

# Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação

Rozânia Bicego Xavier<sup>(a)</sup>  
 Claudia Bonan<sup>(b)</sup>  
 Kátia Silveira da Silva<sup>(c)</sup>  
 Andreza Rodrigues Nakano<sup>(d)</sup>

Xavier RB, Bonan C, Silva KS, Nakano AR. Healthcare itineraries of women with histories of hypertensive syndromes during pregnancy. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1109-20.

This paper aimed to analyze the healthcare itineraries of women with histories of hypertensive syndromes during pregnancy. The method used was to study oral reports, and the results from 35 interviews were grouped into four thematic categories: comprehension of health and illness; perceptions of risk; institutional interactions; affective and family interactions involved in seeking care. Multiple situations of vulnerability affect the care itinerary, including difficulties in accessing specialized services and relationships with healthcare professionals. Knowledge and healthcare practices shared within the community are important resources in constructing care, which can also be affected positively or negatively by the dynamics of interactions within the affective-family network and by the social support received.

**Keywords:** Healthcare service access. Comprehensive healthcare. Pregnancy. Hypertension.

O artigo teve como objetivo analisar itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. O método foi o estudo de relatos orais, cujos resultados de 35 entrevistas foram agrupados em quatro categorias temáticas: compreensões de saúde e doença; percepções do risco; interações institucionais; e interações afetivo-familiares envolvidas na busca de cuidados. Múltiplas situações de vulnerabilidade afetam o itinerário de cuidados, incluindo dificuldades de acesso a serviços especializados e a relação com os profissionais de saúde. Saberes e práticas de saúde compartilhados na comunidade são recursos importantes na construção do cuidado, que também pode ser afetado, positiva ou negativamente, pelas dinâmicas de interação na rede afetivo-familiar e com o apoio social recebido.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde. Assistência integral à saúde. Gravidez. Hipertensão.

<sup>(a)</sup> Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Avenida Rui Barbosa, 716. Flamengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22250-020. rozania@iff.fiocruz.br

<sup>(b,c)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. cbonan@globom.com; katiass@iff.fiocruz.br

<sup>(d)</sup> Discente, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. andrezaenfermeira@gmail.com

## Introdução

As síndromes hipertensivas na gravidez constituem uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna grave no Brasil<sup>1,2</sup>. A gestação pode ser complicada por hipertensão preexistente e/ou formas de hipertensão induzidas pela gestação, incluindo pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

Em nosso país, dados oficiais mostram uma importante prevalência de hipertensão arterial em mulheres em idade reprodutiva, representando 9,7% das mulheres na faixa etária de 18-24 anos, 15,4% na faixa de 25-34 anos e 21% na faixa de 35-44 anos<sup>3</sup>. A hipertensão crônica e a história de síndromes hipertensivas em gestação anterior configuram risco reprodutivo e exigem atenção integral à saúde reprodutiva antes, durante e após a gestação.

O Ministério da Saúde, por intermédio de diretrizes e ações, tem investido na qualificação do manejo da gestação de alto risco e na instalação de uma rede de serviços específicos<sup>4</sup>. A eficácia dessa assistência mais especializada depende, obviamente, da implementação das propostas, objeto de frequentes discussões entre gestores e profissionais de saúde. No entanto, em muitas situações, como no caso das síndromes hipertensivas, se presta pouca atenção à saúde reprodutiva das mulheres nos períodos não gravídicos, embora o risco reprodutivo já possa estar instalado e persistir após a gravidez. Como se cuidam e são cuidadas essas mulheres antes do advento de uma gravidez? E depois de uma gravidez de risco, como são suas condições de saúde? Os agravos persistem? Ameaçam a saúde das mulheres e potencializam problemas em futuras gestações?

O presente artigo analisa itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. Relacionar itinerário de cuidados e gestantes com síndrome hipertensiva é relevante ao campo da saúde coletiva, visto que, compreender os percursos das ações e interações com distintos sistemas de cuidado, os contextos que os envolvem e os sentidos e significados de saúde e adoecimento dados pelas mulheres, possibilita profissionais e formuladores de políticas públicas melhorarem a atenção à saúde em consonância com: os princípios do direito à saúde, dos direitos reprodutivos, da integralidade da assistência e da promoção da saúde.

Neste estudo, utiliza-se o termo "itinerário de cuidados à saúde", inspirado nos fundamentos teóricos da categoria itinerário terapêutico<sup>5</sup>. Diferente de "terapia", a noção de "cuidado" permite uma apreensão mais abrangente de dimensões físicas, psíquicas, sociais e culturais envolvidas na experiência de saúde e adoecimento, e a discussão de práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde<sup>6</sup>. Ao se pensar a construção do cuidado ao longo do tempo, valorizam-se as condições de vida, as experiências e as interações do indivíduo com pessoas, grupos e instituições com os quais se relaciona. Quando se foca na esfera da saúde reprodutiva, evocam-se outras dimensões que não somente as enfermidades ginecológicas e/ou obstétricas, onde o núcleo articulador está no compromisso com a promoção e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

## Sujeitos e métodos

O estudo foi realizado com uma população de mulheres que tiveram partos, no ano de 2011, na maternidade de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro, referência para gestação de alto risco. O método utilizado foi o de estudo de relatos orais<sup>7</sup>, focalizado nos itinerários percorridos em busca de cuidados à saúde. Os critérios de inclusão foram apresentar história de síndrome hipertensiva na última gravidez, independente da idade e do tipo de parto, e ter recebido alta hospitalar após o parto de seis meses a 18 meses antes da entrevista. Com esse recorte temporal, visou-se analisar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar e minimizar o viés de memória.

