



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

FRANCISCA GOMES MONTESUMA

ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MULHERES COM
HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

FORTALEZA – CEARÁ
2018

FRANCISCA GOMES MONTESUMA

ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MULHERES COM
HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira.

FORTALEZA – CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Montesuma, Francisca Gomes .

Acesso à atenção especializada por mulheres com hipertensão na gravidez [recurso eletrônico] / Francisca Gomes Montesuma. ? 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 88 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Complicações na Gravidez . 2. Hipertensão Arterial. 3. Mortalidade Materna . I. Título.

FRANCISCA GOMES MONTESUMA

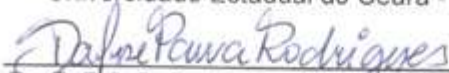
ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MULHERES COM
HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 15 de maio de 2018.

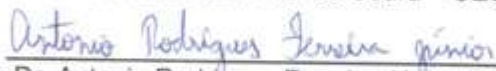
BANCA EXAMINADORA


Prof.^a. Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

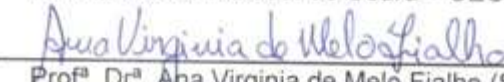

Prof.^a. Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues (1º membro)
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof.^a. Dr.^a Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos (2º membro)
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof.^a. Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva (3º membro)
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof. Dr. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior (4º membro)
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof. Dr. Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof.^a. Dr.^a Ana Virginia de Melo Fialho (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

In Memorium

Dedico este trabalho a minha tão amada irmã, Verinha, a qual já dorme no Senhor e que tinha muita admiração pela minha caminhada. Ficava feliz em falar para as pessoas que eu era sua Doutora. Mas Deus a levou antes deste dia tão importante.

Obrigada Deus pelo tempo que ela viveu entre nós!

AGRADECIMENTOS

Toda honra e glória para meu Deus, o senhor dos exércitos. Aquele que me sustenta e fortalece, que ordena anjos para guardar e guiar nossos passos. Agradeço a todas as pessoas que me cercam, que me estendem as mãos e me abraçam nas horas difíceis.

Agradeço a minha orientadora Doutora Thereza Maria Magalhães Moreira, que com sua mansidão e paciência acompanhou esses dias de saberes intensos, sempre trazendo fértil contribuição literária, científica e espiritual.

Agradeço aos meus filhos, Celinho, meu fiel admirador. E as minhas meninas, Fernanda, pela certeza que tem de que sempre estou certa. Manuela que contesta sempre, porém de caráter reto e sabe que é minha cópia. Thaís, minha criança, meiga, mulher corajosa, amável e pidona.

Aos meus genros, Marcelo, Elton e Thiago e minha nora Elana Paula. Aos meus netos Gabi estrangeira, mas bernalda. Célio Neto, a doçura e leveza de quem voa alto. Clarinha, que sorri de tudo e chora rios por nada. E, finalmente, Sofia, a flor perfeita da inocência.

Agradeço minha grande família, índios, poetas, filósofos, antropólogos e todos os Bernaldos.

A minha mãe pequena/grande mulher, que tem todos os adjetivos bons de um ser humano.

A todos os meus muitos amigos e amigas “faceanos”.

Agradeço ao nosso colegiado porque nunca esquecerão o meu tempo de coordenação.

Agradeço aos funcionários, em especial a Vanessa Souza, que muito colaborou nos meus primeiros passos do projeto, e a minha atual secretária Angélica Costa, que pacientemente corrigiu dezenas de vezes os manuscritos ilegíveis. E não poderia deixar o Haroldo de fora, pois ele me vigiava, verificando se eu estava comparecendo às aulas e olhava minhas notas antes que eu mesma tomasse conhecimento.

E, finalmente, sou grata a toda a humanidade.

RESUMO

A hipertensão da gravidez é moléstia de natureza grave e com destaque negativo para morbiletalidade materna e fetal, classificada em quatro categorias: 1- pré-eclâmpsia (P.E) eclâmpsia (E); 2- hipertensão crônica de qualquer natureza (HAS); 3- hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superajuntada (HAS+P.E) e hipertensão gestacional (HG). Tratando-se de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, o acesso para o acompanhamento do pré-natal de risco em ambulatório especializado é de suma importância para minimizar os riscos de agravamento e desfechos desfavoráveis. Este trabalho buscou identificar o perfil sócio-demográfico dessas gestantes, enumerar os elementos que (des)favorecem a prevenção dos agravos para a saúde da mãe e seu conceito, caracterizar as múltiplas lógicas de acessos dessas grávidas ao serviço especializado com ênfase nos fluxos do processo de atenção à saúde e descrever sobre a ótica dessas gestantes a articulação entre os diversos níveis de atendimento na rede de atenção (RA). Trata-se de um estudo de método misto, com gestantes acometidas por quadros hipertensivos em acompanhamento no ambulatório de alto risco de um hospital terciário de referência do Estado, tendo como amostra 153 gestantes na fase quantitativa, que constavam no banco de dados próprio do hospital e 16 gestantes na fase qualitativa. As técnicas de coleta de dados se construíram de um formulário para a fase quantitativa e uma entrevista semiestruturada para a fase qualitativa. Os dados quantitativos foram agrupados e descritos, apresentados em gráficos e tabelas e fundamentados na literatura pertinente. Na fase qualitativa foram extraídas categorias das falas, agrupadas por aproximação e similitude, comentadas com base na literatura. Os resultados evidenciaram que todas as mulheres sabiam ler e escrever, no entanto, a maioria apresentava desinformação sobre as orientações gerais do parto e nascimento. Não sabiam em que maternidade iriam parir, chegavam ao ambulatório especializado, mas não eram atendidas de imediato para consulta, algumas esperavam até 60 dias para obter vaga. Assim, percebe-se que não há garantia de manutenção de um vínculo da gestante com o serviço e que a articulação entre a atenção básica e atenção especializada é fragilizada, o que dificulta o acesso. É perceptível também que o sistema de referência e contrarreferência não atende completamente à demanda, que o acolhimento se volta apenas à marcação de consultas e retorno e que os exames solicitados nem sempre são totalmente realizados. Além disso, a

ultrassonografia é feita em clínicas particulares, por não serem atendidas em tempo oportuno no sistema (SUS) e há incompletude nos registros dos prontuários, resultando em subnotificação. Conclui-se haver prejuízos na elucidação de fatos que poderiam prevenir a morbiletalidade materna fetal e neonatal. Assim, há que se envidar múltiplos esforços no sentido de contribuir para favorecer o acesso pleno as gestantes na rede de atenção especializada.

Palavras-chave: Complicações na gravidez. Hipertensão arterial. Mortalidade materna.

