatórios de gestão, Livros, Materiais publicados em outros idiomas que não eram em inglês, português e/ou espanhol e, estudos que não contemplaram o escopo desta pesquisa.

Elaborou-se para cada base de dados uma estratégia de busca com Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave de modo a abranger a totalidade das publicações relacionadas à temática. Os termos utilizados com variações no singular/plural e seus respectivos termos em português, inglês e espanhol foram: Gravidez de alto risco / *Pregnancy, High-Risk / Embarazo de Alto Riesgo*; Assistência a saúde / *Health care / Asistencia sanitaria*; Atenção Primária a Saúde / *Primary health care / Atención Primaria de Salud*; Encaminhamento e consulta / *Referral and consultation / Enrutamiento y consulta*; Atenção terciária à saúde / *Tertiary health care / Atencion terciaria de salud*. Consultados com os termos booleanos OR para distingui-los e AND para associá-los.

Com base na identificação e por meio da metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), se encontrou 572 artigos cujos títulos e resumos foram lidos sendo utilizado o gestor de referências *EndNote X6* para auxiliar nesta etapa. Ao final deste processo, removeram-se 26 estudos por duplicidade e 470 artigos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, obtendo-se um total de 76 estudos pré-selecionados, que foram submetidos a uma análise na íntegra do seu conteúdo. Durante a leitura detalhada dos artigos, realizou-se também uma análise das referências utilizadas por estes, a fim de verificar estudos possíveis, mas não contemplados nas buscas realizadas nas bases de dados mencionadas. Dessa forma, 4 artigos foram elencados para fazer parte desta RI, já que atendia aos critérios de inclusão da mesma, chegando-se, assim, ao número de 80 artigos. Após uma segunda leitura crítica e minuciosa, excluíram-se

mais 67 artigos, resultando ao final da análise um total de 13 estudos nesta revisão. As estratégias de busca utilizadas estão apresentadas no fluxograma abaixo (Figura 1).

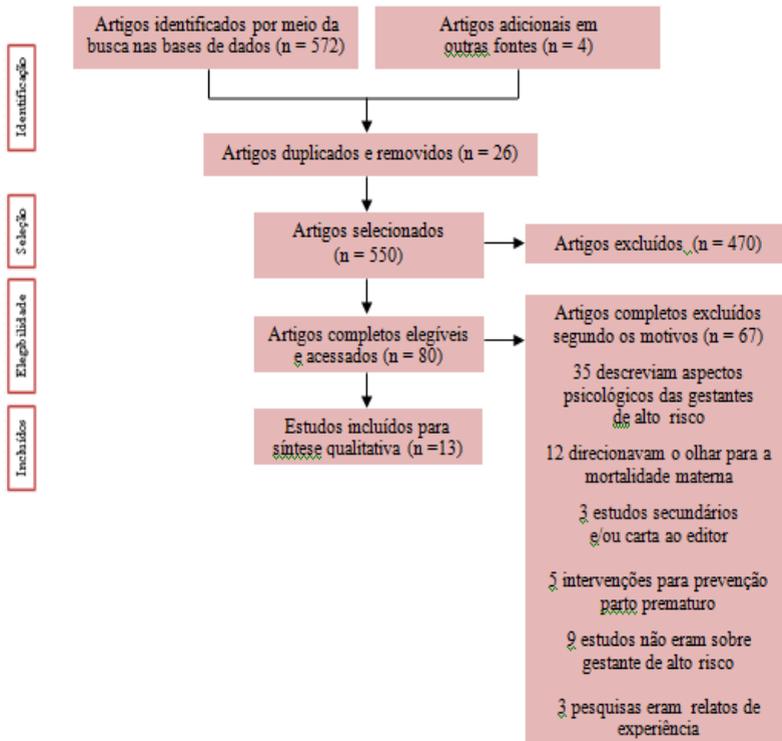


Figura 1: Fluxograma para seleção dos estudos encontrados

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Na terceira etapa, definiram-se as informações a serem extraídas dos estudos. Destaca-se que esta definição foi realizada previamente e as informações foram catalogadas e contemplaram: a base de dados onde o artigo foi encontrado, referência do artigo, objetivo, delineamento da pesquisa, participantes, instrumento de coleta de dados e estratégias utilizadas. Estes dados foram transcritos para um instrumento proposto de coleta de dados que permitiu o detalhamento de cada estudo e, assim, uma melhor análise dos mesmos. Para tanto, utilizou-se uma planilha do programa *Microsoft Excel*®.

Na quarta etapa, realizou-se uma análise crítica e avaliação dos treze artigos incluídos nesta RI de modo a identificar os aspectos metodológicos e a similaridade entre os resultados encontrados, o que permitiu elaborar as seguintes categorias: “Perfil das gestantes de alto risco”, “Estratégias utilizadas na assistência prestada às gestantes de alto risco”, “Acesso aos serviços de saúde: fragilidades e potencialidades” e “Percepções das gestantes de alto risco acerca dos cuidados recebidos”.

A quinta e sexta etapas: discussão e interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento obtido serão apresentadas na descrição dos resultados e discussão, conforme segue.

## RESULTADOS

Conhecendo os estudos, o quantitativo de artigos selecionados para a amostra desta revisão se constituiu em treze artigos, dos quais três foram publicados na base de dados BDENF, dois artigos na base CINAHAL, na base LILACS e SciELO um artigo, na PUBMED/MEDLINE dois artigos e mais quatro artigos constavam na revisão das referências dos estudos elegidos.

No que se refere ao ano de publicação, os de maior incidência em ordem decrescente foram: quatro de 2017, quatro de 2016, três do ano de 2015 e dois de 2014. Logo, observa-se um aumento de publicações sobre o assunto no decorrer dos anos pesquisados.

Com relação aos países de publicação os que mais apareceram em ordem decrescente foram: dez do Brasil, um da China, um da Malásia e um da Inglaterra.

As abordagens metodológicas utilizadas para o desenvolvimento das pesquisas foram: seis de abordagem qualitativa; seis de abordagem quantitativa; e, um de abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

O Quadro 1 ilustra o que foi apresentado até o momento com foco nas bases de dados, referências, objetivo, delineamento da pesquisa, participantes, instrumento de coleta de dados e resultados.

Quadro 1: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados, referências, objetivo, delineamento da pesquisa, participantes, instrumento de coleta de dados e resultados.

Bases de dados	Autor/Título/Ano	Objetivo	Delineamento da pesquisa	Participantes	Instrumento de coleta de dados	Resultados
BDEF	OLIVEIRA, D.C.; MANDÚ, E.N.T. <b>Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado.</b> 2015	Compreender vivências e percepções de mulheres com gestação de maior risco, relativas aos problemas/necessidades de saúde e práticas de cuidado.	Estudo descritivo-qualitativo.	12 mulheres em acompanhamento pré-natal em um serviço público especializado	Entrevista semi-estruturada e análise de conteúdo temática	As participantes expressam a vivência de importantes eventos que influem em sua saúde. Contudo, para o pré-natal, avalizam cuidados orientados pela perspectiva de risco, de controle dos problemas médicos. Reportam-se à necessidade de cuidados amplos.
BDEF	DUQUE, D.A.A.; SOUZA, M.D.; FERNANDES, M.B.; FRIEDRICH, D.B.C. <b>Experiências de gestantes assistidas na atenção secundária à saúde.</b> 2016	Descrever as vivências de gestantes atendidas em uma Unidade de Atenção Secundária à Saúde.	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa	11 gestantes em acompanhamento de pré-natal.	Entrevista semi-estruturada e analisada por meio da técnica análise de conteúdo	Constatou-se que a assistência ficou restrita à consulta médica com destaque para inexistência de ações de outros profissionais e ausência de trabalho interdisciplinar
BDEF	MELO, M.N.; AMORIM, T.V.; SALIMENA, A.M.O.; et al. <b>Hospital care of women that experienced a high risk pregnancy: contributions to nursing.</b> 2016	To understand the hospital care of women who experienced a high-risk pregnancy.	Descriptive, exploratory study with a qualitative approach	10 deponents the hospital care during pregnancy, childbirth and Postpartum	Open Interview.	Foi possível identificar a importância do cuidado de enfermagem na medida em que proporcionou cuidados, segurança e proteção, fornecendo assistência para a

						qualificação.
CINAHAL	NAZARETH, J.V.;SOUZA, K.V.; BEINNER, M.A.et al., <b>Special attention to women experiencing high-risk pregnancy: Delivery, Care assistance and neonatal outcomes in two Brazilian maternity wards.</b> 2017	To compare two care models of high-risk pregnant women—a House for Pregnant Women, staffed by nurse-midwives, versus a traditional care model in a hospital maternity ward.	Cross-sectional, quantitative study.	312 pregnant women at high risk of gestational age from 22 weeks to 36 weeks and six days.	Descriptive, bivariate and multivariate statistics using Poisson regression.	O modelo assistencial Casa das Gestantes, foi menos intervencionista e mais humanizado, porém com resultados tão favoráveis quanto em um ambiente de maternidade convencional.
CINAHAL	AZEVEDO, R.O.;FERREIRA, H.C.;SILVINO, B.P.C., et al., <b>Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study.</b> 2017	To describe the profile of high-risk pregnant women attending the HUAP maternity hospital.	Descriptive, retrospective and documentary research, with a quantitative approach, performed at a hospital in Niterói/RJ.	148 medical records of high-risk pregnant women admitted to the hospital, from July 1, 2011 to June 30, 2012	Descriptive statistics.	A maioria das gestantes foi ao hospital por escolha própria (42,6%), pois apresentavam sintomas de clínica geral. Foram identificados 59 causas de hospitalização, com maior ocorrência devido à amniorrexia prematura e hipertensão arterial.
LILACS	SANTOS, D.T.A.;CAMPOS, C.S.M.; DUARTE, M.L. <b>Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma Maternidade Escola de Maceió, Alagoas, Brasil.</b> 2014	Descrever o perfil epidemiológico das patologias prevalentes na gestação de alto risco na Maternidade Escola Santa Mônica, município de Maceió, Alagoas.	Estudo epidemiológico, transversal e retrospectivo de análise descritiva dos dados de prontuários. Pesquisa quantitativa.	316 prontuários de gestantes alto risco	Preenchimento de formulário contendo informações dos prontuários.	O perfil epidemiológico encontrado foi o trabalho de parto prematuro em gestantes jovens e múltiparas que evoluíram para um parto cesariano e pré-termo.

PUBMED	SUN, L., et al. <b>Estimation of high risk pregnancy contributing to perinatal morbidity and mortality from a birth population-based regional survey in 2010 in China.</b> 2014	This study was to explore relations of pregnancy complications and neonatal outcomes from a regional birth population.	In a prospective, cross-sectional	All births, including fetal death, stillbirth and live births, collected from January 1 to December 31, 2010.	Observational parameters, birth registration form	Este inquérito revelou ligações variáveis de complicações da gravidez ao resultado perinatal em associação com partos de cesárea muito altos, o que justifica a investigação de relações causais entre gravidez de alto risco e desfecho neonatal nesta região emergente.
PUBMED	YEOH, P. L.; HORNETZ, K.; DAHLUL, M. <b>Antenatal Care Utilisation and Content between Low-Risk and High-Risk Pregnant Women.</b> 2016	Assess the adequacy of pregnancy care and outcomes for different risk groups.	Retrospective study using a multi-stage sampling technique in health care clinics	522 records of eligible women were analyzed	Cross tabulation and descriptive statistics	A utilização desproporcional de cuidados pré-natais de acordo com o nível de risco de gravidez indica a necessidade de um melhor agendamento de atendimento. A abordagem orientada para o risco, muitas vezes resulta em uma tendência para se concentrar nas condições de risco das mulheres. Intervenções de treinamento são recomendadas para melhorar a comunicação e ajudar os profissionais de saúde a entender as prioridades das mulheres.

PUBMED	DEMITTO, M.O.; GRAVENA A.A.F.; DELL'AGNOLO, C.M.; et al. <b>Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal.</b> 2017	Identificar os fatores associados à mortalidade neonatal intra-hospitalar sobre as características individuais de gestantes em risco, parto e recém-nascidos.	Estudo epidemiológico de corte transversal	688 mulheres	Os dados foram coletados por meio do prontuário da gestante	Trabalho de parto prematuro, fetal malformação e gestações múltiplas foram associadas ao óbito neonatal. Identificando fatores de risco pode ajudar a planejar ações para consolidar a rede perinatal.
PUBMED	LEE, S.; AYERS, S.; HOLDEN, D. <b>Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: a qualitative study.</b> 2016	Objective To examine the perception of risk among pregnant women with high risk pregnancies who were either planning to give birth in hospital or at home despite medical advice to the contrary. The intention	Qualitative study	26 women with high risk pregnancies with at least 32 weeks of pregnancy	Semistructured interviews	A percepção de risco é individual e subjetiva. Mulheres com gravidez de alto risco que planejam dar à luz em casa percebem o risco de forma diferente das mulheres que planejam partos hospitalares.
SCIELO	VITÓRIA, T.O.; MOREIRA, R.C.R. <b>Acessibilidade de gestantes ao pré-natal de alto risco.</b> 2017	Compreender a acessibilidade de mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco, atendidas em unidade de referência especializada em um município da Bahia.	Estudo qualitativo e quantitativo, exploratório e descritivo.	24 mulheres	Entrevista semiestruturada	A acessibilidade se apresenta fragmentada devido ao desconhecimento da rotina de encaminhamentos pelos profissionais de saúde, falta de estrutura física e localização adequada, burocracia para iniciar o acompanhamento no pré-natal de alto risco e fragilidade no sistema de referência e

						contra-referência.
SCIELO	XAVIER, R.; BONAN, C.; SILVA, K.S., et al. <b>Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação.</b> 2015	Analisar itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação.	Estudo de relatos orais	35 mulheres	Entrevista em profundidade, utilizando-se pauta temática	Múltiplas situações de vulnerabilidade e afetam o itinerário de cuidados, incluindo dificuldades de acesso a serviços especializados e a relação com os profissionais de saúde.
SCIELO	CABRITA, B.A.C.; ABRAHÃO, A.L.; ROSA, A.P. <b>A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde.</b> 2015	Compreender o itinerário terapêutico da gestante de alto risco do município de Niterói no acompanhamento do seu pré-natal, sob a ótica da Integralidade e da atenção à saúde	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	5 gestantes de alto risco	Entrevista semiestruturada	O acesso ao serviço de referência revelou-se, de acordo com as gestantes, rápido, porém, a continuidade da atenção pela unidade de origem do pré-natal ainda se mostrou frágil perante a abordagem integral e participativa na vida das usuárias.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

## Síntese dos estudos

Optou-se por realizar uma avaliação e análise detalhada. Esta avaliação seguiu as etapas do modelo analítico de Ganong (1987). Por se tratar de uma RI com abordagem qualitativa, a síntese foi realizada na forma de descrição a partir da análise e checagem dos dados coletados.

Para organizar o conteúdo proveniente dos artigos incluídos nesta revisão foram elencadas as respectivas categorias: “Perfil das gestantes de alto risco identificadas nos estudos”, “Estratégias utilizadas na assistência prestada às gestantes de alto risco”, “Acesso aos serviços de saúde: fragilidades e potencialidades” e “Percepções das gestantes de alto risco acerca das estratégias de cuidados recebidos”.

## Perfil das gestantes de alto risco identificadas nos estudos

Esta categoria permeia todos os estudos analisados, uma vez que foi necessário o reconhecimento do perfil das gestantes para análise dos estudos. Todavia, três pesquisas descrevem mais minuciosamente o perfil das gestantes de alto risco atendidas. Azevedo *et al.* (2017) ao estudar o perfil das gestantes de alto risco hospitalizadas em um Hospital Universitário (HU), destaca que dos 148 prontuários investigados, a maior parte das gestantes procurou o HU por livre demanda, sendo identificadas 59 causas que levaram à internação, entre elas a amniorrexe prematura (10,8%), hipertensão arterial não classificada (10,1%), trabalho de parto (6,8%) e diabetes mellitus (6,1%). Os dados analisados neste estudo apontam para um perfil de gestantes jovens adultas, com predominância daquelas com idade entre 21 e 30 anos, mas com percentual significativo de mulheres com idade inferior a 20 anos (23,0%), entre elas, 19 adolescentes. No que se refere à situação conjugal, 52,7% das mulheres informaram que tinham companheiro. Os dados apontam, ainda, para um perfil de gestantes de baixa escolaridade, sendo o maior nível de formação o ensino médio completo (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Santos *et al.* (2014) em sua pesquisa sobre o perfil epidemiológico das patologias de uma gestação de alto risco, destaca que dos 316 prontuários analisados o trabalho de parto prematuro (TPP) foi a condição mais prevalente, representando 31,4%. Na comparação da prevalência de pré-eclâmpsia e eclâmpsia esta patologia esteve mais presente nas gestantes entre 20 e 30 anos (41,3%), primigestas (72,2%), que evoluíram com parto a termo (63,9%). Em relação à idade materna 72,7% das gestantes eram jovens. Quanto ao número de gestações, as múltiplas corresponderam a 52,9%, e considerando o tipo de parto, 59,0% foram cesáreos. Diante da alta prevalência do TPP entre as condições que levaram à gestação de alto risco, torna-se importante instituir medidas que as previnam o nascimento prematuro (SANTOS *et al.*, 2014).

Um terceiro estudo realizado por Demitto *et al.* (2017) com o objetivo de identificar os fatores associados à mortalidade neonatal intra-hospitalar com base nas características individuais de gestantes de risco, do parto e do recém-nascido, trouxe como resultados da pesquisa com 688 mulheres: TPP, malformação fetal e gestação múltipla como as principais intercorrências associadas ao óbito neonatal. Dos prontuários revisados foi observado que mais da metade das mulheres eram brancas, tinham idade entre 20 e 39 anos e apresentavam mais de 8 anos de

estudo. Os autores consideram que a identificação de fatores de risco pode auxiliar no planejamento de ações para consolidação da de um pré-natal adequado (DEMITTO *et al.*, 2017).

### **Estratégias utilizadas na assistência prestada às gestantes de alto risco**

Os principais achados desta categoria encontram-se em três artigos. Destes cabe citar inicialmente o estudo desenvolvido por Nazareth *et al.* (2017), que relata a assistência prestada por uma Casa para Gestantes e por uma Maternidade Hospitalar a grávidas de alto risco com idade gestacional de 22 semanas a 36 semanas e seis dias. Evidenciou-se que ambos modelos de atenção trouxeram estratégias positivas em relação ao cuidado com o recém nascido. Todavia, as estratégias de cuidados maternos e perinatais prestados na Casa para Gestante, foram menos intervencionistas e focado em uma maior abordagem centrada nas mulheres. As gestantes tiveram atenção mais humanizada por parte dos profissionais de saúde e em instâncias de melhora do diagnóstico clínico, a mulher recebe alta e continua seus cuidados pré-natais de alto risco em nível ambulatorial no centro de referência mais próximo de sua residência (NAZARETH *et al.*, 2017).

Um segundo estudo, realizado na China por Sun *et al.* (2014) procurou explorar as relações de complicações da gravidez e resultados neonatais de uma determinada população de nascimentos regionais. Apesar de na última década, a China ter tido um declínio dramático na mortalidade infantil, não havia estudos que evidenciassem como a gravidez de alto risco estaria vinculada a taxa de mortalidade perinatal e neonatal no total de nascimentos e nascidos vivos. Com isso, a pesquisa revelou, em um cenário de estudo de 151 hospitais que prestam serviços de assistência a crianças e cuidados neonatais, que estratégias como: a caracterização da incidência de complicações pré-natais e intraparto, o modo de parto associado a riscos perinatais e neonatais e resultados de hospitais regionais, podem facilitar a estimativa da eficácia de políticas e programas relacionados a gravidez e parto em todo o país, bem como a limitação de sobrecarga e recursos (SUN *et al.*, 2014).

O estudo proposto por Yeoh *et al.* (2016) com o objetivo de avaliar a adequação dos cuidados e resultados da gravidez para os diferentes grupos de risco, trouxe como resultado a utilização desproporcional dos cuidados pré-natais, de acordo com o nível de risco de gravidez. Os resultados dos estudos demonstram que as mulheres sem fatores de risco usavam os serviços pré-natais com maior

frequência do que o recomendado. Segundo os autores, essa utilização excessiva é problemática para configurações com poucos recursos. Além disso, o estudo identificou que uma proporção substancial de mulheres de alto risco utilizava cuidados abaixo do padrão recomendado (YEOH *et al.*, 2016).

### **Acesso aos serviços de saúde: fragilidades e potencialidades**

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, estudos expõem percursos às ações e interações com distintos sistemas de cuidado. Xavier *et al.* (2015) relata em seu estudo os itinerários de cuidados à saúde de mulheres com hipertensão na gestação em que muitas das entrevistadas tiveram dificuldades de acesso a serviços eficientes e resolutivos. Isso se deu pela distância entre o hospital e a residência e a deficiência dos transportes públicos. E em outros momentos pela ineficiência do pré-natal na unidade de saúde, que não as encaminhou ao serviço de referência quando necessário. Em outros casos, o percurso em busca de cuidados foi marcado por episódios de embates com os profissionais de saúde, pelos quais as mulheres sentiram-se julgadas, maltratadas e discriminadas pelas suas condições de saúde e desejo reprodutivo. Uma questão que merece destaque é o fato de o domínio de outros saberes sobre saúde e cuidados, aprendidos na família e na comunidade, e as dificuldades de acesso e resolutividade dos problemas nos serviços de saúde acabam por motivar outras práticas de cuidado, como: fórmulas vegetais e chás de diversas naturezas e recursos espirituais (XAVIER *et al.*, 2015).

No atendimento pré-natal, a acessibilidade às unidades de referência deve ser eficiente para atender as singularidades de mulheres que apresentam uma gestação de alto risco. O estudo de Vitória e Moreira (2017) aponta que a acessibilidade se apresenta fragmentada devido ao desencontro de informações, desconhecimento da rotina de encaminhamentos pelos profissionais de saúde, falta de estrutura física e localização adequada, burocracia para iniciar o acompanhamento no pré-natal de alto risco e fragilidade no sistema de referência e contrarreferência das gestantes de alto risco. Apesar das dificuldades expressadas pelas participantes em relação à acessibilidade ao atendimento de pré-natal de alto risco, as mesmas buscavam individualmente meios para alcançar o seu atendimento independente da localidade, horário de atendimento, tempo de espera e agendamento de retorno (VITÓRIA; MOREIRA, 2017).

Um estudo desenvolvido por Cabrita *et al.* (2015) busca oferecer um olhar reflexivo sobre o itinerário terapêutico da gestante de alto risco atendida na unidade de saúde de referência. Foram elencadas 18 gestantes com idade maior que 18 anos, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e que realizavam tanto o tratamento na unidade de origem quanto na especializada. Aspectos como pré-natal tardio, dificuldade de acesso à atenção especializada, mesmo quando medidas mais rigorosas de referência são implantadas, como a regulação da assistência, ainda são dificuldades vivenciadas. Com isso, o tratamento das complicações da gravidez, é atravessado por tensões, ansiedades, adequações para novos hábitos, mudança nos papéis sociais e saberes que não estão descritos em algum nível de complexidade da assistência, incluindo grandes aparatos tecnológicos que vão proporcionar e satisfazer o seu cuidado (CABRITA *et al.*, 2015).

### **Percepções das gestantes de alto risco acerca das estratégias de cuidados recebidos**

Nos estudos analisados, três relataram mais detalhadamente a percepção de mulheres que vivenciaram uma gestação de alto risco: Oliveira e Mandú (2015), Duque *et al.* (2016) e Melo *et al.* (2016). No primeiro estudo evidencia-se a prática do pré-natal de alto risco em um hospital público de referência, por meio do significado atribuído por estas gestantes. No relato de suas vivências gestacionais, as mulheres expressaram vários aspectos pessoais, intersubjetivos, familiares, institucionais e sociais entrelaçados, com consequências ou possíveis consequências nefastas à sua saúde, a de seu filho e família. Contudo, demonstravam sentir satisfação e felicidade, pela concretização do desejo de ter um filho, a partir de um ideal social de maternidade que possuíam (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

O segundo estudo apresenta a experiência de gestantes que aguardavam o atendimento municipal no serviço de atenção secundária à saúde. O nível secundário de atenção à saúde dispõe de assistência especializada em ambulatórios com recursos tecnológicos para agilizar os diagnósticos e direcionar as condutas terapêuticas e integra a RAS. Entre os motivos que levaram as mulheres ao nível secundário está a existência ou não do serviço de saúde na área onde moravam ou a presença de alguma complicação na gravidez, sendo a falta do profissional médico na equipe de saúde uma das justificativas para o encaminhamento. Algumas mulheres alegaram motivos associados ao seu quadro de saúde. Outras já relacionaram o fato de haver nesses

serviços profissionais mais qualificados em relação ao local de origem. Quanto às especificidades do atendimento em nível secundário todas as 11 gestantes desconheciam a denominação e as características da assistência organizada pelas RAS (DUQUE *et al.*, 2016).