A coleta de informações se deu por meio de entrevistas em profundidade, utilizando-se pauta temática, de forma a estimular as mulheres a discorrerem sobre sua história de cuidados à saúde. De uma lista de 189 mulheres elegíveis, em ordem sequencial em relação à data do parto, buscou-se contato telefônico para agendamento das entrevistas. Sessenta e três mulheres não puderam ser contactadas, e oito se recusaram a participar do estudo. Entre maio e setembro de 2012, 35 mulheres foram entrevistadas; o material foi registrado em áudio e, posteriormente, transcrito. Optou-se, então,

por encerrar a coleta de relatos, por considerar que os conteúdos narrativos eram recorrentes, tendo alcançado uma saturação progressiva.

Com múltiplas leituras, foi realizada uma análise compreensiva e comparativa<sup>7</sup>, identificando, dentro dos variados percursos, os conteúdos relevantes, que foram agrupados em quatro categorias temáticas: compreensões de saúde e doença, percepções do risco, interações institucionais e interações afetivo-familiares envolvidas na busca de cuidados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz. O anonimato das mulheres foi assegurado, identificando-as com nomes fictícios.

## Resultados

Mais da metade das mulheres estava na faixa entre vinte a 35 anos, sendo que 13 tinham mais 35 anos e três eram adolescentes. A maioria residia no Rio de Janeiro, se declarou negra e vivia em união, e possuía, no máximo, oito anos de estudos completos. A metade não exercia atividade remunerada e quase a totalidade (32) percebia renda familiar menor ou igual a três salários-mínimos, incluindo sete que viviam com menos de um salário-mínimo.

A iniciação sexual ocorreu na fase da adolescência para 28 mulheres, em um terço dos casos, antes dos 15 anos. Muitas delas tinham história de três ou mais gravidezes (21) e possuíam dois ou mais filhos vivos (27). As histórias de engravidamento, em ampla maioria, foram de gravidezes não previstas, seja por terem sido não intencionais, por acontecerem em vigência de contracepção ou por se acreditarem inférteis ou na menopausa.

Muitas vezes, a gravidez não esperada suscitou a reflexão sobre sua continuidade. Em alguns relatos, as mulheres não se aceitaram grávidas, o que ocasionou iniciação tardia do pré-natal e/ou tentativa ou realização de abortamento. A história de abortamento foi um evento frequente (13), e algumas revelaram ter realizado este procedimento em condições inseguras.

### As experiências de saúde e adoecimento

Muitas mulheres eram portadoras de doenças crônicas ou condições consideradas como de risco à saúde, como: hipertensão crônica, diabetes, reumatismo, lúpus, câncer de mama, sobrepeso, obesidade, tabagismo e abuso de álcool. O conhecimento dessas condições foi adquirido ao longo do tempo, na medida em que apareceram mal-estares ou sintomas que motivaram a procura de cuidados de saúde. Antes desses eventos, as vidas pouco se pautavam por práticas de prevenção ou promoção à saúde, exceto rotinas erráticas de realização de consulta ginecológica, ou do "preventivo".

"Só não me cuidava muito. Não tinha problema de pressão. Não tinha nada... quer dizer, porque eu não sabia né? Também não me cuidava, não ia a médico, cardiologista. Ia à ginecologista sempre, mas não me cuidava". (Berenice, 41 anos)

A própria saúde não é objeto central e apriorístico de investimentos, em um contexto onde outras necessidades e carências se impõem de forma mais premente, como aquelas relacionadas: às rotinas do trabalho doméstico e cuidados com os filhos e do trabalho fora de casa, às dificuldades com os serviços de saúde, às limitações econômicas, entre outras – dificuldades que são, muitas vezes, compartilhadas e restringem a possibilidade de auxílio das redes afetivo-familiares. A ausência de sintomas, muitas vezes, é suficiente para se pensar como saudável, se sentir bem e tocar a vida para frente.