ABSTRACT

Pregnancy hypertension is a serious and negative condition for maternal and fetal morbidity and mortality, classified into four categories: 1 - preeclampsia (E) eclampsia (E); 2 - chronic hypertension of any kind (SAH); 3 - chronic hypertension with super-attached preeclampsia (SH + P.E.) and gestational hypertension (HG). In the case of pre-eclampsia and eclampsia, the access for prenatal follow-up of risk in a specialized outpatient clinic is extremely important to minimize the risks of worsening and unfavorable outcomes. This work aimed to identify the socio-demographic profile of these pregnant women, to enumerate the elements that (dis) favor the prevention of the aggravations for the mother's health and its concept, to characterize the multiple logics of access of these pregnant women to the specialized service with emphasis on the process flows of health care and to describe the perspective of these pregnant women about the articulation among the different levels of care in the network. This is a mixed-method study, with pregnant women being treated by hypertensive patients in follow-up at the high-risk outpatient clinic, with a data collection instrument in the quantitative phase, a form for collecting information contained in the medical records of the 153 pregnant women in the data bank from the hospital and in the qualitative phase the semi-structured interview with 16 pregnant women who participated in the research. The research scenario was a tertiary referral hospital in the state, with a specialized outpatient clinic for high-risk pregnant women. The quantitative data were grouped and described, based on the pertinent literature, presented in graphs and tables. In the qualitative phase we extracted categories of the clusters grouped by approximation and similitude, commented on the literature. The results show that all women were able to read and write, but most of them presented misinformation about the general guidelines of labor and birth. They did not know what maternity they were going to give birth, they would arrive at the specialized clinic, but they were not immediately taken care for consultation, some of them waited up to 60 days to get a vacancy. Thus, it can be seen that there is no guarantee of maintaining a link between the pregnant woman and the service and that the articulation between basic care and specialized care is weakened, which makes access difficult. It is also noticeable that the reference and counter-referral system does not fully meet the demand, the reception is returned to the appointment of appointments and the returns of the requested tests are not

always fully realized. In addition, ultrasonography is done in private clinics and there is incompleteness in the records of the medical records, resulting in underreporting. It is concluded that there are losses in the elucidation of facts that could prevent maternal fetal and neonatal morbidity and mortality. There is therefore a need to make a number of efforts to contribute to this.

Keywords: Pregnancy complications. Hypertension. Maternal Mortality.

RESUMEN

La hipertensión en el embarazo es una molestia de naturaleza grave y con destaque negativo para morbilidad materna y fetal, clasificada en cuatro categorías: 1- preeclampsia (P.E) eclampsia (E); 2- hipertensión crónica de cualquier naturaleza (HAS); 3- hipertensión crónica con preeclampsia superajuntada (HAS + P.E) e hipertensión gestacional (HG). Tratándose de preeclampsia y eclampsia, el acceso para el seguimiento del prenatal de riesgo en ambulatorio especializado es de suma importancia para minimizar los riesgos de agravamiento y desenlaces desfavorables. Este trabajo buscó identificar el perfil sociodemográfico de esas gestantes, enumerar los elementos que (des) favorecen la prevención de los agravios para la salud de la madre y su concepto, caracterizar las múltiples lógicas de accesos de esas embarazadas al servicio especializado con énfasis en los flujos del proceso de atención a la salud y describir la óptica de esas gestantes sobre la articulación entre los diversos niveles de atención en la red. Se trata de un estudio de método mixto, con gestantes acometidas por cuadros hipertensivos en seguimiento en el ambulatorio de alto riesgo, teniendo como instrumento de recolección de datos en la fase cuantitativa un formulario para recolección de informaciones contenidas en los prontuarios de las 153 gestantes que figura en el banco de datos propios del hospital y en la fase cualitativa la entrevista semiestructurada con 16 gestantes que participaron en la investigación. El escenario de la investigación fue un hospital terciario de referencia del estado, con ambulatorio especializado para gestantes de alto riesgo. Los datos cuantitativos fueron agrupados y descritos, fundamentados en la literatura pertinente, presentados en gráficos y tablas. En la fase cualitativa fueron extraídas categorías de las palabras agrupadas por aproximación y similitud, comentadas con base en la literatura. Los resultados evidencian que todas las mujeres sabían leer y escribir, sin embargo la mayoría presentaba desinformación sobre las orientaciones generales del parto y el nacimiento. No sabían en qué maternidad iban a parir, llegaban al ambulatorio especializado, pero no eran atendidas de inmediato para consulta, algunas esperaban hasta 60 días para obtener vacante. Así, se percibe que no hay garantía de mantenimiento de un vínculo de la gestante con el servicio y que la articulación entre la atención básica y atención especializada es fragilizada, lo que dificulta el acceso. Es perceptible también que el sistema de referencia y contra-referencia no atiende completamente

a la demanda, que la acogida se vuelve a la marcación de consultas y retorno y que los exámenes solicitados no siempre son totalmente realizados. Además, la ultrasonografía se realiza en clínicas particulares y hay incompletud en los registros de los prontuarios, resultando en subnotificación. Se concluye que hay perjuicios en la elucidación de hechos que podrían prevenir la morbilidad materna fetal y neonatal. Así pues, hay que hacer esfuerzos para contribuir a favorecer este marco.

Palabras-clave: Complicaciones del Embarazo. Hipertensión. Mortalidad materna.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Descrição das fases do estudo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017.....	35
Tabela 1 –	Número de partos/necessidade de internação.....	41
Tabela 2 –	Tipo de parto das gestantes com alterações pressóricas segundo paridade, internação, uso de fármaco e infecção. Fortaleza – Ceará, 201.....	44
Tabela 3 –	Características das gestantes entrevistadas, Fortaleza-Ceará-Brasil, 201.....	51
Gráfico 1 –	Gestantes com quadro de hipertensão segundo sua idade. Fortaleza–Ceará (Brasil, 2015–2017).....	39
Gráfico 2 –	Alterações dos níveis pressóricos (%) nas gestantes.....	47
Gráfico 3 –	Comorbidades apresentadas pelas gestantes (n=100) com quadro hipertensivo (%).....	47
Gráfico 4 –	Procedência de domicílio da gestante, para a atenção especializada (%).....	49
Gráfico 5 –	Procedência da gestante por regional de saúde (%).....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
MM	Mortalidade Materna
MM	Morte Materna
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAM	Pressão Arterial Média
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PE	Pré-eclâmpsia
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAF	Síndrome Anti-fosfolipídica
SHEG	Síndrome Hipertensiva da Gravidez
SUS	Sistema Único de Saúde
TGFB	Fator de Crescimento Transformador B
UECE	Universidade Estadual do Ceará
VEGF	Fator de Crescimento Epitelial Vascular

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO E SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (SHEG).....	23
3.2	ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CASOS DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ.....	28
4	MÉTODO.....	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICES.....	73
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	74
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	75
	APÊNDICE C – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO – FASE 1.....	76
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TERMO – FASE 2.....	78
	ANEXOS.....	79
	ANEXO A – FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PRE-NATAL DE ALTO RISCO.....	80
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA.....	81
	ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	82
	ANEXO D – DADOS POPULACIONAIS E DA ÁREA GEOGRÁFICA DAS REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	85

1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde e seus fatores (des)favorecedores é tema relevante ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme garante a Constituição Federal Brasileira, em seu Art. 196, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. O mesmo documento no Art. 198 prevê que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado conforme as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais (BRASIL, 1988).