A terceira pesquisa evidencia o cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco e foram internadas durante o pré-natal, parto e/ou puerpério. Elas relataram a experiência de sofrimento ao ter uma gravidez de risco, bem como, a falta de atenção de alguns profissionais a esse sofrimento e à falta de orientação sobre os fatores de risco da gravidez (MELO *et al.*, 2016).

Diante deste contexto, a pesquisa de Lee *et al.* (2016) também detalhou a percepção de gestantes, porém relacionada a um grupo de mulheres com gravidez de alto risco que planejavam dar à luz em um hospital ou em casa. A percepção de risco foi individual e subjetiva. Mulheres com gestações de alto risco que planejam dar à luz em casa perceberam o risco de forma diferente que as mulheres que planejavam partos hospitalares. As mulheres que planejaram partos domiciliares avaliaram seus riscos como menores e expressaram menos preocupações do que mulheres que planejam partos hospitalares. O estudo identificou cinco temas relacionados à percepção: compreensão da situação, julgamento do risco, reafirmação dos fatores de risco, impacto do risco e resistência ao risco. A pesquisa também mostrou que muitas mulheres com gestações de alto risco têm conhecimento das informações, bem como as formas assistenciais, mas acima de tudo mostram a preocupação com o bem-estar dos seus bebês (LEE *et al.*, 2016).

Outros estudos também mostram a percepção das mulheres sobre os cuidados recebidos, sendo que o atendimento por profissionais diferentes durante o pré-natal na APS foi criticado ao dificultar o vínculo e relações de confiança, motivando-as a buscar cuidados em outros locais (XAVIER *et al.*, 2015).

## DISCUSSÃO

Simples cuidados ofertados às gestantes podem fazer a diferença na qualidade do pré-natal. É essencial também conhecer o perfil das mulheres e identificar os determinantes de saúde que podem interferir no desenvolvimento saudável da gestação, pois essa caracterização dará respaldo à equipe de saúde para desenvolver ações de promoção que tragam a melhoria da qualidade de vida às gestantes, bem como a realização dos encaminhamentos em momento oportuno durante a

assistência pré-natal (RODRIGUES *et al.*, 2017). Entretanto, dentre os estudos elencados, o perfil das gestantes estava direcionado apenas aos dados clínicos existentes.

A respeito das avaliações dos serviços relacionados com a atenção pré-natal, observa-se que, em determinados contextos, os serviços oferecidos estão muito aquém do que é preconizado; em outros, embora considerados adequados, os resultados apontam que necessitam de constantes melhorias. Cabe ao sistema de assistência à saúde local considerar esses elementos que dificultam, em alguns momentos, o atendimento de referência em pré-natal de alto risco e reestruturar o processo de regulação. A necessidade de um melhor agendamento para atendimentos, por meio de uma classificação de risco adequada e capacitações periódicas são recomendações para intensificar a comunicação e ajudar os profissionais de saúde a entender as prioridades de cada gestante a ser atendida. A assistência requer ainda habilidade e efetividade profissionais no manejo de situações emergenciais ou potencialmente complicadoras durante o ciclo gravídico puerperal (AMORIM *et al.*, 2017).

Os estudos revelam a existência de lacunas a serem preenchidas dentro da assistência à gestante de alto risco: a fragilidade da RAS na oferta de serviços à gestante; a falta de estratégias de ação da equipe de saúde; a necessidade de maior acompanhamento pré-natal de alto risco de forma integral entre as unidades de saúde, da baixa à alta complexidade da assistência; e uma abordagem mais criteriosa e comprometida.

O acesso ao serviço de referência revelou-se em tempo oportuno, mas a continuidade da atenção pela unidade de origem do pré-natal ainda se mostrou frágil perante a abordagem integral e participativa na vida das gestantes. Verificou-se que há dificuldade, mas mais detalhadamente quando se trata de encaminhamentos dentro do próprio município, principalmente ao serviço de referência para média e alta complexidade.

Esta dificuldade vai de encontro ao estudo desenvolvido por Medeiros e Gerhardt (2015) sobre a avaliação da RAS em pequenos municípios, sendo que foi constatada a existência uma RAS, porém esta não estava configurada como uma rede conforme critérios de análise, dificultando assim o estabelecimento de uma assistência integral e resolutiva (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

A assistência pré-natal deve ser organizada com intuito de atender às reais necessidades das gestantes, de modo a assegurar assistência integral à mulher em nível primário, secundário e terciário.

Mas para isso é necessário reconhecer a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência para o pré-natal de alto risco e permitir a socialização e divulgação de pesquisas em defesa da garantia da acessibilidade e qualidade no atendimento pré-natal, beneficiando não só as gestantes, mas todos os usuários do sistema de saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Com base no que foi detalhado referente às “percepções das gestantes de alto risco acerca dos cuidados recebidos”, desvela-se fatores que interferem nas experiências vivenciadas. Desde o conhecimento desta gestante sobre sua situação atual, condição socioeconômica, familiar e social, até a oferta de uma atenção de qualidade no pré-natal.

Neste contexto, o fortalecimento do vínculo entre gestantes e profissionais de saúde, bem como, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos se faz necessário para o desenvolvimento do cuidado ofertado durante o pré-natal de alto risco e a aplicação de novas práticas de saúde. Compreender quais percursos a mulher percorre em busca do seu cuidado durante a gestação e como essas práticas são planejadas dentro do trabalho em RAS é fator primordial para um cuidado com qualidade.

## CONCLUSÃO

Os estudos analisados permitem a identificação de estratégias de cuidado com as gestantes de alto risco em RAS, sendo estas determinadas por diferentes metodologias. Os desafios do cuidado ainda estão presentes, ficando claro o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado ofertado a esta gestante.

Contudo, os artigos encontrados não atenderam o real objetivo da RI, proposto no início da investigação. Limitações podem estar associadas à escassez de estudos que direcionem o olhar para a análise da integração das redes de atenção.

Os estudos, em sua maioria, no tocante ao cuidado materno-infantil, ainda se limitam a uma abordagem descritiva dos serviços prestados e das características da assistência à saúde individualizada, tais como a percepção das gestantes, cobertura, número e adequação das consultas pré-natais e tipo de parto.

## REFERÊNCIAS

ALKEMA, L. *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**. v. 387, n. 10017, p. 462-74. 2016. Available in: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7) Access in: 05 aug. 2018.

AMORIM, T. V. *et al.* As perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 46, abr. 2017. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt\\_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf) Acesso em: 02 nov. 2018.

AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 568-76. 2015. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150124> Acesso em: 22 set. 2018.

AZEVEDO, R. O. *et al.* Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study. **Online Brazilian of Nursing** [internet], v.16, n.2, p.218-25, 2017. Available in: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5541> Access in: 10 aug. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico** 5. ed. Brasília: DF, 2012.

CABRITA, B.A.C. *et al.* A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1139-48, 2015. Disponível em: <http://DOI:10.4025/cienccuidsaude.v14i2.24250> Acesso em: 22 set. 2018.

CORREA, A. C. P.; DÓI, H. Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde de Cuiabá. **Ciência**,

**Cuidado e Saúde**. Jan/Mar, v. 13, n.1, p. 104-10. 2014. Disponível em: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19916/pdf\\_119](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19916/pdf_119) Acesso em: 24 mar. 2018.

DEMITTO, M. O. *et al.* Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, n. 51, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208> Acesso em: 24 ago. 2018.

DUQUE, D. A. A. *et al.* Experiências de gestantes assistidas na atenção secundária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v.10, n. 12, p. 4612-19, 2016. Disponível em: <http://10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201624> Acesso em: 12 ago. 2018.

GANONG, L. H. Integrative review of nursing research. **Research Nursing & Health**, n. 10, v. 1, p. 1-11. 1987.

LEE, S.; AYERS, S.; HOLDEN, D. Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study. **Midwifery** v. 38, p. 49-54, 2016. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.008> Access in: 10 may. 2018.

MEDEIROS, C. R. G. GERHARDT, T. E. Avaliação da rede de atenção à saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde Debate**, v. 39, p. 160-70. Disponível em: DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005201 Acesso em: 12 nov. 2018.

MELO, M. N. *et al.* Hospital care of women that experienced a high risk pregnancy: contributions to nursing. **Journal of Nursing UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 11, p. 3911-17, Nov., 2016. Available in: <http://10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201612> Access in: 13 aug 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. 2 ed. Brasília-DF: 2011.

NAZARETH, J. V. *et al.* Special attention to women experiencing high-risk pregnancy: Delivery, care assistance and neonatal outcomes in two Brazilian maternity wards. **Midwifery** v. 53, p. 42-8, 2017. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.009> Access in: 10 aug. 2018.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** v. 19, n.1, Jan-Mar, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013> Acesso em: 12 mar. 2018.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* **Gravidez de alto risco**: análise dos determinantes sociais de saúde. v. 16, spl. 1, SANARE: Sobral, 23-28, 2017.

SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade.**, v. 9, n.30, p. 13-22. 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687) Acesso em: 22 set 2018.

SILVA, J. R. *et al.* Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em uma Maternidade Pública. 2018. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 109-16, 2018.

SOARES, C. B. S. *et al.* Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 48, n. 2. São Paulo: 2014. Avalible in: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020> Access in: 12 set 2018.

SUN, L., *et al.* Estimation of high risk pregnancy contributing to perinatal morbidity and mortality from a birth population-based regional survey in 2010 in China. **Pregnancy and Childbirth.** v.14, n.338, p. 2-14, 2014. Avalible in: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/338> Access in: 10 may 2018.

VITÓRIA, T.O.; MOREIRA, R. C. R. Acessibilidade de gestantes ao pré-natal de alto risco. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 45-51, 2017. Disponível em: DOI: 10.13102/rscdauefs.v7i3.1273 Acesso em: 12 set 2018.

XAVIER, R.B. *et al.* Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensiva s na gestação. **Interface**, v. 19, n. 55, p. 1109-1120, 2015. Disponível em: doi: 10.1590/1807-57622014.0112 Acesso em: 12 ago. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality:** fact sheet. Geneva: World Health Organization. 2016b. Available in: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html> Access in: 10 may. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: World Health Organization. 2016a. Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-webannexes-eng.pdf?sequence=5> Access in: 10 may. 2018.

YEOH, P. L.; HORNETZ, K.; DAHLUI, M. Antenatal care utilisation and content between low-risk and high-risk pregnant women. **PLOS ONE**. Mar 24, 2016. Available in: <http://DOI:10.1371/journal.pone.0152167> Access in: 10 ago. 2018.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na busca por uma melhor percepção e sustentação, optou-se por relacionar o estudo a uma abordagem teórica reflexiva embasada nos conceitos e princípios do paradigma da complexidade para o cuidado da gestante de alto risco.

O pensamento complexo, nesta perspectiva, surge como uma compreensão através das propostas elencadas, as inter-relações, retroações e associações entre as partes e o todo. Sendo que as partes representam cada componente da rede de atenção de cuidados em saúde, e o todo a junção de todos estes componentes. Sob esta ótica, a complexidade torna-se instrumento capaz de reunir o todo ao passo que também reconhece o singular, o concreto e o individual (MORIN, 2011).

#### 3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO NA PERSPECTIVA DO CUIDADO DA GESTANTE DE ALTO RISCO

Estudos realizados no mundo da ciência procuram utilizar o pensamento complexo como subsídio para fomentar discussões na área da saúde com vistas a uma maior compreensão acerca dos desafios inerentes à área.

Edgar Morin, precursor desta teoria, nasceu em Paris (França) em 8 de julho de 1921. Formou-se em História, Geografia e Direito. No decorrer de sua trajetória profissional interessou-se pelos estudos de Filosofia, Sociologia e Epistemologia. Em 1977, Edgar Morin publicou o primeiro volume da obra intitulada “O Método” que é composta por outros cinco volumes posteriores. Recebeu o reconhecimento público por sua contribuição como um dos principais filósofos franceses contemporâneos, sendo agraciado como Diretor Emérito de Pesquisa do Centro Nacional Francês para Pesquisa Científica (PIMENTA, 2013).

Atualmente, Edgar Morin é considerado um dos principais pensadores sobre a complexidade, sendo autor de mais de trinta livros, entre eles: *Introdução ao pensamento complexo*, *Ciência com consciência* e *Os sete saberes necessários para a educação do futuro*.

O grande desafio do pensamento complexo, para Morin, não é como no pensamento simples onde se tem a busca pela completude, mas sim de poder estabelecer uma articulação entre os mais diversos campos de pesquisas (PIMENTA, 2013).

A complexidade surge, na verdade, lá onde o pensamento simplificador falha, integrando em si tudo o que põe ordem, clareza,

distinção, precisão no conhecimento (MORIN, 2011). Neste contexto, insere-se a prática da assistência à gestante de alto risco, que desta forma, torna-se permeada por interações e vivências sejam elas individuais, coletivas e/ou subjetivas.

O pensamento complexo é fortalecido pela ideia de que a interdisciplinaridade por ser uma prática de saúde integrada e coletiva é a chave para a resolução dos problemas que estão fragmentados, unidimensionais. É o ponto de partida para a multidimensionalidade. A multidimensionalidade contribui para o desafio da complexidade que é uma formação humanista, capaz de superar as fragmentações existentes e atentar para o aspecto progressivo (MORIN, 2005).

A complexidade descrita por Morin ainda implica compreender os fenômenos sob diversas perspectivas, considerando que diversos sentidos estabelecem-se sob variados contextos. Com isso, para se refletir à luz do pensamento complexo é necessário compreender os princípios complementares e interdependentes definidos como: sistêmico ou organizacional, da autonomia/dependência, circuito retroativo, circuito recursivo, dialógico, hologramático e da reintrodução do conhecimento, traduzindo, portanto, a compreensão do pensamento (MORIN, 2011).

O princípio sistêmico faz-nos pensar numa relação de sistemas, para atender a complexidade dos processos organizacionais e ampliar os processos associativos, como ligar o conhecimento das partes com o conhecimento do todo e o conhecimento do todo com o conhecimento das partes (MORIN, 2005). Considera-se, neste estudo, que o todo é a RAS, e as partes, cada ponto de atenção desta rede de cuidados (unidade de saúde, unidade de pronto atendimento, hospital, maternidade, entre outros) capaz de acolher, classificar e assistir a gestante de alto risco de acordo com suas especificidades, encaminhando-a ao serviço e adequado deste todo.

No entendimento do princípio da autonomia, a organização necessita de abertura do ecossistema no qual se nutre e se transforma para assim manter sua autonomia (MORIN, 2011). Os componentes do todo são autônomos, mas não independentes do meio externo. Estes componentes constituintes da RAS são independentes entre si, mas dependentes de um processo auto-eco-organizacional que permite a existência de cada um dentro do sistema de cuidados.

Já o princípio da retroatividade rompe com a lógica linear dos acontecimentos e permite a construção de um circuito ou um vai e vem entre os pontos individuais e o conjunto (MORIN, 2011). Este fenômeno é observado quando ocorre a referência e contrarreferência de

uma gestante de alto risco. A mesma é atendida em uma unidade de saúde, encaminhada a um nível secundário ou terciário e, após, é contrarreferenciada à APS causando um efeito de retroatividade.

O princípio da recursividade vai além da retroatividade, representando o produto dos processos organizacionais e associativos do sistema como um todo. A recursividade produz-se e reproduz-e a si mesmo (MORIN, 2011). O cuidado da gestante de alto risco possibilita a interação entre os componentes do todo, e essas interações ao formar um todo são capazes de retroagir sobre os componentes para co-produzi-los como sistemas de cuidado. Dessa forma o produto final é a própria auto-organização do processo que não poderia acontecer se não existisse a produção do processo.

O princípio da dialógica compreende que noções contraditórias, tais como a ordem e a desordem, as certezas e as incertezas, concebem um mesmo fenômeno complexo (MORIN, 2011). Tal fato é observado no caso de um atendimento de uma gestante de alto risco em uma unidade de saúde, onde é percebida através da classificação de risco uma instabilidade e com isso a mesma é encaminhada em caráter de urgência para uma unidade hospitalar fazendo com que o profissional que a atende identifique a certeza em ter encaminhado a gestante a incerteza mediante a realidade em que ela se encontra no momento.

No princípio hologramático as partes estão no todo e o todo está inscrito em cada uma das partes, onde cada uma das partes tem suas individualidades e juntas constituem o todo (MORIN, 2011). Assim, ao se identificar as partes como cada uma das gestantes a serem atendidas em determinado município ou ponto da RAS, no caso deste estudo do município de Araranguá, deve-se pensar nas singularidades para realizar uma assistência adequada e com segurança. Compreender e assistir cada gestante conforme a sua condição de saúde, que pode variar entre uma gestante e outra. Mas todas estas gestantes de alto risco pertencem a um mesmo município e o representam.

Por último, o princípio da reintrodução do conhecimento compreende o sujeito como um ser complexo, capaz de reconstruir sua realidade através de conhecimentos. Todo conhecimento é uma reconstrução (MORIN, 2011).

Nesta direção, para compreender o cuidado da gestante de alto risco diante da perspectiva do pensamento complexo é preciso entender que a rede de cuidados assistenciais que circunda todo este processo deve ser interligada e não fragmentada, para que seja possível a realização de um cuidado com qualidade. Deve ser marcada pela interconectividade e interdependência com os demais pontos de

assistência, no sentido de perceber a ordem, a desordem e a organização como elementos integrantes e, ao mesmo tempo, indutores de novos e mais complexos processos interacionais (BACKES, 2011; MORIN, 2011).

A complexidade pode ser considerada relativa ao aumentar de acordo com o número de componentes de um sistema, o número de relações entre eles e a singularidade destas relações. Cabe ressaltar que a singularidade reflete a ideia de que expandir um sistema por mera repetição ou transformações simples de relações e componentes não contribui substancialmente para a sua complexidade. Embora o grande número de componentes de um sistema possa torná-lo complicado, é o grau e o número de relações entre eles, que o torna complexo (KANNAMPALLIL *et al.*, 2011).

Edgar Morin propõe em sua teoria uma nova forma de refletir sobre a complexidade dos componentes de um sistema através da mudança nas estruturas mentais, na forma como pensamos a ciência e os problemas fundamentais.

No pensamento complexo, o objetivo não é chegar a uma verdade absoluta, mas sim elaborar macroconceitos, metapontos de vista que superem a lógica tradicional, resultando em um “conjunto de novas concepções, novas visões, descobertas e de novas reflexões que vão se acordar, se reunir” (MORIN, 2011, p. 77).

A partir disso, a construção do novo só é capaz de acontecer pelas possibilidades de transformações reconhecendo a complexidade das realidades e de suas interações. Neste aspecto, o cuidado precisa incorporar ações interdisciplinares e intersetoriais e desenvolver a interatividade das dimensões assistenciais que estabelecem a RAS não se limitando ao cuidado linear, fragmentado e focado apenas em um determinado serviço. A atenção a gestante de alto risco em um espaço de relações e interações profissionais, com a família e com a comunidade, também são aspectos fundamentais nesse processo e contribuem para o cuidado multiprofissional.

Um coletivo constituído pela totalidade das práticas, das atitudes e dos componentes de todo este sistema é o que dá sustentação à dinâmica do cuidado. Focalizar este sistema de cuidado desta forma significa produzir um conhecimento complexo, compreendendo o cuidado como sistema vital e dinâmico que implica na construção de redes de atenção não-lineares.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o percurso metodológico seguido para o desenvolvimento da pesquisa. Por método de pesquisa se entende as técnicas utilizadas pelos pesquisadores para estruturarem seus estudos, reunirem e analisarem as informações relevantes para a questão a ser pesquisada (POLIT; BECK, 2011). Assim sendo, a seguir será abordado o tipo de estudo adotado, o local, os participantes, a coleta e análise dos dados e por fim os procedimentos éticos implicados no desenvolvimento do estudo.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Esta proporciona a flexibilidade e a capacidade de observação e de interação entre os pesquisadores e os participantes envolvidos no cenário da pesquisa, facilitando a compreensão das relações sociais (MINAYO, 2010).

Os dados qualitativos permitem apreender o aspecto multidimensional dos fenômenos através de suas singularidades e significados. Com isso, a dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas são consideradas representações da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2017).

Tendo em vista que neste estudo buscou-se compreender a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco diante de aspectos relacionados à RAS, em consonância com a teoria da complexidade, é pertinente esclarecer que tal teoria pede para pensarmos nos conceitos sem nunca dá-los por concluídos. Ou seja, restabelecer as articulações, compreender a multidimensionalidade, pensar na singularidade, mas nunca esquecer as totalidades integradoras (MORIN, 2005).

Levando em consideração tais aspectos, assumiu-se o referencial metodológico da *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) com ênfase na versão Straussiana, como caminho para entender o fenômeno sob investigação. A TFD busca compreender o significado das relações e interações e possibilita “aos pesquisadores qualitativos, criar e recriar seus dados, ela é flexível, pois o pesquisador pode seguir as indicações que vão surgindo conforme o avanço da pesquisa, oferecendo mais foco ao pesquisador” (CHARMAZ, 2009, p. 31).

Este método foi idealizado por Barney Glaser e Anselm Strauss, sociólogos norte-americanos. Strauss possui forte tradição em pesquisa

qualitativa, sua formação acadêmica se deu na *University of Chicago* e seus estudos foram influenciados por textos interacionistas e pragmáticos contribuindo no desenvolvimento deste método com reflexões de que as teorias devem basear-se nos dados do campo, especialmente nas ações e interações sociais das pessoas. Já Glaser tem origens acadêmicas na *Columbia University*, veio de uma tradição sociológica diferente e contribuiu com o método no uso das comparações entre dados para identificar, desenvolver e relacionar conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A TDF foi desenvolvida na Universidade da Califórnia, São Francisco - USA, em torno de 1965 e foi construída sistematicamente durante um estudo com pacientes terminais em 1965 (GLASER; STRAUSS, 1967). A pesquisa durou quatro anos e estava baseada no estudo da morte e do processo terminal em um ambiente hospitalar. Os fundadores analisaram a forma como ocorria o processo da morte, como e quando os profissionais e seus pacientes terminais tomavam conhecimento do fato de estarem morrendo, e como lidavam com essa questão (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006).

Glaser e Strauss deram aos dados da pesquisa um tratamento analítico explícito e produziram análises teóricas sobre a organização social e a disposição temporal da morte (CHARMAZ, 2009). Entretanto, posteriormente, ambos seguiram caminhos distintos, e cada um seguiu trabalhando com a TFD à sua maneira.

A TFD procura desenvolver teoria por meio da contínua interação entre a análise e a coleta de dados sem se esquecer de experienciar os significados atribuídos pelos participantes quanto ao fenômeno investigado. A teoria pode ser classificada como “teoria formal” ou “teoria substantiva”. Sendo que a primeira se aplica em âmbito mais amplo, enquanto que a segunda é mais específica e direcionada. Para Corbin e Strauss (2015) uma teoria vai além de um conjunto de resultados, ela oportuniza a explicação dos fenômenos, responde quem, o que, quando, onde, por que, como e com que consequências esse fenômeno ocorre.

A TFD trabalha com a amostragem teórica, que se refere à possibilidade de o pesquisador buscar seus dados através do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade a ser estudada, podendo-se discernir o que é relevante ou não e realizar pesquisas em mais de um campo de coleta de dados, sem definir isso de antemão. Esta amostragem teórica é desenvolvida durante o processo de investigação, visto que todos os procedimentos visam identificar,

desenvolver e relacionar conceitos a partir das hipóteses emergentes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ainda para os mesmos autores “a amostragem teórica é cumulativa. Cada evento amostrado edifica e acrescenta algo à coleta e à análise de dados anteriores. Além disso, a amostragem se torna mais específica com o tempo porque o analista é dirigido pela teoria evolutiva” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 196).

