



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JERRY EDUARDO MARTINI

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE GESTANTES DE ALTO
RISCO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2018

JERRY EDUARDO MARTINI

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília – Faculdade Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise De Lima Costa Furlanetto.

BRASÍLIA

2018

JERRY EDUARDO MARTINI

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília – Faculdade Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 05/12/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Denise De Lima Costa Furlanetto
Faculdade de Ciências da Saúde - DSC

Prof. Dr. Everton Luís Pereira
Faculdade de Ciências da Saúde – DSC

Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez
Faculdade de Ciências da Saúde - DSC

*Dedico esse trabalho à minha amada mãe
Elizete, por todo carinho e compreensão.
Essa mulher guerreira sempre é a maior
fonte de inspiração para mim.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, que me deu força para concluir esta etapa de minha vida.

Agradeço ao Hospital Universitário de Brasília que me deu a oportunidade de conhecer o seu trabalho por meio do estágio supervisionado, abrindo assim a oportunidade para a realização deste trabalho. Obrigado por me ensinarem na prática todo o conhecimento que adquiri durante a minha graduação.

À minha orientadora, Denise Fulanetto, que marcou minha vida acadêmica principalmente nestes últimos semestres e possibilitou a realização deste trabalho.

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

Meu eterno agradecimento a todos os meus amigos, que deram uma contribuição valiosa para a minha jornada acadêmica. Obrigada pelos conselhos, palavras de apoio, puxões de orelha e risadas. Só tenho a agradecer e dizer que esse TCC também é de vocês.

À Franciscarla Ventura de Jesus Campos, essa menina do ouro, que sempre puxava minha orelha para não me desviar dos meus objetivos. Agradeço enormemente sua amizade.

A todos meus familiares e amigos que direta e indiretamente enviaram energias positivas para que esse dia tão marcante em minha vida chegasse.

Minha eterna gratidão a todos vocês!

RESUMO

A gestação é um período onde a mulher passa por diversas mudanças, de cunho físico e emocional. São muitas as necessidades que a mãe possui durante as etapas de desenvolvimento da gravidez, do embrião ao bebê, e por isso a atenção a cada uma delas é essencial para o parto de um recém-nascido saudável. Para algumas gestantes esse acompanhamento se torna ainda mais importante devido a fatores relacionados a doenças preexistentes ou intercorrências durante a gestação, caracterizando o quadro de gestação de alto risco. Assim, o presente estudo objetivou acompanhar o percurso realizado por gestantes de alto risco da maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB) residentes na Região Leste de Saúde. A metodologia empregada incluiu o Itinerário Terapêutico (IT), que é uma ferramenta que permite observar toda a experiência, ambientação e locomoção da gestante até o momento do parto. Os IT são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos na preservação ou recuperação da saúde e são influenciados por construções subjetivas individuais e coletivas. Como instrumento para a coleta de dados, foi aplicada entrevista semiestruturada, com roteiro elaborado para o presente estudo, e anotações complementares por meio de diário de campo. A partir dos dados obtidos, os resultados foram transcritos, analisados e apresentados por meio de análise de conteúdo e ilustração dos fluxos das gestantes por meio do Programa Bizagi. A análise dos dados pautada pela técnica de análise de conteúdo, permitiu a elaboração e organização de cinco categorias: descobrindo a gravidez; pré-natal de alto risco; acompanhamento Unidade Básica de Saúde; intercorrências: fazendo escolhas e cuidado especializado. Os problemas mais percebidos são a falta de realização de exames, a falta de acompanhamento integral entre os serviços e dificuldade de acesso. Para melhor atender às necessidades desse segmento, é necessário que se desenvolva estratégias com o objetivo de organizar os sistemas de atenção à gestação, parto e puerpério visando a uma assistência hierarquizada e integralizada no sentido de cumprir os princípios constitucionais do SUS. Fica evidenciada a existência de lacunas a serem preenchidas dentro da assistência à gestante de risco, como a fragilidade da rede de saúde na oferta e organização dos serviços a esse grupo. Apenas após o preenchimento dessas lacunas a ideia de integralidade será contemplada.

PALAVRAS-CHAVE: Referência e Contrarreferência; Integralidade; Itinerário Terapêutico; Sistema Único de Saúde, Gestantes; Alto Risco.

ABSTRACT

Gestation is a period where the woman undergoes several changes, both physical and emotional. There are many needs that the mother has during the developmental stages of pregnancy, from the embryo to the baby, and therefore attention to each is essential for the delivery of a healthy newborn. For some pregnant women this accompaniment is still more important due to the factors related to the preexisting illnesses or complications during the gestation, characterizing the picture of gestation of high risk. Thus, the present study aimed to follow the course carried out by high-risk pregnant women from the Hospital Universitário de Brasília (HUB) residing in the Eastern Region of Health. The employed methodology included Therapeutic Itinerary (IT), that it is a tool that allows to observe all the experience, home and locomotion of the pregnant women until the moment of the childbirth. The IT are constituted by all the movements unchained for individuals in the preservation or recovery of the health and are influenced by individual and collective subjective constructions. As instrument for the collection of data, semistructuralized interview was applied, with script elaborated for the present study, and complementary notations by means of daily of field. From the data obtained, the results were transcribed, analyzed and presented through content analysis and illustration of the pregnant women's flows through the Bizagi Program. The analysis of the data guided by the technique of content analysis, allowed the elaboration and organization of five categories: discovering the pregnancy; prenatal of high risk; accompaniment Basic Unit of Health; complications: making choices and specialized care. The most perceived problems are the lack of examinations, the lack of complete follow-up between the services and the difficulty of access. Better to take care of to the necessities of this segment, it is necessary that if it develops strategies with the objective to organize the systems of attention to the gestation, childbirth and puerperium aiming at to a hierarchical quenched and integrated assistance in the direction to fulfill the principles constitutional of the SUS. It is evidenced the existence of gaps to be filled inside of the assistance to the pregnant women of risk, as the fragility of the net of health in offers and organization of the services to this group. But after the fulfilling of these gaps the completeness idea will be contemplated.

KEYWORDS: Reference and Counter-referencing; Integrality; Therapeutic Itinerary; Unified Health System, Pregnant Women; High Risk.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de cuidado integral em saúde das gestantes de alto risco da Região Leste - DF.	53
Figura 2 - Caminho percorrido pela entrevistada 1 na rede.	54
Figura 3 - Caminho percorrido pela entrevistada 2 na rede.	55
Figura 4 - Caminho percorrido pela entrevistada 3 na rede.	56
Figura 5 - Caminho percorrido pela entrevistada 4 na rede.	57
Figura 6 - Caminho percorrido pela entrevistada 5 na rede.	58
Figura 7 - Caminho percorrido pela entrevistada 6 na rede.	59
Figura 8 - Caminho percorrido pela entrevistada 7 na rede.	60
Figura 9 - Caminho percorrido pela entrevistada 8 na rede.	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AC	Análise de Conteúdo
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária de Saúde
BPMN	Business Process Model and Ntation
BVS	Biblioteca Virtual De Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GDF	Governo do Distrito Federal
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IT	Itinerário Terapêutico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial Da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHPN	Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCR	Referência E Contrarreferência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SRC	Sistema Referência E Contrarreferência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GERAL	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3. REVISITANDO A LITERATURA	16
3.1. INTEGRALIDADE.....	16
3.2. INTEGRALIDADE NO SUS	18
3.3. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA.....	19
3.4. O RISCO E A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO	22
3.5. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	27
4. MÉTODO	30
4.1. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS.....	30
4.2. CENÁRIO DO ESTUDO	30
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
4.4. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	31
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1. CATEGORIAS – ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	35
5.1.1. DESCOBRINDO A GRAVIDEZ.....	35
5.1.2. PRÉ NATAL DE ALTO RISCO	38
5.1.3. ACOMPANHAMENTO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	41
5.1.4. INTERCORRÊNCIAS: FAZENDO ESCOLHAS?	48
5.1.5. CUIDADO ESPECIALIZADO	50
5.2. ELABORAÇÃO DOS FLUXOS – ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
7. REFERÊNCIAS	65
8. APÊNDICE	73
8.1. APÊNDICE A.....	73
8.1.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA	73
8.2 APÊNDICE B	75
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75

9. ANEXO	77
9.1. ANEXO A.....	77
9.1.1. TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL	77
9.2 ANEXO B.....	78
9.2.1. TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	78
9.3. ANEXO C.....	79
9.3.1. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UNB	79
9.4. ANEXO D.....	80
9.4.1. PRINT SCREEN DA PELA DO SISTEMA - SISREG	80

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um evento, fisiológico e psicológico, normal que deve ser parte de uma experiência de vida saudável da mulher e envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Porém, é um período que pode envolver riscos para mãe e o feto (BRASIL, 2012a).

Parcela das gestantes apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe, devido à presença de doença ou intercorrências em algum período da gestação. Essas mulheres são identificadas como gestantes de alto risco (BRASIL, 2012b).

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

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

O Sistema Público de Saúde Brasileiro, instituído na Constituição de 1988, prevê um sistema único, descentralizado e que garanta a integralidade da assistência à saúde do indivíduo. Já o Ministério da Saúde, através da Portaria 4.279 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de superar a fragmentação da atenção e da gestão e aprimorar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

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

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

A equipe da ABS é o centro da rede assistencial e fica responsável pela captação precoce das gestantes, atendimento ao pré-natal de risco habitual, identificação de gestantes de alto risco e encaminhamento para os serviços de referência. A ABS deve acompanhar a evolução da gravidez durante todo o período, mesmo quando de risco. O serviço especializado deve atualizar a ABS, por meio da contrarreferência e esta, por sua vez, deve realizar a busca ativa em seu território de atuação por meio da visita domiciliar (BRASIL, 2013).

Sendo assim, a ABS é responsável pela organização do fluxo da usuária em toda a Rede de Atenção à Saúde, através dos dispositivos de referência e contrarreferência, no qual o Programa Saúde da Família deve ser corresponsável pelo acompanhamento da usuária dentro da rede de cuidados.

Linard (2016) refere que as equipes da UBS merecem destaque pois existe um discurso frequente da não realização da contrarreferência pela atenção especializada e a existência da fragilidade no registro de acompanhamento das gestantes de alto risco de suas áreas. Por este fato, o cuidado deve ser integral pois a gestação de alto risco demanda uma maior atenção.

Esses fatos despertaram o interesse em aprofundar o conhecimento sobre as trajetórias e os itinerários de gestantes de alto risco na RAS da Região Leste do Distrito Federal e verificar em que medida o acompanhamento está ocorrendo de maneira integral.

A abordagem das trajetórias terapêuticas é pertinente para expor a experiência vivida pelas gestantes de risco em um ambiente de multiplicidade de escolhas. A compreensão de como ocorrem essas escolhas é fundamental para apoiar todo o processo de cuidado na rede de saúde do DF.

A busca por novas formas de cuidado é essencial para consolidação e aprimoramento do SUS, e as pesquisas centradas nas experiências, nos significados, nas trajetórias, nos desejos e nas necessidades das gestantes são essenciais para produção do conhecimento de como estão os serviços prestados.

A partir do exposto, a realização desta pesquisa é ponto de partida para compreender o itinerário terapêutico das gestantes de alto risco da Região Leste de Saúde do Distrito Federal e mostrar qual a importância de uma atenção integral em saúde.

Sendo assim, questiona-se: qual o Itinerário Terapêutico das gestantes de alto risco? O atendimento está sendo integral, em todos os níveis de atenção? Como está acontecendo o referenciamento e o contrarreferenciamento?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o sistema de referência e contrarreferência em nível local, buscando identificar lacunas que possam subsidiar futuras intervenções, no fluxo de referência e contrarreferência de gestantes do HUB e da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender o Itinerário Terapêutico (IT) de pacientes atendidas na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília.
- Definir e compreender a concepção das gestantes pesquisadas sobre o pré-natal de alto risco.
- Compreender o processo de escolha e decisão das gestantes.

3. REVISITANDO A LITERATURA

3.1. INTEGRALIDADE

A Lei 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto 7508/2011, que regula as ações e serviços de saúde em âmbito nacional, determina como princípios do SUS: a universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a equidade. Neste estudo abrangearemos em particular o princípio da integralidade.

O princípio da integralidade pressupõe que a prestação do serviço de saúde seja feita para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, através de ações preventivas e curativas, de modo individual e coletivo, como define a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7º (BRASIL, 1990). No Brasil as discussões sobre integralidade ganham vulto a partir do movimento denominado reforma sanitária, o que resultou em sua incorporação como princípio do sistema de saúde. O objetivo das lutas travadas pelo movimento iniciado na década de 70, num período de redemocratização do país, era a criação de um sistema nacional de saúde inclusivo, universal, integral, que se opusesse ao modelo até então hegemônico no Brasil, a saber, um modelo hospitalocêntrico e excludente.