Mediante tal direito, há mais de 20 anos atuando na área de Enfermagem Obstétrica e, portanto, conhecedora da vulnerabilidade de mulheres com hipertensão na gravidez, sobretudo em seu diagnóstico, acompanhamento e desfecho clínico, chama a atenção o acesso de gestantes com tal agravamento à atenção especializada, fator que pode determinar as condições de saúde de mãe e filho. O interesse pelo tema emana da prática profissional como enfermeira obstetra e também como docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) desde o ano 1997, sendo coordenadora do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica há 15 anos. A atuação também, na área assistencial nessa seara, se deu do ano 1997 a 2017. O agravamento da gestante por hipertensão de qualquer natureza é uma preocupação que precede este estudo, visto que desde a Pós-Graduação Lato Sensu Especialização em Enfermagem Obstétrica com o título “ Doença hipertensiva específica da gestação”, iniciei os primeiros passos no adentramento desse objeto. Prosseguindo nesse foco, desenvolvi na Pós-Graduação Stricto Sensu a dissertação Intitulada “ A vivência da familiar nuclear por ocasião da morte materna”, o que me acrescentou ainda mais a necessidade de uma busca do mesmo assunto em outra direção, a gravidez, a hipertensão e o trajeto que as gestantes acometidas até chegarem até a atenção especializada. Todo esse processo histórico tem um horizonte essencial de imersão no desfecho da morte de uma mulher, o que envolve todo um quadro social, político e econômico no que diz respeito a Saúde em Geral.

Em meu cotidiano profissional, tenho observado empiricamente dificuldades no acesso de gestantes com elevação dos níveis pressóricos à atenção especializada, conhecendo as dúvidas e incertezas dessas mulheres nos diálogos informais no ambulatório de gestação de alto risco, quando são referenciadas para as unidades de atenção terciária. Nessa perspectiva, gerou-se a necessidade do caso ser estudado em profundidade nessa Tese de Doutorado em Saúde Coletiva.

A Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia são formas clínicas consideradas graves e causas primárias de mortalidade materna no Brasil. Sua manifestação geralmente ocorre a partir da 20ª semana de gestação, quando a grávida está realizando o pré-natal na Atenção Primária em Saúde (APS) e surge a preocupação sobre o acesso dessa gestante para a atenção especializada, pois esse percurso é uma das variáveis que mais precarizam a agilidade para a prevenção das injúrias que acometem as gestantes e os fetos expostos. Sobre a morte materna, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), definem como o óbito da mulher grávida ou com até 42 dias completos do puerpério, independente do tempo da prenhez e do sítio de implantação do ovo, decesso proveniente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou de seu tratamento, excluindo-se fatores acidentais ou nela incidentes (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Em pacientes hipertensas antes da prenhez a elevação dos níveis tensionais na segunda metade da gestação o que é bastante frequente, nesses casos sugere o agravamento, considerando a doença vascular hipertensiva com a nomenclatura de hipertensão super ajuntada que em um ou outro caso o quadro clínico pode ser representado apenas pelo processo hipertensivo (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Em pacientes com hipertensão prévia agravada por pré-eclâmpsia na prenhez em curso atual pode apresentar quadro agudo de eventos hemorrágicos provocados por descolamento prematuro da placenta (DPP) denominada por alguns tratadistas como fator hemorrágico (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Pré-eclâmpsia (PE) refere, especificamente, a hipertensão após a 20ª semana de gestação com proteinúria é a mais comum em multíparas com antecedentes familiares de pré-eclâmpsia. A doença pode evoluir para eclâmpsia identificada por episódio convulsivo generalizado com risco de prosseguimento negativo e complicações diversas que podem ocorrer no pré-parto, parto e

puerpério. Sendo mais comum no final da gestação antes do parto, quando ocorre no puerpério, sugere agravamento, visto que o principal produto desencadeante, não mais pode ser retirado, que é o ovo (feto) (ORSHAN, 2014).

Nas mulheres que apresentam quadro hipertensivo específico da gravidez, os níveis começam a oscilar para cima a partir da 20ª semana de gestação, daí a necessidade de avaliação dessa gestante ser mais criteriosa com medição dos níveis pressóricos inclusive à noite, com intervalos de 6h em 6h para precisar melhor essa oscilação. Sendo o vasoespasmos causador dentre outros fatores da elevação da tensão arterial por aumentar a resistência ao fluxo sanguíneo que irriga a placenta. À medida que a hipertensão progride, o endotélio vascular cada vez mais agredido pelo vasoespasmos e as alterações bioquímicas que acontecem permanentemente desencadeando a cascata dos eventos de coagulação com declínio da perfusão Trofoblástica ocasionando restrição importante do crescimento e desenvolvimento do feto (ORSHAN, 2014).

A pressão arterial em mulheres grávidas é considerada pré-eclâmpsia P-E quando os níveis pressóricos da pressão arterial sistólica (PAS) $\geq 140\text{mmHg}$ e/ou pressão arterial diastólica (PAD) $\geq 90\text{mmHg}$. Sendo a PE uma doença multisistêmica relativamente comum com alto índice de morbinatalidade materna e neonatal. Recomenda-se que em tal situação o pré-natal deve ser realizado em centros especializados de atenção terciária, com cuidados específicos de acompanhamentos, sendo necessário um maior número de consultas e criterioso manejo clínico, por determinar independente ou sem gravidade, riscos de morte materna e fetal (FREITAS et al., 2011).

A eclâmpsia é caracterizada por dramático quadro convulsivo tônico e clônico chamado tipo Grande Mal, lembrando que outros agravos de diversas causas também provocam convulsões. O quadro convulsivo na hipertensão da gravidez pode ocorrer no pré-parto 50% durante o parto 20% ou no pós-parto 11%. A eclâmpsia é fator preponderante da morte materna (MM) por hipertensão, sendo que o acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte materna. Geralmente as pacientes referem um quadro clínico com cefaleia frontal ou occipital, perturbações visuais, escotomas, diplopia, obnubilação e algumas vezes apresentam amaurose que são sinais premonitórios da convulsão (FREITAS et al., 2011).

Os fatores de riscos da morbimortalidade materna e neonatal por doença hipertensiva materna sobreposta ou gestacional dependem de fatores biológicos, história obstétrica, condições socioeconômicas (alimentação, lazer, escolaridade), qualidade da atenção à saúde do binômio mãe-filho, número de consultas pré-natais, vínculo e acolhimento (FONSECA; JANICA, 2014). Dentre essas, políticas e práticas de saúde, acesso, integralidade e vínculo são elementos que determinam os desfechos favoráveis ou não à grávida e seu conceito (FONSECA; JANICA, 2014).

A atual estratégia preconizada no Brasil pelo Ministério da Saúde no tocante à doença hipertensiva da gravidez é a de envolver a secretaria estadual e as municipais de saúde para sensibilizar profissionais e capacitá-los pela educação permanente, visando fortalecer as ações de prevenção, promoção e proteção da saúde (CEARÁ, 2017). Assim, a formação de novos profissionais perpassa pelo preparo técnico-científico focado na humanização e se pauta no desenvolvimento de um olhar acurado das necessidades humanas básicas e no fortalecimento da cidadania e empoderamento dos usuários do SUS sobre seus direitos (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados).