Nesse contexto, o método propõe que a coleta e a análise dos dados ocorram simultaneamente e que a análise inicie tão logo o pesquisador tenha começado a sua coleta de dados. Assim, a análise guia a continuidade da coleta, com a finalidade de categorizar os resultados encontrados. A TFD possui um processo de análise comparativa constante, em que o investigador, ao comparar cada incidente, estabelece categorias que servem para compreender o evento estudado. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para enriquecer e ampliar os significados em torno do fenômeno, é pertinente que a coleta de dados seja realizada em situações e com sujeitos ou grupos com características e práticas distintas. A coleta de dados deve apresentar múltiplos participantes, a fim de potencializar a variação entre os conceitos e acrescentar novas perspectivas ao fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Escolheu-se como cenário inicial do estudo o município de Araranguá, localizado na macrorregião sul e região do extremo sul catarinense. Araranguá foi emancipada em 3 de abril de 1880. A cidade se destaca por ser o principal pólo regional de comércio e serviços e na última década como um novo pólo de educação no estado. O município é o maior dentre os quinze que compõem a região extremo sul, apresentando uma extensão territorial de 303.299 km<sup>2</sup>, possui uma população estimada de 67.578 habitantes e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,760 (IBGE, 2018).

A escolha do município de Araranguá para realizar a presente pesquisa justifica-se por ter instituído os pontos de atenção da RAS e apresentar o maior quantitativo de gestantes de alto risco da região (Tabela 1). É importante destacar que a região do extremo sul catarinense apresenta atualmente os maiores índices relacionados aos fatores de risco determinantes para mortalidade materna, infantil e fetal em todo o estado.

Tabela 1: Parâmetros de gestantes no ano de 2016<sup>7</sup>

<b>Estimativa de gestantes</b>	<b>SC</b>	<b>Extremo sul catarinense</b>	<b>Araranguá</b>
Estimativa geral de gestantes	105.013	2.455	1.731
Estimativa geral de gestantes - risco habitual	89.261	2.087	1.472
Estimativa geral de gestantes - alto risco	15.752	368	260

Fonte: SINASC, 2018b.

A RAS na Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá voltada à assistência às gestantes tem sua administração ocorrendo em três níveis: primário, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas ou não por equipes de Saúde da Família (eSF) existentes no território; secundário, através do Serviço Ambulatorial para gestação de alto risco municipal e estadual e ainda por um Hospital Geral Regional e; terciário pelas Maternidades que são referências estaduais para gestantes de alto risco.

No nível primário, atualmente o município tem quinze unidades de saúde, sendo compostas por equipes Saúde da Família (eSF) estando descentralizadas conforme caracterização e necessidades de saúde encontradas no território (CNES, 2018). No nível secundário, possui o serviço ambulatorial para gestantes de alto risco que conta com três médicas obstetras e três enfermeiras que atendem todos os dias na Unidade de Saúde Central. Apresenta também o Hospital Regional Deputado Affonso Ghizzo com um quantitativo de 127 leitos, sendo 15 direcionados ao Alojamento Conjunto e 11 à Obstetrícia (ou Ginecologia) Clínica (SANTA CATARINA, 2017). O Hospital, que tem o título “Amigo da Criança”, conta ainda com um Centro Obstétrico e recentemente inaugurou a UTIN composta por 5 leitos, porém não é referência para gestante de alto risco. Sendo que no nível terciário a referência para alto risco para toda a região do extremo sul catarinense é a Maternidade Carmela Dutra e o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, ambos localizados a uma distância de 214,1 km e 217,2 km respectivamente.

<sup>7</sup> Ano mais recente disponível no Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC

#### 4.3 AMOSTRAGEM TEÓRICA E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do objeto (ou da pergunta) que, por sua vez, se articula com o objetivo do estudo e a escolha do grupo ou dos grupos a serem entrevistados e acompanhados por observação participante (MINAYO, 2017).

Na TFD, a amostra não se forma a priori, mas no decorrer do estudo, seguindo as lacunas da teoria emergente, coletando dados com participantes e contextos que apresentam características sobre as quais a teoria emergente ainda é fraca até saturar as categorias. (TAROZZI, 2011).

Os participantes foram elencados por meio da composição de amostragem teórica com indivíduos que tinham experiências relevantes em relação ao fenômeno em investigação. Na TFD não existe número pré-definido de participantes, apenas uma população inicial identificada, que foi composta inicialmente por profissionais da saúde que prestavam assistência à gestantes de alto risco. Sendo estas, gestantes que estavam vivenciando a gravidez de alto risco no período da coleta de dados e/ou puerperas que acabaram de vivenciar uma gestação de alto risco. No entanto, cabe ressaltar que o foco do estudo foi o cuidado durante o período gestacional.

A amostragem teórica é um método que proporciona oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Neste estudo a amostragem teórica iniciou com profissionais de saúde atuantes na APS por meio das UBS. Todos desenvolviam o cuidado da gestante de alto risco. Optou-se em iniciar junto a APS levando em consideração a sua participação inicial nos cuidados da gestante de alto risco. À medida que as entrevistas aconteciam e as análises avançavam, fatos relevantes mostravam-se persistentes nas entrevistas, entre eles, a primeira consulta de pré-natal pela UBS e o encaminhamento das gestantes para o ambulatório de alto risco sempre que se diagnosticava ou surgia à dúvida quanto a uma possível gravidez de risco.

Posteriormente foram entrevistados profissionais de saúde que executam este cuidado no ambulatório de alto risco. Assim, realizou-se doze (12) entrevistas com o objetivo de explorar o cuidado e os encaminhamentos, quando necessários, para a melhoria do processo de

atenção da gestante de alto risco. O perfil sócio profissional da primeira amostragem é apresentado na Tabela 2:

Tabela 2: Perfil da amostragem teórica inicial (n=12)

		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Varição</b>
<b>Idade</b>				36,7	28 - 43
<b>Sexo</b>	Feminino	12	100		
	Masculino				
<b>Função</b>	Enfermeira	10	83,3		
	Médica	2	16,6		
<b>Local de atuação</b>	eSF	7	58,3		
	Ambulatório	5	41,6		
	GAR*				
	Outro				
<b>Tempo de atuação na eSF</b>				11,1	4 - 19
<b>Tempo de atuação Ambulatório</b>				11,3	6 m - 29
<b>Tempo de atuação GAR</b>					
<b>Carga horária semanal</b>	40 horas	7	58,3		
	30 horas	4	33,3		
	Outra	1	8,3		
<b>TOTAL</b>		<b>12</b>	<b>100</b>		

\*Gestação de alto risco

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Após essa amostragem teórica inicial, constatou-se a hipótese de que para se compreender todo o processo de cuidado da gestante de alto risco, era pertinente conhecer sua vivência pessoal. Esse fato desencadeou a busca por uma nova amostragem, composta desta vez por sete (7) gestantes que recebiam os cuidados e/ou puérperas que já receberam os cuidados durante sua gestação de alto risco na APS, na atenção secundária e/ou terciária (Tabela 3).

Tabela 3: Perfil da amostragem teórica complementar (n=7)

		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Variacã o</b>
<b>Idade</b>				24,5	19 - 36
<b>Sexo</b>	Feminino	7	100		
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental	1	14,2		
	Ensino Médio Superior	5	71,4		
	Superior	1	14,2		
<b>Ocupação</b>	Estudante	1	14,2		
	Secretária	1	14,2		
	Costureira	1	14,2		
	Professora	1	14,2		
	Reciclagem	1	14,2		
	Dona de casa	2	28,6		
<b>Composição familiar</b>				3,4	
<b>Numero de filhos</b>				2,6	1 - 6
<b>Número de gestações anteriores</b>				3	1 - 7
<b>Número de consultas de pré-natal na última gravidez</b>				9	6 - 12
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>100</b>		

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Visando à fidedignidade dos resultados, os critérios para inclusão dos participantes foi o tempo de atuação igual ou maior a seis meses no atual local de trabalho para os profissionais de saúde, e, no caso das usuárias, gestantes de alto risco do município em acompanhamento pré-natal e/ou puérperas que acabaram de ter uma gestação de alto risco, sem limite de idade.

Os critérios de exclusão adotados para os profissionais de saúde foram à ausência por motivo de férias ou licença de qualquer natureza. Foram excluídas as gestantes e/ou puérperas que não estavam realizando cuidado pré-natal e/ou pós-natal no SUS e que pertenciam ao município. Foram excluídas as puérperas com mais de 40 dias de puerpério.

Destaca-se ainda que o tamanho da amostra teórica foi determinado pela saturação dos dados, ou seja, quando as informações são consideradas suficientes, quando os dados não ofertam novos conceitos e passam a ser repetitivos.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados compreendeu o período de julho a outubro de 2018. Primeiramente, foi realizado um contato prévio com a gestão local para apresentação do projeto de pesquisa e as técnicas de coleta de dados que seriam utilizadas. Após esta autorização, a pesquisadora principal esteve presente em uma reunião realizada mensalmente pela coordenação municipal da APS com todas as enfermeiras atuantes nas UBS do município. Neste momento foi possível apresentar o projeto de pesquisa e relatar o intuito da respectiva investigação. Após, iniciou-se a abordagem para convidá-los a participar do estudo.

De acordo com a TFD, a entrevista deve ser em profundidade para possibilitar um espaço maior aos participantes para expressarem as suas vivências e ideias e promover maior riqueza de dados para a construção de uma teoria. Com isso, no início foram coletados dados sobre a caracterização socioprofissional dos profissionais de saúde e dados de identificação das usuárias do estudo e, após, procedeu-se a entrevista (APÊNDICE F, APÊNDICE G).

A pergunta inicial da pesquisa feita a todos os profissionais de saúde foi: O que significa para você a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em Rede de Atenção à Saúde? Entende-se que esta pergunta foi aberta e ampla para explorar a partir dela as práticas clínicas no cuidado da gestante de alto risco e o significado atribuído por estes profissionais. Ainda foram feitas outras perguntas no decorrer da entrevista, estreitando-as progressivamente e tornando-as mais focadas à medida que a pesquisa foi se desenvolvendo e os conceitos e suas relações foram descobertos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Quanto às gestantes e/ou puérperas participantes, a entrevista aconteceu da mesma forma, aberta e ampla, porém com questionamentos acerca de suas vivências enquanto gestantes de alto risco ou após vivenciarem uma gravidez de alto risco.

A coleta de dados foi feita individualmente no local de trabalho dos profissionais de saúde e na sala de espera para consulta no caso das usuárias. As entrevistas gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio. As gravações foram armazenadas em gravador e transcritas na íntegra

utilizando o *Microsoft Office Word*® e inseridas no software *ATLAS.ti*®<sup>8</sup> versão 8.0, onde foi realizado o processo de codificação e organização dos dados.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Durante a análise de dados ocorre a interação entre os dados e o pesquisador, de maneira que a análise integra ciência e arte. Ciência ao manter um certo rigor científico e por basear a análise em dados. Já a arte, se manifesta na criatividade e capacidade do pesquisador em nomear categorias com competência, fazer perguntas e comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista a partir dos dados brutos (STRAUSS; CORBIN, 2008; BACKES, 2011).

A estratégia metodológica utilizada na análise dos dados foi análise comparativa. Este método consiste em reduzir os dados em conceitos, desenvolver conceitos em suas propriedades e dimensões e diferenciar um conceito de outro (CORBIN, STRAUSS; 2015).

Três aspectos da análise comparativa são imprescindíveis ao utilizar a TFD: a *indução*, que se refere às ações que levam à descoberta de uma hipótese a ter uma intuição e, então, transformá-la em hipótese, provisória e condicional; a *dedução*, que consiste em apreender as implicações que provêm das hipóteses com o propósito de verificação; por fim, a *verificação*, que consiste em descobrir a total ou parcial qualificação de uma hipótese ou sua negação (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

Na análise dos dados foi utilizado o processo de codificação. Tal processo classifica-se em três fases distintas, mas complementares e integradas, que são a codificação aberta, a codificação axial e integração.

A codificação aberta foi o primeiro passo do processo analítico, no qual os conceitos foram identificados e suas propriedades e dimensões descobertas palavra por palavra, linha por linha, acontecimento por acontecimento. Neste momento, aconteceu a nomeação dos fenômenos, processo chamado de “conceituação”, que consiste no agrupamento de fatos e acontecimentos similares sob um mesmo tópico ou classificação comum - categoria (CORBIN; STRAUSS, 2015).

---

<sup>8</sup> Software para análise de dados de métodos mistos e qualitativos.

Na codificação axial, as categorias foram relacionadas às suas subcategorias, com o objetivo de obter uma explicação mais completa sobre o fenômeno, suas propriedades e dimensões. Uma categoria representa um fenômeno, ou seja, um problema, um fato definido como importante para os informantes, enquanto as subcategorias respondem questões sobre o fenômeno (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O processo final conhecido como integração, ocorreu na ligação das categorias em uma categoria central, com o intuito de reduzir e aprimorar a teoria. A categoria central representa o tema principal da pesquisa, que envolve todos os produtos de análise e expressam do que se trata a pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Em todo o processo de codificação foi utilizado o software *ATLAS.ti*®, conceituando os dados coletados e categorizando-os em códigos (subcategorias) e grupo de códigos (categorias) (Figura 3).

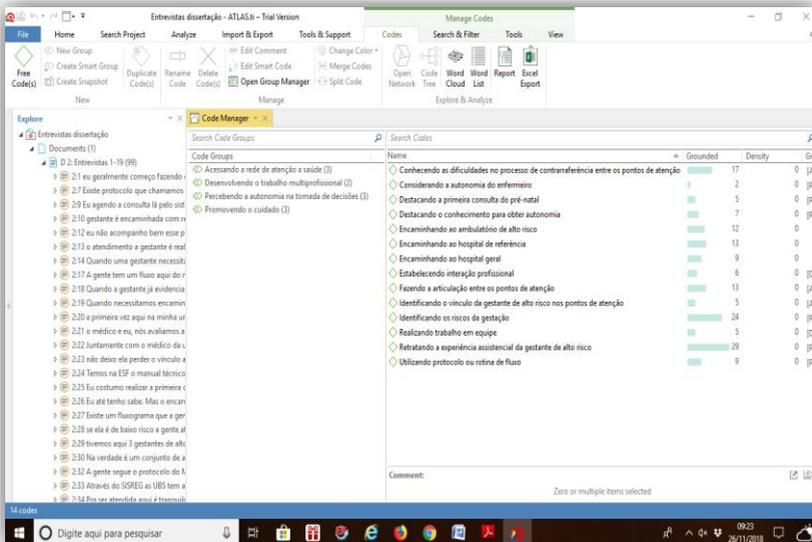


Figura 3: Representação da categorização dos dados coletados  
Fonte: Dados da pesquisa/*Atlas.ti*® (2018).

A partir da análise dos dados foi possível consultar a frequência de palavras utilizadas em todo o percurso, formando a “nuvem de palavras” (Figura 4).

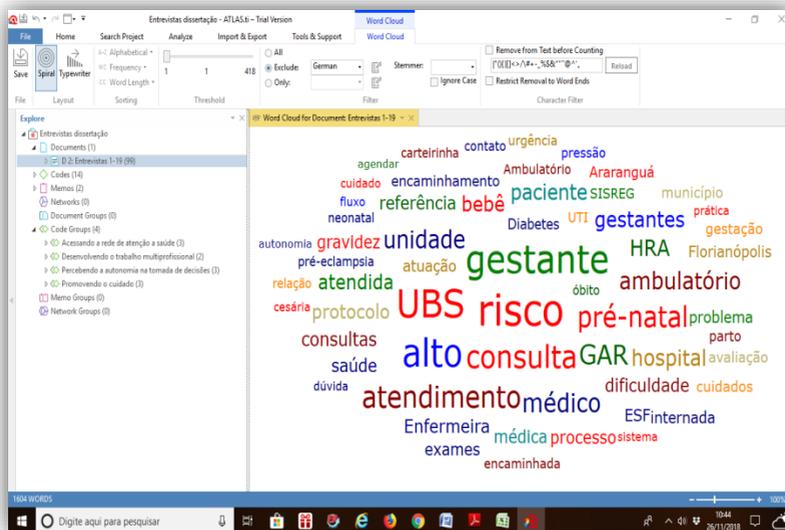


Figura 4: Representação da frequência de palavras utilizadas  
Fonte: Dados da pesquisa/Atlas.ti® (2018).

Ainda na análise dos dados utilizou-se o modelo paradigmático facilitador proposto por Corbin e Strauss (2015). Trata-se de uma estrutura analítica que ajudou a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo foram integrados. O modelo paradigmático possibilitou realizar as conexões teóricas entre as categorias e destas com a categoria central, ajudando a manter a análise conceitual e a explicação do fenômeno estudado (Figura 5).

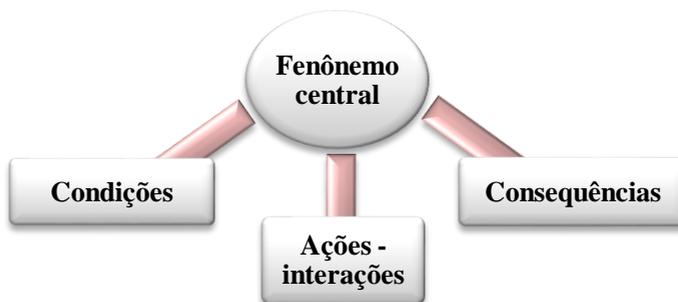


Figura 5: Exemplo de modelo paradigmático conforme Corbin e Strauss (2015).  
Fonte: Elaboração da autora (2018).

As condições são razões dadas pelos informantes para o acontecimento de determinado fato, bem como explicações sobre os motivos pelos quais respondem de uma dada maneira a uma ação. As ações – interações são uma resposta expressa pelos participantes aos eventos ou a situações problemáticas e as consequências referem-se aos resultados previstos ou reais das ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

#### 4.6 ELABORAÇÃO DE MEMORANDOS E DIAGRAMAS

Durante toda a fase de coleta e análise dos dados utilizou-se memorandos e diagramas. Memorandos são anotações informais do pesquisador referente a pensamentos, interpretações, análises e direções para a coleta de dados adicional. Já os diagramas são representações gráficas que desenham as relações entre os conceitos e auxiliam na interpretação da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para Strauss e Corbin (2008) os memorandos e os diagramas são fundamentais no processo de construção da teoria, pelo fato de armazenarem informações e estimularem o analista a trabalhar mais com abstrações e, dessa forma, poder utilizar a criatividade e a imaginação no desenvolvimento das ideias.

Durante a pesquisa foram construídos memorandos e diagramas. Destaca-se que estas ferramentas analíticas foram elaboradas desde a codificação da primeira entrevista. A seguir apresenta-se um modelo de memorando (Figura 6) e diagrama (Figura 7) desenvolvidos nesta investigação.

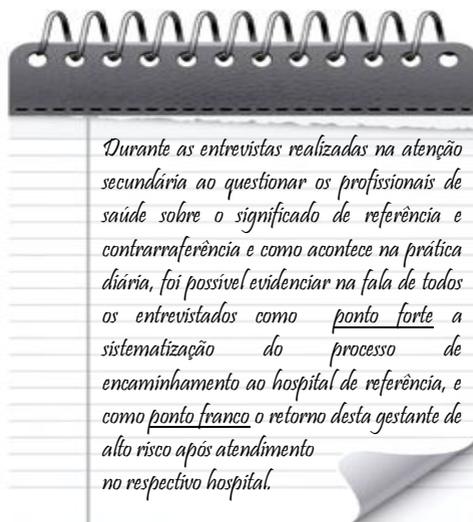


Figura 6: Exemplo de Memorando.  
Fonte: Elaboração da autora (2018).

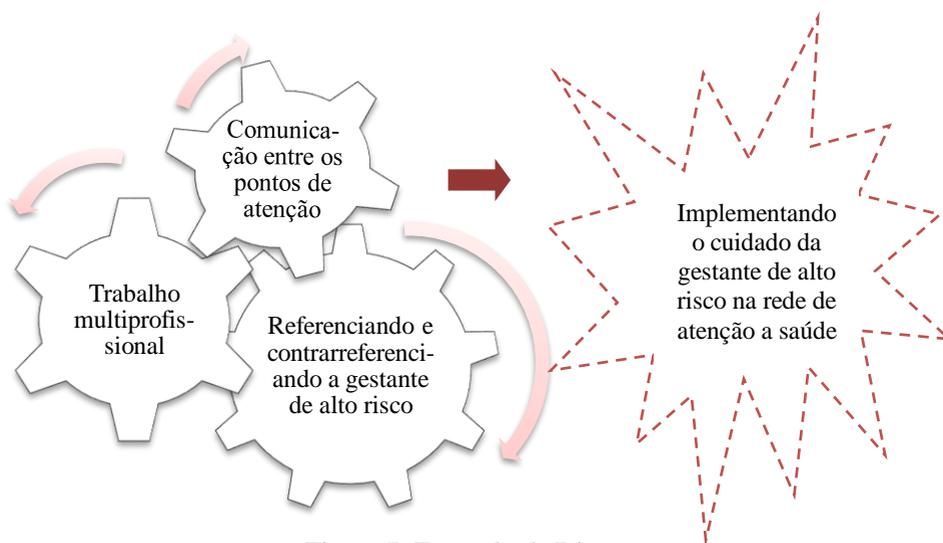


Figura 7: Exemplo de Diagrama.  
Fonte: Elaboração da autora (2018).

#### 4.7 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

A validação do modelo teórico é uma estratégia metodológica adotada pela TFD sendo um processo importante para avaliar a congruência, consistência e abstração do esquema teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No presente estudo foi elaborado um instrumento de validação a partir dos componentes do modelo paradigmático. O processo de validação neste estudo constituiu-se na apresentação do modelo esquemático, bem como a figura representativa da disposição das categorias, para profissionais de saúde *experts* na área da Saúde da Mulher/Obstetrícia, com título de doutorado e experiência no método, ou que atuem na temática da assistência da gestante de alto risco.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para atender aos aspectos éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução n.º 466/2012 e n.º. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos e o cumprimento das solicitações éticas de autorização para o estudo e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O projeto foi inscrito para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, com aprovação em 16 de Julho de 2018, sob CAAE: 84323518.4.0000.0121 e Número do Parecer: 2.772.140 (ANEXO A).

Aos participantes da pesquisa foram esclarecidos os objetivos e o método da pesquisa, garantindo-lhes pleno acesso aos dados por ele fornecidos, preservação do anonimato e manutenção do sigilo. Os riscos atribuídos à pesquisa são de natureza emocional relacionado à reflexão sobre vivências pessoais. Aos participantes foi informado que poderão desistir da pesquisa em qualquer fase, sem ônus ou penalizações e que a recusa ou desistência da participação no estudo não implicará sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

O consentimento livre e esclarecido por escrito foi solicitado e assinado por todos os participantes do estudo, e foi garantida a confidencialidade da identidade deles e das informações coletadas (APÊNDICE C, APÊNDICE D). Todo o material referente à pesquisa

estará de posse das pesquisadoras principal e responsável por cinco anos e depois será destruído.

#### 4.9 SÍNTESE DO PROCESSO METODOLÓGICO

Apresenta-se abaixo o Quadro 2 que sintetiza todo o processo metodológico percorrido neste estudo.

Quadro 2: Síntese dos aspectos metodológicos do estudo

<b>DESENHO DO ESTUDO</b>	
<b>Tipo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo qualitativo embasado na TDF Straussiana.</li> </ul>
<b>Local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Município de Araranguá, Santa Catarina, Brasil.</li> </ul>
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 participantes.</li> </ul>
<b>Coleta de dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista em profundidade</li> </ul>
<b>Análise de dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Codificação aberta, axial e integração;</li> <li>• <i>ATLAS.ti</i>, versão 8.0;</li> <li>• Modelo paradigmático;</li> <li>• Validação.</li> </ul>
<b>Aspectos éticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução nº. 466/2012 e Resolução nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde;</li> <li>• Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, CAAE: 84323518.4.0000.0121 e Parecer nº. 2.772.140;</li> <li>• Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.</li> <li>• Identificação dos participantes por pseudônimo. “P” para profissionais de saúde e “U” para usuárias.</li> </ul>

Fonte: Elaboração da autora (2018).