A integralidade significa oferecer todos os tipos de serviço da área de saúde, que sirvam à promoção, proteção e recuperação da saúde. A cobertura de toda esta gama de ações requer uma organização que otimize os recursos disponíveis (JULIANE, 1996).

Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, em perspectiva internacional, mostra a predominância de sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, incomunicáveis e incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2010).

A Integralidade se coloca como contraposição ao modelo flexneriano, biologista, mecanicista, de atenção ao paciente. O modelo flexneriano é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente

biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento.

Integralidade aqui apresenta o sentido de uma prática profissional que tende a ver o indivíduo como um todo e não fragmentado e com atenção voltada apenas ao biológico, mas também com uma abordagem psíquica e social. Essa concepção passa a ser denominada como medicina integral, ou seja, uma abordagem biopsicossocial do indivíduo, opondo-se a uma medicina fragmentária, que privilegiava as especialidades médicas.

Para Kehrig (2001), as diversas concepções de integralidade são complementares e não devem diminuir a concepção de cuidado curativo individual. Portanto, as ações que propõem a integralidade devem atuar sobre os diversos momentos do processo de saúde e doença, tanto de modo individual quanto coletivo. Devem ser consideradas todas as dimensões do termo para o desenvolvimento de políticas e ações voltadas aos mais diversos problemas de saúde da população.

O sentido que o termo integralidade pode assumir é bastante amplo. Embora exista um núcleo comum à maioria das definições, elas assumem diferenças importantes a depender da concepção que diferentes autores têm sobre o tema. Seguem algumas definições de integralidade, a partir das concepções abaixo listadas:

a -Integralidade como forma de acesso aos serviços de saúde. Aqui a concepção de integralidade visa à garantia da continuidade de atenção do indivíduo ou do coletivo nos diversos níveis de complexidade do sistema (MATTOS, 2001);

b - Integralidade no contexto de criação de políticas e programas tendo com foco grupos específicos da população, a exemplo do Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher (MATTOS, 2004);

c - Integralidade como forma de organização dos serviços prevendo a integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (CECÍLIO, 2001; PAIM, 2002 ;

d - Integralidade como elemento articulador e orientador de diferentes políticas públicas, de diversos setores (MENDES, 1993).

3.2. INTEGRALIDADE NO SUS

O princípio da integralidade se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde. Essas ações não devem ser divididas, e sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que se cada pessoa é um todo e é integrante de uma comunidade, essas ações também não podem ser fracionadas. Logo, a unidade prestadora de serviço, com seus diversos níveis de complexidade, obtém um sistema capaz de prestar assistência integral (ABC DO SUS, 1990).

Destaca-se neste sentido, a importância da integralidade da atenção do acompanhamento da gestante de alto risco, pois vão além do atendimento pré-natal em nível de atenção básica, suas demandas a partir de agora também serão especializadas. Por isso se faz necessário compreender quais são os trajetos que a mulher percorre em busca do seu cuidado durante a gestação e como são planejadas dentro da rede de saúde.

Ao pensar nessas questões, vemos a importância da prática pelo cuidado na atenção básica, para que não se prenda apenas na racionalização da técnica do trabalho, mas que atenda às necessidades de saúde das gestantes. Dessa maneira, o cuidado deve ser entendido como um intercâmbio entre dois ou mais sujeitos, e ter em vista o alívio do sofrimento, promovendo bem-estar no acolhimento.

Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Por isso, este valor paira como uma orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, como oficializou a Constituição Federal de 1988.

A ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009).

A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ações de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos

serviços, tem sido relevante para a reflexão crítica sobre o processo de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do SUS (PINHEIRO, 2003).

Conforme Paim (2003, p.567), a assistência e a prevenção devem ser separadas e discute ser o modelo assistencial uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde. O autor relaciona os principais problemas de saúde identificados quanto ao modelo assistencial durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e descreve: [...] “desigualdades no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade de ações”.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, principalmente quando relacionado ao problema das gestantes, é fundamental exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde dentro das políticas públicas. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais, e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

Entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços, o sistema de referência e contrarreferência (RCR) é reconhecido como elemento para a integração das redes de saúde (SERRA, 2010).

3.3. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

O sistema de referência e contrarreferência (SRC) na saúde consiste no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade e necessidade requerido para solucionar seus problemas de saúde.

Referência diz respeito ao encaminhamento do usuário a um atendimento com níveis de especialização mais complexos tais como os hospitais e as clínicas especializadas. A contrarreferência ocorre quando um paciente, após receber um determinado atendimento fora do serviço de origem, o profissional de saúde que o atendeu o reencaminha de volta com as devidas orientações para continuar seu

tratamento ou seguimento na unidade que o encaminhou, quando um paciente sai de um hospital secundário para um terciário e retorna ao secundário também é um processo de referência e contra referência uma vez que a necessidade do usuário se torna mais simples (FRATINI, 2008).

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (OMS,2010).

O SRC diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família, porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes nos dois sentidos. Um bom funcionamento deste sistema poderá contribuir para uma maior resolubilidade, uma vez que a grande maioria dos casos deverá ser atendida e resolvida à entrada do sistema, rompendo as grandes filas e aliviando as pressões sobre as estruturas de referência da retaguarda. Além disso, os casos só seriam referenciados após um adequado estudo prévio realizado à entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência (AGUIAR, 2001).

O SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária, que são ambulatoriais e devem ser providas com profissionais com formação geral e capacidade cognitiva para oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, que podem ser cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência; e as unidades de atenção terciária, geralmente, constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar. Os agregados a essa rede, são os serviços de atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) juntamente com a Regulação Médica (BRASIL, 2004).

Para o Ministério da Saúde, a APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a

manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Após o atendimento especializado, o paciente deverá ser contrarreferenciado à estrutura de entrada que o encaminhou munido do relatório que descreve a sua condição clínica com recomendações para o seguimento ulterior. Uma alta eficiência do sistema de referência e contrarreferência enquadra-se no princípio da integralidade da atenção prevista no Programa Saúde da Família e reforça a resolubilidade por proporcionar ao paciente um seguimento contínuo, até a resolução do caso, independentemente de sua complexidade (AGUIAR, 2001).

No entanto, quando falamos de hierarquia entre esses sistemas de atenção à saúde eles ficam fragmentados, sendo aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção apropriada à população.

Compreende-se que o processo de referência e contrarreferência é necessário para concretização do princípio da integralidade. Porém a prática de utilização deste sistema ainda é muito frágil e incipiente no SUS. É necessário que haja uma reestruturação e renovação do sistema para que ele funcione adequadamente criando então eficiência aos serviços ofertados e benefícios aos usuários e profissionais de saúde.

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

Visto o apresentado, a comunicação entre as redes de atenção à saúde ainda permanece frágil, favorecendo uma fragmentação do cuidado, que interfere diretamente na qualidade da assistência recebida tanto pelos usuários como pelos profissionais.

3.4. O RISCO E A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

Atualmente admite-se que a morte materna é uma situação extrema que ocorre na gravidez, no parto e puerpério, cujas circunstâncias devem ser investigadas não apenas quanto aos aspectos clínicos, mas também quanto aos fatores externos não relacionados ao sistema de saúde.

A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (BRASIL, 2010).

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências, lembrando que até mesmo a idade pode ser considerada um fator de risco no qual será discutido mais adiante. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2010).

Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”. Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde (BRASIL, 2010).

Para que o tratamento a essa gestante ocorra bem, a assistência pré-natal prevê uma avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode

incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido, onde muitas vezes percebemos a falta de orientação por parte das gestantes sobre o funcionamento do SUS.

Relacionando o risco à essas mulheres, o risco à saúde acontece quando uma ameaça específica tem a probabilidade de causar dano a uma pessoa, toda atividade possui um risco associado, o risco pode ser reduzido, mas no mundo real, não existe risco zero (OMS, 2002). A ação humana tem dois aspectos fundamentais, a realização de algo novo e a ruptura com fatos estabelecidos. Novas formas de ação, capazes de formular novos elos causais e ampliar o contexto em que os fenômenos ocorrem, podem emergir quando surgem as incertezas relativas às coisas do mundo (LIEBER; ROMANO-LIEBER, 2001).

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

A saúde pública tem como foco identificar, minimizar e reduzir riscos, as análises dos conhecimentos sistematizados orientam as práticas, as políticas e os programas de saúde. Os recursos humanos, financeiros e tecnológicos devem ser direcionados para onde há, de fato, necessidade, as desigualdades em saúde podem ser evidenciadas a partir da contextualização dos riscos (CZERESINA, 2004; SPINK, 2001).

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

Os riscos podem ser desprezíveis, aceitáveis, toleráveis ou inaceitáveis, dependendo do ponto de vista de cada pessoa, essas percepções dependem da natureza

do risco e de fatores como idade, sexo, nível cultural, além de fatores econômicos e educacionais (GONDIM, 2007).

No Manual Técnico sobre Gravidez de Alto Risco elaborado pelo Ministério da Saúde diz que “Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe” (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com o Manual, os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em três categorias citadas a seguir:

❖ Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis como:

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- 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, estresse.

❖ História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;

- História 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;
 - Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
- ❖ Condições clínicas preexistentes:
- Hipertensão arterial;
 - Cardiopatias;
 - Pneumopatias;
 - Nefropatias;
 - Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
 - Hemopatias;
 - Epilepsia;
 - Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
 - Doenças autoimunes;
 - Ginecopatias;
 - Neoplasias.

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:

- ❖ Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
- ❖ Doença obstétrica na gravidez atual:
 - Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
 - Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;

- Ganho ponderal inadequado;
 - Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
 - Diabetes gestacional;
 - Amniorrexe prematura;
 - Hemorragias da gestação;
 - Insuficiência istmo-cervical;
 - Aloimunização;
 - Óbito fetal.
- ❖ Intercorrências clínicas:
- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
 - Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas.

A redução da morbimortalidade materna e perinatal está diretamente relacionada com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário. Por isso, é necessário que estados e municípios organizem a rede de atenção obstétrica, que contemple todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e responsabilidades correspondentes (BRASIL,2010).

A estruturação da rede implica na disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e para adultos, leitos de berçário para cuidados intermediários, assim como, eventualmente, a constituição de casas de apoio a gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou a puérperas que sejam mães de bebês que necessitam permanecer internados (BRASIL, 2010).

Destaca-se neste sentido, a importância da integralidade da atenção do acompanhamento da gestante de alto risco, pois vão além do atendimento pré-natal por isso se faz necessário compreender quais são os trajetos que a mulher percorre em busca do seu cuidado durante a gestação e como ocorre seu retorno ao território depois de ter dado a luz.

3.5. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos na preservação ou recuperação da saúde e são influenciados por construções subjetivas individuais e coletivas. Além disso, expressam o uso que fazem os indivíduos dos recursos disponíveis de atenção. Em outras palavras, podemos definir Itinerário Terapêutico (IT) como movimentos desencadeados por indivíduos na preservação ou recuperação da saúde onde são influenciados por construções subjetivas e individuais e coletivas, ou seja, é basicamente o percurso que a pessoa percorre até conseguir (ou não) ser atendida e ser acompanhada em um serviço de saúde (MARTINEZ, 2006). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória (ALVES, 1995).

Cabral et al (2011) apresentam um panorama e explicam a importância e o significado de itinerário terapêutico do paciente, o qual possibilita à população em geral e, principalmente, aos profissionais de saúde uma visão e reflexão acerca das principais dificuldades enfrentadas para o acesso e percurso na rede, sinalizando os aspectos que facilitam ou dificultam as demandas e as reais necessidades de determinado público.

Diante do exposto, o usuário deve analisar como fará sua avaliação, em qual dos sistemas deseja trilhar, lembrando que o sistema de saúde abarca algumas extensões: o desempenho técnico, que envolve a aplicação do conhecimento e da tecnologia, de modo a elevar os benefícios e diminuir os riscos; e o relacionamento com o usuário, que diz respeito a humanização no atendimento. Então, a avaliação da satisfação dos usuários é decisiva para o gerenciamento dos serviços de saúde do SUS, porque é uma forma da população explicar o que ela de fato pensa e almeja dos mesmos, promovendo a prática de acolhimento de seus usuários (GOMES et al, 2011).

O itinerário terapêutico é um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados ao tratamento de uma determinada doença, que não é necessariamente pré-determinado.

O estudo dos itinerários terapêuticos, além de possibilitar o foco sobre o comportamento do indivíduo e suas expressões socioculturais, pode ser um importante aliado na aferição de qualidade dos serviços de saúde, mais particularmente no seu aspecto de integralidade (CABRAL, 2009 e CONILL, 2008).