Nessa seara, a manutenção de tais direitos e a integração entre os profissionais são essenciais e traçam a ambiência necessária a um cenário de conquistas. Os profissionais, e mesmo os acadêmicos, são requisitados a incorporar soluções, estratégias e ideias que impactem nos modelos de cuidado existentes, com aprimoramento dos fluxos e processos na assistência, visando favorecer seu censo crítico e reflexão em uma visão emancipatória participativa com vistas à integralidade das ações de assistência. Assim, sua inserção deve ser considerada com zelo e cuidado para o fortalecimento de sua formação e para sua participação efetiva na construção permanente da melhoria de assistência à saúde. Para tanto, deve usar as possibilidades a partir de suas vivências e enfrentamento de desafios, tendo como foco uma visão produtora de saberes, que se ligam às práticas sociais e à gestão, fortalecendo a formação e participação, construindo um celeiro de valores, práticas e saberes. Estes viabilizam um sistema único justo e universal ao alcance de todos, e reforçam o compromisso profissional em prol da saúde materna/infantil como indicador relevante no contexto da saúde geral da população. Isso é importante no dia a dia dos serviços de saúde, pois comumente há mais casos do que vagas e é necessário saber pensar e agir de forma contextualizada.

Justifica-se, portanto, a relevância da pesquisa, por ser a demanda superior à oferta dos serviços, comprometendo diretrizes do SUS (integralidade e acesso), estruturas de sustentação de garantia da continuidade da assistência. Sobre integralidade, a norma operacional básica (NOB) 01 de 1993 traz em seu bojo que a expressão “único” de que falam a Constituição e a Lei nº 8.080/90 refere-se a um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comum aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Doutrinariamente, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social (BRASIL, 1993). As dimensões da integralidade são, portanto, complexas e perpassam pelos conhecimentos dos trabalhadores da saúde, de suas práticas e da implementação de políticas com a participação da sociedade civil, gestores e dos diferentes níveis de atenção em saúde na rede para a construção de uma sociedade mais justa, com profissionais compromissados, éticos e politicamente corretos, numa perspectiva humanística e igualitária. Sobre o acesso em rede, esse potencializará as ações de saúde pela complexidade tecnológica, mas, sobretudo, pelos saberes na diversificação nos diferentes níveis que envolvem os sujeitos e os setores sociais econômicos, políticos e culturais.

É nesse plano que a gestão do cotidiano da saúde tem se conformado como lugar de fabricação das práticas (MERHY, 2002). Para analisá-las, o acesso é um traçador importante de inovações na gestão do cotidiano da saúde, pois constitui um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação

Corroborando com a ideia do valor do acesso, Silva e Almeida (2015, p. 7) citam:

Iniciativas, como o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento – PHPN (2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (2004) e a Rede Cegonha (2011), complementam, na medida em que encampam ideias voltadas para a redução da mortalidade materna e neonatal, visando qualificar a assistência ao parto e ao nascimento. Fomentam, também, a definição de novos modelos de atenção à saúde, centrados na promoção da assistência à mulher e ao neonato até que este complete 24 meses de vida, além de buscar o favorecimento do acesso, o transporte seguro, o acolhimento, a integralidade e a resolutividade que requerem esses usuários quando inseridos na Rede de Atenção à Saúde.

Partindo-se da premissa de que a saúde coletiva é a fotografia fiel da saúde da população e de que políticas, estratégias econômicas, sociedade civil, conhecimentos práticos, costumes e valores formam o caldeirão, cujo resultado é “parição” de um povo, há que se compreender que a pesquisa em pauta pode contribuir para melhor assistência à saúde da gestante com níveis pressóricos alterados, sua família e a comunidade onde está domiciliada.

É válido destacar que pesquisas nessa área devem ser realizadas desde o diagnóstico precoce na consulta pré-natal na atenção primária em saúde (APS), habitualmente porta de entrada na assistência à saúde da mulher, configurando o setor que a acolhe para avaliá-la preliminarmente no diagnóstico de gravidez, na solicitação dos exames preconizados pelo SUS e no seguimento das consultas pré-natais. No entanto, vários fatores devem ser observados quando se trata da continuidade e encaminhamentos sequenciais na presença de elementos clínicos que diferem uma prenhez normal de uma anormal, principalmente na virada do 2º para o 3º trimestre gestacional, momento onde ocorrem manifestações e os sinais de anormalidades surgem com perturbações clínicas (FREITAS et al., 2011). No caso da hipertensão tem-se o aparecimento das alterações pressóricas, que podem evoluir lenta ou rapidamente (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017), porém esse é um fator de risco e na presença dele a gestante deve ser referenciada à atenção especializada com brevidade.

Portanto, este estudo buscou encontrar respostas sobre o tempo e o caminho percorrido entre o aparecimento da sintomatologia e a pertinente intervenção com o tratamento adequado à doença hipertensiva da gravidez na atenção terciária. Ante o exposto, indaga-se: Quem são as gestantes que apresentam hipertensão na gravidez? Quais os elementos que (des)favorecem a prevenção de seus agravos para mãe e filho? Que caminhos são percorridos por esta gestante? Como se dá seu acesso ao serviço terciário? Que medidas podem favorecer a minimização de riscos, mitigação do sofrimento da gestante em busca do acesso e priorização da humanização do parto e nascimento? Responder a essas perguntas é o desafio dessa tese, que tem relevância epidemiológica, política e social para o Estado e a clientela envolvida.

Assim, acredita-se que o estudo é relevante por tratar a investigação do acesso de gestantes com quadro hipertensivo da gravidez à atenção terciária de saúde, contribuirá no aprimoramento do conhecimento dos elementos que

exacerbam os sintomas negativos, no sentido de construir ações na prevenção dos agravos para mãe e filho, favorecendo o parto e nascimento saudável para a gestante e seu concepto. Além disso, o conhecimento das múltiplas lógicas de acesso e utilização de serviços de saúde por essas grávidas favorecerá a articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde na Rede de Atenção em Saúde (RAS), contribuindo na elucidação de medidas de enfrentamento da hipertensão gestacional em qualquer das formas clínicas, para proposição de medidas efetivas visando à humanização e saúde plena do parto e nascimento.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar o acesso de gestantes com hipertensão à atenção terciária de saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil sociodemográfico das gestantes acometidas por quadro hipertensivo oriunda da APS e referenciadas para o ambulatório de especialidades de um hospital terciário de referência em Fortaleza-Ceará-Brasil;
- b) enumerar nessas mulheres os elementos que (des)favorecem a prevenção dos agravos da hipertensão para a mãe e seu filho;
- c) caracterizar as múltiplas lógicas de acesso dessas gestantes a esse serviço de saúde com ênfase nos fluxos do processo de atenção;
- d) descrever, sob a ótica dessas gestantes, a articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde na Rede de Atenção em Saúde (RAS).

3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo encontra-se organizado em dois tópicos, sendo o primeiro relacionado à hipertensão na gestação (pré-eclâmpsia/eclâmpsia), e o segundo sobre o acesso dessas gestantes à atenção especializada.