"Cheguei a ir no posto de saúde, mas tinha que madrugar na fila para conseguir um número e, eu não tinha como, com o G. recém-nascido e com a F. com 2 anos e pouquinho, meu marido tendo que trabalhar. Minhas irmãs trabalham. Minha mãe trabalha. Não tinha como eu ir madrugar na fila do posto de saúde com uma cesariana e com duas crianças pequenas. Aí desisti". (Madelucia, 27 anos)

“Eu ficava falando, ‘eu tenho que fazer o preventivo’, mas em relação à pressão... às vezes para você ir num médico perde um tempo e trabalho. É uma situação difícil. Eu gostaria até de ter tempo para muita coisa, mas infelizmente não tenho. Só chego a ir mesmo quando eu já não estou aguentando mais”. (Aline, 34 anos)

O domínio de outros saberes sobre saúde e cuidados, aprendidos na família e da comunidade, e as dificuldades de acesso e resolubilidade dos problemas nos serviços de saúde motivam outras práticas de cuidado. Para o tratamento das moléstias, lança-se mão de recursos como a ingestão de sucos de fórmulas vegetais e chás de diversas naturezas: raiz de salsa, coentro, alpiste, folha da cana, colônia, chuchu etc. O chá de chuchu, especificamente, foi muito citado; é considerado efetivo no controle da pressão arterial, podendo ser usado alternada ou concomitantemente aos medicamentos anti-hipertensivos. Recursos espirituais também são mobilizados como forma de cuidado à saúde e controle das doenças: consultas com rezadeiras para “retirar as cargas negativas e renovar energias” (Bruna, 27 anos) e “fé” nos remédios caseiros.

“Eu tomava chá. Tudo que ensinava, eu fazia. Um monte de chá... Chá de coentro, chá de alpiste, chá de folha de cana, suco de chuchu. Para mim ficava normal a pressão. Não sei se era aquela fé que eu tinha mesmo naqueles remédios, mas para mim resolvia. Deixava de usar o remédio para usar o chá”. (Carmen, 32 anos)

### **A consciência e inconsciência do risco reprodutivo**

O conhecimento dos riscos relacionados aos processos reprodutivos ocorreu em diferentes contextos. Para muitas, a notícia do risco reprodutivo foi dada pelos profissionais de saúde, na ocasião da gestação ou depois de uma perda gestacional. Outras, antes mesmo de um diagnóstico médico, presumiam situações de risco em caso de gravidez, por serem portadoras de condições como hipertensão crônica ou diabetes. Uma entrevistada contou que fora internada por hipertensão e, ao observar outras gestantes internadas em situações semelhantes, percebeu que também estava em risco. Em qualquer dessas situações, a consciência do risco para sua saúde ou do seu bebê foi motivo de medo e preocupação.

“Falaram que no H. [hospital-referência] só é gravidez de risco. No quarto que eu estava a menina falou que a gravidez dela era de risco. Eu falei: ‘Então a minha também é’, mas nenhum médico falou que a gravidez era de risco... Eu fiquei preocupada né? Eu tive pré-eclâmpsia”. (Graça, 17 anos)

“O médico no dia... quando eu passei mal, ela conversou. Foi horrível, porque passava tudo na minha cabeça, que eu podia morrer. Passava que a minha filha... Foi muito ruim... Eu ficava muito preocupada pela minha filha [...] Minha preocupação era muito na hora do parto. Até pelo fato do risco da eclâmpsia e tudo mais. Eu ficava com muito medo”. (Celia, 24 anos)

Antes e depois dos períodos de gravidez, mesmo para aquelas com condições crônicas, a ideia de “risco reprodutivo” esmaece, submerge numa espécie de inconsciência, e os cuidados com a sua saúde não são pautados na perspectiva de controle de riscos à saúde reprodutiva – nem pelas mulheres, nem pelos profissionais que as assistem. Especificamente no período puerperal, muitas mulheres não se percebem em situação de risco e não são orientadas sobre a importância do acompanhamento clínico, estando o foco dos cuidados voltados para o recém-nascido; cuidar da própria saúde é deixado voluntariamente em segundo plano.

As práticas de planejamento reprodutivo também são um bom exemplo da pouca atenção aos riscos reprodutivos fora das gestações. Profissionais que prestam essa assistência, muitas vezes, são pouco atentos às condições e antecedentes clínicos das mulheres, por exemplo, prescrevendo métodos não adequados, como contraceptivos hormonais na vigência de hipertensão arterial e diabetes. Mesmo

com a história de gestação de risco, seja por dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde ou de ter suas necessidades ali resolvidas (inclusive, realizar uma desejada laqueadura tubária ou vasectomia), seja pelo hábito da automedicação, não raro as mulheres compram, diretamente nas farmácias, pílulas ou injeções que, tomadas sem um acompanhamento profissional e, às vezes, de modo inadequado, potencializam os perigos já existentes à saúde.

“Ele [o ginecologista] passou anticoncepcional para regular a menstruação para pressão e metformina para diabete. Aí eu engravidei e perdi. A médica falou que tinha sido por causa da metformina que estava muito forte. Era 850. E o captopril. A mulher grávida, ela não pode tomar esses remédios”. (Cassia, 37 anos)

“Fui no posto de saúde. Lá foi a minha primeira consulta e eles falaram que eu tinha pressão alta. Me encaminharam para o H. [hospital-referência]. Aí que eu fumava mesmo e fumo. E até hoje eu tenho pressão alta. Eu tomo medicamento... Eu tomo pílula... Usava pílula. Não ia ao médico. Tomava pílula por conta própria”. (Monica, 39 anos)

### Cuidados e manejo da gestação de risco nos serviços de saúde

A ideia de que a gravidez exige acompanhamento médico e cuidados de saúde é generalizada. De praxe, a unidade básica de saúde foi o primeiro serviço procurado e, uma vez diagnosticado o risco, elas foram encaminhadas a serviço especializado. Algumas, já cientes das suas condições de saúde, dirigiram-se diretamente a unidades de referência.