Dessa maneira, a integralidade recomenda que além de atividades de promoção, prevenção e tratamentos, e a forma como as práticas de cuidado são realizadas nos serviços de saúde são importantes para que exista a resolubilidade do atendimento. Assim, vemos a importância da assistência ser feita de uma maneira coerente, ou seja, os profissionais devem assistir o usuário como um indivíduo que possui a sua subjetividade (LIMA et al., 2012).

Compreender o universo do usuário, seus aspectos culturais, sociais e familiares; suas percepções em relação à doença, ao processo de adoecimento e a busca de atenção, pode contribuir para o enriquecimento de uma relação que tem origem no primeiro contato entre o usuário e equipe de saúde que, ao considerar singularidades do sujeito em seu contexto, tem o poder de redefinir rumos.

Este trabalho aborda a necessidade de identificar as lacunas existentes, a partir da análise da realidade dentro do processo de referência e contrarreferência realizado no SUS fazendo uso de algumas ferramentas que facilitem a compreensão de aspectos a serem abordados, para assim propor melhorias. Tal interesse se justifica pelo fato do sistema de Referência e Contrarreferência já estar proposto como parte da organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS) no SUS.

Com as RAS o sistema tem maior efetividade na produção de saúde, melhora a eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. Vemos, por conseguinte, que isso tudo é de grande importância social e acadêmica, haja vista que esse tipo de abordagem sobre o processo de referência e contrarreferência tendo em vista a importância de se verificar o que está acontecendo para buscar melhorias na organização do sistema como um todo. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer

o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

No Brasil de modo geral os estudos sobre itinerários terapêuticos são considerados recentes e pouco explorados, mesmo com toda sua potencialidade para a compreensão das particularidades em relação ao cuidado em saúde, observa-se assim que existe uma lacuna e a ser preenchida. Contudo, expõe o modo de viver e demonstra o contexto que está inserido o sujeito dentro das diferenciações nas sociedades, mediado por questões sociais e culturais (SOUZA et al., 2014).

Os caminhos percorridos por pessoas neste caso, as gestantes, em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão o determinado percurso.

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

Descrever o itinerário terapêutico de pessoas no sistema de saúde de uma determinada realidade não é tarefa simples. Na Região Leste de Saúde do DF os limites dados nem sempre são respeitados quando ocorre a busca pelo cuidado, essa ação torna-se mais complexa ainda.

4. MÉTODO

4.1. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa é que mais se adéqua aos objetivos deste estudo, pois pretendemos compreender o itinerário terapêutico de gestantes de alto risco. Esta abordagem trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes humanas que são produtos das interpretações a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si, sentem e pensam (MINAYO, 2009).

O itinerário terapêutico construído a partir da fala das gestantes visa compreender o processo de escolha e decisão, utilizam-se de processos interpretativos construídos e legitimados com o social repletos de significados.

4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário de Brasília/EBSERH, na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia, e envolve as pacientes gestantes/puérperas. Foi realizada análise documental por meio de prontuários, para identificação de potenciais participantes juntamente com a análise observacional de usuárias gestantes/puérperas do HUB.

Para o grupo de usuárias/puérperas, a coleta de dados ocorreu por meio de Itinerário Terapêutico (IT) e como instrumento foi aplicada entrevista semi-estruturada, com roteiro elaborado para o presente estudo (Apêndice A). As mesmas foram entrevistadas no HUB, e após o parto, quando de volta aos seus territórios.

As usuárias que tiveram o potencial de participação na pesquisa são mulheres que tiveram uma ou mais gestações de alto risco, que residem na Região Leste de Saúde, (Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá e São Sebastião) e que o parto tenha sido realizado no Hospital Universitário de Brasília – HUB, este, referência para

atendimento das gestantes da Região Leste, por meio de convênio firmado entre HUB e Governo do Distrito Federal (GDF).

4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os critérios utilizados, como forma de seleção da amostra, procuraram selecionar um grupo de mulheres para podermos analisar o itinerário de gestantes de alto risco. Pelo motivo da alta rotatividade e que o serviço acolhe gestantes de todas as regiões de saúde do Distrito Federal, as entrevistas foram realizadas durante duas semanas seguidas procurando por meio da análise documental dos prontuários das gestantes daquele dia internadas, buscando, selecionar apenas gestantes da Região Leste de Saúde.

Participaram, do presente estudo 10 mulheres. Realizando a análise de prontuário, foi identificado que em todos eles não existia nenhum tipo de organização nem padronização desde a ficha de entrada no HUB até entre as evoluções e os resultados de exames. Também erros no registro, como a falta de informações importantes: endereço, tempo de gestação, idade, entre outros.

As entrevistas foram realizadas por apenas um entrevistador como forma de garantir a homogeneidade do processo e melhor compreensão do campo da pesquisa.

4.4. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As entrevistas ocorreram no mês de setembro de 2018 e também em novembro logo quando as mesmas se encontravam em casa, de alta. A amostra foi identificada a partir da análise dos prontuários seguindo o fluxo e a rotatividade da maternidade, o prontuário – mesmo os modelos em formato tradicional ou suporte em papel – é especialmente útil, porque nessas unidades, além das atividades de assistência, há atividades de ensino e pesquisa (BRASIL, 2004).

No prontuário buscou-se as informações pessoais das gestantes, como endereço, idade, CID da internação, pois como já explicado todas deveriam estar passando ou ter

passado por alguma gravidez de alto risco e dados relativos aos atendimentos. Todas as informações foram anotadas no roteiro de entrevista de cada gestante.

O local das entrevistas foi o mais cômodo para as entrevistadas - todas ocorreram no leito de internação, no primeiro momento e no segundo momento entramos em contato por meio de telefonema e aplicativo de mensagem e as mesmas já se encontravam de alta ou continuaram o tratamento em casa.

As entrevistadas foram identificadas com a letra “E” maiúsculo, seguida de um numeral aleatório, garantindo, assim, o anonimato.

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

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Analisar o itinerário terapêutico envolve compreender o processo de escolha e decisão das gestantes/puérperas. Optou-se pela análise de conteúdo (AC), como forma de explorar os resultados obtidos. Para Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas” que se constitui na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

Bardin (1977, p.95), elencou 3 etapas da técnica de NC: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do

que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin,1977).

A estudo mais aprofundado do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (Bardin, 1977).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 1977).

Logo realizada a AC, utilizamos da mesma autora a técnica de categorização. A análise categorial pode ser temática, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento (Bardin, 1977).

Além da análise de conteúdo, a fim de melhorar a compreensão e entendimento do percurso realizado pelas mulheres, foi também realizada uma análise por meio de um programa denominado Bizagi, que é um software BPM (Business Process Management), que permite automatizar os fluxos de forma ágil e simples em um ambiente gráfico intuitivo.

De acordo com as informações do próprio site, Bizagi® foi idealizado para “diagramar processos em BPMN, definir regras de negócio, definir interface do usuário, otimização e balanceamento de carga de trabalho, indicadores de desempenho de processos, monitor de atividades”.

Em qualquer organização, o esforço de melhoria contínua geralmente envolve a análise de processos e fluxos, identificando as barreiras que impedem a realização da qualidade e eliminando essas barreiras por meios de algumas ações gerenciais que buscam a melhoria dos processos ou implicam até uma reestruturação completa do sistema. Para isso, existem metodologias para a melhoria de processos e fluxos que ao passar do tempo vem sido aprimoradas para melhor utilização e aplicação.

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

- ❖ Leitura repetida, procurando identificar as figuras e os temas que pertencem ao mesmo bloco de significação;
- ❖ Análise da estrutura do texto, procurando depreender as figuras e os temas, de acordo com os três níveis de leitura: discursiva, narrativa e profunda;
- ❖ Identificação dos valores, as crenças e concepções dos sujeitos, presentes no texto;
- ❖ Definição das categorias empíricas a partir das frases temáticas depreendidas.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para que atendesse ao preconizado pela CNS 466/2012, que regulamenta/dispõe sobre a pesquisa em seres humanos, o presente estudo foi iniciado após a aprovação do projeto pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CAAE: 93582618.4.0000.0030). Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que ressalta a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, riscos e benefícios, ressarcimento, indenização, ao tempo em que esclarece sobre a participação voluntária e o direito de retirarem-se da pesquisa quando lhes convier e assim desejarem. Foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes do estudo na análise dos seus discursos ou em quaisquer outras situações no processo de desenvolvimento do presente estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados foram entrevistadas 10 pacientes que estavam internadas na maternidade do HUB. No entanto, destas, 1 paciente estava com gravidez tubária, 1 paciente com gestação no início e previsão para o nascimento do bebê apenas em fevereiro de 2019 e 1 paciente não conseguimos o contato para dar continuidade e finalizar por completo seu itinerário terapêutico. Sendo assim, foram excluídas da pesquisa as pacientes da gestação ainda não finalizada e a paciente que não conseguimos contato, tendo em vista que não correspondiam aos critérios de inclusão da mesma.

A partir dos dados obtidos por meio do Itinerário Terapêutico, os resultados estão apresentados sob duas das perspectivas propostas na metodologia: a análise de conteúdo e demonstração dos fluxos das gestantes (Bizagi).

A análise dos dados pautada pela técnica de análise de conteúdo permitiu a elaboração e organização de cinco categorias: descobrindo a gravidez; pré-natal de alto risco; acompanhamento na Unidade Básica de Saúde; intercorrências: fazendo escolhas? e cuidado especializado. A seguir, segue detalhamento de cada categoria gerada.

5.1 CATEGORIAS – ANÁLISE DE CONTEÚDO

5.1.1 DESCOBRINDO A GRAVIDEZ

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

Do total das 8 gestantes consideradas aptas de acordo com os critérios da pesquisa, 4 não tinham planejando a gravidez, 3 planejaram e 1 não planejou, mas relatou ser uma gravidez desejada. As 5 entrevistadas que não planejaram, ficaram muito assustadas com a descoberta conforme os relatos:

Eu descobri depois que comecei a enjoar mil vezes e não sabia... ai já tava com três meses quando comecei sentir uma coisa estranha ai tudo o que queria comer colocava pra fora, ai tava suspeitando e fui ver o que é, quando vi já tava com três meses, foi um choque né (E1).

Eu comecei sentir umas dores mas eu não fui lá (Unidade Básica de Saúde), eu fui no Paranoá que lá é difícil pra conseguir atendimento no centro de saúde, ai lá (Hospital Regional do Paranoá) eles me tacaram um monte de remédio sem saber o que eu tinha, e me mandaram pra casa, ai no outro dia fui trabalhar ruim, sentindo muita dor, ai meu patrão falou que ia me levar lá na clínica onde ele trabalha ai foi lá que descobriu que eu tava grávida, fiz o exame né... na clínica particular... foi inesperado (E5).

Dentro desta categoria, todas as gestantes cujos relatos foram incluídos, referiram ter aceito e se adaptado depois de um certo tempo a gestação.

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

Foi numa revisão, eu tava fazendo tratamento de ulcera e H Pyroli, eu fiz os exames no Goiás onde eu acompanho, porque um Gastro aqui no DF é muito caro, na rede pública a gente tenta e não consegue... aí eu fui pro hospital particular no Valparaíso, fiz uma penca de exames e dei início ao meu tratamento de H Pylori, só que não tava resolvendo e eu continuei passando muito mal, ai eu fiz uma triagem dos meus exames de novo e então dentro dessa triagem pediram um beta ai deu que eu estava grávida e naquele momento do tratamento da minha doença né, não podia engravidar (E3).

As orientações específicas para o pré-natal contidas na Portaria 569/GM de 2000 definem que o atendimento deve ser iniciado até o quarto mês da gestação e a realização mínima de seis consultas por período gestacional. Define ainda um conjunto de exames laboratoriais e procedimentos requeridos para o cumprimento dos objetivos da atenção qualificada e humanizada às gestantes (BRASIL, 2000).

As gestantes, independentemente do contexto em que descobriram a gestação, depois de uma grande peregrinação na rede, em centros clínicos particulares e hospitais públicos, chegaram à UBS para iniciar o pré-natal, muitas vezes com atraso, vamos discorrer mais sobre o assunto nas próximas categorias.

As falas das gestantes evidenciaram a as idas para a ABS como referência para o início do acompanhamento pré-natal. Porém, muitas vezes o atendimento é iniciado além do prazo preconizado pela Portaria e os exames realizados são apenas exames chamados de testes rápidos:

Fiz aqueles testes de início de gravidez, acho que são os testes rápidos né... só (E1).