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados da pesquisa estão apresentados a partir da análise dos dados, através da qual foi possível construir o fenômeno central da pesquisa, intitulado: “**Cuidando da gestante de alto risco na RAS**” que compreende as respectivas categorias e subcategorias apresentadas no Quadro 3 abaixo:

Quadro 3: Fenômeno central do estudo e suas categorias e respectivas subcategorias

Fenômeno Central	Categorias	Subcategorias
<b>Cuidando da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde</b>	Promovendo o cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destacando a primeira consulta de pré-natal;</li> <li>• Identificando os riscos da gestação;</li> <li>• Retratando a experiência de ser gestante de alto risco.</li> </ul>
	Percebendo a autonomia na tomada de decisões	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando a autonomia do enfermeiro;</li> <li>• Destacando o conhecimento para obter autonomia;</li> <li>• Utilizando protocolos ou formulário assistencial.</li> </ul>
	Desenvolvendo um trabalho multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecendo interação profissional;</li> <li>• Realizando o trabalho em equipe.</li> </ul>
	Acessando a rede de atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazendo a articulação entre os pontos de atenção;</li> <li>• Referenciando a gestante de alto risco aos pontos de atenção;</li> <li>• Conhecendo as dificuldades no processo de contrarreferência;</li> <li>• Identificando o vínculo da gestante de alto risco nos pontos de atenção.</li> </ul>

Fonte: Elaboração da autora (2018).

Conforme estabelece a Instrução Normativa nº 01/PEN/2016, que determina os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão de Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados do presente estudo serão apresentados a partir de dois manuscritos, conforme segue:

## 5.1 MANUSCRITO 2 - A COMPLEXIDADE DO CUIDADO DA GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

### A COMPLEXIDADE DO CUIDADO DA GESTANTE DE ALTO RISCO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Déborá Batista Rodrigues<sup>9</sup>  
Marli Terezinha Stein Backes<sup>10</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Compreender a complexidade do cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde, a partir dos significados atribuídos pelos envolvidos. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa tendo como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Para amostragem teórica, realizou-se 19 entrevistas em profundidade que incluíram profissionais de saúde e gestantes que recebiam os cuidados e/ou puérperas que já receberam os cuidados durante sua gestação de alto risco na rede de atenção à saúde. Os dados foram coletados por

---

<sup>9</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido, GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: [enfdeborabr@gmail.com](mailto:enfdeborabr@gmail.com)

<sup>10</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, do PEN e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Florianópolis/SC/Brasil. Membro do GRUPESMUR. E-mail: [marli.backes@ufsc.br](mailto:marli.backes@ufsc.br).

meio de entrevistas intensivas e analisados a partir da codificação aberta, axial e integração. **Resultados:** A partir da interconexão das categorias, se construiu o fenômeno “Cuidando da gestante de alto risco na RAS”, o qual é composto por quatro categorias: “Promovendo o cuidado”, “Percebendo a autonomia na tomada de decisões”, “Desenvolvendo um trabalho multiprofissional” e “Acessando a rede de atenção à saúde”. **Conclusão:** Avalia-se a necessidade potencial de mudança no cuidado pré-natal, com uma rede de saúde integrada e de qualidade.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal. Encaminhamento e consulta. Gravidez de alto risco. Serviços de saúde.

## INTRODUÇÃO

O cuidado compreendido como a dedicação a outra pessoa é inerente à prática dos profissionais de saúde. Tal cuidado, quando prestado à mulher grávida, deve ser de forma que respeite sua autonomia na tomada de decisão sobre sua saúde e os serviços devem incluir a oferta de informação e opções para que esta gestante possa tomar decisões informadas (WHO, 2016).

No cenário mundial, 85% das mulheres grávidas realizam pelo menos uma consulta de pré-natal com um profissional de saúde qualificado e, 58% realizam quatro consultas de pré-natal. No entanto, existem variações de cuidados pré-natais dentro dos países e entre eles (MATERNAL HEALTH TASK FORCE, 2018).

Um estudo recente descobriu que o percentual de mulheres que compareceu a pelo menos quatro consultas variou de 18% na Guatemala a 81% na Nicarágua. Os pesquisadores identificaram uma série de fatores, incluindo status socioeconômico, local de residência e nível de educação afetam a probabilidade de uma gestante realizar o pré-natal, contribuindo para enormes disparidades no acesso e na utilização dos serviços (HODIN, 2016).

No contexto brasileiro o cuidado pré-natal é fundamentado pela Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº. 1.459 de 24 de junho de 2011. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde que surgiu para implementar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como que assegure às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Há de se considerar que as evidências científicas sobre as práticas de cuidado são atualizadas constantemente, sendo que o cuidado das gestantes de alto risco se desenvolve em diversos pontos na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse grupo requer um acompanhamento no sistema de saúde que contemple todos os níveis de complexidade, identificação precoce e adequada, assim como ofereça os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários para garantia de resultados perinatais satisfatórios (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, a complexidade dentre uma das noções mais comumente aceitas, refere-se à inter-relação dos componentes de um sistema. Por inter-relação, entende-se a influência dos componentes do sistema uns sobre os outros. A complexidade é relativa e aumenta com o número de componentes em um sistema, o número de relações entre eles e a singularidade dessas relações (KANNAMPALLIL *et al.*, 2011).

Edgar Morin, precursor da Teoria da complexidade define que o pensamento complexo é capaz de entender as organizações de saúde como ambientes de conexões imprevisíveis, construídas com base nas relações e nos processos assistenciais. Partindo dessa premissa, o cuidado da gestante de alto risco deve ser concebido como uma construção singular, que envolve interações, reflexões e autoconhecimento, respeitando e aceitando as singularidades da gestante enquanto participante ativa do processo (CRUZ *et al.*, 2017).

Este estudo é um recorte da Dissertação de Mestrado intitulada “Referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade” e fundamentou-se na seguinte questão de pesquisa: Como acontece a complexidade do cuidado da gestante de alto risco no contexto da rede de atenção à saúde?

Como objetivo propôs-se: Compreender a complexidade do cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde, a partir dos significados atribuídos pelos envolvidos. Neste sentido, reforça-se que o estudo teve seu foco voltado à gestante de alto risco e o cuidado a ela prestado na RAS pelos atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS), ambulatório municipal de alto risco, ambulatórios de referência estadual e possíveis internações, sem incluir a assistência ao parto.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*. A TFD busca compreender o significado

das relações e interações e possibilita ir além da descrição, buscando a criação ou descoberta de uma teoria em um processo ou ação, que explique como as pessoas estão experimentando um fenômeno (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O cenário do estudo foi a RAS constituída no município de Araranguá/SC, por meio dos três níveis: primário, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas ou não por equipes de Saúde da Família (eSF) existentes no território; secundário, através do Serviço Ambulatorial para gestação de alto risco municipal e estadual e ainda por um Hospital Geral Regional e; terciário pelas Maternidades que são referências estaduais para gestante de alto risco, sendo elas a Maternidade Estadual e o Hospital Universitário, ambos localizados a uma distância de 214,1 km e 217,2 km respectivamente.

Conforme preconiza a metodologia da TFD os participantes foram elencados a partir da realização do estudo por meio da composição de amostragem teórica com indivíduos que tinham experiências relevantes em relação ao fenômeno sob investigação.

Assim, este estudo iniciou com sete (7) profissionais de saúde atuantes na APS por meio das UBS e cinco (5) profissionais de saúde da atenção secundária atuantes no ambulatório municipal de alto risco. Todos desenvolviam o cuidado da gestante de alto risco. Desta forma, realizou-se doze (12) entrevistas com o objetivo de explorar o cuidado e os encaminhamentos para a melhoria do processo de atenção da gestante de alto risco. Os dados sócio profissionais dos participantes da amostragem teórica inicial estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Dados sócio profissionais dos participantes da amostragem teórica inicial (n=12)

		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Varição</b>
<b>Idade</b>				36,7	28 - 43
<b>Sexo</b>	Feminino	12	100		
	Masculino				
<b>Função</b>	Enfermeira	10	83,3		
	Médica	2	16,6		
<b>Local de atuação</b>	eSF	7	58,3		
	Ambulatório	5	41,6		
	GAR*				
	Outro				
<b>Tempo de</b>				11,1	4 – 19

<b>atuação na UBS</b>					
<b>Tempo de atuação Ambulatório GAR</b>				11,3	6 m – 29
<b>Carga horária semanal</b>	40 horas	7	58,3		
	30 horas	4	33,3		
	Outra	1	8,3		
<b>TOTAL</b>		<b>12</b>	<b>100</b>		

\*Gestação de alto risco

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Após essa amostragem teórica inicial, constatou-se a hipótese de que para se compreender todo o processo de cuidado da gestante de alto risco, era pertinente conhecer sua vivência pessoal. Esse fato desencadeou a busca por uma nova amostragem, composta desta vez por sete (7) gestantes que recebiam os cuidados e/ou puérperas que já receberam os cuidados durante sua gestação de alto risco na APS, secundária e/ou terciária, conforme consta na Tabela 2.

Tabela 2: Dados das participantes da amostragem teórica complementar (n=7)

		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Variação</b>
<b>Idade</b>				24,4	19 – 36
<b>Sexo</b>	Feminino	7	100		
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental	1	14,2		
	Ensino Médio	5	71,4		
	Superior	1	14,2		
<b>Ocupação</b>	Estudante	1	14,2		
	Secretária	1	14,2		
	Costureira	1	14,2		
	Professora	1	14,2		
	Reciclagem	1	14,2		
	Dona de casa	2	28,6		
<b>Fase do ciclo gravídico-gestacional</b>	Gestante	6	85,7		
	Puérpera	1	14,3		

<b>Composição familiar</b>	3,4	
<b>Numero de filhos</b>	2,6	1 - 6
<b>Número de gestações anteriores</b>	3	1 - 7
<b>Número de consultas de pré-natal na última gravidez</b>	9	6 - 12
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Visando à fidedignidade dos resultados, os critérios para inclusão dos participantes foi o tempo de atuação igual ou maior há seis meses no atual local de trabalho para os profissionais de saúde, e, no caso das usuárias, gestantes de alto risco do município em acompanhamento pré-natal e/ou puérperas que acabaram de ter uma gestação de alto risco, sem limite de idade.

Os critérios de exclusão adotados para os profissionais de saúde foram à ausência por motivo de férias ou licença de qualquer natureza. Foram excluídas as gestantes e/ou puérperas que não estavam realizando cuidado pré-natal e/ou pós-natal no SUS e que pertenciam ao município. Também foram excluídas as puérperas com mais de 40 dias de puerpério.

A coleta de dados compreendeu o período de julho a outubro de 2018 e foi realizada por meio de entrevista individual no local de trabalho dos profissionais de saúde e na sala de espera para consulta no caso das usuárias. As entrevistas foram gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio. As gravações foram armazenadas em gravador e transcritas na íntegra utilizando o *Microsoft Office Word®* e após inseridas no software *ATLAS.ti®* versão 8.0, onde foi realizado o processo de codificação e organização dos dados.

A pergunta inicial da pesquisa feita a todos os profissionais de saúde foi: O que significa para você a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco na Rede de Atenção a Saúde? Entende-se que esta pergunta foi aberta e ampla para explorar a partir dela, as práticas clínicas no cuidado da gestante de alto risco e o significado atribuído por estes profissionais. Quanto às gestantes e puérpera

participantes, a entrevista aconteceu da mesma forma, aberta e ampla, porém com os questionamentos acerca de suas vivências enquanto gestantes de alto risco ou após vivenciar uma gravidez de alto risco.

O processo de codificação foi realizado através da codificação aberta, axial e integração. Ainda na análise dos dados utilizou-se o modelo paradigmático facilitador proposto por Corbin e Strauss (2015) que caracteriza as condições como razões dadas pelos informantes para o acontecimento de determinado fato, as ações – interações como resposta expressa pelos participantes aos eventos ou a situações problemáticas e as consequências – resultados, referem-se ao produto previsto ou real em resposta às ações e interações.

O modelo paradigmático possibilitou realizar as conexões teóricas entre as categorias e destas com a categoria central, ajudando a manter a análise conceitual e a explicação do fenômeno estudado.

Durante toda a fase de coleta e análise dos dados utilizou-se memorandos e diagramas com a finalidade de registrar reflexões e interpretações desenvolvidas no decorrer da pesquisa.

Para atender aos aspectos éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução n.º 466/2012 e n.º. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção de vida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer n.º. 2.772.140. As entrevistas foram consentidas pelos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após explicação dos objetivos e do método do estudo. Os depoimentos obtidos foram identificados com a letra “P” (profissionais) e “U”(usuárias) associadas a números conforme ordem das entrevistas realizadas, sem separar as amostragem teórica inicial da amostragem teórica complementar.

## RESULTADOS

A partir da interação entre os dados, o estudo sinaliza reflexões, observações e comparações, possibilitando a construção da teoria substantiva “**Cuidando da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde**”, que é o fenômeno central da pesquisa.

As teorias substantivas construídas a partir do método *Grounded Theory*, ao serem apreendidas de dados de pesquisa, e estando estes dados relacionados à prática da saúde, também se encontram baseadas na prática e acompanhadas de rigor científico, o que as torna úteis para

qualificar o cuidado e melhorar os serviços de saúde (BACKES *et al.*, 2011).

Ainda com base na análise dos dados obteve-se a construção de quatro categorias e suas respectivas subcategorias e a relação destas com o fenômeno central da pesquisa. As categorias e as subcategorias estão apresentadas segundo os componentes analíticos: condições, ações - interações e resultados - consequências, estando descritas na Figura 1.

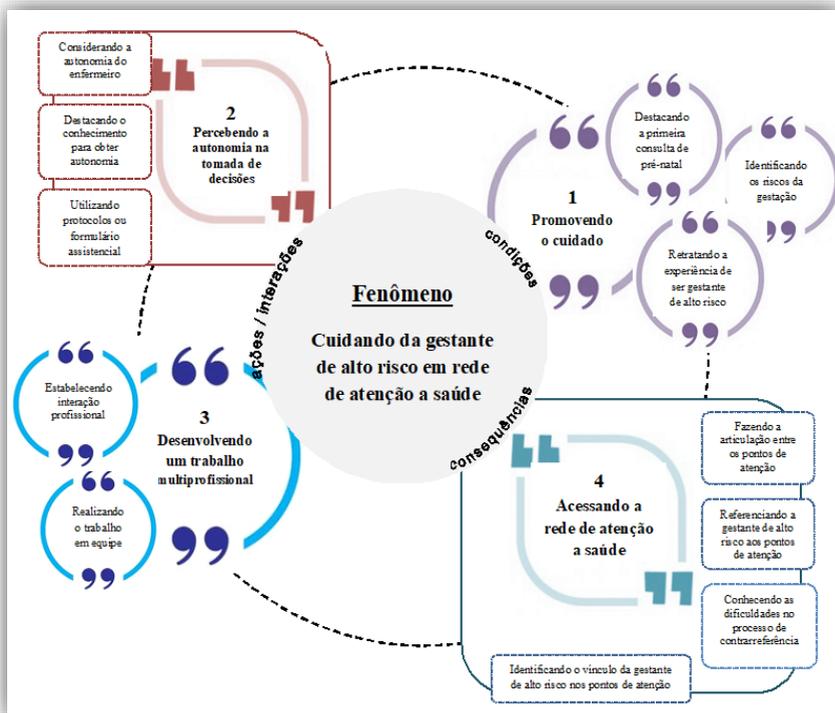


Figura 1: Diagrama representativo da relação entre as categorias, subcategorias e o fenômeno

Fonte: Elaboração da autora (2018).

A primeira categoria “**Promovendo o cuidado**” revela aspectos relacionados às subcategorias: “Destacando a primeira consulta de pré-natal”, “Identificando os riscos da gestação” e “Retratando a experiência de ser gestante de alto risco”. Este início do pré-natal compreende desde o primeiro contato do profissional de saúde com a gestante que se dirige a UBS e a partir daí, faz-se à identificação dos riscos gestacionais, caso existentes.

O início oportuno do pré-natal é identificado como um fator primordial ao desfecho de todo o processo gestacional, sendo que, foi possível observar no contexto pesquisado que o mesmo inicia-se na APS e com a consulta realizada pela enfermeira. Também é neste momento que é feita a solicitação dos exames habituais do primeiro trimestre.

Entendendo que para uma avaliação de risco gestacional é necessário ir além de um primeiro atendimento, cabe ressaltar a necessidade de estratificação de risco no início e no decorrer de toda a gestação, levando-se em consideração também os determinantes sociais de saúde. Todavia entre a identificação dos riscos gestacionais, a maior dificuldade observada no cuidado do ambulatório de alto risco está na caracterização do que é delimitado pela literatura como alto risco e o que é definido como alto risco na prática profissional.

A gestante inicia todo o processo na UBS. Lá ela recebe o primeiro cuidado, faz os testes rápidos e depois ela vem para cá de acordo com a nota daquele protocolo do Ministério da Saúde [...] O que a gente está fazendo agora é atender no ambulatório todas as gestantes obesas, mesmo sem ter pontuação para alto risco, porque são as que complicam, por experiência nossa. Então a gente sempre orienta que faça o pré-natal aqui (P14).

Mesmo que o escore da paciente não delimite alto risco, acabamos muitas vezes atendendo [...] A gente prefere assim. Os nossos médicos das UBS têm bastante receio. Infelizmente eles ainda têm muito medo de manejar as gestantes e como eles trocam muito às vezes eles mandam até só pra uma avaliação, (P19).

Os relatos apontam ainda que as próprias mulheres que tiveram uma gestação de risco, quando engravidam novamente já procuram o ambulatório de alto risco sem antes ir à UBS, pois acreditam que tem mais chances de ter uma segunda gravidez de risco. E nas falas das usuárias acerca da experiência em vivenciar ou ter vivenciado uma gravidez de risco fica evidente o quanto elas depositam total confiança nos profissionais que as atendem.

As questões que permeiam a segunda categoria “**Percebendo a autonomia na tomada de decisões**” estão relacionadas à autonomia no

ambiente de trabalho. Esta apresenta as respostas dadas pelos profissionais de saúde frente às ações desafiadoras enfrentadas na sua prática e possui três subcategorias. A primeira, “Percebendo a autonomia do enfermeiro” destaca a existência ou não de autonomia por parte deste profissional no encaminhamento de gestantes de alto risco a outro nível de atenção à saúde. Consiste ainda em saber avaliar a gestante, colher o histórico de suas informações de saúde, realizar exame físico, e dar um encaminhamento adequado ao seu cuidado.

Neste aspecto foi possível observar que os enfermeiros sentem-se autônomos para a tomada de algumas decisões, como o agendamento e/ou encaminhamento da UBS para o ambulatório de alto risco e deste para o nível hospitalar, principalmente na falta do médico na UBS. Porém quando questionados quanto à existência de um documento assinado no encaminhamento desta gestante, todos relataram que o fazem verbalmente.

Dependendo do risco o médico tem participação, ou não. Entro em contato por telefone com a enfermeira responsável no ambulatório de alto risco e ela já agenda a consulta com mais urgência. Esse processo não tenho dificuldade nenhuma em fazer. Quando na gestante já evidencio um alto risco que necessita urgência, encaminho diretamente para o hospital para atendimento de urgência obstétrica (P04).

A segunda subcategoria é denominada: “Destacando o conhecimento para obter autonomia”. Segundo os profissionais de saúde que atuam no ambulatório de alto risco, muitos dos atendimentos médicos realizados na UBS, onde se evidencia a falta de conhecimento e o despreparo para a clínica assistencial, impulsionam a não autonomia para a tomada de decisões.

Outro aspecto que conforme os entrevistados também dificulta neste processo é a rotatividade dos médicos nas UBS. Eles geralmente são recém formados e logo saem para fazer residência em outro local. E os poucos profissionais que permanecem sentem-se inseguros por falta de experiência e conhecimento.

Como a área de saúde encontra-se em constante atualização e a cada momento surgem novas tecnologias de cuidado, é cabível que nós profissionais do cuidado estejamos sempre em busca do conhecimento.

Os profissionais de saúde destacaram ainda a utilização de protocolos como suporte para sua prática profissional auxiliando na

autonomia para a avaliação clínica, conduta e tomada de decisão, o que nos leva a terceira subcategoria: “Utilizando protocolos ou formulário assistencial”.

A utilização de protocolos assistenciais é aspecto primordial para a prática clínica e está diretamente relacionada à autonomia nas ações de cuidado. Contudo, há que se destacar no estudo em questão, que os profissionais que executam o cuidado da gestante de alto risco preferem seguir o protocolo de forma mais abrangente, em que toda e qualquer situação de dúvida na assistência realizada na APS, seja encaminhada ao ambulatório de alto risco independente de a gestante ser ou não classificada como alto risco.

Temos na UBS o manual técnico do Ministério da Saúde de 2012 – gestação de alto risco. Utilizamos ele como fonte norteadora para casos especiais, mas no geral estas pacientes graves estão sendo acompanhadas pelo setor especializado. Então acabamos tirando dúvidas antes de encaminhá-las ao serviço e na sua maioria quem decide o que fazer é a ginecologista que atende lá (P05).

Protocolo mesmo a gente segue aquele do Ministério da Saúde, aquele rosa, está aqui na minha mesa, ele não sai daqui. Eu sigo muito ele, mas não só o protocolo que ele orienta. A gente faz um protocolo mais maleável que ainda não tem nada escrito, mas que qualquer necessidade os médicos mandem para cá no ambulatório (P16).

Para que uma assistência de qualidade e resolutive, as ações de cuidado devem envolver profissionais de diversas áreas. A terceira categoria “**Desenvolvendo um trabalho multiprofissional**” por meio das subcategorias “Estabelecendo interação profissional” e “Realizando o trabalho em equipe” evidencia a importância de um relacionamento profissional com os demais membros da equipe, facilitando o convívio entre os profissionais de saúde para discussão de casos e interconsultas.

Na subcategoria “Estabelecendo interação profissional” o profissional médico recebeu bastante destaque em virtude da grande proximidade entre as profissões de medicina e enfermagem. Sendo esta última categoria profissional composta pela maioria dentre os profissionais de saúde entrevistados.

As enfermeiras afirmaram que encaminham a gestante ao profissional médico sempre que necessário, para que ele avalie os riscos gestacionais e juntos referenciem ao nível de atenção oportuno. Neste aspecto, o estudo revelou divergências, pois foi possível observar enfermeiras que não tinham dificuldade em realizar este processo junto ao profissional médico e outras que preferiam avaliar o risco gestacional e encaminhar a outro nível de atenção sem precisar passar pelo atendimento médico. Esta divergência se deu pelo fato de algumas entrevistadas não depositarem total confiança no profissional médico e pelo fato de ele nem sempre estar presente. Mas no geral a interação profissional recebe um aspecto positivo sob o olhar de todos os profissionais de saúde.

Quanto à subcategoria “Realizando o trabalho em equipe” o estudo detalha ações que acontecem na prática que reforçam a importância desta ação, tendo em vista que a partir das falas dos entrevistados consegue-se observar a existência de um trabalho ainda fragmentado.

No estudo em questão, identifica-se o fato de que o trabalho em equipe acontece nos níveis de atenção, porém observam-se falhas quanto ao trabalho em equipe de um nível para o outro. Um trabalho fragmentado deixa de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral para com a gestante de alto risco.

Para que se possa compreender todo o processo de cuidado da gestante de alto risco, é pertinente conhecer o seu transitar na RAS. Desta forma a quarta categoria “**Acessando a rede de atenção à saúde**” traz como subcategorias: “Fazendo a articulação entre os pontos de atenção”, “Referenciando aos pontos de atenção”, “Conhecendo as dificuldades no processo de contrarreferência” e “Identificando o vínculo da gestante de alto risco nos pontos de atenção”.

A primeira subcategoria “Fazendo a articulação entre os pontos de atenção” nos remete a todo o processo de comunicação que acontece entre os profissionais de saúde e entre a gestante com os profissionais de saúde em cada ponto de atenção da RAS. Neste estudo pôde-se perceber que a articulação entre a atenção primária e secundária acontece com certa facilidade. Os profissionais relatam não ter dificuldade em realizar o contato com o ambulatório de alto risco para esclarecer dúvidas acerca do diagnóstico da gestante atendida na UBS. Esse processo acontece rotineiramente na execução das atividades das enfermeiras entrevistadas. E aquelas gestantes que já estão realizando o pré-natal no ambulatório de alto risco, conforme relatos dos profissionais de saúde que a atendem, são sempre orientadas a procurar a UBS.

Quanto à articulação entre ambulatório de alto risco e hospital geral regional foram identificadas algumas fragilidades, principalmente, no que tange à comunicação entre os pontos de atenção para o encaminhamento da gestante de alto risco, o que nos direciona à segunda subcategoria “Referenciando aos pontos de atenção”. Dentre as falas cabe destacar como dificuldade a articulação entre o ambulatório de alto risco junto ao hospital geral regional. Diante dos relatos, foi observado que este hospital apresenta resistência quando o ambulatório solicita o encaminhamento de uma gestante de alto risco.