3.1 HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO E SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (SHEG)

A hipertensão na gravidez é moléstia que gera grande interesse dos pesquisadores, em virtude das variadas hipóteses lançadas no contexto de sua etiologia, até hoje não totalmente identificada. Quando se trata da pré-eclâmpsia, o mecanismo íntimo que desencadeia a moléstia continua ignorado. Mesmo com o empenho e intensividade das pesquisas não tem sido possível provocar a mesma enfermidade com o quadro clínico em testes de laboratório aplicados em animais, com semelhança clínica como ocorre nos humanos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A doença hipertensiva da gravidez é caracterizada por variáveis pressóricas com presença de edema e proteinúria, que ocorre durante a gestação ou até sete dias após o parto. É denominada nesse estágio de pré-eclâmpsia. Quando o quadro tensional é elevado a níveis perigosos, o quadro pode se agravar e desencadear convulsões tônico clônicas, configurando o quadro de eclâmpsia, que pode ser agravado pelo estado de coma (KASPER et al., 2006; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Kasper et al. (2006) afirmaram que a toxemia "SHEG" tem uma frequência bimodal, com maior incidência em mulheres jovens e em multíparas com mais de 35 anos de idade. Nos Estados Unidos a toxemia ocorre em 7% das gestações. Há maior prevalência nas classes menos favorecidas. Cunningham et al. (2012) referem que, embora a pré-eclâmpsia seja muito mais que apenas a hipertensão gestacional, com proteinúria, seu aparecimento permanece como importante critério diagnóstico objetivo.

Para Montenegro e Rezende (2017, p. 278):

A hipertensão na gravidez é classificada em apenas quatro categorias: 1) Pré-Eclampsia/Eclampsia; 2) Hipertensão Crônica (de qualquer causa/ Hipertensão; 3) Crônica com pré-eclâmpsia/ Superajuntada; e 4) Hipertensão Gestacional.

Para Freitas et al. (2011), os distúrbios hipertensivos gestacionais figuram mundialmente entre as principais causas de morte materna (MM), sendo responsáveis por 20% ou mais de mortalidade materna (MM). Estima-se que 100 mil mulheres sejam tratadas para pré-eclâmpsia (PE) no mundo a cada ano e, aproximadamente, 21 mil desenvolvem (PE) grave. A OMS estima que a cada sete minutos morra uma mulher por complicações hipertensivas.

A PE é uma síndrome multissistêmica comum, com índice elevado de morbiletalidade materna e neonatal. A assistência pré-natal mediante casos mais graves e detectados precocemente durante as consultas deve ser tratada em setores e unidades de saúde especializada em gestação de alto risco (FREITAS et al., 2011).

Sobre sua fisiopatologia, o início da doença é silencioso, como em outros quadros de hipertensão. Como na gestação normal, os níveis tensionais das grávidas são geralmente mais baixos, pressão arterial acima de 125x75 mmHg devem ser considerados altos, especialmente quando oscilam para cima no seguimento das consultas, quando da evolução da gravidez e principalmente a partir da 20ª semana de gestação (KASPER et al., 2006).

A maioria dos estudos aponta como fator preponderante a disfunção endotelial sistêmica, cuja doença materna envolve vasoesparmo permanente, com ativação endotelial e do sistema de coagulação, causando alterações nos sistemas que controlam a pressão arterial (PA) e o volume intravascular. Dessa forma, os tratamentos sugerem duas hipóteses que desencadeiam a ocorrência da PE: má adaptação imunológica e a genética, corroborando as hipóteses com os dados epidemiológicos comprovados de que a PE ocorre em mais vezes nas múltiparas, gestações por inseminação artificial com sêmen de doenças desconhecidas, em mulheres que se expõem menos tempo aos antígenos maternos, incompatibilidade genética, quando o parceiro já teve outros relacionamentos cujas mulheres

desenvolveram PE, ou mulheres que nasceram de mães com história de PE (FREITAS et al., 2011).

A placenta é abundantemente irrigada pelas artérias uteroplacentárias chamadas artérias espiraladas, que são vasos que se desenvolvem pela migração trofoblástica. Essas modificações que se processam na gestação normal produzem uma vasta circulação com vasos de baixa resistência e, como resultado, ocorre o aumento do fluxo sanguíneo no leito placentário. Esse evento é provocado pela prostaciclina, prostaglandina com potente ação vasodilatadora, e tal fenômeno fisiológico acontece a partir da metade do 2º trimestre da gravidez, na primeira onda de migração do trofoblasto (FREITAS et al., 2011).

Por razões ainda desconhecidas, algumas gestantes desenvolvem hipertensão arterial e/ou crescimento restrito do feto (CIUR). Embora a fisiopatologia precisa não seja conhecida, o evento primário para o desenvolvimento da PE parece ocorrer em torno da 16ª a 20ª semana com uma falha na segunda onda de invasão do trofoblasto. Com a progressão da gestação, há aumento da demanda do feto e o fluxo na placenta torna-se insuficiente, pois o diâmetro das arteríolas permanece 40% menor do que na gestação normal. Além disso, algumas arteríolas espiraladas da década e do miométrio ficam obstruídas por material fibroide, corroborando com a hipótese de uma irrigação deficiente da placenta ser causa importante no desenvolvimento de hipertensão gestacional e PE (FREITAS et al., 2011).

Rezende Filho e Montenegro (2014), referiram que se deduz das experiências que a hipóxia da placenta provoca o aparecimento de substâncias hipertensoras e antidiuréticas, cuja natureza e mecanismo de ação escapam ao nosso conhecimento. E ainda que a esngemia uteroplacentária é a semelhança do que acontece no sistema renal, provocando lesões necróticas do trofoblasto, produzindo substâncias vasopressoras com danos em todo o sistema.

Sendo a hipertensão moléstia de natureza dramática, quando se trata de quadro clínico de ocorrência na gestação, normalmente essa gravidez é considerada de risco materno e fetal, pois uma placenta com irrigação sanguínea comprometida por fatores causados pela hipertensão gera dano importante no crescimento e desenvolvimento do feto, surgindo como principal causa de óbito materno por hemorragia cerebral, provocando, ainda, outras complicações maternas (descolamento prematuro da placenta, síndrome HELLP, e no feto morte fetal ou

neonatal precoce, por causa do crescimento intrauterino restrito (CIUR) e hipoxia por centralização) (FREITAS et al., 2011).

O edema, fator característico da tríade da SHEG, é explicado pelos estudiosos. Há diversos eventos que contribuem para seu aparecimento, diferente do visto na gestação normal, porém este só se manifesta nas últimas semanas do período gestacional, por compressão dos grandes vasos pélvicos pelo peso do abdômen gravídico. Já o edema gestacional na mulher com SHEG decorre da queda de pressão osmótica do plasma e aumento da pressão capilar, que aumenta a permeabilidade capilar. A pressão osmótica diminuída contribui para a fuga do líquido do leito vascular para o interstício com retenção hídrica do peso corporal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A lesão patognomônica das manifestações fisiopatológicas da PE é a endotiliose capilar, no entanto a identificação do dano por biopsia renal não é real diagnostico, em razão de que a maioria das mulheres com PE apresentam 1/3 de diminuição da filtração glomerular. Outros elementos comuns são: pressão arterial (PA) elevada, proteinúria, hiperatividade plaquetária, com obstrução da microcirculação com plaquetas microtrombos de fibrina. A lesão do endotélio tem sido demonstrada pelas pesquisas como uma lesão provocada pelo espasmo vascular permanente e sistêmico (FREITAS et al., 2011).