“Eu pedi para minha agente de saúde para marcar um exame para mim lá na clínica da família. Eu fiz o teste de gravidez e deu positivo, sendo que a minha pressão estava alta. Elas falaram que eu não podia estar fazendo o pré-natal lá. Aí eu peguei o encaminhamento para eu vir para cá [hospital-referência]”. (Maria, 38 anos)

O atraso no diagnóstico da gravidez, a dificuldade de aceitá-la, a falta de apoio familiar ou problemas no trabalho foram motivos para um início tardio do pré-natal.

“Ele [companheiro] falou que iria ficar do meu lado, mas me abandonou por várias vezes. Sumia, entendeu? [...] Foi uma gravidez sem apoio. Eu não tive motivação de pré-natal, de nada”. (Aline, 34 anos)

Nem sempre o percurso entre o pré-natal na atenção básica e o hospital-referência foi direto. Algumas mulheres haviam sido encaminhadas pelos profissionais da atenção básica para serviços que não atendiam gestações de risco materno e, em alguns relatos, houve uma verdadeira peregrinação em busca de assistência adequada. Outras, antes de chegarem ao hospital-referência, tendo recebido o diagnóstico de risco gestacional na atenção básica, procuraram por conta própria médicos particulares.

“Primeiro eu tentei fazer na Rocinha, onde eu moro, mas eles não tinham tratamento para diabetes e hipertensão. Um [profissional de saúde] botou para fazer ali no Minhocão [centro municipal de saúde]. Minhocão também não tem. Aí me mandaram para o Hospital Y. Aí me mandaram lá para o centro da cidade, eu não fui. Fui no médico particular e pedi um encaminhamento para o H. [hospital-referência]. Aí, me deu. Aí, fiz todo o tratamento”. (Cassia, 37 anos)

De maneiras variadas, dificuldades de acesso a serviços eficientes e resolutivos influenciaram os itinerários. Apesar das dificuldades econômicas, muitas mulheres tinham acesso a serviços privados para prover-se de cuidados. A distância entre o hospital e a residência e a deficiência dos transportes públicos também foram situações que dificultaram o acesso ao cuidado especializado.

“Sempre que eu preciso de médico para fazer exame, procurar algum tipo de médico, eu sempre paguei consulta. Tem umas clínicas que são bem mais baratas. Esse negócio de hospital público é muito difícil. A gente nunca consegue”. (Simone, 42 anos)

“Demorava muito. Era cansativo, porque eu pegava 4 ônibus. Chegava cansada, mas eu gostei”. (Juçara, 33 anos)

Algumas vezes, o diagnóstico do risco e o encaminhamento para o hospital-referência não foram realizados pelos profissionais de saúde que acompanhavam o pré-natal na unidade básica. Uma gestante que apresentou aumento de pressão durante o pré-natal, em uso de medicamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico do posto de saúde e relatos de atendimentos em serviços de emergências, foi para a unidade de referência somente no momento de parir. Em outra história, uma mulher contou que fez todo o seu pré-natal no posto de saúde, apesar de apresentar pressão alta e inchaço. O seu bebê nasceu morto e ela atribuiu esse resultado à má condução do tratamento da hipertensão na unidade básica.

“A segunda que eu perdi eu tinha pressão alta, mas não sentia nada. Eu fazia no posto. Pré-natal de posto, realmente não dá muito certo. Eu só vivia muito inchada, né? O sinal da pressão alta é inchar rosto, mão. [...]. Viam minha pressão alta, me davam um remédio, mas lá nunca fez assim um controle. De repente se eles já tivessem visto que a minha pressão andava alterada, o neném não teria nem morrido”. (Alice, 35 anos)

Em algumas histórias, o percurso em busca de cuidados foi marcado por episódios de embates com os profissionais de saúde, pelos quais as mulheres sentiram-se julgadas, maltratadas e discriminadas pelas suas condições de saúde e desejo reprodutivo. As mulheres com histórico de hipertensão e diabetes se defrontam com discursos que impõem limites à sua reprodução, o que inibe a chance de diálogo em torno do manejo adequado dos riscos que essas condições oferecem à gestação.

“Porque você é hipertensa e diabética... Se você engravidar é complicado. Falou [médico], ‘o melhor que você faz é tomar o remédio para o resto da vida para não engravidar’. Quer dizer que a mulher diabética... Eu falei isso ‘A mulher diabética e hipertensa não tem direito de ser mãe! Só as boas. Vocês médicos estão aqui para quê? Para cuidar dos bons?’ Eu falei bem assim! Ele [médico] foi ignorante comigo e eu fui com ele também, porque tratei como ele estava me tratando. Eu falei para ele: ‘Eu vou fazer o tratamento, e vou fazer o que eu puder quando eu quiser engravidar, para ter meu filho. Seja lá o que for.’ Aí ele, ‘então tá, mas aqui a gente não tem tratamento para você.’ [...] ‘Então o senhor não se preocupe que aqui eu não venho. Eu vou para qualquer outro hospital, menos aqui’”. (Cassia, 37 anos)

A qualidade das relações estabelecidas com os profissionais de saúde e o desenvolvimento de vínculos com a unidade também influenciaram os itinerários de cuidados. No hospital-referência, o atendimento por profissionais diferentes durante o pré-natal foi criticado por mulheres que se queixaram da falta de vínculo e de relações de confiança, o que motivou a busca simultânea por outros cuidados.