O problema maior que a gente encontra é numa emergência, a gestante está aqui consultando comigo está com 160/100 de pressão e eu preciso fazer um rastreio rápido suspeitando de uma pré-eclampsia. Aí eu tenho que mandar hospitalizar e ali ela faz o rastreio em dois dias no hospital, até porque ela tem que ficar em repouso e medicada pois está com a pressão alta. É difícil, pelo menos antes da unidade de terapia intensiva neonatal aqui eles negavam (P16).

Já na fala de outra profissional que desenvolve atividades no ambulatório de alto risco e no hospital geral regional ficam evidentes também as fragilidades deste hospital para atender gestantes de alto risco:

Como eu trabalho também no hospital e sei que ele não é referência para alto risco a gente passa dificuldade. Recebemos bastante gestante de alto risco vinda dos outros municípios. E agora com a unidade de terapia intensiva neonatal mais ainda. A gente já recebia, agora só piorou porque eles acham que tudo pode ser mandado. Mas a gente não tem um suporte tão bom para gestação de alto risco e isso é muito ruim. Hoje não temos nem um ultrassom de urgência, só sobreaviso. A gente pede de manhã e vem fazer só à noite. São dificuldades! Então a gente não tem como atender uma gestante de alto risco se nem isso o hospital oferece (P19).

O referenciamento de uma gestante de alto risco entre os pontos de atenção deve ocorrer por meio do agendamento no sistema de regulação estadual e nos casos de urgência de um hospital para outro de

referência para gestação de alto risco. Tal referenciamento acontece por meio do contato entre o médico do hospital de origem com o médico regulador que busca vaga em hospitais de retaguarda. Todavia, quando não há vagas disponíveis este processo torna-se difícil.

Quanto ao referenciamento da UBS para o ambulatório de alto risco, ou ainda do ambulatório de alto risco para o ambulatório das maternidades de referência, é possível observar maior facilidade. A consulta da gestante é agendada pelo sistema de regulação estadual que leva em média vinte dias para o ambulatório dos hospitais de referência e em média sete dias para o ambulatório municipal.

Para se “conhecer as dificuldades no processo de contrarreferência” é pertinente saber como deve acontecer este processo na prática diária. A gestante após ser atendida na APS e receber diagnóstico de alto risco deve ser referenciada ao nível secundário que, ao atendê-la, deverá dar acompanhamento ao pré-natal, de modo que a UBS também acompanhe essa gestante mantendo o vínculo e prestando um cuidado integral à gestante e sua família. No decorrer deste pré-natal se for necessário o nível secundário referencia essa gestante ao nível terciário.

Todos estes encaminhamentos após o cuidado devem ser contrarreferenciados ao nível que os referenciou. No município investigado este processo acontece por meio das UBS, ambulatório de alto risco, hospital geral e maternidades de referência.

Ao analisar os relatos dos entrevistados, observa-se a existência da contrarreferência entre os níveis de atenção, porém, algumas dificuldades neste contrarreferenciamento da gestante de alto risco precisam ser destacadas, principalmente, após serem atendidas no ambulatório das maternidades de referência.

Essa é a nossa dificuldade, elas não vem com nada anotado. Normalmente nem na carteirinha. Poderia ser colocado como um atendimento igual a gente faz anotando como mais uma consulta. Sou eu que anoto depois que elas voltam. Essa aqui referiu que foi atendida, a gente só sabe porque foi agendada e porque a gestante confirma, mas o profissional que a atendeu lá não manda nada para gente (P08).

Ainda de acordo com os profissionais de saúde, todas as gestantes encaminhadas para atendimento nas maternidades de referência

estadual, retornam elogiando a forma como foram atendidas. Porém a contrarreferência deste atendimento não existe de profissional para profissional de saúde. Diante desta dificuldade, a enfermeira responsável pelo ambulatório de alto risco relatou que recentemente fez contato com as profissionais que atendem em uma das maternidades onde identificaram maiores problemas e a resposta recebida é que encaminhassem o caso à direção da maternidade para averiguar as prováveis dificuldades evidenciadas.

A subcategoria “Identificando o vínculo da gestante de alto risco nos pontos de atenção” tem o objetivo de compreender como se dá a vinculação desta gestante na RAS. Quanto ao atendimento no ambulatório de alto risco os profissionais relataram que orientam as gestantes a continuar frequentando a sua unidade de saúde sempre que necessário e também para que esta unidade esteja acompanhando seu processo gestacional. Os profissionais de saúde das UBS quando questionados afirmaram que estão sempre em contato com as gestantes de alto risco do seu território.

Todavia, as gestantes quando indagadas, foram unânimes em responder que após serem encaminhadas ao ambulatório de alto risco não frequentam mais a unidade de saúde para atendimentos. A permanência do vínculo da gestante com a APS está condicionada a diversos fatores e, quando estes não estão alinhados é provável que esta vinculação deixe de existir.

## DISCUSSÃO

O sistema complexo de diferentes formas de pensar, de se relacionar, de se organizar em diferentes níveis de atenção esteve presente nos cuidados com as gestantes de alto risco analisados, indicando que a ênfase principal das responsabilidades na APS está em desvantagem na relação com as práticas demandadas pelos especialistas no ambulatório de alto risco do mesmo município. Porém, a peculiaridade no estudo reside justamente no entendimento de que as UBS possibilitam e fortalecem a demanda pelo atendimento no serviço de ambulatório de alto risco, tendo em vista a falta de autonomia para dar prosseguimento aos cuidados. Esta questão está relacionada, principalmente, com a fragilidade de atuação de alguns profissionais de saúde e a falta de protocolo adequado para o cuidado.

No presente estudo foram apontadas como fragilidades na UBS a rotatividade dos profissionais médicos e a presença de médicos inexperientes e inseguros. Nesta mesma direção, evidências apontam

que, embora os profissionais de saúde representem cerca de 10% da força de trabalho brasileira, vários desafios permanecem, tais como, distribuição regional desigual de pessoal qualificado, alta rotatividade, escassez de carreiras estruturadas e grandes diferenças salariais entre regiões, estados, municípios e equipe (VICTORA *et al.*, 2011).

Outro aspecto encontrado neste estudo e que merece ser discutido é o fato das gestantes, após serem encaminhadas ao ambulatório de alto risco não frequentarem mais as UBS para atendimentos.

Diante desse quadro, a literatura contradiz tal afirmação ao descrever que muitas gestantes que realizam inicialmente o acompanhamento do pré-natal em ambulatório de alto risco, após a estabilização do quadro clínico retornam ao risco intermediário ou baixo risco (APS) prosseguindo neste até o final da gestação, não retornando mais ao atendimento no ambulatório de alto risco (FELCZAK *et al.*, 2018).

Ressalta-se que na APS, porta de entrada principal do sistema de saúde, a qualidade do atendimento prestado pelo profissional de saúde é definidora do caminhar da gestante de alto risco no sistema, uma vez que, esta é responsável por captar, estratificar o risco e vincular aos demais níveis de atenção à saúde.

Ainda nesse contexto, uma análise comparativa da assistência prestada à gestante em países como o Brasil e Portugal, resulta como potencial disparador para a permanência do vínculo desta gestante a sua unidade de origem os grupos de gestantes. Ainda revela que gravidez de alto risco não deve ser encarada especificamente como uma doença, mas não se pode negar que ela produz um agravo que precisa ser posto em análise, com implicações sociais e fisiológicas. Segundo os autores os grupos de gestantes, são ferramentas de organização do cuidado, que repercutem discussões pertinentes à saúde da gestante e suas relações externas, incluindo a dimensão da maternidade. Mas exige reflexões quanto à formação e à prática assistencial dos profissionais de saúde, que são aspectos relevantes no que tange à formulação das ações coletivas de cuidado à gestante na atenção primária (PIO; OLIVEIRA, 2014).

Para além da questão operacional, foi possível perceber a complexidade na aproximação dos profissionais do ambulatório de alto risco com o hospitalar e vice-versa. A falta de protocolos de comunicação e encaminhamentos faz com que cada profissional na sua individualidade, tome decisões pontuais não fortalecendo as ações coletivas. O simples encaminhamento da gestante de alto risco de um

serviço para outro, sem comunicação ou continuidade, não garante uma assistência resolutiva (SILVA *et. al.*, 2014).

A desarticulação de uma rede de serviços de atenção à saúde resulta na dissociação do processo de referência e contrarreferência, sem o adequado registro sobre as condutas e encaminhamentos realizados durante o cuidado da gestante de alto risco. Nesta perspectiva, Edgar Morin defende um novo paradigma de articular a reintegração do desintegrado, um pensamento complexo interdisciplinar para dar conta dos problemas globais, multidimensionais (2005).

Em estudo realizado sobre a APS e o cuidado em redes regionalizadas, constatou-se que a contrarreferência só era realizada por solicitação ou cobrança do próprio usuário do sistema e a referência era instrumento para marcação de procedimentos e não de comunicação interprofissional, sendo que, apenas 5% a 13% dos profissionais de saúde referiram receber contrarreferência com frequência de outros pontos de atenção (ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Embora o acesso e a disponibilidade de profissionais para a assistência tenham se ampliado, ainda se observam muitas lacunas na qualidade da prestação de serviços, principalmente no sentido da garantia da integralidade e da singularização do cuidado da gestante de alto risco (BRASIL, 2016).

No contexto estudado, verifica-se que esforços de colaboração no cuidado da gestante de alto risco entre os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) ainda são insuficientes para redefinir essas relações, pois falta qualificação do pré-natal com adoção de protocolos clínicos, necessidade de referência e contrarreferência entre os serviços, acesso e vinculação da gestante durante o pré-natal ao serviço de referência para o parto.

Somam-se a isso as repercussões das principais características propostas pela RAS: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centro de comunicação na APS; centralidade nas necessidades em saúde de uma população; responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (ARRUDA *et al.*, 2015).

Muitos são os desafios quando se assume a responsabilidade de acolher a gestante, ficando evidente que tão importante quanto os resultados alcançados é todo o processo de cuidado que envolve o pré-natal.

Desta forma, o pensamento complexo tem total significado, pois possibilita a horizontalidade nas decisões, a participação efetiva e ativa

de todos os envolvidos no processo de cuidado e confere novos vínculos resultantes deste sistema de atenção à saúde para a organização em todos os níveis de assistência.

## CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado foi possível identificar a complexidade do cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde. Sendo possível detalhar como fragilidades a comunicação pouco efetiva entre os diferentes pontos de atenção, com ênfase na comunicação verbal e ausência de encaminhamentos por escrito no contrarreferenciamento das gestantes. Além disso, destaca-se a fragmentação da atenção, a falta de qualificação e inexperiência dos profissionais médicos e a descontinuidade do atendimento das gestantes de alto risco nas unidades de saúde após serem encaminhadas para outros serviços na rede.

Considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, a conjuntura sócio demográfica e econômica contribui para vislumbrar caminhos rumo a uma assistência resolutiva e capaz de minimizar os efeitos negativos de uma gravidez de alto risco.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados no campo da complexidade do cuidado das gestantes de alto risco, uma vez que, para a qualidade da atenção obstétrica é necessário agir sob as condições, ações/interações e consequências de cada processo de cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A. M. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista de Saúde Pública**. v. 50, n. 80, 2016.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-73, 2015.

BACKES, M.T.S. *et al.* Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery**. v.15, n.4, Rio de Janeiro, oct./dec. 2011.

BRASIL. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. **Portaria nº. 1.459 de 24 de junho de 2011:** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory.** California: SAGE, 2015.

CRUZ, R.A.O. *et al.* Reflections in the light of the complexity theory and nursing education. **Revista Brasileira Enfermagem** [Internet], v.70, n.1, p.224-7. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0239> Access in: 15 nov. 2018.

FELCZAK, C. *et al.* Perfil de gestantes cardiopatas: alto risco. **Cogitare Enfermagem.** v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.49605> Acesso em: 24 nov. 2018.

HODIN, S. **Disparities in antenatal care utilization in mesoamerica and beyond.** Harvard T.H. Chan School of Public Healthset. 2016. Available in: <https://www.mhtf.org/2016/09/16/disparities-in-antenatal-care-utilization-in-mesoamerica-and-beyond/> Access in: 25 nov. 2018.

KANNAMPALLIL, T. G. *et al.* Considering complexity in healthcare systems. **Journal of Biomedical Informatics.** v. 44, n. 6, p. 943-7, 2011.

MATERNAL HEALTH TASK FORCE. **Antenatal care.** Harvard Chan School Center of Excellence in Maternal and Child. Boston: MA, 2018. Available in: <https://www.mhtf.org/topics/antenatal-care/> Access in: 20 nov. 2018.

PIO, D.A.M.; OLIVEIRA, M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade.** v. 23, n. 1, p. 313-24, 2014. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-12902014000100025 Acesso em: 24 nov. 2018.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica **Saúde Debate**. v. 38, n.103, p. 805-16, out/dez. 2014.

VICTORA, C.G. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**. v. 377, jun. 2011. Available in: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X) Access in: 12 nov. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: World Health Organization. 2016. Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-webannexes-eng.pdf?sequence=5> Access in: 10 nov. 2018.

## 5.2 MANUSCRITO 3 - DESAFIOS NO PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA GESTANTE DE ALTO RISCO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

### DESAFIOS NO PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA GESTANTE DE ALTO RISCO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Débora Batista Rodrigues<sup>11</sup>  
Marli Terezinha Stein Backes<sup>12</sup>

#### RESUMO

---

<sup>11</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido, GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: [enfdeborabr@gmail.com](mailto:enfdeborabr@gmail.com)

<sup>12</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, do PEN e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Florianópolis/SC/Brasil. Membro do GRUPESMUR. E-mail: [marli.backes@ufsc.br](mailto:marli.backes@ufsc.br).

**Objetivo:** Identificar os desafios no processo de referência e contrarreferência da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa com o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Para amostragem teórica, realizou-se 19 entrevistas em profundidade com profissionais de saúde e gestantes e/ou puérperas que tiveram gestação de alto risco e foram atendidas na rede de atenção à saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas intensivas e analisados a partir da codificação aberta, axial e integração. **Resultados:** Com a análise dos dados obteve-se a categoria “Acessando a rede de atenção à saúde” e quatro subcategorias: “Fazendo a articulação entre os pontos de atenção”, “Referenciando a gestante de alto risco aos pontos de atenção”, “Conhecendo as dificuldades no processo de contrarreferência” e “Identificando o vínculo da gestante de alto risco nos pontos de atenção”. **Conclusão:** Os pontos de atenção ainda não estão devidamente interligados. É necessário que se efetive a referência e contrarreferência para que o cuidado da gestante de alto risco seja realizado em rede.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Atenção Terciária à Saúde. Cuidado pré-natal. Encaminhamento e consulta. Gravidez de alto risco.

## INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal é a assistência prestada à mulher durante o período gestacional. O objetivo do pré-natal é identificar os fatores de risco existentes e outros desvios do normal, para que os resultados da gravidez possam ser melhorados. Todas as mulheres precisam ter acesso a cuidados pré-natais durante a gravidez, cuidados especializados durante o parto e cuidados e apoio nas primeiras semanas após o parto (WHO, 2015).

No Brasil, por meio de políticas e programas de saúde da mulher, o Ministério da Saúde vem ao longo dos anos investindo para melhorar a qualidade no pré-natal. Entre essas melhorias uma delas visa ampliar o acesso aos serviços de saúde. Tal acesso está diretamente relacionado às diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), que configura um sistema integrado em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), uma organização dinâmica e horizontal dos serviços, desempenha papel fundamental. A RAS interconecta e integra os serviços de saúde de

determinado território, para que estejam articulados e adequados no atendimento integral e promoção da saúde (SILVA, 2013).

Os serviços de saúde são estruturados por níveis de atenção, sendo estes contemplados pela atenção primária, secundária e terciária. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a porta de entrada preferencial de acesso aos serviços de saúde, além de servir como ponto estratégico de atenção, possibilitando o cuidado continuado e o encaminhamento a outros níveis de assistência. Sua função é de coordenação, cabendo ordenar os fluxos e contrafluxos em articulação com a atenção secundária e terciária (MENDES, 2011; BRASIL, 2017).

No cuidado da gestante de alto risco, essa articulação se faz necessária entre os níveis de atenção, pois além da assistência na APS, a gestante precisará do acompanhamento em serviço especializado, uma vez que, os riscos gestacionais são características, situações ou agravos que levam a uma maior probabilidade de complicações e, como consequência, um maior risco de a mulher e/ou o feto evoluírem para óbito (OLIVEIRA, 2015).

Para facilitar o acesso a serviços de maior complexidade, é cabível o estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência a fim de agilizar a realização de serviços de média e alta complexidade garantindo efetividade no atendimento em todos os níveis de atenção (CORREA; DÓI, 2014).

Mas para que esta efetividade aconteça, é necessário que os profissionais de saúde se responsabilizem pela continuidade da assistência, e que os processos de trabalho estejam organizados. Para tanto, é necessário que os serviços de cada nível de atenção (APS, secundária e terciária) estejam articulados, fazendo com que se efetivem os processos de referência e contrarreferência.

Desse modo, e considerando a atual organização das ações de assistência à saúde na RAS, este estudo partiu do seguinte questionamento: Quais os desafios no processo de referência e contrarreferência da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde? Como resposta a esta pergunta, este estudo teve como objetivo identificar os desafios no processo de referência e contrarreferência da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde.

Trata-se de um recorte da dissertação de Mestrado intitulada “O cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade”, que foi fundamentada na seguinte questão de pesquisa: Como acontece a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco no contexto da rede de atenção à saúde? E teve como objetivo compreender a referência e contrarreferência no cuidado

da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde, a partir dos significados atribuídos pelos envolvidos.

## MÉTODO

A pesquisa desenvolvida teve abordagem qualitativa considerando a multidimensionalidade dos fenômenos através de suas singularidades e significados. O referencial metodológico utilizado foi a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), na versão Straussiana, como caminho para entender o fenômeno sob investigação. Glaser e Strauss foram os fundadores deste método que procura desenvolver teoria a partir de dados de pesquisa, por meio da contínua interação entre a coleta e análise de dados, considerando os significados atribuídos pelos participantes quanto ao fenômeno investigado.

A TFD utiliza a amostragem teórica, desenvolvida durante o processo de investigação que possibilita ao pesquisador buscar seus dados através do depoimento de pessoas. Todos os procedimentos buscam identificar, desenvolver e relacionar conceitos a partir das hipóteses emergentes (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesta pesquisa a coleta e a análise dos dados ocorreram simultaneamente e por meio da análise comparativa constante.

O período da coleta de dados do estudo foi de julho a outubro de 2018 e o local escolhido foi o município de Araranguá, localizado na macrorregião sul e região do extremo sul catarinense. A RAS na Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá no que se refere à assistência às gestantes, tem sua atenção voltada aos três níveis: primário, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas ou não por equipes de Saúde da Família (eSF) existentes no território; secundário, através do Serviço Ambulatorial para gestação de alto risco municipal e estadual e ainda por um Hospital Geral Regional e; terciário, pelas maternidades que são referência estadual para gestantes de alto risco, sendo elas a Maternidade Estadual e o Hospital Universitário, ambos localizados a uma distância de 214,1 km e 217,2 km, respectivamente, do município.

Os participantes foram elencados por meio da composição de amostragem teórica com indivíduos que tinham experiências relevantes em relação ao fenômeno em investigação. Neste estudo a amostragem teórica iniciou com sete (7) profissionais de saúde atuantes na APS por meio das UBS. Todos prestavam assistência à gestantes de alto risco. Optou-se em iniciar junto a APS levando em consideração a sua participação inicial e continuada nos cuidados da gestante de alto risco.

À medida que as entrevistas aconteciam e as análises avançavam, fatos relevantes mostravam-se persistentes nas entrevistas, entre eles, o encaminhamento das gestantes para o ambulatório de alto risco sempre que se diagnosticava ou surgia à dúvida quanto a uma possível gravidez de risco. Posteriormente foram entrevistados cinco (5) profissionais de saúde que assistiam gestantes no ambulatório de alto risco. Assim, realizou-se doze (12) entrevistas com o objetivo de explorar o cuidado da gestante de alto risco.

Constatou-se a hipótese de que para se compreender todo o processo de cuidado da gestante de alto risco era pertinente conhecer sua vivência pessoal, o que desencadeou a busca por uma nova amostragem, composta desta vez por seis (6) gestantes e uma puérpera que recebiam e/ou já recebeu os cuidados durante suas gestações de alto risco na APS, na atenção secundária e/ou terciária.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual no local de trabalho dos profissionais de saúde, e na sala de espera para consulta no caso das usuárias. A pergunta inicial da entrevista feita a todos os profissionais de saúde foi: O que significa para você a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco na Rede de Atenção à Saúde? Também foram feitas outras perguntas no decorrer da entrevista, que versavam sobre os desafios enfrentados na prática profissional para referenciar e contrarreferenciar as gestantes de alto risco na RAS. Quanto às gestantes e/ou puérperas participantes, a entrevista aconteceu da mesma forma, porém com questionamentos referentes à experiência pessoal no processo de referência e contrarreferência.

Os critérios para inclusão dos participantes no estudo foi o tempo de atuação igual ou maior a seis meses no atual local de trabalho para os profissionais de saúde, e, no caso das usuárias, gestantes de alto risco do município em acompanhamento pré-natal e/ou puérperas que acabaram de ter uma gestação de alto risco, sem limite de idade.

Os critérios de exclusão adotados para os profissionais de saúde foram a ausência por motivo de férias ou licença de qualquer natureza. Foram excluídas as gestantes e/ou puérperas que não estavam realizando cuidado pré-natal e/ou pós-natal no SUS e que pertenciam ao município. Também foram excluídas as puérperas com mais de 40 dias de puerpério.

Na análise dos dados foi utilizado o processo de codificação. Tal processo classifica-se em três fases distintas, mas complementares e integradas, que são a codificação aberta, a codificação axial e a

integração. Durante toda a fase de coleta e análise dos dados utilizou-se memorandos e diagramas (CORBIN E STRAUSS, 2015).

Ainda na análise dos dados utilizou-se o modelo paradigmático facilitador proposto por Corbin e Strauss (2015). Trata-se de uma estrutura analítica que ajudou a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo foram integrados.

Os aspectos éticos foram respeitados seguindo as recomendações da Resolução n.º 466/2012 e n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa após o seu cadastro na plataforma Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer n.º 2.772.140. As entrevistas foram consentidas pelos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após explicação dos objetivos e do método do estudo. Os depoimentos obtidos foram identificados com a letra “P” (Profissionais) e “U” (Usuárias) associadas a números conforme a ordem das entrevistas realizadas, sem separar as amostragem teórica inicial da amostragem teórica complementar.

## RESULTADOS

Os profissionais de saúde entrevistados eram todos do sexo feminino e possuíam em média 36,2 anos de idade, com formação e atuação nas áreas de enfermagem e medicina, sendo em maior quantidade enfermeiras. Sete atuavam na UBS e cinco no ambulatório de alto risco, sendo que uma destas profissionais do ambulatório também atuava no hospital geral regional. Quanto ao tempo de atuação nas áreas afins constatou-se uma média de 11,2 anos de atuação.

Das usuárias incluídas na amostra, seis eram gestantes e uma puérpera. A idade média das usuárias foi de 24,5 anos, sendo que uma concluiu o ensino fundamental, cinco concluíram o ensino médio e uma o ensino superior. Em relação à ocupação, cinco estavam trabalhando. Referente à composição familiar destas mulheres, havia uma média de 3,4 pessoas por família e o número de filhos por mulher era 2,6. O número de consultas de gestações anteriores variou de uma a sete.

A partir da análise dos dados, obteve-se a categoria “Acessando a rede de atenção à saúde” e suas subcategorias, todas apresentadas na Figura 1.

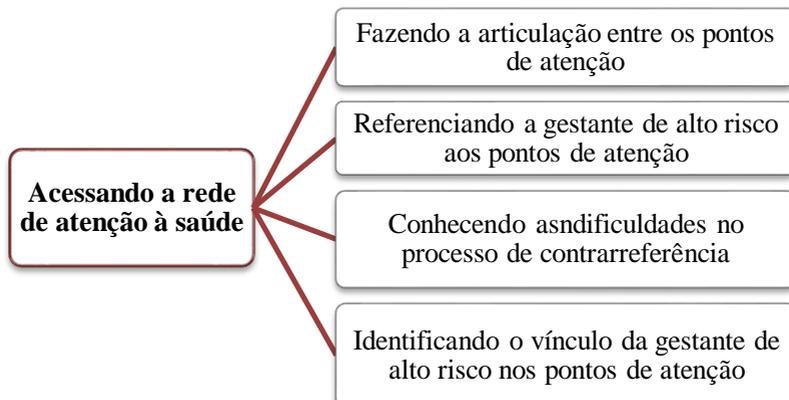


Figura 1: Categoria e subcategorias do estudo

Fonte: Elaboração da autora (2018).