Questionadas a respeito do porquê de não estarem realizando os exames na UBS todas responderam que demorava muito para o resultado sair e por se tratar de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável todas preferiram arcar com o custeio de todos os exames, evidenciado na seguinte fala:

...ela (Enfermeira) disse que lá não tinha, tive que fazer vários exames e que era melhor eu ir pra outro local, ela falou que ia demorar muito, os resultados, pedi tudinho direitinho eu fiz tudinho, só fiz o exame do dedo (teste de glicemia capilar) que era pra saber se eu tinha problema e eu fiz também... eu sei que fiz uns 4 tipos do de dedo, teste de AIDS um monte de coisa (E2).

Percebemos que a E2 como evidenciado nas entrevistas fez na UBS apenas exames simples, de teste rápido e os exames de sangue mais completos foram realizados em laboratórios ou clínicas particulares.

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

5.1.2 PRÉ NATAL DE ALTO RISCO

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

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual se torna crucial a coesão da equipe (BRASIL, 2010).

Na clínica particular fiz meu primeiro atendimento antes do centro de saúde... a partir da oitava semana, eu procurei vários postinhos, procurei perto do meu trabalho na Asa Sul, não consegui em nenhum posto, aí eles me indicaram o mais próximo da minha casa aí eu fui no posto do Morro da Cruz onde eu moro em São Sebastião (E1).

Ah... eu cheguei lá levei o resultado (exame de gravidez) aí ela (Enfermeira) foi e fez os exames, pediu pra fazer os exame, eu fiz... aí ela foi falando que eu tô grávida mesmo, iniciar o pré-natal aí eu fiz tudo lá, pré-natal direitinho (E2).

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco é importante que a gestante seja orientada a não perder o vínculo com a equipe de ABS ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento. Por sua vez, esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante por meio de contrarreferência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar (BRASIL, 2010).

O estabelecimento dessa comunicação dinâmica entre os serviços é importante porque a gestante tem maior facilidade de acesso aos serviços de atenção básica, até mesmo pela proximidade ao seu domicílio, possibilitando que as Equipes de Saúde da Família possam ofertar a essas gestantes acolhimento e apoio (BRASIL, 2010).

Eu fui no posto de saúde tentar só que eu não consegui lá, aí eu fui em outro postinho no antigo endereço do meu marido aí dei o nome dele, foi que constatou que ele morava lá e lá em consegui, em São Sebastião, só que em outro posto de saúde bem mais longe da minha casa (E5).

De acordo com a fala da E5, a mesma conseguiu atendimento para iniciar o pré-natal na UBS mas apenas na segunda tentativa, pois na UBS mais próxima de sua residência não conseguiu. A mesma ainda conclui da seguinte maneira:

Lá tem enfermeiro e tem a médica, tem uma vez que é com a enfermeira depois outro dia com a médica, aí tô fazendo o acompanhamento direitinho lá agora (E5).

Muitas das entrevistadas disseram que não receberam o esclarecimento de que iriam realizar um atendimento em paralelo com a Atenção Especializada (AE), no caso o Hospital Universitário de Brasília, por se tratar de gravidez de alto risco e por serem moradoras da Região Leste.

Das 8 gestantes entrevistadas, 4 procuraram a emergência de mais de um hospital até ser acolhida no HUB. Não foram orientadas a procurar a UBS caso passassem por algum tipo de emergência, foi considerado o primeiro contato com o HUB percebemos na fala da E5:

...só colocaram uma pessoas lá (HRP), acho que eram residentes, ai me tacaram remédio e me mandaram pra casa, ai falou se não passasse era pra voltar, como não passou eu fui no particular [...] Eu saí lá de casa porque não tava bem... fui pro Paranoá (HRP) e fiquei internada lá um dia, ai de lá eles e transferiram pra cá (HUB) de Ambulância, por ser a gravidez de alto risco (E5).

O Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do MS, tem como um dos objetivos a melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, além de garantir o acesso e a cobertura (BRASIL, 2000). A ABS, na visão da E5, não serviu de apoio, um local onde poderia recorrer quando faltasse assistência na AE, o que não aconteceu. Na fala desta, a UBS não respondeu às suas demandas. Além disso, em outros fragmentos, podemos constatar que o atendimento por parte de alguns profissionais foi na contramão do preconizado pelo PHPN.

Não me falaram nada só me mandaram pra internação tomar soro, até o médico falou assim... tu vai passar uns dois, três dias e vai voltar pra casa, mas não foi isso que aconteceu (E5).

Podemos evidenciar também a fala da E1:

Eles fazem descaso, tipo, atendem como se fosse uma obrigação, não porque gosta de fazer aquilo ali, por exemplo, tô toda furada porque a pessoa veio tentar uma veia pra colocar um soro, isso eu tô muito indignada, esse tipo de coisa aconteceu durante a estadia toda, eu passei mal, tive sangramento, chamei o médico e o médico não foi, não apareceu (E1).

O PHPN preconiza que a humanização requer atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde, a fim de romper com o tradicional isolamento institucional sofrido pelas mulheres (BRASIL, 2000).

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

Um serviço de saúde corrobora com o outro. Na fala da E1, observamos o oposto: os serviços possuíam orientações divergentes, logo o acompanhamento não foi eficaz. Em um recorte de fala, observamos a falta de comunicação existente no serviço de saúde.

...fui no HMIB eles não me atenderam porque disse que eu teria que procurar o Paranoá (HRP) por eu ter feito o pré-natal em São Sebastião aí do HMIB fui no HRAN falaram a mesma coisa e tive que ir no Paranoá (HRP), aí eles me internaram e eu tive que ficar tomando medicação pra poder ser transferida pra cá (HUB) por ser de alto risco (E1).

Essa carência de integração dos profissionais e, conseqüentemente, dos serviços, era evidente para a gestante. Essa inda e vinda entre os serviços corresponde, em uma visão mais ampla, à falta de integração entre os serviços e principalmente entre a ABS e a AE.

5.1.3 ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL,2006).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios

bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL,2017).

O mundo contemporâneo cria novas formas de integração e comunicação envolvendo o surgimento de redes de informações que visam não só informar a população como também assegurar os direitos do cidadão. Os desafios a serem enfrentados para viabilizar esses direitos vão desde a promulgação das leis até a efetivação dos processos, superando todas as barreiras burocráticas das instituições (BRASIL, 2010).

Os serviços de saúde têm atribuições, objetivos e funções sociais distintas, e suas atividades envolvem diferentes níveis de complexidade, exigindo um conhecimento técnico-científico por parte dos profissionais.(BRASIL, 2006).

Tendo isto em vista, nas falas das entrevistadas percebemos que apenas 2 faziam acompanhamento na UBS de sua região antes mesmo de descobrir a gravidez. As demais passaram a fazer acompanhamento apenas depois da descoberta e muitas com atraso significativo. A E3 diz que “o postinho é ótimo”:

O postinho é ótimo, é o postinho de acompanhamento normal mesmo, sempre vou nele, depois que acabar aqui vou continuar indo nele mesmo estando com alto risco aqui eu continuei indo no postinho, não pode perder o foco até porque é regional e quando precisar de algum atendimento de urgência lá é nosso primeiro contato e de lá eles encaminham pra várias regiões, só que aí se você for encaminhado para alguma região ela insiste em saber se vai te atender ou não... (E3).

O pessoal do postinho lá perto de casa são bem atenciosos, eles vão na minha casa, chegam lá fazem umas perguntas e te falam que qualquer coisa... medir pressão... eles dão cartãozinho pra todo dia fazer a anotação (E8).

Fica evidente com a fala da E3 e E8 que as mesmas foram orientadas por parte da equipe na UBS. Entretanto, percebe-se que a E3 e E8 são as exceções entre as demais entrevistadas, como podemos observar nas falas da E1 e E6 quando questionadas se as mesmas frequentavam a UBS de sua região:

Só a partir do momento em que eu engravidei, não costumo frequentar não... tanto da primeira quanto da segunda gestação (E1).

...eu fui agora que estou grávida, que eu descobri então eu comecei a ir, antes disso não (E6).

Da mesma forma que as demais entrevistadas, desconheciam qual era a UBS à qual pertenciam e onde se localizava. Sempre que necessitam de atendimento por motivo de urgência e emergência buscam a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de São Sebastião ou se dirigem direto para o Hospital Regional do Paranoá (HRP).

Questionadas a respeito da Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas 3 das entrevistadas falaram ter o conhecimento sobre a ESF. O restante desconhecia, ou sabia da existência mas como a própria fala da E4 e E5:

Tem mas enquanto moro lá, nunca passaram lá em casa (E4).

Sim, mas lá é setor de chácara não vai ninguém assim, moro no Capão Comprido (bairro de São Sebastião), nem carro ta chegando lá praticamente (E5).

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Dentre outros pressupostos, a ESF deve atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população (BRASIL, 2017).

De acordo com as entrevistas observou - se a falta do acompanhamento por parte da ESF na Região Leste nas entrevistas realizadas, demonstrando que nem todo atendimento não acontece como deveria, de acordo com o preconizado pela PORTARIA Nº 2.436, de 2017 (PNAB).

Dentre as ações de responsabilidade da ABS, a que podemos destacar aqui é a disponibilização de “garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 2017).

Outro grande problema encontrado após as entrevistas é a falta da organização do fluxo, por meio da referência e contrarreferência entre a ABS e AE. As entrevistadas não são orientadas a respeito deste fluxo, e com isso, muitas vezes ocorre uma grande peregrinação entre os serviços de AE, como podemos observar:

...fui no HMIB eles não me atenderam porque disse que eu teria que procurar o Paranoá (HRP) por eu ter feito o pré-natal em São Sebastião aí do HMIB fui no HRAN falaram a mesma coisa e tive que ir no Paranoá (HRP) aí eles me internarão e eu tive que ficar tomando medicação pra poder ser transferida pra cá (HUB)... [...] com ambulância... eles disseram que estava tudo conversado eles falaram com a chefia daqui (HUB) e que era só chegar que eles iriam me internar mas quando cheguei aqui não tinha nada disso, eu com a vestimenta do Paranoá, do hospital de lá, a menina me atendeu como se eu tivesse vindo de casa, fez toda minha ficha como se nada tivesse acontecendo aí eu entrei em desespero porque só tinha um médico... aí ela disse que não ia poder me atender, como se tivesse me despejado aqui na porta do hospital (HUN), aí eu tive que correr atrás pra rever o que tinham me falado lá (HRP) pra mim conseguir ser internada (E1).

Em momento algum a gestante foi referenciada. Percebemos novamente o surgimento do problema em relação à falta de comunicação dos serviços.

Eu saí lá de casa porque não tava bem, fui pro Paranoá (HRP) e fiquei internada lá um dia, aí de lá eles e transferiram pra cá (HUB) de ambulância, por ser a gravidez de alto risco (E5).

Fui pro HMIB porque lá atende as grávidas mas chegando lá falaram que tinha que procurar aqui (HUB) pois era aqui que atendia minha região aí eu fiquei perdida porque tava sentindo muita dor... ainda tive que pegar vários ônibus até que fui atendida aqui mesmo (HUB) (E6).

As falas da E5 e E6 mostram que percorreram de maneira prejudicial à própria saúde e à saúde do bebê um caminho que não deveriam percorrer, pois estas deviam ser referenciadas diretamente para o HUB. Não tinham em mãos nenhum encaminhamento e desconheciam sobre quando questionadas.

Por outro lado, a E2, E3 e E4 foram encaminhadas para o HUB. Mas mesmo com o encaminhamento em mãos ocorreram erros de comunicação e percurso mostrando a não eficiência deste modelo de encaminhamento.

...tava dando pressão alta na minha gravidez aí ela pediu pra ser encaminhada pra cá (HUB)... o encaminhamento foi direto no sistema lá, não vim aqui não (HUB), ela (profissional da UBS) só encaminhou pra cá (HUB) aí elas pediram pra eu esperar me ligar, mandar mensagem ou alguma coisa, aí foram eles aqui que mandaram a mensagem aí falaram pra vir na consulta, aí eu vim na consulta (HUB) aí eu fiz os exames aqui direitinho aí marcaram já pra vir na quinta aí marcaram na sexta aí eu fiz todo check-up aqui também na sexta feira, aí pediu pra eu vir pra me internar na terça feira, aí terça feira eu vim (E2).

...eu fui encaminhada por telefone né... que era uma consulta e dessa consulta eles me encaminharam aqui pra maternidade (HUB)... a gente (UBS) faz o pedido pela internet, eu tenho até o papel aqui, tem que fazer uma solicitação, o postinho eles não encaminham pra cá diretamente, é uma solicitação, é uma solicitação de consulta, não especificamente pra cá... esse sistema parece que é um sistema integrado de todos os hospitais que poderiam me atender, aí entra HMIB, HRP e HUB... quando eles ligam a consulta já esta marcada, eles que marcam (E3).