“Eu gostava de ir mais na emergência, do que no pré-natal. Eu me aborrecia demais. Porque cada dia é um médico que te atende e você tem que contar tudo de novo. Quando você tem que ficar repetindo demais para um médico, você acaba deixando detalhes. Você acha que ele não está prestando atenção nos detalhes. Eu preferia ir na emergência, porque era um atendimento que não precisava ficar me desgastando demais e lá eu achava que faziam exame mais completo do que aqui”. (Rosângela, 41 anos)



Por sua vez, a possibilidade de acesso a tecnologias médicas, sobretudo diagnósticas, foi bastante valorizada e contribuiu para uma avaliação positiva e adesão ao pré-natal no hospital-referência.

“O pré-natal lá [hospital-referência] foi ótimo: Eles pedem bastante exame, porque sendo uma gravidez de alto risco eles pedem muitos exames, entendeu? Eu achei ótimo. Não tenho o que reclamar de nada. Até quando eu ganhei ele lá, também eu achei bom o hospital, os médicos”. (Beatriz, 27 anos)

Nos itinerários de cuidados também entram em jogo prescrições biomédicas, incluindo mudanças de hábitos, em especial, aqueles relacionados à alimentação, consumo de álcool e fumo. Em geral, há uma atitude positiva diante dessas prescrições, mas também, não raro, aparecem dificuldades, resistências e conflitos com essas orientações, que, muitas vezes, atribuem às mulheres, individualmente, a responsabilidade sobre a situação.

“Ah doutora! Não deixa eu perder ela não’. Aí ela: ‘É mãe! Mas você tinha que ter... comido menos besteiras, menos sal. Agora você vai correr o risco, porque você que provocou isso’. No pré-natal, ela [médica] explicou que não tinha que comer muito sal, mas é que eu não aguentava comer comida sem sal. Aí eu botava sal na comida. Então quando eu descobri que estava com pressão alta, eu tinha que correr esse risco”. (Gisele, 18 anos)

“Passaram uma alimentação balanceada. Eu não podia fazer isso, fazer aquilo... E eu bebia mesmo, aliás, eu ainda bebo. Na gravidez dele todinha eu bebia”. (Ivanilda, 29 anos)

### Cuidados e manejo da gestação de risco nos circuitos afetivo-familiares

Os percursos de construção de cuidados com a saúde foram influenciados, significativamente, pelas dinâmicas de interação estabelecidas nas relações afetivo-familiares. A qualidade das relações com os companheiros raramente foi indiferente: em algumas histórias, eles são apresentados como um elemento positivo para o cuidado à saúde, motivando a frequência no pré-natal, apoiando, em caso de internação, participando das consultas médicas; em outros relatos, eles são agentes de produção de estresse, desamparo e violência, potencializando as condições de risco.

“A enfermeira falou, ‘você vai ter que ficar internada’. Aí eu falei, ‘eu não quero. Vou embora para casa’. Nisso fui embora para casa chorando. Eu não queria ficar. Eu liguei para o meu esposo e ele falou: ‘Não. Você vai ficar [...]’ Quando ele chegou em casa, arrumei as coisas e ele me trouxe com a minha mãe. Aí eu fiquei”. (Maria, 38 anos)

“É tão diferente de quando a gente namorava. Depois que casa as coisas se transformam. Isso entristece. Muitas vezes eu falava com meu filho: ‘A gente vê o seu pai. Não repita as mesmas coisas que ele faz. Ele me trata...’ [pausa devido ao choro], com palavras duras. Às vezes a gente tá bem, a gente tá feliz, de repente, não sei o que dá que ele olha para mim assim e começa a xingar. Fala que eu sou piranha, que eu sou vagabunda, que eu não presto. [...] E a minha gravidez foi muito sofrimento nisso também. [...] Teve um dia que ele me agrediu feio. [...] Eu não vim em nenhuma consulta depois que eu saí daqui [hospital-referência]. Tinha marcado, mas eu não vim. Fui pra casa e o transtorno voltou todinho. Não tinha quem saísse comigo. Cheia de ponto. Não tinha ninguém pra ficar com o bebê”. (Augusta, 45 anos)

Outras relações constituintes da rede de apoio afetivo-familiar também impactam no processo de construção dos cuidados. Mães e irmãs foram, com frequência, figuras relevantes, mas também apareceram outros parentes e pessoas da vizinhança e da comunidade. Há de se destacar que, com

exceção do companheiro, a rede de apoio era predominantemente feminina. Contava-se com essa rede em múltiplos momentos: acompanhamento nas consultas, verificação de pressão, realização de curativo, aplicação de “injeção”, ajuda nas tarefas domésticas e cuidados dos filhos, troca de saberes médicos e populares relacionados à saúde, prescrição informal de medicamentos farmacêuticos e de produtos da farmacopeia popular. Por vezes, as redes de apoio incluíam, também, pessoas com formação de nível Médio da área da saúde, como técnicos de enfermagem, o que dava uma qualidade técnico-afetiva a essas relações.