A categoria “Acessando a rede de atenção à saúde” relaciona aspectos referentes ao processo de encaminhamento da gestante de alto risco a rede e o seu transitar por ela através dos níveis de atenção e seus respectivos pontos de atenção à saúde. Na sequência, descreve-se cada uma das suas subcategorias.

### **Fazendo a articulação entre os pontos de atenção**

Esta primeira subcategoria está relacionada à comunicação e organização do processo de cuidado da gestante de alto risco entre os pontos de atenção da RAS. Neste contexto cada ponto de atenção tem a possibilidade de estabelecer relações de referência e contrarreferência nos níveis de atenção à saúde com vistas à integralidade do cuidado.

As entrevistas realizadas com os profissionais de saúde da APS permitem descrever a existência de uma articulação facilitadora junto à atenção secundária, constituída nesta explanação com o ambulatório municipal de alto risco. Os relatos afirmam que esta ação faz parte do processo de trabalho diário, pois ambos os serviços necessitam um do outro para a execução do cuidado da gestante de alto risco.

Nosso contato com os serviços de pré-natal de alto risco é muito bom, conseguimos agendar consultas com agilidade e tenho acesso às consultas através do sis prenatal, que é onde eu consigo acompanhar a frequência e comparecimento às consultas por parte da

gestante. Mas o serviço acontece e os meus encaminhamentos são sempre aceitos, mesmo que seja para uma pré avaliação (P05).

Sabendo-se que a articulação é um processo complexo na RAS, cabe salientar a responsabilidade da APS no início e também durante todo o processo, uma vez que, por ser a porta de entrada preferencial e a ordenadora do cuidado na RAS, espera-se que a gestante inicie seu pré-natal neste nível de atenção e seja avaliada e classificada constantemente em relação ao risco gestacional, devendo ser garantido o encaminhamento e o acompanhamento do pré-natal no ambulatório de alto risco quando for o caso.

Entretanto, no referido estudo também constata-se situações onde a gestante é referenciada diretamente ao ambulatório, onde então é realizada a estratificação do risco. No entanto, quando verificado que a gestante pode permanecer realizando o pré-natal somente na APS, a mesma é contrarreferenciada a este nível de atenção.

Os casos que vem ao ambulatório e após consulta médica é visto que pode ser realizado o pré-natal na UBS a gente retorna para UBS. E a gente está fazendo isso por escrito, porque às vezes é um hipotireoidismo, aí elas vem aqui tratam, fazem uma avaliação, medicam e voltam para UBS. Às vezes consultam duas vezes e voltam para cá quando o médico da UBS ainda acha necessário (P08).

Qualquer dúvida que eles (médicos das UBS) tenham ou não saibam como lidar essa é a nossa indicação. E a gente tem uma boa relação com eles. Por exemplo: um hipotireoidismo que não tem necessidade de fazer pré-natal aqui. Mas como às vezes eles não sabem como iniciar o tratamento, isso é comum de acontecer, daí mandam e a gente inicia e depois a paciente retorna para UBS. Se essa mesma gestante desenvolve uma hipertensão daí volta para cá (P16).

A maior dificuldade na articulação entre os pontos de atenção no referido município se dá na relação entre o ambulatório de alto risco e o hospital geral regional, ficando evidente a fragilidade no relacionamento

entre os profissionais dos respectivos pontos de atenção quando precisam encaminhar uma gestante de alto risco.

Quando não tinha os leitos de unidade de terapia intensiva neonatal eles diziam (hospital geral) que não era para mandar, mas a gente mandava do mesmo jeito. Como que a gente ia ficar com uma hipertensão aqui? Mandávamos para o Pronto Socorro sim. E o plantão obstétrico ficava indignado (P14).

Eles [hospital geral] não queriam receber ninguém que pudesse ganhar prematuro, antes das 37 semanas, nem que fosse para fazer um rastreio de pré-eclampsia em emergência. Eles queriam que eu encaminhasse sempre direto para Florianópolis só que daqui eu não posso fazer isso nessa situação. E olha que quando eu precisei, eu ligava tá, ligava do meu celular, pedia, implorava...(P16).

Fica visível a situação problema advinda da desarticulação entre os respectivos pontos de atenção. Compreender melhor essa falta de articulação por meio de diálogos, acordos e negociações é importante para pensar soluções e como consequência chegar ao objetivo principal, que é o cuidado integral das gestantes de alto risco.

### **Referenciando a gestante de alto risco aos pontos de atenção**

O acesso à RAS inicia prioritariamente no nível primário, sendo as UBS responsáveis pelo referenciamento sempre que necessário. Considerando que o sistema de referência constitui-se como uma lógica do trabalho na RAS, cabe o detalhamento desta ação a partir dos significados atribuídos pelos entrevistados.

A primeira vez aqui na minha unidade eu já vejo a queixa principal, e caso esta seja relevante encaminho ao médico no período que ele está na unidade comigo. Mas se ele não estiver e eu ver que é algo muito sério, já mando para o nosso hospital que é referência para um primeiro atendimento médico especializado (P05).

Eu estava fazendo meu pré-natal no médico particular, daí ele me mandou para cá porque meu primeiro ultrasson com doppler deu pré-eclampsia e agora porque meu bebê está muito pequeno para meu tempo de gestação (U10).

Eu comecei no postinho e depois fui mandada para cá [ambulatorio de alto risco]. Eu fui atendida pela enfermeira que pediu um beta eu fiz e voltei par o postinho com o resultado. Então a enfermeira fez alguns exames e o médico viu que eu era de alto risco porque meu exame de tireóide deu alterado (U11).

Fica evidente na fala das entrevistadas que o contato entre os pontos de atenção mencionados acontece sem dificuldade para o encaminhamento, e as gestantes ao serem indagadas acerca do encaminhamento para o outro nível de atenção, algumas alegavam motivos associados ao seu quadro de saúde. Outras já relacionavam ao fato de haver nesses serviços profissionais mais qualificados em relação ao local de origem.

Destaca-se ainda o fato de mesmo a gestante que tem sido atendida por médico particular ser referenciada para o atendimento no SUS. Esta afirmação corrobora com o relato de uma profissional de saúde do ambulatorio de alto risco ao colocar que o pré-natal realizado neste ponto de atenção é melhor que em muitos consultórios particulares. Já o encaminhamento do ambulatorio de alto risco para o hospital geral regional apresenta fragilidades.

Teve um dia que era uma gemelar em trabalho de parto, como fazia comigo aqui no ambulatorio, ela veio aqui para que eu avaliasse antes de ir ao hospital porque ela tinha medo de ir para o hospital. Examinei e ela estava com 5 cm. e 30 semanas mais ou menos de gestação. Então eu liguei para o hospital comunicando que ia mandar a gestante e eles disseram: “não encaminha para gente”. Eu expliquei a situação e eles se negando e foi uma briga! Me disseram um horror de coisas...que prematuro não tinha que mandar para eles e que eu tinha que mandar pra Florianópolis. Neste dia eu liguei para todo mundo para saber, porque eu não tinha nenhuma documentação que

me dissesse que eles tinham que atender e a gente acaba acreditando no que nos dizem. Fiz tudo que eu pude para dar certo. Mas enfim... acho que agora vai ficar melhor com a unidade de terapia intensiva neonatal. Pelo menos não vão se negar a atender casos como este (P16).

A gente sempre liga quando vai encaminhar aqui do ambulatório para o hospital, de médico para médico, ou de enfermeira para enfermeira. Mas às vezes eles não querem, se negam, são resistentes e até orientam mandar para Criciúma ou Tubarão. Mas como que vamos levar uma gestante sem ambulância adequada para um hospital que além de não ser referência é em outra cidade? E se acontece algo no caminho? Nós não temos ambulância para isso. Já o hospital tem e também pode entrar na central de regulação. Eles ligam e pedem a vaga e podem levar a gestante. Só que o hospital sempre alegou que não é referência para gestante de alto risco e não querem se responsabilizar por isso, por essa gestante (P08).

As dificuldades apresentadas repercutem no processo de trabalho diário, e contribuem para deixar de realizar um cuidado de qualidade e resolutivo no acompanhamento da gestante de alto risco. Contrapondo-se a esta situação, uma profissional de saúde que desempenha atividades no ambulatório e também no hospital mencionado, descreve algumas situações que impossibilitam admitir uma gestante de alto risco e encaminhá-la posteriormente às maternidades de referência estadual.

Eu que estou sempre ali no hospital sei das nossas dificuldades e a gente não tem um suporte tão bom para gestação de alto risco e isso é muito ruim. E também passamos muito trabalho quando essa gestante precisa ser encaminhada para fora e entra na regulação. Se a gente não for interromper a gestação naquela hora a gente não consegue leito. Porque ou tem pra mãe ou tem para o bebê, os dois é o maior trabalho. E a gente não consegue encaminhar aquela gestante que é para tratamento, para ficar acompanhando. Digamos assim: uma pré-eclampsia, mas não é para interromper agora, ou uma restrição de

crescimento, não conseguimos mandar para Florianópolis. Só conseguimos se precisar de leito de unidade de terapia intensiva e é para interromper naquele dia (P19).

A partir do discurso acima, pode-se perceber a necessidade de uma reestruturação no hospital geral regional, uma vez que atende a toda a região do extremo sul catarinense. Mostra-se necessário o desenvolvimento de ações que minimizem as fragilidades assistenciais desta instituição.

Por último cabe destacar o fato de o encaminhamento do ambulatório de alto risco para consultas nas maternidades de referência, acontecer tranquilamente, sendo que a gestante é agendada no sistema de regulação estadual que leva em média 20 dias para receber o atendimento. A única dificuldade relatada é a distância de mais de 200 km. que muitas vezes repercute negativamente, pois esta gestante não quer ser acompanhada por lá.

A gente agenda no SISREG para o alto risco estadual. Que encaminha para o ambulatório da maternidade ou do hospital universitário. Mas agora recentemente saiu também para o hospital regional de São José. A gente já faz esse vínculo porque quer que ela tenha o bebê em um local apropriado e que tenha unidade de terapia intensiva neonatal que a gente não tinha. Agora parece que já tem no nosso hospital aqui (P14).

Quando a gente acha que é uma paciente com risco muito grande de complicar aí a gente encaminha para Florianópolis. E a gente já prevê se aquela gestante pode ou não ganhar em um hospital menor, se vai ou não complicar até mesmo na cesária e então a gente já encaminha nesses casos (P19).

Nós já tivemos casos de a gestante ser encaminhada para internar em Florianópolis e não querer ir por causa da distância, tinha filho pequeno, outras coisas da vida que não dava para simplesmente ir e deixar tudo aqui. Então se tem aqui tudo muda. Teve uma outra que tinha indicação de ficar internada lá após a consulta e ela assinou a alta porque ela disse que tinha uma

criança em casa e não tinha acertado com quem o filho poderia ficar e ela veio mesmo com orientação de ficar internada. E se fosse em Araranguá teria outra facilidade (P15).

### **Conhecendo as dificuldades no processo de contrarreferência**

O processo de contrarreferência é uma das ações propostas pela RAS. A gestante de alto risco após ser referenciada e atendida em determinado nível de atenção, deve ser contrarreferenciada ao local que a encaminhou. Este processo acontece em situações onde a gestante concluiu seu tratamento ou em casos onde permanece sendo assistida até o final da sua gravidez.

A gente (ambulatório de alto risco) faz o retorno dessa gestante para UBS. Orienta ela a ir falar com a enfermeira da UBS. Mas assim, quando eles ligam para cá a gente sempre pede para falar com a enfermeira e o médico para que os dois saibam a nossa resposta sobre a gestante (P14).

Nos questionamentos realizados às usuárias quanto ao contrarreferenciamento dos locais onde estavam sendo atendidas, houve relatos que após o atendimento no hospital geral foram orientadas a procurar a UBS ou o ambulatório de alto risco.

Deram um remédio para dor e mandaram eu vim aqui no ambulatório para continuar meu pré-natal. Mas eu continuo emagrecendo (U18).

Minha temperatura aumentou para 39 e 40. Então eu fui ao hospital e descobri que eu estava com pneumonia e suspeita de H1N1. Eu fiquei internada lá por sete dias em tratamento e em isolamento. Lá foi bem tranquilo só que me liberaram sem o resultado do exame. Na verdade ainda não estava pronto, eu soube só depois de sete dias que tinha dado negativo. Mas quando me deram alta disseram para eu procurar o ambulatório (U17).

Problemas como a não aderência dos profissionais à contrarreferência contribuem para dificultar o processo de trabalho e

também a integralidade do cuidado da gestante de alto risco. Este fato foi mencionado pelas entrevistadas no ambulatório, quanto ao recebimento da gestante de alto risco após ser atendida nas maternidades de referência.

Lá em Florianópolis a gestante de alto risco consulta e a carteira vem sem nenhuma anotação [...]se eles são referência tem que ser 'top', não é a gente que tem que ser 'top'. É aqui a gente anota tudo, tudo a gente anota. E quando a gestante volta de lá vem sem nada, temos que acreditar só no que elas dizem. Claro que nós aprendemos com nossos erros e hoje a gente coloca tudo, tudo (P14).

Essa é a nossa dificuldade, elas não vem com nada anotado, normalmente nem na carteirinha. Veja essa que tenho aqui! Poderia ser colocado como um atendimento igual a gente faz anotando como mais uma consulta. Sou eu que anoto depois que elas voltam. Essa aqui referiu que foi atendida, a gente só sabe porque foi agendada e porque a gestante confirma, mas o profissional que atende lá não manda nada anotado para gente (P08).

A contrarreferência é fator primordial para o seguimento do acompanhamento da gestante de alto risco e a efetividade do trabalho na RAS. Os profissionais de saúde independente do nível de atenção devem se responsabilizar pela continuidade desta assistência.

Se eu sentir necessidade de algo a mais encaminho para nossa referência estadual. Não tem problema nenhum nesse acompanhamento, o único problema é que eles não dão nada, nada por escrito (P16).

Não fazem uma contrarreferência [maternidades de referência] para a gente sabe! Os exames nunca vem anotados e tem espaço para exame na carteirinha. Esse é um exemplo, mas todas elas voltam na mesma situação. Teve um caso que acho que tinha a data da consulta, peso e pressão arterial, deve ter sido alguém que fez a triagem, mas sem assinatura, sem nada (P08).

Mediante as falas e no decorrer das entrevistas ao se questionar sobre o que o ambulatório de alto risco tem feito para solucionar esta dificuldade, a enfermeira responsável pelo serviço informou que já foi conversado primeiro por telefone com as enfermeiras responsáveis pelo setor específico na referida maternidade de referência, e que a resposta de ambas era que o ambulatório deveria encaminhar o caso à direção da maternidade, pois elas apesar de responsáveis não poderiam resolver esta situação. Foi sugerido o envio de um e-mail relatando as dificuldades vivenciadas. O ambulatório de alto risco providenciou este e-mail e até o fechamento do estudo não tinha recebido resposta.

Apesar das dificuldades relatadas pelas profissionais entrevistadas, as gestantes de alto risco, quando questionadas, relataram que o atendimento nas maternidades de referência foi muito bom e sempre elogiavam a presteza dos profissionais de saúde em responder suas dúvidas.

Fui atendida e gostei bastante, eles explicam certinho as coisas para gente, entendi tudo. E de documentação específica assim não recebi nada. Só se anotaram na carteirinha. O que veio escrito é a data da minha próxima consulta (U10).

Em todos esses lugares meu atendimento tem sido bom. Lá em Florianópolis o município até leva a gente (U11).

### **Identificando o vínculo da gestante de alto risco nos pontos de atenção**

O vínculo da gestante de alto risco aos pontos de atenção é variável, segundo as informações obtidas com as entrevistadas neste estudo. As profissionais do ambulatório de alto risco relataram que orientam a gestante sobre a importância desta vinculação, mas ainda assim consideram que esta está insuficiente.

Para ser atendida aqui é tranquilo. Agora já na UBS essa é uma situação que a gente está para fazer uma reunião ou oficina com as UBS. Pq tem algumas unidades que acham que quando a gestante vem para cá [ambulatório de alto risco] não precisam mais ter contato com a gestante.

Acham que não tem mais a responsabilidade com a gestante. É uma coisa mais interna, de profissional para profissional, até porque eles sabem que a gestante é daquela UBS. Nossa orientação é que elas não se desvinculem de sua UBS (P08).

Orientar para que a gestante continue comparecendo à sua unidade de saúde de origem é diferente de realizar contato com os profissionais da unidade de saúde para repassar o histórico clínico desta gestante. Uma vez que a unidade de saúde tem conhecimento, esta poderá realizar busca ativa e desenvolver um olhar mais ampliado a esta gestação. Nas entrevistas realizadas com as profissionais das UBS, todas relataram ter vínculo com as gestantes de alto risco de seu território, cabendo destacar a fala de uma enfermeira:

[...] após cada consulta ou atendimento que tinha no ambulatório ou no hospital a gestante vinha na UBS para me dizer o que estava sendo feito e como estava o andamento da gestação, pois a gente tinha até acordado que ela ia vim me repassar tudo. Até porque eu acho isso importante porque ela não deixou de ser gestante da minha área de trabalho (P07).

Todavia, as usuárias durante as entrevistas descreveram que após serem direcionadas ao acompanhamento no nível secundário, deixavam de frequentar a UBS. Como justificativa, algumas alegavam o fato de receberem um atendimento mais específico no ambulatório. Outras por não ter tempo para ir até a UBS e também disponibilizar tempo para as consultas no ambulatório.

Já em relação à vinculação e permanência para o acompanhamento nas maternidades de referência, uma profissional entrevistada refere que algumas gestantes desistem em decorrência principalmente da distância que configura-se em mais de 200 km.

## DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos sugere a existência de potencialidades e fragilidades na consolidação da RAS, sendo esta representada pela integração de todo o sistema de saúde. Entre as potencialidades tem-se a facilidade no acesso aos serviços de saúde

entre a UBS e o ambulatório de alto risco do município e o encaminhamento do ambulatório as maternidades de referência. Quanto às fragilidades, há desarticulação entre os níveis de atenção registrados neste estudo, especialmente, quando se trata de encaminhamentos do ambulatório de alto risco ao hospital geral regional e a contrarreferência das maternidades de referência para o ambulatório de alto risco municipal, de maneira que não há garantia de acesso a esses níveis.

O diagrama abaixo (Figura 2) representa os pontos de atenção no cuidado da gestante de alto risco, dispostos na RAS do estudo em questão. Entretanto, ao se verificar as fragilidades apontadas, é preciso que estes pontos de atenção sejam revistos em termos de finalidades e capacidades de atuação e que suas deficiências sejam supridas, tanto as relacionadas à infraestrutura, como as relacionadas aos processos de trabalho dos profissionais de saúde.



Figura 2: Diagrama representativo dos pontos de atenção no cuidado da gestante de alto risco.

Fonte: Elaboração da autora (2018).

Os profissionais de saúde devem compreender que numa articulação tão complexa de ações e serviços, irão se deparar com desordens e desafios e que os mesmos precisam ser interpretados como momentos de refletir se a rede está realmente sendo efetiva e cumprindo seu objetivo de proporcionar o cuidado continuado e integrado (ARRUDA *et al.*, 2015). O acesso é compreendido como um conceito multidimensional que abrange as interações entre os serviços de saúde, indivíduos e comunidades. A efetivação do acesso, como elemento para reflexão, remete às questões concernentes as condições que facilitam ou restringem os deslocamentos para participar de todas as ações de cuidado (ESPOSTI *et al.*, 2015; ERRICO *et al.*, 2018).

O acesso ao pré-natal não se limita à recepção da gestante na porta de entrada dos serviços de saúde, pois inclui o acolhimento, a capacidade de escuta e comunicação, destacando a atuação dos

profissionais de saúde baseada na resolutividade e na humanização do cuidado. A APS, por estar próxima das gestantes tem a possibilidade de direcionar suas ações em prol da promoção da saúde, e estabelecer as relações de referência e contrarreferência com a atenção secundária e terciária à saúde (ERDMANN *et al.*, 2013; DUQUE *et al.*, 2016).

Em todas as gestações, o acompanhamento pré-natal inicia-se na UBS de referência de cada território no respectivo município de residência da gestante. Na primeira consulta médica ou de enfermagem, a gestante, na maior parte é classificada como de risco habitual e, posteriormente, o médico ou enfermeiro é responsável por verificar os antecedentes obstétricos, doenças ou agravos, condições individuais e sociodemográficas, condições clínicas pré-existentes ou alguma intercorrência clínica que leva a gestante a continuar o acompanhamento no risco habitual ou possível seguimento para o alto risco (COSTA *et al.*, 2016).

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, verificou-se que entre os níveis de APS e atenção secundária (ambulatório de alto risco) não há dificuldade, mas sim quando se trata de encaminhamentos hospitalares, principalmente ao hospital geral regional, relacionado à média e alta complexidade, pois não há garantia de acesso a esses níveis. Esta situação acarreta importantes lacunas na assistência e falta de garantia da continuidade do cuidado.

Um estudo recente realizado sobre fatores que influenciam o processo de referência e contrarreferência das pessoas no cenário APS revelou fatores intervenientes no processo de referência e contrarreferência. Tempo de espera excessivo para as consultas agendadas e a falta ou necessidade de aprimoramento profissional e uso inadequado de tecnologias e sistemas. No sistema de contrarreferência, a falta de comunicação entre a APS e a rede de atenção à alta complexidade (CUNHA *et al.*, 2016).

Os resultados convergem com os achados de outros estudos, apontando a resolubilidade do cuidado vinculada à atuação profissional nos níveis de atenção. Em vez de processos de referência e contrarreferência, na prática, têm ocorrido encaminhamentos para serviços mais especializados, onde não se observa o acompanhamento da gestante pela equipe da UBS e nem a longitudinalidade da assistência prestada (COSTA *et al.*, 2014). Esses achados afetam negativamente a funcionalidade da rede, pois representam um processo de cuidado à saúde que desconecta o fluxo e contrafluxo e reforça o modelo de cuidado fragmentado e individualizado.

Com relação ao fluxo de atendimento nos ambulatórios das maternidades de referência verificou-se que a primeira consulta é agendada pelo município e as subsequentes pelo serviço de referência para onde a gestante de alto risco foi encaminhada.

Nesse sentido, uma ferramenta complementar no processo de referência e contrarreferência consiste no prontuário eletrônico e nos sistemas de informação, como o sistema de regulação disponibilizado pelo Ministério da Saúde (SISREG) que tem sido um importante aliado na gestão de fluxos no SUS.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste estudo pode-se observar enquanto desafios a serem superados a necessidade de os pontos de atenção estarem mais interligados e integrados, fazendo com que se efetivem a referência e contrarreferência, principalmente, entre os níveis de atenção secundária e terciária. A falta de comunicação e diálogo entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, também dificulta o fluxo de atendimento na RAS.

A disseminação do cuidado compartilhado em RAS configura uma estratégia única e sinaliza a conscientização de quem executa as ações assistenciais no âmbito dos níveis de atenção. O trabalho integrado é importante e ajuda a potencializar a conquista das mudanças necessárias na RAS e para que a concretização efetiva da referência e contrarreferência seja alcançada.

As limitações do estudo referem-se ao fato de ter sido realizado com uma amostra local, em uma única realidade, não expandindo-se a outros municípios e/ou regiões. Mas, espera-se que as reflexões levantadas possam incitar inovações na organização do sistema de saúde em rede e também pensados na lógica do cuidado da gestante de alto risco.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-73, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. **Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory.** California: SAGE, 2015.

CORREA, A. C. P.; DÓI, H. Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde de Cuiabá. **Ciência, Cuidado e Saúde.** v. 13, n.1, p. 104-10. Jan/Mar. 2014. Disponível em: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19916/pdf\\_119](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19916/pdf_119) Acesso em: 5 nov. 2018.

COSTA, L. D. *et al.* Adequacy of high-risk prenatal care at a referral hospital. **Revista Rene.**, v. 17, n. 4, p. 459-65, 2016. Available in: DOI: 10.15253/2175-6783.2016000400004 Access in: 25 nov. 2018.

CUNHA, K. S. *et al.* Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 965-72, 2016.