Já a pré-eclâmpsia ocorre em 5 a 7% do total de mulheres grávidas. Como a fisiopatologia ainda segue como a enfermidade das hipóteses, estudo mais recente tem demonstrado a produção de antagonistas do fator de crescimento epitelial vascular (VEGF) pela placenta, a tirosinoquinase um solúvel e fator de crescimento transformador B (TGFB), que desequilibram a função do endotélio renal dando como resultado da tríade característica da PE o edema, hipertensão e proteinúria (LONGO et al., 2013).

Fatores de riscos conhecidos continuam em evidência, apesar dos esforços para o tratamento e prevenção da doença hipertensiva, a exemplo de diabetes *mellitus*, história de doença renal ou hipertensão crônica, pré-eclâmpsia em gestão anterior, da idade reprodutiva materna, > 35 e < 15 anos, obesidade, gestão múltipla e síndrome ante-fosfolipidia (SAF) são malefícios que permanecem na gênese da SHEG (LONGO et al., 2013).

Sobre o tratamento da SHEG (pré-eclâmpsia/eclâmpsia), tem-se que geralmente o processo patológico da PE desaparece logo após o parto, pois a cessação da atividade endócrina do ovo, pelo nascimento do feto e esvaziamento da matriz (útero) termina com a cadeia de eventos hormonais provocadores de todos os distúrbios da fisiopatologia. Para as grávidas com pré-eclâmpsia antes de 37 semanas de gestação, o parto resolve o problema materno, com redução da morbidade, porém o feto se torna mais vulnerável ao nascimento pré-termo e todos os fatores da morbiletalidade neonatal precoce (LONGO et al., 2013).

Corroborando com Longo et al. (2013) na conduta do manejo clínico da gestante com pré-eclâmpsia, Freitas et al. (2011) referiram que, independente da gravidade do quadro clínico, toda paciente com diagnóstico de PE deve ser hospitalizada para acompanhamento em unidade de gestação de alto risco. Embora não haja unanimidade entre os diversos autores sobre a vantagem da internação hospitalar de todas as pacientes com PE, essa conduta tem sido mantida, cujo resultado tem registrado que mães que ficam internadas têm risco de morte diminuído à metade, em comparação com fetos de mães sem internação.

O tratamento mais completo da pré-eclâmpsia ocorre pela resolução final do parto, saída do feto e da placenta, cessando a função endócrina do ovo. No entanto, a terapêutica de escolha que reduz os níveis críticos da hipertensão é geralmente o sulfato de magnésio ou a hidrazalina intravenosa, quando os níveis pressóricos atingem níveis de $\geq 160 \times 110$ mmHg. Também a nifedidipina é geralmente usada durante a gravidez. Já o sulfato de magnésio é o medicamento de escolha para a prevenção e o tratamento das convulsões, é medicação superior sobre a fenitoina e o diazepam, sendo o sulfato de magnésio fármaco importante na redução das crises convulsivas, diminuindo o risco de morte materna (LONGO et al., 2013).

Para Cunningham et al. (2012), a gravidez complicada pela hipertensão gestacional deve ser tratada de acordo com a gravidade gestacional e a presença de PE. Também deve ser considerada a lesão da célula endotelial e a disfunção de múltiplos órgãos causados pela pré-eclâmpsia.

Freitas et al. (2011) referem que o objetivo do tratamento anti-hipertensivo é proteger a gestante dos acidentes vasculares cerebrais, ruptura de hematoma hepático, um controle rigoroso da hipertensão arterial, sobretudo da pressão arterial média (PAS+2PAD/3).

Assim, vê-se serem ainda necessárias pesquisas na área de todos os casos de hipertensão na gravidez, inclusive para elucidar os caminhos percorridos durante a assistência a essas mulheres e seus filhos, pois o acesso dessas mulheres à atenção especializada pode definir muitas vezes o desfecho do quadro.

Notadamente, algumas referências mais antigas, na literatura específica, de tratadistas da ciência obstétrica, explica a necessidade premente de estudos que tragam luz sobre todos os aspectos da doença da hipertensão na gravidez. Fazendo um paralelo entre a literatura mais antiga, em até dez anos, os avanços sobre a etiologia e evitabilidade de agravos ominosos continuam sendo um problema grave de saúde pública, o que justifica a imersão e necessidade de novas pesquisas.

3.2 ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CASOS DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

O Sistema da Atenção à Saúde tem produzido padrões diferenciados no atendimento e assistência aos usuários do SUS pela insistência organizacional no sentido amplo do conceito da integralidade, na essência do acesso e na sensibilização dos profissionais, a fim de olhar o usuário enxergando suas angustias e necessidades humanas afetadas, ou seja, tendo a percepção do sujeito nas dimensões biopsicossociais; promovendo a articulação entre tecnologia e serviços especializados, a fim de garantir os direitos sociais já adquiridos, fortalecendo a confiança na instituição e nos profissionais.

Alguns autores falam na longitudinalidade, conceito da relação pessoal, do vínculo estabelecido entre profissionais e pacientes criando uma relação de confiança pelo fato desse usuário ter liberdade de contar sua história e expor sua realidade socioeconômica e cultural. Carvalho et al. (1991), referem que no Brasil as experiências de avaliação vêm utilizando o conceito de integralidade com o sentido de oferta de ações articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

A qualidade da atenção à saúde pressupõe a referência de um modelo idealizado, que considera um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

A continuidade da atenção à saúde perpassa pelo compromisso, desempenho e organização do serviço, com valorização máxima do processo de acolhimento (que vai gerar a vinculação e a facilidade do acesso, desvelando a responsabilização profissional) e do agente que executa a ação, construindo, assim, a solidez do sistema para o sujeito em situação de adoecimento.

A avaliação é a ferramenta primordial para uma análise dos indicadores, do ponto de vista da quantidade e da qualidade do atendimento, e a continuidade eficiente do tratamento, prevenção ou reabilitação, minimizando sequelas e condições de dependência temporária ou permanente do usuário.

Para Giovanella et al. (2002), o conceito de integralidade foi operacionalizado para avaliar sistemas municipais de saúde por meio de quatro dimensões: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e a abordagem integral do indivíduo e famílias.

A estratégia saúde da família constitui-se também nos espaços públicos, postos de saúde aglomerados de pessoas interagindo os preceitos de universalidade, equidade, materializado no dia a dia no mundo do trabalho e na coletividade, onde acontecem as práticas da assistência à saúde e a construção de diálogos entre usuário e profissional, medindo a pactuação e articulação, fortalecendo os direitos dos cidadãos e o controle social. A partir desses diálogos, emerge a realidade de cada região, seus costumes, seus anseios, bem como suas necessidades de saúde, o que, na prática, resulta em respostas mais rápidas nos diagnósticos, terapêuticas e na satisfação dos usuários.