De lá (UBS) eles fizeram a transferência de gravidez de alto risco e aí vim pra cá, foi marcado a consulta aí depois de um mês eu vim, já veio marcado... ela marcou no sistema aí quando foi o dia certo eu vim no dia marcado, eu vim de ônibus mesmo, entrei pelo ambulatório que estavam me acompanhando no pré-natal junto com o lá de Itapoá aí me internaram, eles passaram os exames aqui, me orientou... (E4).

Buscando compreender melhor do que se tratava esse sistema de marcação de consultas para o referenciamento da ABS para a AE tão falado pelas E2, E3 e E4, fizemos uma busca nos sites do Ministério da Saúde (MS) e no site do próprio HUB.

O sistema utilizado é o chamado SISREG, o Sistema de Regulação do MS (ANEXO D). É um Sistema on-line desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS passou a integrar com o Cartão Nacional de Saúde (CADWEB 4.5) higienizado, através de um serviço que faz parte do projeto Barramento SOA-SUS. Esta integração visa agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, dando assim uma maior credibilidade aos dados dos pacientes atendidos (OPAS, 2006).

Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. Atualmente o sistema atua em 1600 municípios em todo o Brasil com 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar (OPAS, 2006).

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) tem como objetivo geral coordenar e aprimorar a implementação da Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação, além de viabilizar financeiramente o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar do SUS (OPAS, 2006).

Assim, a regulação é uma função da gestão, onde contempla uma atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade, ambulatorial/hospitalar e sobre o acesso dos usuários a assistência.

Para o HUB, conforme explica o site oficial, acessado em Outubro de 2018, a marcação de consultas ocorre de acordo com o contrato firmado entre o HUB e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). O hospital recebe pacientes referenciados, ou seja, aqueles que são previamente atendidos por alguma unidade assistencial da Secretaria e são posteriormente encaminhados ao HUB pelo sistema de regulação da SES-DF (SISREG). O HUB também atende os pacientes encaminhados pelas UBS de São Sebastião, Paranoá e Itapuã, que formam a Região Leste de Saúde do DF.

Ainda de acordo com o site, as vagas para primeira consulta nas diversas especialidades do HUB são preenchidas por pacientes encaminhados pelo sistema de regulação da SES-DF, pela Região Leste do Distrito Federal e por meio de solicitação de parecer/Inter consulta do próprio HUB.

O motivo pelo qual apenas essas 3 entrevistadas conseguiram o acesso mesmo com erros de comunicação e percurso pelo sistema citado não podemos confirmar. Podemos afirmar que mesmo sendo referenciadas pelo SISREG, as gestantes sofreram com erros de comunicação e de percurso entre os sistemas e com a demora em obter o atendimento no HUB, não sendo efetivo.

Como demonstram as falas das mesmas, evidencia-se a demora no atendimento e o problema de comunicação do sistema de referência:

*...pediram pra eu esperar me ligar, mandar mensagem ou alguma coisa...
(E2).*

Já a E3 disse em sua entrevista que chegou ir ao HRP e HMIB antes de ir para o HUB:

Fui no Paranoá, o Paranoá estava com a rede fechada, porque já estava lotado, ai o Paranoá me indicou para o HMIB quando eu cheguei no HMIB o HMIB não pegaria minha parte só poderia ser aqui (HUB) ai eu teria que entrar em contato de novo com essa consulta pra ver se conseguiria aqui, ai só depois consegui, mas esse é o sistema... fiz duas ultrassons lá (HMIB) de emergência, cheguei na emergência e já fiz as ultrassons, foi quando eles me falaram que lá não era a minha região, ai me cortou (E3).

A E4 não soube informar o tempo de espera para conseguir o atendimento no HUB. Como faz pouco tempo que reside em Itapoá, ainda está se adequando ao novo modo de vida. Teve seu primeiro filho na Bahia em condições precárias de atendimento.

Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os serviços de atenção básica e hospitalar desenvolvam ações de forma integrada e contínua em todos

os ciclos da vida, de forma que a gestante e o neonato, especialmente aquele em situação de risco, sejam monitorados pela equipe de saúde (BRASIL, 2006).

5.1.4 INTERCORRÊNCIAS: FAZENDO ESCOLHAS?

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

...procurei lá (Clínica Particular) no sábado, fazer a transvaginal, foi quando ele viu que meu útero estava estranho, ele falou que eu estaria grávida, então eu fiz o beta (exame) e ele me confirmou que eu estava de cinco semanas aí tá bom... no domingo eu comecei a sentir dores fortes, vim no HUB...(E8).

Em outro trecho de sua fala a E8 diz que começou o tratamento buscando a Emergência do HUB, fez exames e descobriu ser uma gravidez tubária ou chamada gravidez ectópica:

Foi quando começou todo tratamento, aí me passaram ecografia, aí viram que meu útero estava limpo e poderia estar nas trompas, a gravidez (E8).

A gravidez ectópica é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre da gestação. A atenção do obstetra deve estar voltada para o diagnóstico precoce. Com a suspeita clínica e a realização de exames subsidiários, como a dosagem sérica da fração β (beta) do hormônio gonadotrófico coriônico (β -hCG) e a ultrassonografia transvaginal (USTV), é imperativo que o diagnóstico de gravidez ectópica deva ser realizado antes da ruptura tubária (JUNIOR, 2008).

De acordo com o autor, a apresentação clínica da gravidez ectópica tem mudado de uma situação de risco de vida necessitando de cirurgia de emergência para uma nova situação com condições mais favoráveis (JUNIOR, 2008).

...ontem eu tomei uma medicação que é pra tipo abortar né, aí sábado vou repetir o beta (exame) ai se tiver diminuído, tudo bem, se não, no sétimo dia tomo outra dose se não resolver com essa, se não vou ter que fazer a cirurgia, mas eu não quero que seja a cirurgia (E8).

A cirurgia é a conduta padrão no tratamento da gravidez ectópica. A laparotomia deve ser realizada nos casos de ruptura tubária com instabilidade hemodinâmica; nas outras situações, a via preferencial é a laparoscópica (JUNIOR, 2008).

Na sua fala, a E8 mostrou-se muito apreensiva e com medo pois não queria passar pelo procedimento cirúrgico. Porém a mesma estava ciente que seria para o bem dela pois corria risco de morte. A palavra “aborto” chegou a ser citada, mas depois de questionar a respeito com a enfermeira foi explicado que este seria o procedimento padrão a ser adotado.

Quando questionada sobre o motivo de ter procurado o HUB a mesma responde que já sabia da existência da emergência, pois teve seu primeiro filho no local:

Já fui bem recebida aqui ha três anos atrás, o primeiro lugar que pensei em vir foi aqui não pensei em outro lugar a não ser aqui (E8).

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

Pode-se observar que o serviço de emergência também é um dos níveis da rede onde ocorre a maioria das admissões no hospital. A articulação entre os serviços de saúde é essencial para o direcionamento correto dos usuários.

No caso desta entrevistada em específico, durante esse período gestacional de gestação tubária, correndo risco de vida, o serviço de AE mostrou-se totalmente preparado para o acolhimento em tempo hábil, buscando amenizar as dores, as preocupações e principalmente salvar a vida da gestante.

5.1.5 CUIDADO ESPECIALIZADO

A situação atual dos serviços de atenção especializada caracteriza-se por elevada fragmentação, tanto no que tange à atenção ambulatorial, quanto hospitalar, com frágil interação com a Atenção Básica e carência de dispositivos efetivos de coordenação dos fluxos de usuários e da agenda dos especialistas (BRASIL, 2015).

O grau de organização das redes de atenção à saúde ainda hoje contam com uma comunicação frágil entre seus pontos de atenção e historicamente, a rede de atenção especializada ambulatorial e/ou hospitalar tem frágeis relações com a rede de atenção primária. Também as Unidades de Pronto Atendimento, ambulatoriais, ainda se articulam mais com o hospital de maior proximidade do que com a rede de atenção básica (BRASIL, 2015).

Nas falas das entrevistadas, notou-se como já evidenciado em categoria acima, falhas de comunicação entre os serviços e erros de percurso ocasionado pelo mal referenciamento da ABS para a AE.

Os serviços de saúde de fácil acesso, disponíveis a todos, resolutivos, onde não exista barreiras, são necessários para dar curso ao processo de saúde – doença. As tecnologias do cuidado, onde elevam a autoestima, neste processo mais de vínculo relacional que instrumental, enaltecendo as necessidades inerentes ao sujeito protagonista e seu processo de saúde (GOMES, 2011).

Quando questionadas a respeito da forma de tratamento que estavam recebendo no HUB todas elogiaram, estavam se sentindo privilegiadas de estarem ali especialmente no que diz respeito à agilidade no acesso ao atendimento, exames,

diagnóstico, leitos e ao tratamento em locais especializados, como mostra as falas das entrevistadas:

...foi ótimo o atendimento, gostei muito acompanham direitinho (E5).

...aí eu achei tudo diferente, aqui é outra coisa (E2).

Eu gosto do atendimento porque os residentes são bem dedicados, dès da época que ganhei meu primeiro filho aqui também. Até agora não tive nenhum residente que não teve interesse de aprender quando vinham me atender (E1).

Nossa, aqui é excepcional gente, muito bom, todo mundo que trabalha aqui são muito bons, só não pode falar isso pra todo mundo só pra quem está aqui né, se não todo mundo vai querer entrar aqui né. Dei muita sorte, dá nem pra falar né vai que muda da próxima fez (E3).

Fiquei impressionada com a qualidade no atendimento, todos aqui estão de parabéns, médicos, enfermeiros, copeiras, todo mundo trata a gente muito bem... quero sempre ter filhos aqui se eu tiver mais né (E6).

O acesso aos serviços é o primeiro passo percorrido pelo usuário quando busca a satisfação de uma necessidade de saúde. O acolhimento nasce a partir das relações entre usuários e profissionais no atendimento e evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos, e podem constituir diretrizes para o estabelecimento de um processo de trabalho centrado no interesse dos usuários, tornando-se, assim, tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (BREHMER; VERDI, 2010).

Um dos princípios do SUS, a integralidade, está relacionada à qualidade integral, e não em partes do entendimento do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar organizado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa. A ação integral em

saúde implica ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade, gerador de acolhida (BRASIL, 2010).

5.2 ELABORAÇÃO DOS FLUXOS - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

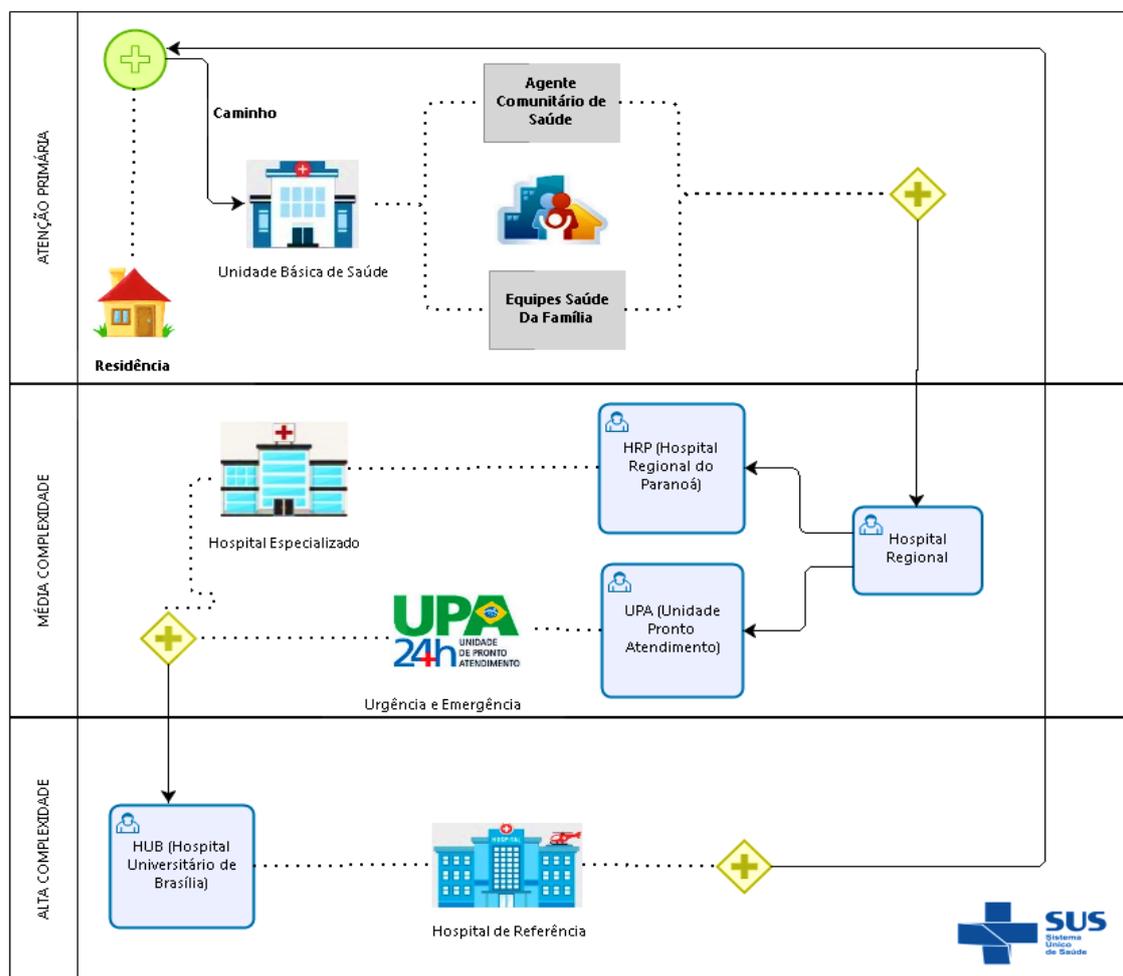
Este tópico ocupou-se em demonstrar os caminhos percorridos por cada uma das participantes, identificados a partir das falas, o local da descoberta da gravidez, a busca para o início do pré-natal, o encaminhamento para o pré-natal de alto risco, o acompanhamento durante o pré-natal, a busca por serviços de emergência e urgência, a busca para realização dos exames, a procura pelo local do parto, o local do parto e o acompanhamento pós-parto. Para ilustrar o caminho percorrido em busca do atendimento integral à gestante de alto risco a partir da referência e contrarreferência, elaboramos fluxos gerados a partir do programa Bizagi.