DUQUE, D. A. A. *et al.* Experiências de gestantes assistidas na atenção secundária à saúde. **Revista de enfermagem UFPE** [on line] v. 10, n. 12, p. 4612-9, dez., 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/11530-26747-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/11530-26747-1-PB%20(4).pdf) Acesso em: 18 nov. 2018.

ERDMANN, A. L. *et al.* Atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. v. 19, n. 21, p. 131-9. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf) Acesso em: 22 nov. 2018.

ERRICO, L. S. P. *et al.* O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. **Revista Brasileira de enfermagem.** v. 71, suppl. 3, p. 1335-43. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328> Acesso em: 22 nov. 2018.

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória. **Saúde e Sociedade**. [Internet]. 2015, v. 10, n. 23, p. 765-79. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00765.pdf> Access in: 18 nov. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. 2 ed. Brasília-DF: 2011.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, J. H. M. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2 ed. Campinas, SP Saberes Editora, 2013.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Vivências/percepções de mulheres na gravidez de risco. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, Jan-Mar. 2015.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. (Tradução Luciane de oliveira da Rocha). 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 288p., 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Media Centre. **Maternal mortality**. Geneva: WHO, 2015. Available in: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Access in: 11 nov. 2018.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou o alcance do objetivo geral proposto: compreender a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco na Rede de Atenção à Saúde, a partir dos significados atribuídos pelos envolvidos.

A partir desta compreensão identificou-se potencialidades e fragilidades na consolidação da RAS. Entre as potencialidades tem-se a facilidade no acesso aos serviços de saúde entre a APS e ambulatório de alto risco, mesmo que nem sempre devidamente indicados, e a comunicação satisfatória entre estes dois pontos de atenção.

Quanto às fragilidades, há desarticulação entre os níveis de atenção registrados neste estudo, especialmente, quando se trata de encaminhamentos do ambulatório de alto risco para o hospital geral regional localizado no município e também aos serviços de referência em média e alta complexidade localizados na capital, de maneira que não há garantia de acesso à assistência a esses níveis, mesmo quando extremamente necessários.

Dessa maneira, o estudo aponta questões de grande impacto na saúde materno infantil, especialmente, através das falas das profissionais de saúde entrevistadas quando se referem à situação de conseguirem um leito para internar uma gestante de alto risco. Quando solicitam, apenas se ela for submetida à cesárea no dia do encaminhamento para garantir um leito também na unidade de terapia intensiva neonatal para o recém-nascido, mesmo com idade gestacional de apenas 30 semanas e mesmo que ainda não esteja na hora do parto/nascimento.

Assim, ficou evidente neste estudo, a insuficiência de infraestrutura na atenção terciária para o atendimento de gestantes de alto risco, especialmente a insuficiência de leitos, tanto para as gestantes de alto risco, como também para os nascimentos prematuros que necessitam de leito em unidade de terapia intensiva neonatal.

Outro ponto que merece ser destacado aqui é a ausência do contrarreferenciamento do nível terciário para o secundário. E da mesma forma, a insegurança dos profissionais da APS ao diagnosticar e/ou classificar uma gestação de alto risco.

A opção pelo referencial metodológico da TDF, possibilitou a construção do fenômeno central da pesquisa que também se constitui na teoria substantiva: **“Cuidando da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde”**. A mesma é fundamentada por quatro categorias que integram o modelo paradigmático, alusivas aos componentes condições, ações-interações e consequências, sendo intituladas: “Promovendo o

cuidado”, “Percebendo a autonomia na tomada de decisões”, “Desenvolvendo um trabalho multiprofissional” e “Acessando a rede de atenção a saúde”.

O fenômeno central se relaciona com as categorias e integra umas às outras, proporcionando a formação do paradigma preconizado pela TFD. Assim, o componente condições que se refere ao acontecimento desenvolvido por uma determinada ação e compreende o contexto inicial do cuidado ofertado à gestante de alto risco, estando representado pela categoria “Promovendo o cuidado” e suas respectivas subcategorias: “Destacando a primeira consulta de pré-natal”, “Identificando os riscos da gestação” e “Retratando a experiência de ser gestante de alto risco”.

As ações – interações resultam de um problema ou intervenção e neste estudo representam os mecanismos e estratégias para o cuidado da gestante de alto risco estando representado pela categoria “Percebendo a autonomia na tomada de decisões” com as subcategorias: “Considerando a autonomia do enfermeiro”, “Destacando o conhecimento para obter autonomia” e “utilizando protocolos ou formulário assistencial” e a categoria “Desenvolvendo um trabalho multiprofissional” que teve como subcategorias: “Estabelecendo interação profissional” e “Realizando o trabalho em equipe”.

Por último, as consequências representam a resposta advinda de todo o processo, sendo ela esperada ou não. Neste contexto, tem maior relação com a categoria “Acessando a rede de atenção à saúde” e suas quatro subcategorias: “Fazendo a articulação entre os pontos de atenção”, “Referenciando aos pontos de atenção”, “Conhecendo as dificuldades no processo de contrarreferência” e “Identificando o vínculo da gestante de alto risco”, uma vez que a RAS direciona o percurso da gestante de alto risco no processo de cuidado até atingir seu objetivo final.

Evidencia-se que as categorias foram elencadas a partir da codificação e categorização dos dados, sendo que a análise ocorreu concomitante à coleta de dados e teve como aporte o referencial teórico da complexidade. Nesta perspectiva, o pensamento complexo requer que uma rede de cuidados assistenciais que circunda todo este processo deve ser contextualizada e interligada, e não fragmentada.

Mediante a articulação entre as categorias foi possível observar que o cuidado da gestante de alto risco baseia-se na prática assistencial em cada ponto de atenção da RAS por meio da promoção, autonomia para a tomada de decisões, relação profissional, e o encaminhamento desta gestante aos níveis de atenção à saúde.

A RAS, definida por relações horizontalizadas entre os diversos serviços, constitui-se em importante espaço de atuação para os profissionais de saúde que desempenham papel essencial na consolidação das práticas de cuidado. Este estudo teve seu destaque ao cuidado ofertado pelos profissionais de saúde a gestante de alto risco, a partir da missão assistencial em cada ponto de atenção e a sua vivência ao receber este cuidado.

Os achados desta investigação apontam para:

- A necessidade de atentar-se para o fato de que toda a gestante de alto risco seja vista como um ser multidimensional e singular e que todo o cuidado seja voltado para as suas especificidade;
- O estabelecimento de relações e interações baseadas na comunicação efetiva entre os serviços de saúde em cada nível de atenção;
- O acompanhamento da gestante de alto risco pela equipe da área de abrangência na APS para a garantia da continuidade do cuidado;
- A necessidade de os pontos de atenção estarem interligados e integrados, fazendo com que se efetivem a referência e contrarreferência, principalmente, entre os níveis de atenção secundária e terciária.
- A utilização de protocolos assistenciais no cuidado da gestante de alto risco, promovendo a padronização das condutas para melhorar os resultados;
- O fortalecimento do processo de referência e contrarreferência adequado que inclua todos os pontos de atenção da RAS;
- A sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o registro e repasse das informações no processo de contrarreferência da gestante de alto risco.

O estudo desenvolvido serve de inspiração para outras interpretações de pesquisa e traz contribuições para a ampliação e implementação de políticas públicas de saúde voltadas a saúde da mulher e recém-nascido. Este estudo também busca contribuir para a melhoria do cuidado ofertado à gestante de alto risco ao propor aos níveis de atenção analisar a assistência prestada a partir do processo de referência e contrarreferência.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de se ter realizado o mesmo apenas com uma amostra local, baseada em um único município, ou seja, Araranguá, não expandindo-se a outros municípios e/ou regiões. Entretanto, espera-se que as reflexões

levantadas possam incitar inovações na organização do sistema de saúde em rede e também pensados na lógica do cuidado da gestante de alto risco.

## REFERÊNCIAS

ALKEMA, L. *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**. v. 387, n. 10017, p. 462-74. 2016. Available in: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7) Access in: 05 aug. 2018.

ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A. M. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista de Saúde Pública**. v. 50, n. 80, 2016.

AMORIM, T. V. *et al.* As perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 46, abr. 2017. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt\\_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf) Acesso em: 02 nov. 2018.

AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Revista Médica de Minas Gerais.**, v. 25, n. 4, p. 568-76. 2015. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150124> Acesso em: 22 set. 2018.

APICE ON. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. **O projeto**. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/> Acesso em: 15 nov. 2018.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-73, 2015.

AZEVEDO, R. O. *et al.* Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study. **Online Brazilian of Nursing** [internet], v.16, n.2, p.218-25, 2017. Available in: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5541> Access in: 10 aug. 2018.

BACKES, M.T. S. **A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. 390 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina,

Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2011.

BACKES, M.T. S. *et al.* Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery**. v.15, n.4, Rio de Janeiro, oct./dec. 2011.

BANDEIRA-DE-MELLO, R. CUNHA, C. J. C. A. Groundedtheory. *In*: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, p. 241-66. 2006.

BAPTISTA, R. S. *et al.* Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros. **Enfermeria Global**. v. 40, p. 112-27, out. 2015, Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/pt_clinica5.pdf) Acesso em: 5 mai. 2017.

BARREIRA, J. F. *et al.* Alterações imunológicas e da função tiroideia na gravidez e no período pós-parto. **Arquivos de Medicina**. v. 20, n. 2. p. 56-60, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n2/n29n2a04.pdf> Acesso em: 5 mai. 2017.

BARRETO, C. N. *et al.* Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Revista enfermagem UFPE**. Recife, v. 7, n. 5, p. 4354-63, jun. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4355/6376> Acesso em: 2 mai. 2017.

BRASIL. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº. 7.508 de 28 de junho de 2011**: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: DF, 1984.

BRASIL. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna> Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Crítérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico 5. ed. Brasília: DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes, 1. ed., 2. reimpr. Brasília: DF, 2011d.

BRASIL. **Portaria nº. 569, de 1/6/2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Portaria nº. 1.020 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 à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Portaria n.º 1.067 a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº. 1.459 de 24 de junho de 2011:** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. **Portaria n.º 3.016, de 19 de junho de 1998.** Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Portaria nº. 4.279 de 30 de dezembro de 2010:** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CABRITA, B.A.C. *et al.* A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1139-48, 2015. Disponível em: <http://DOI:10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.24250> Acesso em: 22 set. 2018.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-44, abr./ jun. 2014.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: Guia prático para análise qualitativa.** Artmed Ed. Porto Alegre: RS, 2009.

CHUEIRIA, P. S.; HARZHEIMA, E.; TAKEDAB, S. M. P. Evaluation of health care coordination and health care networks ordination by Primary Health Care – a proposal of items for the evaluation of these attributes. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade.** v. 12, n. 39, p. 1-8, jan.dez. 2017.

CNES. **Consulta estabelecimento:** identificação. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp). Acesso em: 28 out. 2018.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory.** California: SAGE, 2015.

CORREA, A. C. P.; DÓI, H. Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde de Cuiabá. **Ciência, Cuidado e Saúde.** v. 13, n.1, p. 104-10. Jan/Mar. 2014. Disponível em: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19916/pdf\\_119](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19916/pdf_119) Acesso em: 4 mar. 2017.

COSTA, L. D. *et al.* Adequacy of high-risk prenatal care at a referral hospital. 2016. **Revista Rene.,** v. 17, n. 4, p. 459-65. Available in: DOI: 10.15253/2175-6783.2016000400004 Access in: 25 nov. 2018.

CRUZ, R.A.O. *et al.* Reflections in the light of the complexity theory and nursing education. **Revista Brasileira Enfermagem** [Internet], v.70, n.1, p.224-7. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0239> Access in: 15 nov. 2018.

CUNHA, K. S. *et al.* Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. **Revista Escola de Enfermagem da USP,** v. 50, n. 6, p. 965-72, 2016.

DEMITTO, M. O. *et al.* Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** n. 51, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208> Acesso em: 24 ago. 2018.

DUQUE, D. A. A. *et al.* Experiências de gestantes assistidas na atenção secundária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v.10, n. 12, p. 4612-19, 2016. Disponível em: <http://10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201624> Acesso em: 12 ago. 2018.

ERDMANN, A. L. *et al.* Atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. v. 19, n. 21, p. 131-9. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf) Acesso em: 22 nov. 2018.

ERRICO, L. S. P. *et al.* O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. **Revista Brasileira de enfermagem**. v. 71, suppl. 3, p. 1335-43. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328> Acesso em: 22 nov. 2018

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória. **Saúde e Sociedade**. [Internet]. 2015, v. 10, n. 23, p. 765-79. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00765.pdf> Access in: 18 nov. 2018.

FELCZAK, C. *et al.* Perfil de gestantes cardiopatas: alto risco. **Cogitare Enfermagem**. v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.49605> Acesso em: 24 nov. 2018.

GANONG, L. H. Integrative review of nursing research. **Research Nursing & Health**, n. 10, v. 1, p. 1-11. 1987.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Aldine de Gruyter, 1967.

HODIN, S. **Disparities in Antenatal Care Utilization in Mesoamerica and Beyond**. Harvard T.H. Chan School of Public Healthset. 2016. Available in: <https://www.mhtf.org/2016/09/16/disparities-in-antenatal-care-utilization-in-mesoamerica-and-beyond/> Access in: 25 nov. 2018.

IBGE. **Informações completas, Santa Catarina, Araranguá**.

Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/ararangua/panorama>. Acesso em: 20 out. 2018.

KANNAMPALLIL, T.G. *et al.* Considering complexity in healthcare systems. **Journal of Biomedical Informatics**. v. 44, n. 6, p. 943-7, dec. 2011.

LEE, S.; AYERS, S.; HOLDEN, D. Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study. **Midwifery** v. 38, p. 49–54, 2016. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.008> Access in: 10 may. 2018.

MATERNAL HEALTH TASK FORCE. **Antenatal Care**. Harvard Chan School Center of Excellence in Maternal and Child. Boston: MA, 2018. Available in: <https://www.mhtf.org/topics/antenatal-care/> Access in: 20 nov. 2018.

MEDEIROS, C. R. G. GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde Debate**, v. 39, p. 160-70. Disponível em: DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005201 Acesso em: 12 nov. 2018.

MELO, M. N. *et al.* Hospital care of women that experienced a high risk pregnancy: contributions to nursing. **Journal of Nursing UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 11, p. 3911-17, Nov., 2016. Available in: <http://10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201612> Access in: 13 aug 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. 2 ed. Brasília-DF: 2011.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, Abr., 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4a ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 9. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

NAZARETH, J. V. *et al.* Special attention to women experiencing high-risk pregnancy: Delivery, care assistance and neonatal outcomes in two Brazilian maternity wards. **Midwifery** v. 53, p. 42–8, 2017. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.009> Access in: 10 aug 2018.

NUNES, T. J. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 252-61, 2016.

OLIVEIRA, D. C; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** v. 19, n.1, Jan-Mar, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013> Acesso em: 12 mar. 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa - Mortalidade materna**. 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820) Acesso em: 17 out 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais**. 2016. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820) Acesso em: 17 jul. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus/SAS**. Curitiba: SESA, 2018.

PIMENTA, A. C. Resenha: introdução ao pensamento complexo de Edgar Morin. **Revista Científica da FHO, UNIARARAS**, v. 1, n. 2, 2013.

PIO, D. A .M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**. v. 23, n. 1, p. 313-24, 2014. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-12902014000100025 Acesso em: 24 nov. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* **Gravidez de alto risco**: análise dos determinantes sociais de saúde. v. 16, spl. 1, SANARE: Sobral, 23-28, 2017.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007.

SAY, L. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. 323-33, jun. 2014. Available in: Doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X Access in: 30 aug. 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Fatores de risco para mortalidade fetal, infantil e materna por Regiões de Saúde em 2017, Regiões de Saúde, SC**. 2018a. Disponível em: file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/20101026\_Perfil\_Epidemiologico\_2014a2017.pdf Acesso em: 06 nov. 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Instrumento classificação de risco gestacional**, 2018b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/classificacao-de-risco/12286-instrumento-classificacao-de-risco-gestacional/file> Acesso em: 02 nov. 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Plano de ação Rede Cegonha região de saúde extremo sul/SC**, 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Relatório de avaliação de execução**. Hospital Regional Deputado Affonso Ghizzo. Florianópolis, 2017.

SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da**

**Família e Comunidade.**, v. 9, n.30, p. 13-22. 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687) Acesso em: 22 set 2018.

SANTOS, M. B. *et al.* Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. **ScientiaTec: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IFRS** – Campus Porto Alegre, v.3, n.2, p:25-38, jun/dez. 2016.

SERAPHIN, A. P. C. G. *et al.* Relations hipamong periodontal disease, insulin resistance, salivary cortisol, and stress levels during pregnancy. **Brazilian Dental Journal.** v. 27, n.2, p. 123-7, 2016. Available in : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-64402016000200123](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402016000200123) Access in: 30 aug. 2017.

SILVA, C. M. C. D. e; *et al.* Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.29, n.3, mar. 2013.

SILVA, J. R. *et al.* Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em uma maternidade pública. 2018. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 109-16, 2018.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica **Saúde Debate.** v. 38, n.103, p. 805-16, out/dez. 2014.

SILVA, R. S.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem.** Florianópolis. v. 14, n. 4, 2005.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, J. H. M. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos.** In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS.** 2 ed. Campinas, SP Saberes Editora, 2013.

SIM. Sistema de Mortalidade. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**, 2018. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/> Acesso em: 02 nov. 2018.

SINASC. Sistema Nacional de Nascidos Vivos. **Nascidos vivos**. 2018b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> Acesso em: 02 nov. 2018.

SINASC. Sistema Nacional de Nascidos Vivos. **Proporção de mães com consultas de pré-natal segundo raça/cor 2014 e 2017, Regiões de Saúde, SC**. 2018a. Disponível em: <http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sinasc/def/sinasc.def> Acesso em: 02 nov. 2018.

SOARES, C. B. S. *et al.* Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 48, n. 2. São Paulo: 2014. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020> Access in: 12 set 2018.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada**. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, 323p., 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. (Tradução Luciane de oliveira da Rocha). 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 288p., 2008.

SUN, L., *et al.* Estimation of high risk pregnancy contributing to perinatal morbidity and mortality from a birth population-based regional survey in 2010 in China. **Pregnancy and Childbirth**. v.14, n.338, p. 2-14, 2014. Available in: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/338> Access in: 10 may 2018.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Estimación da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30 supl., p. 571-783, 2014.

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory?** Metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e

usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.24, n.1, p. 100-12, Jan./Mar. 2015.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30 supl., p. 85-100, 2014.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**. Special number, p. 32-46, may. 2011. Available in: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/fulltext) Access in: 05 ago. 2018.

VITÓRIA, T.O.; MOREIRA, R. C. R. Acessibilidade de gestantes ao pré-natal de alto risco. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 45-51, 2017. Disponível em:  
DOI: 10.13102/rscdauefs.v7i3.1273 Acesso em: 12 set 2018.

XAVIER, R.B. *et al.* Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. **Interface**, v. 19, n. 55, p. 1109-1120, 2015. Disponível em: doi: 10.1590/1807-57622014.0112 Acesso em: 12 ago. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality**: fact sheet. Geneva: World Health Organization. 2016b. Available in: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html> Access in: 10 may. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Media Centre. Maternal mortality**. Geneva: WHO, 2015. Available in: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Access in: 11 nov. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: World Health Organization. 2016a. Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-webannexes-eng.pdf?sequence=5> Access in: 10 may. 2018.

YEOH, P. L.; HORNETZ, K.; DAHLUI, M. Antenatal Care Utilisation and Content between Low-Risk and High-Risk Pregnant Women. **PLOS ONE**. Mar 24, 2016. Available in: <http://DOI:10.1371/journal.pone.0152167> Access in: 10 ago. 2018

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Protocolo para Revisão Integrativa da literatura

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b>	
 <small>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</small>	 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</b> <b>MESTRADO EM ENFERMAGEM</b>	
<b>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b>	
<b>I. IDENTIFICAÇÃO</b> <b>Mestranda:</b> Débora Batista Rodrigues <b>Orientadora:</b> Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes <b>Grupo de Pesquisa:</b> O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). <b>Área de Concentração:</b> Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.	
<b>II. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO:</b> Maria Gorete Monteguti Savi, Bibliotecária da Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde – UFSC	
<b>III. PERGUNTA</b> Como se dá o cuidado da gestante de alto risco em Rede de Atenção à Saúde?	
<b>IV. OBJETIVO</b> Conhecer como se dá o cuidado da gestante de alto risco em Rede de Atenção à Saúde.	

**V. DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. Na operacionalização desta revisão, serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987):

1. Seleção da pergunta de pesquisa;
2. Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra;
3. Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum;
4. Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos;
5. Discussão e interpretação dos resultados;
6. Apresentação de forma clara da evidência encontrada.

**VI. FINANCIAMENTO**

01 arquivo virtual (e-mail) exclusivo à Revisão Integrativa de Literatura; 01 impressora a laser monocromática; 01 pen-drive; 02 resmas de folha A4; 03 canetas marcador texto; recurso financeiro disponível para compra de materiais (referências) que não estão livres nas bases de dados.

**VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Artigos de periódicos publicados entre 2014 e 2017, indexados nas bases de dados selecionadas (LILACS, BDNF, MEDLINE/PubMed, CINAHL) e bibliotecas eletrônicas (SciELO, BVS e Portal da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos), que estejam publicados nos idiomas inglês, espanhol, e português, que contenham descritores e/ou palavras-chave listadas neste protocolo, no resumo, no título ou assunto/descriptor.

**VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Dossiês; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência; Estudos de reflexão; Estudos teóricos; Teses; Dissertações; TCC; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam em inglês, português e espanhol; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

## **IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)**

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e palavras-chave (com variações singular/plural, de/da) listadas abaixo:

- Gravidez de alto risco / *Pregnancy, High-Risk / Embarazo de Alto Riesgo;*
- Assistência a saúde / *Health care / Asistencia sanitaria;*
- Atenção Primária a Saúde / *Primary health care / Atención Primaria de Salud;*
- Encaminhamento e consulta / *Referral and consultation / Enrutamiento y consulta;*
- Atenção terciária à saúde / *Tertiary health care / Atencion terciaria de salud.*

### **a) Bases eletrônicas de dados:**

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde: é uma base cooperativa do Sistema BIREME que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região, a partir de 1982. Indexa artigos de cerca de 1.300 revistas, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

BDENF - Base de Dados de Enfermagem: fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem.

MEDLINE/PubMed - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online: é um Sistema On-line de Busca e Análise de Literatura Médica que consiste numa base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine (NLM), que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em 70 países. Contém aproximadamente 11 milhões de registros da literatura, desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de: Medicina, Biomedicina, Enfermagem, Odontologia,

Veterinária e Ciências afins. A atualização das bases de dados é mensal.

CINAHL - The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature: fornece indexação de literatura de enfermagem superior e de saúde aliada disponível, incluindo revistas de enfermagem e publicações da National League for Nursing e da American Nurses Association.

**b) Bibliotecas eletrônicas:**

SciELO – Scientific Electronic Library Online: é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A SciELO é resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), em parceria com a BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde: é uma divisão da Biblioteca do Ministério da Saúde, responsável pela veiculação do site da BVS MS, no qual são publicadas as informações bibliográficas produzidas pelo Ministério da Saúde, bem como informações gerais na área de ciências da saúde. Como as publicações do MS não são comercializadas, a BVS MS torna-se o principal canal de acesso para essa produção.

Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos - as coleções da Biblioteca Nacional de Medicina incluem mais de sete milhões de livros, revistas, relatórios técnicos, manuscritos, microfilmes, fotografias e imagens sobre medicina e ciências afins, incluindo algumas das mais antigas e raras obras do mundo.

**c) Período de busca**  
Janeiro/2018 a Junho/2018.

### **1. SELEÇÃO DOS ESTUDOS**

Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma releitura criteriosa dos artigos selecionados, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência do conteúdo, denominada de *segunda seleção*. Os trabalhos que atenderem aos objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

### **2. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS**

Será realizada releitura dos estudos pré-selecionados com avaliação crítica sistemática dos resultados que serão apresentados em forma de categorias. Esta avaliação será baseada no modelo analítico Ganong (1987). A avaliação e discussão dos artigos selecionados serão feitas de acordo com a literatura.