A atenção primária na saúde é um marco histórico na saúde da população brasileira e representa um avanço na atenção à saúde de maior relevância, dado o seu alcance nas mais longínquas paragens do território brasileiro. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado no Brasil em 1994 e sua implantação ocorreu gradativamente com cobertura variável, porém presente nas diversas regiões do país. O Estado do Ceará foi onde o PSF teve origem, em 1994. Foi objeto de rápida expansão das suas equipes e em 1997 encontrava-se implantado em 105 municípios, totalizando 341 equipes, com 341 enfermeiras, 341 médicos e 3.410 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (ANDRADE, 1998).

Segundo a OMS, a Atenção Primária em Saúde (APS) é baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde no qual representa função central e principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (MENDES, 2002). Diante das iniquidades sociais e do recrudescimento de enfermidades já erradicadas, bem como o surgimento de outras doenças mais agressivas, urge a necessidade de avaliação periódica do sistema, bem como a capacitação permanente dos atores (profissionais) diretamente ligados ao sistema, famílias, peculiaridades regionais; idoneidade focando o homem, o sujeito como elemento principal, e não valorizando mais a doença do que o doente.

O especialista vem em segundo plano, porque a maioria das doenças tem início brando, quando o próprio doente estabelecerá seu esquema de tratamento sob a orientação do generalista. Este é aquele que lhe chama pelo nome, aperta sua mão, olha nos seus olhos, lhe escuta a história. Esse é o profissional que presta atenção e cuida da saúde primária, que evita o agravamento da enfermidade, ou que, precocemente, identifica a necessidade de tratamento especializado, construindo, assim, uma rede de atenção eficiente e humanizada.

Sobre as questões da atenção humanizada à saúde, a OMS propõe que sejam dirigidas por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e direcionados para atenção primária (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) defende que a APS é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

O acesso ao serviço de saúde para atenção especializada é uma das mais contundentes queixas dos usuários do SUS. A acessibilidade permeia em várias direções quando o usuário busca a atenção por tratamento que envolve mais tecnologia e profissionais especializados. Esse acesso acontece em dimensões multifatoriais no campo organizacional, situação geográfica social e econômica. Os obstáculos para a referência e contra referência ocorrem tanto da parte da gestão do serviço, como no aspecto financeiro e operacional, bem como das dificuldades individuais do cliente: tempo de espera, postergação da decisão do profissional, transporte, dentre outros.

No caso das gestantes, quando a gravidez agrega riscos de complicações para a mãe e/ou para o feto, a situação da família é importante e se reporta à dependência financeira, número de filhos menores e agregação da família, e o estado de saúde daquela comunidade. Do ponto de vista do profissional, é necessário o atendimento multiprofissional, educação alimentar, exames laboratoriais específicos, aconselhamento sobre repouso, higiene, atividade laboral, dentre outros. Todas as variáveis são somadas à gravidade da enfermidade surgida.

Portanto, há valorização de acompanhamento multidisciplinar, pois os casos clínicos que fogem à assistência primária, considerando a complexidade do fator doença, como a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, exigem assistência à gravidez, cujos problemas identificados e conduzidos adequadamente por uma equipe ampliada e integral visam o prosseguimento dessa assistência à saúde do binômio mãe e filho na prevenção e empoderamento, favorecendo o atendimento na ambiência da rede de atenção hierarquizada do cuidado, especificando uma abordagem clínica e terapêutica para a prevenção da morbiletalidade materna e neonatal.

Nessa perspectiva, o acesso da gestante com alterações clínicas identificadas durante a consulta pré-natal, especificamente, com oscilação dos níveis pressóricos, alteração ponderal relevante, edema visível, devem ser encaminhadas

imediatamente à atenção especializada para atendimento com especialistas, no intuito de minimizar os riscos cujos resultados são desfavoráveis, não havendo adequado acompanhamento multiprofissional, sabendo-se que a atenção primária é onde se realiza o primeiro atendimento à gestante, por ocasião da descoberta ou suspeição da gestação.

A acessibilidade do usuário do SUS à saúde ainda é um desafio para a gestão pública nos três níveis postulados da Atenção a Saúde no nosso país. A demanda às necessidades de saúde do povo ainda encontra as dificuldades conhecidas por todos os brasileiros. A ordem social é complexa e não é atendida satisfatoriamente nem para a população, nem para os trabalhadores da saúde, que são submetidos a jornadas injustas, exaustivas, na maioria das vezes sem as devidas condições laborais, gerando conflitos e desânimo, interferindo na qualidade da assistência, prejudicando o acesso, e a equidade. Tudo isso leva à grande perturbação, gerencial dos princípios e diretrizes do SUS, embora grupos de trabalhadores tenham envidado esforços para a mudança dessa situação, principalmente a partir dos anos 1990 (LUZ, 2006). Essa realidade se dá na rede pública e também na rede privada.

Embora exista uma preocupação constante, historicamente, a saúde da mulher e criança tem merecido destaque, lembrando como exemplo a citação de Costa (2012 *apud* SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014, p. 806):

A primeira política de saúde voltada para as mulheres foi o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), criado em 1973, cujo foco se restringia à oferta de serviços que visavam garantir a saúde do binômio mãe-filho e o desfecho gestacional da mulher pobre não previdenciária, colocando a maternidade no cerne do papel social da mulher. Até o início da década de 1980, as políticas de saúde voltadas às mulheres brasileiras eram direcionadas a apenas um ciclo de suas vidas, o gravídico-puerperal.

Nessa perspectiva, o acesso à atenção especializada no caso da saúde materno-infantil está distante do desejado, principalmente quando se trata da gravidez de risco, especificamente pré-eclâmpsia/eclâmpsia e todas as características injuriantes causadas pela postergação do tratamento dessa enfermidade após diagnosticada e a pronta inserção dessa grávida no ambulatório de pré-natal especializado.

Falando ainda sobre acesso, Carvalho, Freire e Bosi (2009 *apud* SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014, p. 806): dizem:

No que tange à prática cotidiana da Estratégia Saúde à Família (ESF), o acesso tem como um dos alicerces o acolhimento, sendo materializado por meio de atitudes evidenciadas, no caso em tela, nas relações intersubjetivas diariamente estabelecidas entre profissionais e usuárias dos serviços. Longe de representar uma abstração ou utopia de materialização difícil, o acolhimento traduz-se por gestos simples com forma cordial de atendimento, na qual os profissionais chamam as gestantes pelo nome, informam sobre condutas e procedimentos a serem realizados por intermédio de uma linguagem adequada, escutam e valorizam as narrativas das usuárias, garantem sua privacidade, dentre outras atitudes humanizadoras passíveis de serem operadas, se respeitada a ética da alteridade.

Lembrando que a síndrome hipertensiva manifesta-se após a 20ª semana, ou seja, no final do 2º trimestre, é de bom alvitre que tal fator seja vigiado pelo pré-natalista com cuidado nesse período gestacional.