Além disso, caracterizamos as participantes em relação aos aspectos sociodemográficos e gestacionais. Abordamos a idade, o estado civil, e a escolaridade em relação aos aspectos sociodemográficos e gestacionais, como número de gestações, de partos, de filhos e o tipo de parto. Enfatizamos que não foi possível a obtenção dos aspectos sociodemográficos de todas as entrevistadas.

Na Figura 1, foi construído um modelo de cuidado integral ideal, ou seja, o esperado como de maior efetividade. É aquele em que a gestante sai de sua residência em busca de cuidados a partir da descoberta da gravidez, procurando a UBS mais próxima de sua residência ou que a Equipe de Saúde da Família – ESF faça o primeiro atendimento diretamente na casa da mesma. O acompanhamento pré-natal então deve ser iniciado. Como o foco do presente estudo é gravidez de alto risco, o atendimento deve acontecer em paralelo, caso haja necessidade, com a unidade referenciada pela UBS (no caso o Hospital Universitário de Brasília – HUB).

É indicado também no caso de emergência procurar a UPA mais próxima ou até mesmo o hospital regional que na região leste é o Hospital Regional do Paranoá – HRP.

Figura 1 - Modelo de cuidado integral em saúde das gestantes de alto risco da Região Leste - DF.



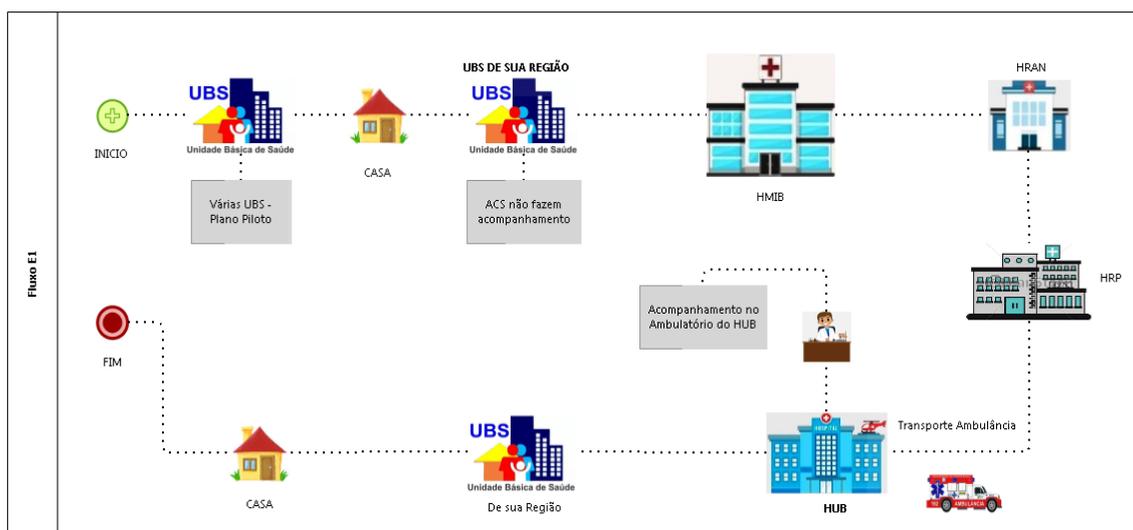
Fonte: Elaborado pelo autor.

A seguir, apresentamos os fluxos a partir do IT de cada gestante entrevistada.

Itinerário 1

E1: 36 anos, solteira, concluiu ensino médio, renda de até um salário, teve duas gestações, a primeira com 21 anos que não foi de alto risco, passou por dois partos o primeiro normal. Moradora de São Sebastião, bairro Morro da Cruz. Classificada como gestante de alto risco por ser diabética, sofrer perda de líquido e ter dinâmica uterina irregular.

Figura 2 - Caminho percorrido pela entrevistada 1 na rede.

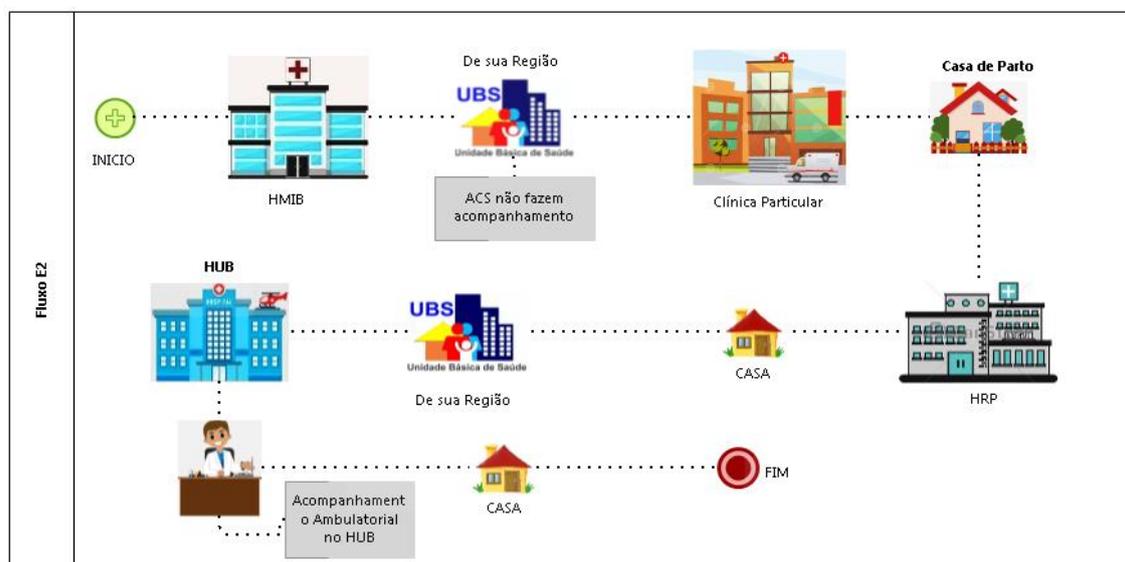


Fonte: Elaborado pelo autor.

Itinerário 2

E2: 29 anos, casada, concluiu faculdade, renda de até dois salários, teve duas gestações, a primeira com 17 anos, passou por dois partos o primeiro sendo cesárea. Moradora de São Sebastião, Vila São José. Classificada como gestante de alto risco por ser diabética, ter hipertensão e infecção de urina.

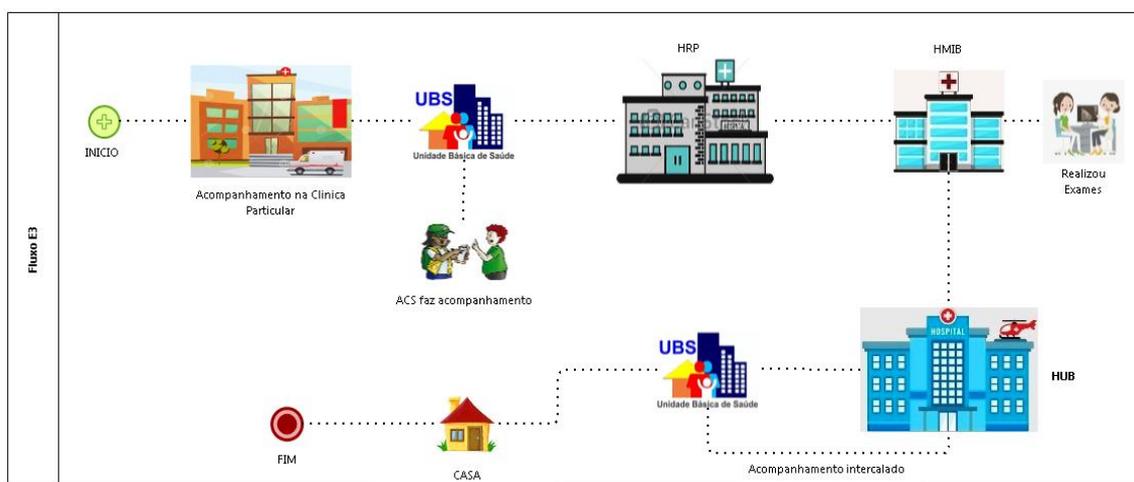
Figura 3 - Caminho percorrido pela entrevistada 2 na rede.



Itinerário 3

E3: 32 anos, casada, concluiu faculdade, renda de até três salários, teve apenas uma gestação de parto cesáreo. Moradora de São Sebastião, Setor Tradicional. Classificada como gestante de alto risco por ter hipertensão gestacional.

Figura 4 - Caminho percorrido pela entrevistada 3 na rede.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Itinerário 4

E4: 22 anos, solteira, concluiu ensino médio, teve duas gestações, a primeira com 17 anos, passou por dois partos o primeiro sendo normal. Moradora do Paranoá, Itapoã. Classificada como gestante de alto risco por ser diabética e o bebê possuir um tipo de síndrome.

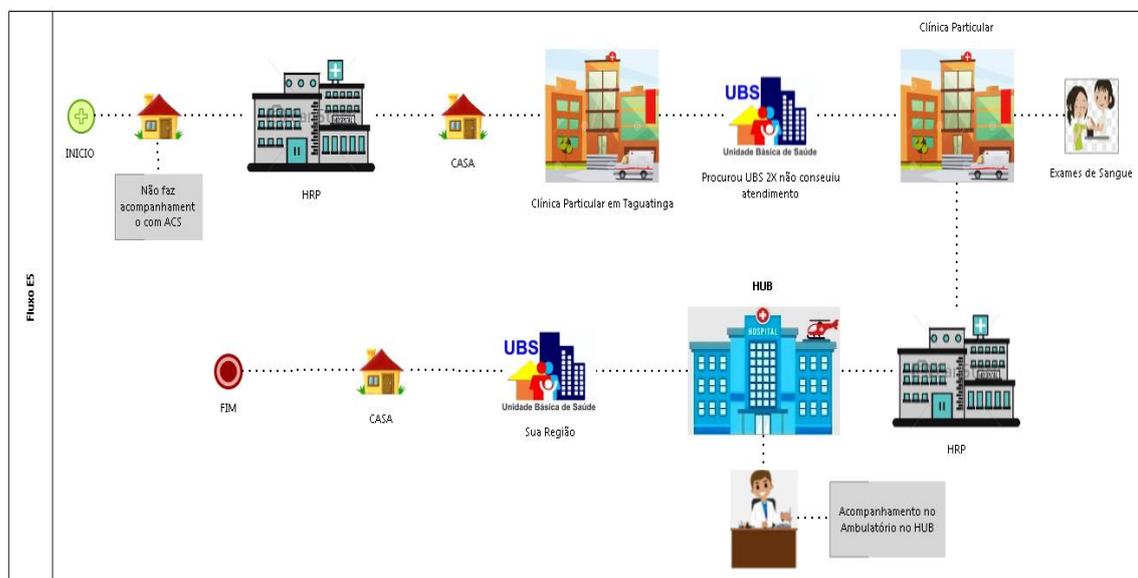
Figura 5 – Caminho percorrido pela entrevistada 4 na rede.



Itinerário 5

E5: 29 anos, casada, concluiu ensino médio, com sua primeira gestação, sendo de parto normal. Moradora do São Sebastião, bairro Capão Comprido. Classificada como gestante de alto risco por ser diabética.

Figura 6 - Caminho percorrido pela entrevistada 5 na rede.