“Minha irmã fez curso de enfermagem, sabia tirar pressão. Ela chegou até verificar um pouco depois que eu ganhei a F, mas tava sempre boa. Eu tenho para mim que depois da gravidez da F. voltou ao normal”. (Madelucia, 27 anos)

Se os familiares próximos podem ser facilitadores do cuidado, a presença de filhos pequenos foi apontada por algumas como um dificultador. Mulheres com filhos pequenos reagiram com “desespero”, e por vezes, tenderam a recusar internação ou antecipar a sua alta, à revelia do profissional de saúde, por se entenderem como as principais ou únicas cuidadoras das crianças.

“O médico falou: ‘Você vai ter que ficar internada hoje para induzir o parto, porque a sua pressão está muito alta.’ Eu falei: ‘Tá bom!’. Aí eu entrei em desespero, porque eu tenho mais dois em casa. Preocupação com os outros dois, né?”. (Andreza, 31 anos)

“Eles queriam me prender lá [hospital-referência] até o dia que a minha pressão abaixasse. Ela não ia abaixar enquanto eu ficasse lá, porque eu tenho mais 4 filhos em casa me esperando. Como é que eu ia ficar lá? Minha avó já está em uma idade que não dá mais para cuidar deles”. (Ivanilda, 29 anos)

## Discussão

Múltiplas situações de vulnerabilidade em saúde – individuais, sociais e programáticas<sup>8</sup> – apresentam-se nesses relatos. Elas se sobrepõem e potencializam e, em conjunção com a hipertensão, aumentam as chances de desfechos negativos para mulheres e bebês<sup>1,9</sup>. A maioria das mulheres apresenta características sociodemográficas, como baixa renda, baixa escolaridade e cor negra, que têm sido associadas a desigualdades sociais e piores indicadores de saúde<sup>10</sup>.

Nas trajetórias reprodutivas, figuram algumas situações de abortamento, inclusive, inseguros. O aborto ocupa a quarta posição de mortalidade materna no Brasil, e complicações pós-abortamento resultam em grande número de internações no Sistema Único de Saúde<sup>10</sup>. Se a hospitalização por complicações de abortamento inseguro está relacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis<sup>11</sup>, mulheres com o perfil do grupo estudado, na ausência de cuidados integrais e efetivos à saúde, são candidatas potenciais a comporem o perfil das estatísticas de óbito materno.

Não foram observadas diferenças específicas, quando se comparam os itinerários de cuidados, durante a gravidez, das mulheres com história de hipertensão arterial crônica, ou em gravidez anterior, com os itinerários daquelas cujo primeiro episódio hipertensivo ocorreu na última gravidez. A convivência com condições ou agravos crônicos – hipertensão arterial sistêmica e/ou outras morbidades – nem sempre tem como consequência a busca regular de serviços profissionais, embora, em um plano retórico, esses cuidados sejam valorizados. A consciência de ser portadora de condições de risco para a vida reprodutiva não afeta substancialmente o itinerário de cuidados, exceto no período da gestação. Quando grávidas, todas procuram os serviços de saúde e têm, como foco central, o desenvolvimento e a saúde do bebê, atuando, desde esse período, como a mãe cuidadora. Fora da gravidez, abstrai-se a ideia de risco em uma futura gestação e os cuidados – seja na perspectiva da mulher ou do profissional de saúde – não são pautados por isso. Estudo com outra população de gestantes com síndromes hipertensivas também observou que o acompanhamento



clínico da hipertensão arterial e a atenção ao planejamento reprodutivo, no período pós-parto, foram negligenciados<sup>9</sup>.

Para uma compreensão dessa equação cuidado (na gravidez)/não cuidado (fora dela), é relevante considerar como dinâmicas de gênero operam nas práticas de autocuidado. O autocuidado pode soar, para as mulheres e para pessoas do seu entorno, como algo egoísta, em disputa com a disposição de cuidar dos filhos e da família<sup>12</sup>. Além disso, do discurso médico sobre o risco epidemiológico (calculado estatisticamente) à compreensão leiga sobre os perigos que cercam a saúde pode haver discrepâncias e conflitos: no mundo da vida, a ideia de normalidade-anormalidade é mais contextual, perigos e riscos são avaliados com critérios mais ligados às expectativas, intenções e valores situados dos sujeitos<sup>13</sup>.