### **3. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES**

- Ano de produção;
- Título;
- Autor(es);
- Profissão e titulação dos autores;
- Periódico;
- Estado/País;
- Descritores e Palavras-chave;
- Base de dados de localização dos autores;
- Categoria da pesquisa;
- Natureza da pesquisa;
- Referencial teórico;
- Método de análise dos dados;
- População/participantes;
- Cenário do estudo;
- Temática dos artigos;
- Identificar o conhecimento científico produzido sobre as estratégias utilizadas para viabilizar a referência e contrarreferência da gestante de alto risco na Rede de Atenção à Saúde.

#### **4. SÍNTESE E CONCLUSÃO**

Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de descrição a partir da análise e checagem dos dados coletados.

#### **5. DIVULGAÇÃO**

Publicação dos achados deste estudo em periódico após apreciação da banca de sustentação da Dissertação.

#### **6. CRONOGRAMA**

- Elaboração do protocolo: outubro/2017;
- Validação do protocolo: novembro/2017;
- Busca dos artigos: janeiro/2018;
- 1ª peneira dos artigos selecionados: fevereiro e março/2018;
- Organização dos artigos: abril/2018;
- 2ª peneira dos artigos selecionados: maio e junho/2018
- Organização dos resultados da RI em tabelas: julho/2018;
- Elaboração do artigo: agosto a outubro/2018;
- Encaminhamento do artigo para periódico: janeiro/2019.

#### **7. REFERÊNCIAS**

GANONG, Lawrence. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v.10, p. 1-11, 1987.

## APÊNDICE B – Estratégias de busca para Revisão Integrativa da literatura

Para LILACS, BDEFN

(tw:("Gravidez de Alto Risco" OR "Gestação de Alto Risco" OR "gestacoes de alto risco" OR "Gestante de alto Risco" OR "Gestantes de alto Risco" OR "Gravidez de Risco" OR "Gestação de Risco" OR "gestacoes de risco" OR "Gestante de Risco" OR "Gestantes de Risco" OR "pre natal de alto risco" OR "pre natal de risco" OR "Pregnancy, High-Risk" OR "RiskPregnancy" OR "RiskPregnancies" OR "riskpregnant" OR "Embarazo de Alto Riesgo" OR "Embarazos de Alto Riesgo" OR "Embarazo de Riesgo" OR "Embarazos de Riesgo" OR "embarazada de alto riesgo" OR "embarazadas de alto riesgo" OR "embarazada de riesgo" OR "embarazadas de riesgo" )) AND (tw:("Rede de atenção" OR "redes de atenção" OR "rede de serviços de saúde" OR "redes de serviços de saúde" OR "rede assistencial" OR "rede de saúde" OR "redes de saúde" OR "rede de cuidados continuados de saúde" OR "redes de cuidados continuados de saúde" OR "rede de cuidados de saúde" OR "redes de cuidados de saúde" OR "rede cegonha" OR sus OR "sistema unico de saude" OR "estrategiasaude da familia" OR "Estratégia da Saúde da Família" OR "Estratégia de Saúde da Família" OR "atenção primaria" OR "atenção basica" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidados Primários" OR "cuidado primario" OR hospitalis OR hospital OR "atenção terciária a saude" OR "atenção terciária" OR "serviços hospitalares" or"healthcare network" OR "healthcare networks" OR "healthcare network" OR "healthcare networks" OR "health network" OR "health networks" OR "care network" OR "care networks" OR "Stork Network" OR "Family Health Strategy" OR "primaryhealthcare" OR "primaryhealth" OR "PrimaryHealthcare" OR "primarycare" OR "primaryhealth" OR "SecondaryCare" OR "tertiaryhealthcare" OR "hospitals" OR "hospital" OR "hospital services" OR "Red de Atención" OR "Redes deAtención" OR "RedCigüeña" OR "Estrategia de Salud Familiar" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "atenciónbasica" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico" OR "cuidados básicos" OR "atencion secundaria" OR "atencion terciaria de salud" OR "atencion terciaria" OR hospitales)) AND (instance:"regional") AND ( db:("LILACS" OR "BDEFN") AND

year\_cluster:("2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017" ) AND  
type:("article"))

Para SCIELO Regional – scielo.org

("Gravidez de Alto Risco" OR "Gestação de Alto Risco" OR "gestacoes de alto risco" OR "Gestante de alto Risco" OR "Gestantes de alto Risco" OR "Gravidez de Risco" OR "Gestação de Risco" OR "gestacoes de risco" OR "Gestante de Risco" OR "Gestantes de Risco" OR "pre natal de alto risco" OR "pre natal de risco" OR "Pregnancy, High-Risk" OR "RiskPregnancy" OR "RiskPregnancies" OR "riskpregnant" OR "Embarazo de Alto Riesgo" OR "Embarazos de Alto Riesgo" OR "Embarazo de Riesgo" OR "Embarazos de Riesgo" OR "embarazada de alto riesgo" OR "embarazadas de alto riesgo" OR "embarazada de riesgo" OR "embarazadas de riesgo" ) AND ("Rede de atenção" OR "redes de atenção" OR "rede de serviços de saúde" OR "redes de serviços de saúde" OR "rede assistencial" OR "rede de saúde" OR "redes de saúde" OR "rede de cuidados continuados de saúde" OR "redes de cuidados continuados de saúde" OR "rede de cuidados de saúde" OR "redes de cuidados de saúde" OR "rede cegonha" OR sus OR "sistema unico de saude" OR "estrategiasaude da familia" OR "Estratégia da Saúde da Família" OR "Estratégia de Saúde da Família" OR "atenção primaria" OR "atenção basica" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidados Primários" OR "cuidado primario" OR "ATENCAO SECUNDARIA" OR "UPA" OR "Unidade de pronto atendimento" OR "unidades de pronto atendimento" OR "cuidado secundario" OR "cuidados secundarios" OR hospitais OR hospital OR "atenção terciária a saude" OR "atenção terciária" OR "serviços hospitalares" OR "healthcare network" OR "healthcare networks" OR "healthcare network" OR "healthcare networks" OR "health network" OR "health networks" OR "care network" OR "care networks" OR "Stork Network" OR "Family Health Strategy" OR "primaryhealthcare" OR "primaryhealth" OR "PrimaryHealthcare" OR "primarycare" OR "primaryhealth" OR "SecondaryCare" OR "tertiaryhealthcare" OR "hospitals" OR "hospital" OR "hospital services" OR "Red de Atención" OR "Redes de Atención" OR "RedCigüeña" OR "Estrategia de Salud Familiar" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "atenciónbasica" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico" OR "cuidados básicos" OR "atencion terciaria de salud" OR "atención terciaria" OR hospitales) AND

year\_cluster:("2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017" ) AND  
type:("research-article"))

#### Para PubMed/Medline

("Pregnancy, High-Risk"[Mesh] OR "Risk Pregnancy"[All Fields] OR  
"Risk Pregnancies"[All Fields] OR "risk pregnant"[All Fields]) AND  
("healthcare network"[All Fields] OR "healthcare networks"[All Fields]  
OR "health care network"[All Fields] OR "health care networks"[All  
Fields] OR "health network"[All Fields] OR "health networks"[All  
Fields] OR "care network"[All Fields] OR "care networks"[All Fields]  
OR "Stork Network"[All Fields] OR "Family Health Strategy"[All  
Fields] OR "primary health care"[All Fields] OR "primary health"[All  
Fields] OR "Primary Healthcare"[All Fields] OR "primary care"[All  
Fields] OR "primaryhealth"[All Fields] OR "tertiary healthcare"[All  
Fields] OR "hospitals"[Title/Abstract] OR "hospital"[Title/Abstract] OR  
"hospital services"[All Fields]) AND (("2014/01/01"[PDAT] :  
"2017/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang]))

#### Para CINAHL

("Pregnancy, High-Risk" OR "Risk Pregnancy" OR "Risk Pregnancies"  
OR "risk pregnant") AND ("healthcare network" OR "healthcare  
networks" OR "health care network" OR "health care networks"  
OR "health network" OR "health networks" OR "care network" OR  
"care networks" OR "Stork Network" OR "Family Health Strategy" OR  
"primary health care" OR "primary health" OR "Primary Healthcare"  
OR "primary care" OR "primaryhealth" OR "Secondary Care" OR  
"tertiary healthcare" OR "hospitals" OR "hospital" OR "hospital  
services")

---

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –  
Profissional de saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PROFISSIONAL DE SAÚDE

Eu, pesquisadora Débora Batista Rodrigues, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com a Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes (Pesquisadora Responsável), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade**, cujo objetivo geral é compreender como ocorre a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco na Rede de Atenção à Saúde, a partir dos significados atribuídos pelas usuárias e profissionais de saúde envolvidos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que fará uso do método *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada em Dados, como também é chamada. Está pautada na Resolução n.º 466/2012 e Resolução n.º 510/2016 de acordo com o Conselho Nacional de Saúde. As pesquisadoras se comprometem em cumprir as referidas resoluções.

A realização dessa pesquisa justifica-se pela necessidade de estudos sobre o tema, com a finalidade de contribuir para implementar mudanças nas práticas de enfermagem/saúde relacionadas ao cuidado da gestante de alto risco no contexto da Rede de Atenção à Saúde.

Caso você aceite, sua participação na pesquisa será voluntária e ocorrerá por meio de uma entrevista que será áudio gravada, mediante a sua autorização. Durante a entrevista serão realizadas perguntas com questões norteadoras sobre o cuidado da gestante de alto risco relacionadas ao seu processo de trabalho, tais como, consultas de pré-natal e exames, o encaminhamento ao serviço de referência para alto

risco e outros procedimentos e as facilidades e/ou dificuldades encontradas. Estas perguntas poderão ser aprofundadas no decorrer da investigação. Posteriormente, as informações obtidas a partir da entrevista serão transcritas sem que você seja identificado(a) e os dados serão analisados em seu conjunto e, após cinco anos da finalização do estudo, serão destruídos.

Este estudo não lhe trará benefícios a curto prazo, porém para a sociedade contribuirá proporcionando a reflexão de práticas para as mudanças necessárias na disseminação de ações que venham valorizar o cuidado da gestante de alto risco e para novas pesquisas nesta área de conhecimento. Também poderá apontar subsídios para melhorar a qualidade da assistência.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre suas vivências pessoais. Contudo, estamos dispostas a ouvi-los(as). Você tem a liberdade, nas reflexões que podem lhe causar desconforto, de se recusar a participar do estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência na participação no estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

A sua participação na presente pesquisa não acarretará em despesas para você. Porém, **caso venham ocorrer despesas comprovadamente advindas da sua participação da pesquisa, você receberá ressarcimento, por meio de recursos próprios, pelas pesquisadoras responsáveis** conforme item IV 3 (g) da Resolução n.º 466/2012. **E, se comprovado eventual dano decorrente da sua participação na pesquisa, você também tem a garantia de indenização por meio de recursos próprios, pelas pesquisadoras responsáveis.**

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificado(a) e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda das pesquisadoras. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta duas vias, que serão assinadas ao seu término por você, pela pesquisadora que lhe entrevistar e pela pesquisadora responsável, sendo que uma delas ficará com você e a outra via ficará com as pesquisadoras.

Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas relativos à pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº. 466/2012, sendo assegurados também os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Para qualquer esclarecimento, poderá procurar a Dra. Marli Terezinha Stein Backes no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-3450, das 9 às 18 horas e pelo E-mail marli.backes@ufsc.br. Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 4º andar, Trindade, Florianópolis/SC - CEP 88040-900. Contactar a mestranda Débora Batista Rodrigues pelo telefone (48) 999436442 ou pelo E-mail: enfdeborabr@gmail.com. E ainda, poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094, ou E-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040-400.

---

Marli Terezinha Stein Backes  
Pesquisadora Responsável

---

Débora Batista Rodrigues  
Pesquisadora Principal

---

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza, o objetivo e os procedimentos da pesquisa, consinto minha participação voluntária, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuária****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
USUÁRIA**

Eu, pesquisadora Débora Batista Rodrigues, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com a Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes (pesquisadora Responsável), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade**, cujo objetivo geral é compreender como ocorre a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco na Rede de Atenção à Saúde, a partir dos significados atribuídos pelas usuárias e profissionais de saúde envolvidos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que fará uso do método *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada em Dados, como também é chamada. Está pautada na Resolução n.º 466/2012 e Resolução n.º 510/2016 de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, e as pesquisadoras se comprometem em cumprir as referidas resoluções.

A realização dessa pesquisa justifica-se pela necessidade de estudos sobre o tema, com a finalidade de contribuir para implementar mudanças nas práticas de enfermagem/saúde relacionadas ao cuidado da gestante de alto risco no contexto da Rede de Atenção à Saúde.

Caso você aceite, sua participação na pesquisa será voluntária e ocorrerá por meio de uma entrevista individual que será áudio gravada, mediante sua autorização. Durante a entrevista serão realizadas perguntas com questões norteadoras acerca de sua vivência enquanto gestante de alto risco, tais como o acesso às consultas de pré-natal e exames, o encaminhamento ao serviço de alto risco e outros procedimentos, e as facilidades e/ou dificuldades encontradas por você.

Posteriormente a entrevista será transcrita, sem que você seja identificada, e os dados serão analisados em seu conjunto, e após cinco anos da finalização do estudo, as informações obtidas a partir da entrevista serão destruídas.

Este estudo não lhe trará benefícios a curto prazo, porém para a sociedade contribuirá proporcionando a reflexão de práticas para as mudanças necessárias que contribuam na disseminação de ações que venham valorizar o cuidado da gestante de alto risco e para novas pesquisas nesta área de conhecimento. Também poderá apontar subsídios para melhorar a qualidade da assistência.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre suas vivências pessoais, contudo estamos dispostas a ouvi-las. Contudo, você tem a liberdade, nas reflexões que podem lhe causar desconforto, de se recusar a participar do estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência na participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

A sua participação na presente pesquisa não acarretará em despesas para você. Porém, **caso venha ocorrer despesas comprovadamente advindas da participação da pesquisa, você receberá ressarcimento, por meio de recursos próprios, pelas pesquisadoras responsáveis** conforme item IV 3 (g) da Resolução n.º 466/2012. **E se, comprovado eventual dano decorrente da sua participação na pesquisa, você também tem a garantia de indenização por meio de recursos próprios, pelas pesquisadoras responsáveis.**

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificada e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda das pesquisadoras. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta duas vias, que serão assinadas ao seu término por você, pela pesquisadora que lhe entrevistar e pela pesquisadora responsável, sendo que uma delas ficará com você e a outra via ficará com as pesquisadoras.

Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos à pesquisas com seres humanos serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n.º.

466/2012 e Resolução n.º 510/2016, sendo assegurados também os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Para qualquer esclarecimento, poderá procurar a Dra. Marli Terezinha Stein Backes no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48)3721-3450, das 9 às 18 horas e por E-mail marli.backes@ufsc.br, Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 4ª andar, Trindade, Florianópolis/SC - CEP 88040-900. Ou a mestranda Débora Batista Rodrigues pelo telefone (48) 999436442 ou pelo E-mail enfdeborabr@gmail.com. E ainda, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094 ou e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040-400.

---

Marli Terezinha Stein Backes  
Pesquisadora Responsável

---

Débora Batista Rodrigues  
Pesquisadora Principal

---

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecida sobre a natureza, o objetivo e os procedimentos da pesquisa, consinto minha participação voluntária, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome da participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe ou representante legal (se participante menor de 18 anos)\*: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\* (Se a participante é menor de 18 anos de idade, ou é incapaz, por qualquer razão de assinar, o Consentimento deve ser obtido e assinado por um dos pais ou representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação).

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**APÊNDICE E – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Usuária  
menor 18 anos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
USUÁRIA – menor de 18 anos**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **Referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade**, coordenada pela Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes (Pesquisadora Responsável) e Débora Batista Rodrigues (Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina).

Nesta pesquisa pretendemos compreender como ocorre a referência e contrarreferência no cuidado a gestante de alto risco na Rede de Atenção à Saúde, a partir dos significados atribuídos pelas usuárias e profissionais de saúde envolvidos. Para este estudo adotaremos a pesquisa qualitativa e o método *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada em Dados, como também é chamada.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é contribuir para implementar mudanças nas práticas de enfermagem/saúde relacionadas ao cuidado da gestante de alto risco no contexto da Rede de Atenção a Saúde.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida. O pesquisador irá tratar a

sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação.

Caso você aceite, sua participação na pesquisa será voluntária e ocorrerá por meio de uma entrevista individual que será áudio gravada, mediante sua autorização. Durante a entrevista serão realizadas perguntas com questões norteadoras acerca de sua vivência enquanto gestante de alto risco, tais como o acesso às consultas de pré-natal e exames, o encaminhamento ao serviço de alto risco e outros procedimentos, e as facilidades e/ou dificuldades encontradas por você. Posteriormente, a entrevista será transcrita, sem que você seja identificada e os dados serão analisados em seu conjunto, e após cinco anos da finalização do estudo as informações obtidas a partir da entrevista serão destruídas.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre suas vivências pessoais, contudo estamos dispostas a ouvi-las.

A pesquisa contribuirá para a reflexão de práticas para as mudanças necessárias que contribuam na disseminação de ações que venham valorizar o cuidado da gestante de alto risco e para novas pesquisas nesta área de conhecimento. Também poderá apontar subsídios para melhorar a qualidade da assistência.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Este termo encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você. As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução n.º 510/2016), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Para qualquer esclarecimento, poderá procurar a Dra. Marli Terezinha Stein Backes no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48)3721-3450, das 9 às 18 horas e pelo E-mail [marli.backes@ufsc.br](mailto:marli.backes@ufsc.br), Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 4ª andar, Trindade, Florianópolis/SC - CEP 88040-900. Ou a Mestranda Débora Batista Rodrigues pelo telefone (48)999436442 ou pelo E-mail [enfdeborabr@gmail.com](mailto:enfdeborabr@gmail.com). E ainda poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone

(48)3721-6094 ou E-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040-400.

\_\_\_\_\_  
Marli Terezinha Stein Backes  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Débora Batista Rodrigues  
Pesquisadora Principal

---

Eu, \_\_\_\_\_,  
portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_ (**se já tiver documento**), fui informada dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**APÊNDICE F** – Roteiro para realização da entrevista com o profissional de saúde

ENTREVISTA n°: \_\_\_\_\_

**Amostragem teórica inicial**

Nome:

Idade:

Sexo:

Cargo:

Local de Atuação:

Tempo de Atuação:

**Questão norteadora:**

O que significa para você a referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em Rede de Atenção à Saúde?

**Questões complementares**

1. Fale-me sobre sua prática clínica no cuidado da gestante de alto risco na sua realidade.
2. Caso as gestantes necessitem de assistência em outro nível de atenção à saúde qual conduta é adotada? Qual sua autonomia neste processo?
3. Existe algum documento (protocolo, rotina, formulário...) na instituição que oriente as suas ações em relação à gestante em situação de alto risco? Em caso afirmativo, fale-me um pouco a respeito.
4. Você já experienciou alguma dificuldade no encaminhamento da gestante de alto risco a outro nível de assistência?

Araranguá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

**APÊNDICE G – Roteiro para realização da entrevista com as usuárias**

ENTREVISTA nº: \_\_\_\_\_

**Amostragem teórica complementar**

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Ocupação:

Bairro de residência:

Composição Familiar:

Número de filhos:

Número de gestações anteriores:

Número de consultas de pré-natal realizadas na última gravidez:

1. Alguma complicação em gestações anteriores? Se sim, quais ( ) natimorto ( ) RN pré-termo ( ) RN baixo peso ao nascer ( ) Síndrome hipertensiva ( ) pré-eclampsia ( ) Eclâmpsia ( ) diabetes ( ) Outros

Quais? \_\_\_\_\_

2. Com quantas semanas de gestação você foi diagnosticada como gestante de alto risco?

3. Você teve alguma dificuldade durante esta gestação em termos de assistência pré-natal?

4. Você usa ou usou algum transporte para deslocamento da consulta pré-natal? Como tem se deslocado para realizar consultas de pré-natal?

5. Participou de algum grupo de gestante durante o pré-natal?

6. Fale-me sobre a sua experiência em relação ao acompanhamento de sua gestação de alto risco no Sistema Único de Saúde.

7. Você recebeu algum encaminhamento para algum serviço de referência para gestação de alto risco? Se sim para qual serviço?

8. Como foi ou está sendo o seu acompanhamento no serviço de referência para gestação de alto risco? Houve alguma demora no agendamento para você ser atendida neste serviço?

Araranguá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Declaração de autorização da pesquisa emitida pela Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá



### MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ ESTADO DE SANTA CATARINA

---

Araranguá, 09 de fevereiro de 2018.

#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulada "O CUIDADO DA GESTANTE DE ALTO RISCO NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE SOB A ÓTICA DA COMPLEXIDADE", da pesquisadora responsável *Débora Batista Rodrigues*. Declaro ainda, que cumprimos os termos da Resolução nº. 466, de 12 de Dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH; ao respeito aos princípios éticos e à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.



Evelyn Elias

Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Araranguá

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade

**Pesquisador:** Marli Terezinha Stein Backes

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 84323518.4.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.772.140

**Apresentação do Projeto:**

O projeto intitulado "O cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade" é um projeto de dissertação de mestrado de Débora Batista Rodrigues orientado por Marli Terezinha Stein Backes, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Estudo de abordagem qualitativa, embasada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que tem como objetivo compreender a referência e contrarreferência no cuidado à gestante de alto risco na Rede de Atenção à Saúde, a partir dos significados atribuídos pelos envolvidos. Parte de pressupostos interpretativos e teóricos que abordam os significados atribuídos por pessoas e grupos sobre determinado problema social ou humano. A TFD intenciona ir além da descrição, buscando a descoberta de uma teoria dentro de um processo ou ação, que explique como as pessoas estão experimentando um fenômeno, a partir dos significados atribuídos por elas a este processo. O local do estudo será o município de Araranguá/SC que conta com 15 equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), uma Unidade de Pronto-atendimento (UPA) e um Hospital Geral Regional. Os participantes do estudo serão profissionais de saúde envolvidos no atendimento à gestante de alto risco e usuárias. Sendo estas gestantes que estejam vivenciando a gestação de alto risco no momento da pesquisa e/ou puerperas que acabaram de vivenciar uma gestação de alto risco. Serão selecionados inicialmente 20 participantes, porém no decorrer da pesquisa poderá ser necessário incluir novos participantes, conforme preconiza o método. A coleta dos dados se dará inicialmente através da caracterização dos participantes e entrevista individual

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.proposo@contabo.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.772.140

áudio-gravada que será transcrita na íntegra para análise. Os critérios para inclusão dos participantes será o tempo de atuação igual ou maior a seis meses no atual local de trabalho para os profissionais de saúde, e, no caso das usuárias, gestantes de alto risco do município em acompanhamento pré-natal e/ou puérperas que acabaram de ter uma gestação de alto risco, sem limite de idade.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender a referência e contrarreferência no cuidado à gestante de alto risco na Rede de Atenção à Saúde, a partir dos significados atribuídos pelos envolvidos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre vivências pessoais dos entrevistados. Contudo estamos dispostas a ouvir os(as). No entanto, o entrevistado terá liberdade, nas reflexões que podem lhe causar desconforto, de se recusar a participar do estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento.

**Benefícios:**

Este estudo não trará benefícios a curto prazo, porém para a sociedade contribuirá proporcionando a reflexão de práticas para as mudanças necessárias que contribuam na disseminação de ações que venham valorizar o cuidado da gestante de alto risco e para novas pesquisas nesta área de conhecimento. Também poderá apontar subsídios para melhorar a qualidade da assistência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e potencial para contribuir com a linha de pesquisa que se encaixa.

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

Termos adequadamente apresentados.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram adequadamente ajustadas.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.772.140

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1077702.pdf	13/06/2018 18:48:25		Aceito
Outros	Resposta_as_pendencias.pdf	13/06/2018 18:46:26	DEBORA BATISTA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_usuarioa.pdf	13/06/2018 18:45:44	DEBORA BATISTA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_profissional_de_saude.pdf	13/06/2018 18:45:26	DEBORA BATISTA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	13/06/2018 18:30:42	DEBORA BATISTA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_modificado.pdf	17/05/2018 11:54:11	DEBORA BATISTA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	04/03/2018 12:58:05	DEBORA BATISTA RODRIGUES	Aceito
Outros	Folha_Rosto.pdf	02/03/2018 18:58:31	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	ofciopesquisa.pdf	28/02/2018 00:03:31	DEBORA BATISTA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.772/140

FLORIANOPOLIS, 16 de Julho de 2018

---

Assinado por:  
Maria Lulza Bazzo  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-8004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br