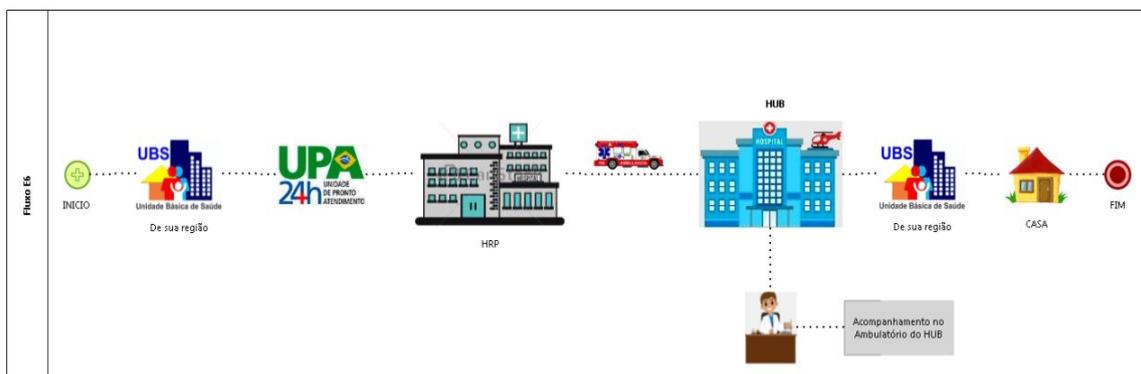


Fonte: Elaborado pelo autor.

Itinerário 6

E6: 26 anos, casada, concluiu ensino médio, teve duas gestações, a primeira com 24 anos, passou por dois partos o primeiro sendo cesáreo. Moradora do Paranoá, Itapoã. Classificada como gestante de alto risco por sofrer de hipertensão gestacional, a chamada pré-eclâmpsia e início de diabetes.

Figura 7 - Caminho percorrido pela entrevistada 6 na rede.

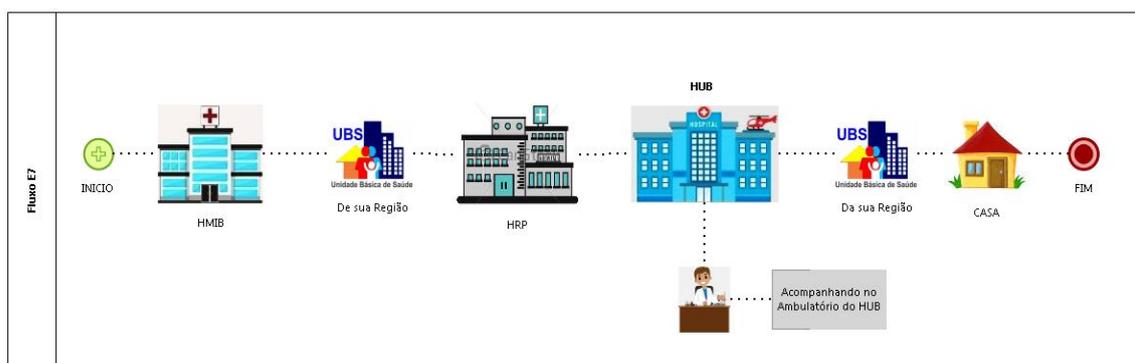


Fonte: Elaborado pelo autor.

Itinerário 7

E7: 28 anos, casada, concluiu ensino médio, teve duas gestações, a primeira com 22 anos, passou por dois partos o primeiro sendo normal. Moradora do Paranoá, Itapoã. Classificada como gestante de alto risco por ter diabetes gestacional e possuir apenas 1 rim.

Figura 8 - Caminho percorrido pela entrevistada 7 na rede.

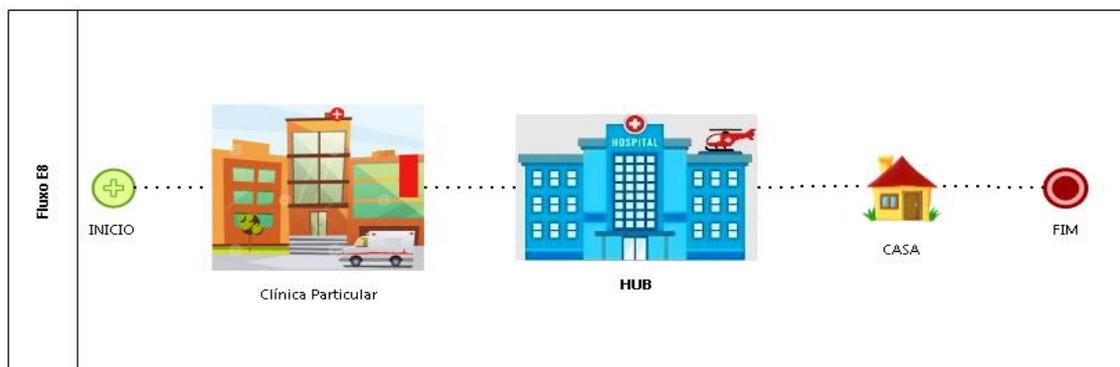


Fonte: Elaborado pelo autor.

Itinerário 8

E8: 33 anos, estável, concluiu a faculdade, teve duas gestações, a primeira com 30 anos, passou por um parto sendo normal. Moradora do São Sebastião, bairro Morro Azul. Classificada como gestante de alto risco por gestação tubária, sentir dor local, sangramento e descompressão brusca.

Figura 9 - Caminho percorrido pela entrevistada 8 na rede.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa permitiram a compreensão do quando a gestação traz consigo novas situações nos diversos âmbitos da vida da mulher, algumas das quais vivenciadas com muita dificuldade e sofrimento pela gestante.

Buscou-se uma maior compreensão em relação à assistência do pré-natal de alto risco e a busca de serviços de saúde básicos e especializados para as gestantes, perante um sistema público com muitas lacunas, e dotado de poucos recursos materiais e pessoais.

O estudo do itinerário terapêutico demonstrou grande potencial para orientar o processo de trabalho nas redes de saúde. O contexto local do funcionamento das redes deve ser valorizado, a subjetividade que influencia o caminhar das gestantes de alto risco deve ser considerada na organização das redes. O IT das entrevistadas, durante o tratamento das complicações da gravidez, é atravessado por tensões, ansiedades, adequações para novos hábitos, mudança nos papéis sociais e saberes que não estão descritos em algum nível de complexidade da assistência, incluindo grandes aparatos tecnológicos que vão proporcionar e satisfazer o seu cuidado.

Foi constatada a não integração, em certos momentos, entre as redes de serviços de saúde, e isso acarretou para as gestantes entrevistadas uma grande peregrinação entre os serviços de forma desnecessária. A falta de realização exames e principalmente a falta de acompanhamento por parte das equipes da ESF são os problemas mais enfrentados pelas gestantes na UBS, sem o acompanhamento correto em curto prazo, poderá afetar a saúde da gestante e de seu bebê.

Desta forma, não é demais reiterar que as mulheres entrevistadas já passaram por uma grande complicação, o que nos remete a quadros muito mais caóticos na realidade da assistência pública em saúde do país.

O acesso ao serviço de referência revelou-se, de acordo com as gestantes, lento. A continuidade da atenção pela unidade de origem do pré-natal se mostrou frágil perante a abordagem integral e participativa na vida das usuárias.

Promover a maternidade segura é compromisso de todos os envolvidos. Além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar

atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas que são portadoras de doenças que podem se agravar durante a gestação ou que apresentarão problemas que podem ter sido desencadeados nesse período. Pela análise do conteúdo das entrevistas, de acordo com as gestantes, o atendimento ao chegar na AE é totalmente diferente daquele realizado pela ABS.

Para melhor atender às necessidades desse segmento, é necessário que o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, desenvolva estratégias com o objetivo de organizar os sistemas de atenção à gestação, parto e puerpério visando a uma assistência hierarquizada e integralizada no sentido de cumprir os princípios constitucionais do SUS.

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

Assim, conclui-se que sejam lacunas a serem preenchidas dentro da assistência à gestante de risco: a fragilidade da rede de saúde na oferta de serviços à gestante; a falta de estratégias de ação da equipe de saúde; a necessidade de maior acompanhamento pré-natal, de forma integral, entre as unidades de saúde, da baixa à alta complexidade da assistência; a falta de espaços objetivando a troca de experiências e saberes entre as gestantes de alto risco; a falta de práticas especiais como a ginástica laboral e uma abordagem mais criteriosa e comprometida. Estas lacunas identificadas na trajetória das usuárias indicam que elas não foram acompanhadas como deveriam.

Vale salientar que foram entrevistadas somente gestantes na qual faziam acompanhamento pré-natal na rede pública de saúde, sendo estas em sua maioria moradoras de regiões carentes.

Também se destacou a escassez de estudos que tratam do itinerário terapêutico, principalmente quando sobre gestantes, e em especial gestação de alto risco. Assim, sugere-se que futuras pesquisas abordem essa temática, dada a sua importância para a melhora da saúde pública no país.

Experiências, como o estágio obrigatório na maternidade do HUB da qual participei, antes mesmo da realização desta pesquisa, demonstrou ser ferramenta valiosa para proporcionar visão das gestantes acerca do local de parto, tipo de atendimento, acolhimento, preparo dos profissionais e principalmente motivar a realização desta pesquisa.

Enfim, acrescento a importância desta pesquisa para minha formação pessoal e profissional, e que foi muito edificante adentrar na vida de pessoas tão batalhadoras. Foi surpreendente perceber a força das gestantes principalmente sendo de alto risco, ao buscarem variadas estratégias para vencer todos os problemas, encontraram uma fortaleza interior que são seus próprios filhos, que as encorajaram nessa luta, também buscado pelo suporte na equipe médica e de enfermagem.

7. REFERÊNCIAS

ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília/DF 1990.

AGUIAR, JMM. O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolubilidade do PSF no município de Volta Redonda (RJ) [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ; 2001.

ALVES, PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

_____. (2006). Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BONFADA, Diego; CAVALCANTE, José Rodolfo Lopes de Paiva; ARAUJO, Dayane Pessoa de and GUIMARAES, Jacileide. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Set. 2018.

BONI V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Rev. Eletr. Pós-Graduandos Sociol. Poli UFSC [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 nov. 23]; 2(1):12p. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>.

BRANDÃO, H. H. N. Introdução à análise do discurso. 3 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.

BRASIL. Lei Federal 8.080, de 19 de dezembro de 1990. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, Brasília. 1990.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão do Ensino Médico. Documento n° 2: ensino médico e instituições de saúde. Brasília: MEC; 1974.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação. [online]. Brasília: MEC; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Parâmetros Para O Planejamento E Programação Da Atenção Especializada. Nota técnica. Secretaria de Atenção a Saúde. Ed. [s.n.]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/Se----o-F---Aten----o-Especializada.pdf>>. Acesso em: 05. Nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. (Série E, Legislação de Saúde). Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias and VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. São Paulo. v.15, n.3, p. 3569-3578, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81>>. Acesso em: 5 Out. 2018.

CABRAL, ALLV, Martinez-Hernández A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: O estado da arte da produção científica no Brasil *Rev. C S Col.* [periódico na internet] 2009 nov.[22p.].

CABRITA, B.A.C. et al. Busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde. *Cienc. Cuida Saúde* 2015 Abr/Jun; 14(2):1139-1148.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.679-684, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Sep. 2018.

CECILIO, L.C As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (org) .Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMSUERJABRASCO, 2001.

CONASS. Secretaria do Estado da Saúde de Piauí. Oficina rede de atenção à Saúde no SUS. Guia do Participante. Teresina; 2008.

CONILL, EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira, MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários

terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. Rev. C S Col. 2008, v. 13, n. 5.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 20, n. 1, p. 69-74, Mar. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Sept. 2018.

ELITO JUNIOR, Júlio et al . Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 30, n. 3, p. 149-159, Mar. 2008. Acesso em: 09 Nov. 2018.

FRATINI, JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra-referencia na integralidade em saúde. Cienc. Cuida Saúde 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006.

_____. Itinerários Terapêuticos e suas múltiplas dimensões desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In Pinheiro, R.; Mat-tos, R.A. Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. (2º ed. ,pp .279-300). Cepesc-IMS/UERJ--ABRASCO: Rio de Janeiro. 2009.

GOMES, ILV; CÂMARA, NAC; LÉLIS, GMD; GRANGEIRO, GFC; JORGE, MSB. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. Rio de Janeiro: [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462011000100009&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 29 out.2018.

JULIANI, C. M. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: percepção de enfermeiros [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo; 1996.

JUNQUEIRA OLIVEIRA, Virgínia, Moreira Faria Madeira, Anézia, de Mattos Penna, Cláudia Maria, Vivendo uma gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [online] 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027974007>> ISSN 1517-3852> Acesso em: 18 Out. 2018.