Nos períodos de gravidez e mediante a notícia/ciência do risco reprodutivo representado pela síndrome hipertensiva, cuidados no sistema formal de saúde são concretamente valorizados e procurados – a “pressão alta” figura no imaginário comum como uma condição cujo manejo exige saberes e recursos da biomedicina<sup>14,15</sup>. A assistência na maternidade especializada – com seus recursos tecnológicos e procedimentos mais sofisticados – goza de prestígio; aqui, também, se partilha o senso comum de que o hospital é lugar onde se dispõe de ‘bom atendimento’<sup>14</sup>.

Embora, no Brasil, o problema de acesso ao pré-natal na atenção básica esteja em via de superação<sup>10</sup>, este estudo reitera os persistentes problemas de qualidade da atenção pré-natal<sup>16,17</sup> e revela dificuldades de ingressar nos serviços especializados, identificados pela inadequação do manejo do risco reprodutivo e pelas dificuldades no relacionamento com os profissionais de saúde. Soma-se, ainda, a ausência de uma rede assistencial organizada que promova a continuidade dos cuidados, por exemplo, por meio dos sistemas de referência e contrarreferência. Estudos sobre cuidados de saúde prestados a gestantes hipertensas relacionam a inadequação do acompanhamento pré-natal, sobretudo, a falhas dos profissionais, no plano técnico ou das relações humanas<sup>9,16</sup>. Práticas discriminatórias e autoritárias – com vieses de classe e gênero – frente às condições clínicas e as intenções reprodutivas das mulheres deste estudo, também foram relatadas em estudo sobre violência institucional em maternidades públicas<sup>18</sup>. O desrespeito com os direitos sexuais e reprodutivos, e a imposição de normas e valores morais por parte dos profissionais são aspectos da violência institucional contra as mulheres<sup>19</sup>. Todos esses aspectos comprometem a integração, a continuidade e a coordenação dos cuidados<sup>20</sup> e a perspectiva de uma abordagem integral às necessidades dos sujeitos da saúde<sup>21</sup>.

Quando as mulheres precisam trabalhar e cuidar dos filhos e possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou limitação econômica para atender suas necessidades, a busca por serviços de saúde se realiza, predominantemente, em âmbito curativo, para tratamento dos sinais e sintomas – as rotinas de promoção e prevenção preconizadas pelo discurso da saúde pública encontram poucos espaços no cotidiano (exceto aquelas voltadas para suas crianças). Canesqui<sup>14</sup> verificou ser comum o indivíduo de classe trabalhadora ignorar o diagnóstico de hipertensão quando não apresenta sensações corporais, inclusive, desconfiar do diagnóstico, havendo a interpretação do próprio adoecimento correlacionado às circunstâncias de vida (conflitos e dificuldades familiares e no trabalho), como observado neste estudo.

Os itinerários de cuidados das mulheres não se limitam aos sistemas profissionais. Os cuidados com a própria saúde são também manejados por outros saberes (não biomédicos) compartilhados com a comunidade e com auxílio de outros recursos aos quais se tem acesso no próprio ambiente comunitário (chás, sucos, infusões, rezas)<sup>22</sup>. Essas ‘práticas em situação’<sup>23</sup> – ou seja, em seus contextos sociais e culturais – se sustentam na confiança nesses saberes e na evidência empírica da efetividade desses recursos. Aqui, as lógicas que regem os itinerários de cuidado não se compartimentam em cura-prevenção-promoção, mas apontam para um entendimento mais abrangente do processo saúde-doença e um sentido mais holístico de equilíbrio e bem-estar. Em seu estudo, Acioli<sup>23</sup> também percebeu sentidos de cuidados nas práticas populares voltadas para a saúde e doença diferentes daqueles que operam na lógica do sistema formal de saúde. Para essa autora, na perspectiva da integralidade, a construção de redes de cuidado envolve “uma articulação vigorosa e produtiva entre os lugares cotidianos e as práticas desenvolvidas nesses lugares, sejam estas relacionadas aos grupos e movimento sociais, aos profissionais de saúde ou aos gestores locais de saúde”<sup>23</sup> (p. 201).

A vivência do processo de saúde e doença e os itinerários em busca de cuidados também são afetados de modo importante pelas interações que se estabelecem nas redes afetivo-familiares<sup>14,15,24</sup>. Em muitas histórias deste estudo, companheiros, familiares, amigos e/ou vizinhos – sobretudo, outras mulheres – aparecem como vínculos apoiadores, como um 'recurso de cura'<sup>14</sup>. Os efeitos emocionais, materiais, comportamentais e interacionais positivos do apoio social nos processos saúde-adoecimento têm sido discutidos na literatura<sup>25</sup>. Entretanto, violência doméstica, outras situações de estresse na família ou na comunidade, e ausência de pessoas com quem compartilhar obrigações domésticas podem afetar negativamente os cuidados, conforme se viu neste estudo. Mulheres com crianças pequenas têm medo de ficar doente, negam ou protelam suas necessidades de saúde<sup>26</sup>.

## Considerações finais

O estudo dos itinerários de cuidados das mulheres com história de síndrome hipertensiva na gravidez revela como situações de vulnerabilidade são determinantes das dinâmicas saúde-doença, com efeitos nefastos que se acumulam ao longo do tempo, turbinando o que Judith Butler<sup>27</sup> chamou de "distribuição diferencial da precariedade" (p. 69), que se liga a uma distribuição desigual da saúde, da educação, da renda, do trabalho, da justiça – inclusive de gênero – e outros bens sociais. Acesso e qualidade da assistência, dinâmicas de interação com profissionais de saúde, alcance do apoio na rede afetivo-familiar e condições de prover a si mesma de cuidados são influenciados por essas desigualdades.

Os percursos das mulheres em busca de cuidados revelam quão ainda se está distante da concretização da perspectiva de integralidade. Fragmentação e reducionismo<sup>21</sup>, na abordagem à saúde, são características persistentes: cura, prevenção e promoção; cuidados básicos e cuidados especializados; cuidados durante a gestação e cuidados fora dos períodos gravídicos; questões médicas e contextos socioculturais; responsabilidade individual e gestão coletiva dos cuidados; e sistemas de saúde profissionais e outros sistemas de cuidados aparecem como coisas divorciadas.

Compreender melhor, por meio de novas pesquisas, os contextos do processo de saúde e adoecimento e a construção das relações de cuidados no tempo e no espaço pode permitir o desenvolvimento de linhas de cuidados, com abordagens mais integralizadoras e humanizadas, que fortaleçam os sujeitos frente ao processo de cuidado e garantam o direito à saúde.

## Colaboradores

Rozânia Bicego Xavier, Claudia Bonan, Kátia Silveira da Silva e Andreza Rodrigues Nakano trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

## Referências

1. Lotufo FA, Parpinelli Ma, Haddad SM, Surita FG, Cecatti JG. Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit. *Clinics*. 2012; 67(3):225-30.
2. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, Sousa MH, Amaral E. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. *Reprod Health Matters*. 2007; 15(30):125-33.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas [Internet]. Brasília (DF): 2013 [acesso 2013 Jun 6]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçao de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): MS; 2012.
5. Alves PCB, Souza IMA. 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: Fiocruz; 1999. p. 125-38.
6. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(3):16-29.
7. Bertaux D. *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. Natal: EDUFRN; 2010.
8. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS; 1999. p. 49-72.
9. Xavier RB, Bonan CJ, Martins AC, Silva KS. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online Braz J Nurs*. 2013; 12(4):823-33.
10. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011; 32-46. (Séries sobre saúde no Brasil; nº 2).
11. Borsari CMG, Nomura RMY, Benute GRG, Lucia MCS, Francisco RPV, Zugaib M. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(1):27-32.
12. Lopes AAF. O gênero do cuidado de si: as implicações da dieta alimentar na comensalidade de diabéticos. *Cad Pagu*. 2011; (36):345-74.
13. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. *Correndo risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
14. Canesqui AM. Estudo de caso sobre a experiência com a "pressão alta". *Physis*. 2013; 23(3):903-24.
15. Trad LAB, Tavares JSC, Soares CS, Ripardo RC. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(4):797-806.
16. Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Vettore MV, Leal MC. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(5):1021-34.
17. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl1:595-602.
18. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):79-92.

19. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(7):1483-91.
20. Starfield B. Atenção primária equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
21. Mattos R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco, UERJ; 2001. p. 39-66.
22. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the Borderland between anthropology, medicine and psychiatry. London: Berkeley los Angeles, University of California Press; 1980.
23. Acioli S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco, UERJ; 2006. p. 187-203.
24. Marques ALM, Mângia EF. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):433-44.
25. Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface (Botucatu)*. 2000; 4(7):37-56.
26. Wegner W, Pedro ENR. Female caregivers accompanying children with cancer in the hospital setting. *Rev Gaucha Enferm*. 2010; 31(4):678-84.
27. Córdoba D, Meloni C. A propósito de las vidas precárias: entrevista a Judith Butler. *La Torre del Virrey: Rev Estud Cult*. 2011; (10):69-73.

Xavier RB, Bonan C, Silva KS, Nakano AR. Itinerarios de cuidados de la salud de mujeres con historial de síndromes hipertensivos en la gestación. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1109-20.

El objetivo del artículo fue analizar los itinerarios de cuidados de la salud de mujeres con historial de síndromes hipertensivos durante la gestación. El método fue el estudio de relatos orales, cuyos resultados de 35 entrevistas se agruparon en cuatro categorías temáticas: comprensiones de la salud y de la enfermedad, percepciones del riesgo, interacciones institucionales e interacciones afectivo-familiares envueltas en la búsqueda de cuidados. Son múltiples las situaciones de vulnerabilidad que afectan el itinerario de cuidados, incluyendo dificultades de acceso a servicios especializados y la relación con los profesionales de la salud. Los saberes y las prácticas compartidas en la comunidad son recursos importantes para la construcción del cuidado que también puede verse afectado, de forma positiva o negativa, por las dinámicas de interacción en la red afectivo-familiar y con el apoyo social recibido.

*Palabras clave:* Acceso a los servicios de salud. Asistencia integral a la salud. Embarazo. Hipertensión.

Recebido em 08/10/14. Aprovado em 31/12/14.