KEHRIG, R. T. Integralidade da atenção à Saúde: Sua Expressão na Organização tecnológica do Trabalho em serviços Locais de Saúde. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

KILSZTAJN S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Ver Saúde Pública 2003;37:303-10.

LAMI, Jorge. Fernandes, Silvia e Vaz, Eric. A governação em SI: o caso da gestão das convenções e acordos de saúde do Algarve. RISTI [online]. 2015, n.15 pp.69-81.

LEMKE, Ruben Artur et al. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. Psicologia & Sociedade, ISSN-e 1807-0310, Vol. 25, Nº. Extra 2, 2013, págs. 9-20.

LINARD, Walber Mendes. Itinerário Terapêutico De Gestantes De Alto Risco. Ceará: UECE, 2016. Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde. Disponível em: <https://renasf.fiocruz.br/dissertacoes?page=4&order=field_orientador&sort=desc.> Acesso em: 10 set. 2018.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ A. Universitat Rovira i Virgili. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Texto de apoio . Tradução: Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.

MASSAD E, Marin HF, Azevedo Neto RS, eds. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. [online]. São Paulo: H. de F. Marin; 2003.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, 2004.

MATTOS, R. A. PINHEIRO, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Os sentidos da integralidade. RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MENDES E. V. A modelagem das redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.

_____. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

_____. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

_____. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5 [cited 2018-11-05], pp.2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413.

MENDONÇA, Claunara Schilling et al. A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

MINAYO, M.C.S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

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

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Abr 2019.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Abr 2019.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de jul. 2018.

RABELO, MCM., ALVES, PCB., and SOUZA, IMA. *Experiência de doença e narrativa* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p.

RATO, Paula Isabel. Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Aná. Psicológica*, Lisboa , v. 16, n. 3, p. 405-413, set. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 24 set. 2018.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Set. 2018.

SILVA, DMGV, Meirelles BHS, Souza SS. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. *Texto & Contexto Enferm.* 2004; 13(1):50-6.

SILVA, Andressa Henning et al. Análise de Conteúdo: Fizemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica. *Conhecimento Interativo*, São Jose dos Pinhais, PR, v.11, n.1, p.168-184, jan./jun. 2017. Online. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/322012000_ANALISE_DE_CONTEUDO_FAZEMOS_O_QUE_DIZEMOS_UM_LEVANTAMENTO_DE_ESTUDOS_QUE_DIZEM_ADOTAR_A_TECNICA>. Acesso em: Nov. 2018.

SILVA, Fábila Gama; TAVARES-NETO, José. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 113-126, Aug. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2018.

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

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

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de Saúde, Serviços e Tecnologias. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VIANNA, Maurício, et al. *Design thinking : inovação em negócios*. MJV Press, Rio de Janeiro, 2012. 162p.

8. APÊNDICE

8.1. APÊNDICE A

8.1.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 - Informações contidas no prontuário:

a) Nome do paciente:

b) Idade:

c) Contato:

d) Endereço:

e) Numero do quarto:

f) Quantas vezes já ficou grávida?: .

g) Você ficou internada? Se sim, qqual foi o motivo da sua internação?

2 – Outras informações importantes:

a) Estado Civil:

b) Profissão:

c) Idade primeira gestação:

d) Qantas pessoas residem na mesma moradia:

e) Raça auto declarada: () Branca. () Negra. () Parda/Amarela. () Indígena.

f) Renda familiar: () 1 sal. mín. () 2 a 4 sal. mín. () Acima de 4 sal.

g) Idade da primeira gestação:

h) A gravidez foi planejada?

3 – Perguntas abertas:

a) Como você descobriu que estava grávida? Obs.: Descobrir se a gravidez foi confirmada através de exame realizado na UBS?

b) Que serviços e/ou orientações você procurou para iniciar seu pré-natal?

c) Além do médico, quais os outros profissionais de saúde que realizaram algum atendimento?

d) Como foi atendimento? () Muito Bom. () Bom. () Regular. () Pésimo

e) Quais serviços de saúde você e sua família já procuraram?

f) Como você acha que deveria ter sido tratada/cuidada em relação ao seu pré-natal.

g) O que você desejaria que estivesse disponível para seu pré-natal nos serviços de saúde que você procurou?

h) Como e por quem você foi informada sobre a gravidez? OBS: Iremos indagar o motivo dela estar sendo atendida no HUB, não será feita a abordagem utilizando o termo “alto risco”.

i) Buscou a unidade de saúde mais próxima? Qual Unidade Básica de Saúde (UBS) buscou? Realizou algum exame na UBS (HIV/AIDS, SIFILIS)?

j) Como e porque você procurou o atendimento do HUB?

k) Você procurou atendimento em outro hospital antes de chegar ao HUB?

l) Como está sendo o atendimento no HUB? Por que?

m) Onde você mora, quais os serviços de saúde que estão disponíveis?

n) Você já fez ou faz algum tipo de acompanhamento na Unidade de Saúde próxima a sua casa? Como você procurou este serviço?

o) Você conhece sobre Saúde da Família? Se sim, o que você sabe?

p) Existe Equipe de Saúde da Família na sua região?

8.2. APÊNDICE B

8.2.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa “Referência e Contrarreferência - A importância de um sistema eficiente para o bom funcionamento do SUS” sob a responsabilidade da pesquisadora Denise de Lima Costa Furlanetto, projeto proposto para Trabalho de Conclusão de Curso na Universidade de Brasília.

Este projeto tem por objetivo identificar problemas existentes em relação ao processo de referência e contrarreferência no SUS (encaminhamentos de pacientes para diferentes serviços de saúde oferecidos dentro da rede de serviços do sistema de saúde). Será realizada uma análise da realidade sobre o tema, fazendo uso de estratégias chamadas de Itinerário Terapêutico e Design Thinking, que são baseadas em entrevistas que pode auxiliar na compreensão de aspectos reais sobre o problema estudado, a partir da opinião de todos os interessados. A partir das informações obtidas, pretende-se propor melhorias. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Para tal serão convidados a participar profissionais de saúde e usuários do SUS (HUB e Região Leste de Saúde). Para a coleta dos dados serão realizadas entrevistas. O tempo previsto de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos. Caso você considere que algum dos itens lhe ocasione algum constrangimento, de qualquer natureza, você tem o direito de recusar-se a responder tais questões. As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição e análise. Os locais serão combinados de modo a atender a sua conveniência.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem envolver desconforto por ser sentir se sentir exposto ao cansaço ou algum incômodo durante a entrevista, assim como desconforto para falar de alguma parte de qualquer tema proposto. Se o (a) senhor (a) aceitar participar, estará contribuindo para o melhoramento do sistema que envolve a referência e contrarreferência no SUS, estará contribuindo para a obtenção de informações que podem fornecer subsídios para os processos de reforma curricular nos cursos de graduação em saúde analisados e que mais estudos sobre o tema sejam realizados visando sempre o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Poderá solicitar, a qualquer momento, a saída do estudo. Todo o sigilo e anonimato estão garantidos por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como pela sua autorização para a gravação das entrevistas, por meio do Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão, seja do questionário ou entrevista, que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Para

isso, basta solicitar a retirada de suas respostas, por meio de contato com a pesquisadora responsável.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso tenha alguma despesa relacionada diretamente ao projeto de pesquisa, as mesmas serão cobertas pela pesquisadora responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília e no Hospital Universitário de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Denise de Lima Costa Furlanetto, na Universidade de Brasília nos telefones – (61) 31071951 ou (61) 982074404, estando o segundo contato disponível inclusive para ligação a cobrar. O contato via e-mail por ser feito pelo seguinte endereço eletrônico: dlcfurla@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias; uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável

Data: _____.

9. ANEXO

9.1. ANEXO A

9.1.1. TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

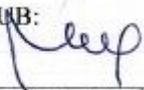
TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

O Superintendente do hospital universitário de Brasília está de acordo com a realização da pesquisa **REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA - A IMPORTÂNCIA DE UM SISTEMA EFICIENTE PARA O BOM FUNCIONAMENTO DO SUS**, de responsabilidade da pesquisadora **DENISE DE LIMA COSTA FURLANETTO**, após aprovação da mesma pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB.

O estudo envolve realização de entrevistas, em pacientes e servidores da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília, e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e terá duração de 4 meses com previsão de início para 06/2018.

Brasília, ____ de ____ de ____.

Superintendente do HUB:

X Assinatura/carimbo 
 Elza Ferreira Aguiar
 Superintendente
 HUB-UnB
 Matrícula-Sispe 2487183

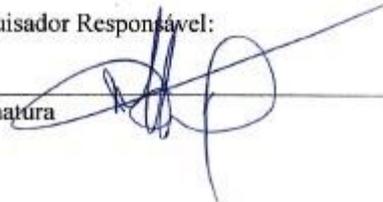
Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica:

Assinatura/carimbo 
 Fernando Araújo R. de Oliveira
 Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação
 GEP HUB UnB Ebersh
 SIAPE 2658839

Chefia do Setor onde a pesquisa será conduzida:


 Dra. Izadora J. Paravina Basso
 Chefe da Unidade Materno-Infantil
 Hospital Universitário de Brasília (HUB)
 X Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável:

Assinatura 

9.2. ANEXO B

9.2.1. TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Termo de Ciência da Instituição Coparticipante

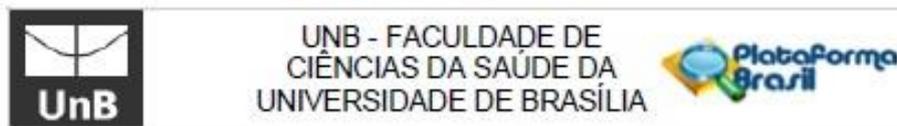
O Hospital Universitário de Brasília está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado **REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA - A IMPORTÂNCIA DE UM SISTEMA EFICIENTE PARA O BOM FUNCIONAMENTO DO SUS** da pesquisadora **DENISE DE LIMA COSTA FURLANETTO**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.

X _____
 Assinatura e carimbo do Superintendente do HUB
 Denise de Lima Costa Furlanetto
 Superintendente
 HUB-UnB
 Matrícula SIAPE 2487183

_____ **Fernando Araújo R. de Oliveira**
 Assinatura e carimbo do chefe do Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica
 Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica
 GEP HUB UnB Ebserr
 SIAPE 2658839

9.3. ANEXO C

9.3.1. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Referência e contrarreferência - a importância de um sistema eficiente para o bom funcionamento do SUS

Pesquisador: Denise de Lima Costa Furlanetto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93582618.4.0000.0030

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.826.096

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, da Profa Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto orientadora, dos alunos Jerry Eduardo Martini e Paula Lacerda Calxeta Ramos.

RESUMO: "A integralidade da atenção em saúde é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza o atendimento integral do usuário do sistema, de modo que todas as necessidades em saúde sejam atendidas, independente de sua complexidade. Um processo de referência e contrarreferência efetivo é fundamental para concretização do princípio da integralidade. Refere-se ao encaminhamento do usuário para um atendimento com níveis de especialização mais complexos tais como os hospitais e as clínicas especializadas, e seu retorno para a Unidade de Saúde que o encaminhou, para receber seguimento e continuidade do cuidado. O presente projeto objetiva analisar o percurso de gestantes da Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), utilizando como ferramenta para essa construção o Itinerário Terapêutico e o Design Thinking, por meio de um grupo de discussão, em reunião com a equipe da Ginecologia e Obstetrícia do HUB. Buscamos por meio dessas ferramentas, compreender de forma detalhada e sob o olhar de envolvidos no processo, o percurso de gestantes incluindo as identificadas como de alto risco no território da Região Leste em busca de cuidados na maternidade do HUB. Essas ferramentas podem possibilitar melhor entendimento

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com

9.4. ANEXO D

9.4.1. PRINT SCREEN DA PELA DO SISTEMA - SISREG

The image shows a print screen of the SISREG login page. The browser address bar shows the URL `sisregiii.saude.gov.br`. The page header includes the Brazilian flag, the text "BRASIL", and navigation links: "Acesso à informação", "Participe", "Serviços", "Legislação", and "Canais". The main header features the "SISREG" logo and the text "SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO". A version number "Versão: 3.4.1498" is visible in the top right corner.

The main content area is divided into two columns. The left column, titled "LOGIN", contains a form with the following elements:

- Label "Operador:" followed by a text input field.
- Label "Senha:" followed by a password input field.
- A reCAPTCHA widget with the text "Não sou um robô" and a checkbox.
- A button labeled "entrar".

The right column, titled "O QUE É O SISREG III?", contains a short description: "Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos."

The footer of the page includes the text "Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas" on the left, and logos for "SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE" and "BRASIL" on the right.