Assim, é notória a relevância da atual tese, que trabalhou a interlocução APS e atenção especializada nos casos de hipertensão na gravidez.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de métodos mistos com gestantes acometidas por hipertensão na gravidez. Os estudos de métodos mistos utilizam uma modalidade metodológica da investigação dos fatos para compreender o significado nas suas diversas dimensões de forma específica, desvelando as evidências no sentido de enxergá-las, ouvi-las e compreendê-las, daí partem do princípio de que a entrevista, a observação, o diário de campo são elementos que, após leitura e análise desses dados, dão robustez aos resultados obtidos.

Os desafios de escrever sobre a investigação com métodos mistos permanecem grandes, porque as diferentes tradições metodológicas envolvem tradições de comunicação bastante diferentes critérios e normas retóricas e estéticas sobre o que faz um teste ser convincente (GREENE, p. 108, 1996).

O local do estudo foi o Hospital Geral Dr. Cesar Cals, equipamento de natureza terciária, credenciado como hospital de ensino, abrigando residências de várias categorias profissionais da área da saúde com destaque para a residência em ginecologia e obstetrícia, com alto poder de resolutividade na gravidez de risco e nos agravos ginecológicos. Possui um centro de imagem de alta complexidade com diagnóstico e tratamento pautado na humanização, conforme os preceitos e diretrizes do SUS. Fica localizado no Centro da cidade de Fortaleza - Ceará. O Hospital tem a importante e diferenciada localização geográfica, o que favorece a população de baixa renda, visto que se localiza no centro, no corredor do transporte coletivo de ônibus e metrô, onde há comércio com intenso fluxo de pessoas. Atende várias especialidades e é referência do estado do Ceará para atendimento da gravidez de alto risco. Possui alta complexidade de tratamento clínico e tecnologia avançada de diagnóstico e tratamento da doença hipertensiva da gravidez. O seu ambulatório atende mulheres do Ceará e de outros Estados do Nordeste.

Durante a coleta de dados, o estudo se deu em duas fases, conforme evidencia o quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das fases do estudo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017

Fase do estudo	Objetivo Específico	Coleta de dados	Análise dos dados	Nº
Fase 1 ou quantitativa	Identificar o perfil sócio-demográfico das gestantes acometidas por hipertensão em um hospital terciário de referência em Fortaleza-Ceará-Brasil	Formulário com respostas pesquisadas nas fichas de registro do hospital	Análise estatística descritiva	153 gestantes com internação
	Enumerar nessas mulheres os elementos que (des) favorecem a prevenção dos agravos da hipertensão para a mãe e seu filho;	Formulário com respostas pesquisadas nas fichas de registro do hospital e entrevista	Análise descritiva	153 = fase QT 16 gestantes = fase QL
Fase 2 ou qualitativa	Caracterizar as múltiplas lógicas de acesso dessas gestantes a esse serviço de saúde com ênfase nos fluxos do processo de atenção	Entrevista	Análise das falas	16 Gestantes
	Descrever, sob a ótica dessas gestantes, a articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde na Rede de Atenção em Saúde (RAS)	Entrevista	Análise das falas	16 Gestantes

Fonte: Elaborado pela autora.

Na fase 1 ou quantitativa foi feito um levantamento no sistema de prontuários eletrônicos, utilizando um formulário preenchido conforme as informações contidas no banco de dados das gestantes para identificar o perfil sócio-demográfico das gestantes acometidas por hipertensão, sobretudo SHEG, atendidas nesse hospital. Esta fase recebeu análise estatística com discussão dos elementos contributivos que (des) favorecem o agravamento do quadro clínico. Toda a discussão do momento quantitativo foi demonstrada em tabelas e gráficos ilustrativos.

Iniciando a categorização, trazemos a conceituação de autores que corroboram com os objetivos deste estudo. A categorização é um processo de classificação dos dados. As categorias devem considerar o material a ser analisado e os objetivos da investigação, procurando atingi-los e respondê-los. Para Lima (2010, p. 110) sobre categoria dia:

Nota-se que um aspecto essencial da cognição é a habilidade de categorizar: julgar que uma coisa particular é ou não um exemplo de uma categoria particular. Porém, o problema em compreender que critérios são usados para agrupar as entidades em uma mesma categoria, sendo que nesse processo as entidades distintas são tratadas como equivalentes, faz a categorização ser considerada como um dos principais processos cognitivos.

Na mesma linha de pensamento, a autora descreve:

Categorizar coisas é inerente aos seres humanos desde os primeiros momentos de vida, porque o cérebro dá forma às estruturas que espelham o ambiente externo em uma forma categorial. Nota-se que toda essa classificação vem de nossa interação com nosso ambiente. Se nós não interagirmos com o ambiente, nós não teremos o que classificar; o ambiente influencia muito no modo como nós categorizamos a informação. Assim, dependendo do ambiente em que estamos, as categorias podem mudar para refletir o ponto de vista de uma informação, em determinado contexto. (LIMA, 2010, p. 110).

Utilizando a fundamentação de Minayo (2014), as informações que emergem do material coletado trazem indagações e respostas que formulam o escopo de construção do novo conhecimento. Segundo a autora, o pesquisador deve se manter isento, em postura de neutralidade, sem que tal atitude desvalorize a composição das entrevistadas. Todo material deve ser minuciosamente analisado, cada palavra, cada frase, convergindo as ideias para substanciar o texto e o contexto, dando maior relevância à análise e aos resultados obtidos.

Após leitura flutuante, analisando criteriosamente todas as respostas das gestantes, iniciamos a elaboração para construção das categorias, focando na ótica de 16 mulheres.

A amostra foi de 161 prontuários das mulheres acometidas com SHEG atendidas no hospital no período de janeiro de 2015 a julho de 2017, referenciadas pela atenção básica, mas oito apresentaram incompletude, permanecendo ao final 153 prontuários.

A fase 2 ou qualitativa se deu com a entrevista. Foi critério de inclusão na amostra: ser gestante com hipertensão a partir da 20ª semana de gestação em acompanhamento no ambulatório de gestação de alto risco no hospital, com ou sem internação hospitalar.

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados, na qual o entrevistador pode obter informações preciosas quando o entrevistado é estimulado a analisar sua resposta sobre uma história de suas lembranças, ou expressa sua opinião sobre a temática da entrevista que ajuda o pesquisador a compreender melhor as situações, visto que ele inspira confiança ao entrevistado (STAKE, 2011). A entrevista é utilizada como instrumento na coleta de dados da pesquisa científica com a finalidade de obter informações e interpretações que deem sustentação às respostas das pessoas entrevistadas, bem como coletar informações com um número significativo de pessoas para que o pesquisador obtenha um vasto material, que, a partir de um refinamento, tenha robustez para a interpretação dos dados (STAKE, 2011).

Se existe a chance de um ou vários entrevistados fornecerem materiais dignos de citação, então a entrevista deve ser adaptada ao que há de especial naquela pessoa. Embora a entrevista geralmente seja estruturada [...] em alguns casos é melhor fazer uma pergunta aberta [...] permitindo que os entrevistados apenas comentem ou contem histórias (estruturando-as de acordo com seus próprios problemas emic) (STAKE, 2011, p. 108).

Segundo Minayo (2014, p. 261):

Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo.

Conforme Minayo (2014), a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários de duas naturezas: (a) fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, atestados de óbitos ou (b) através da fala ao vivo do próprio entrevistado.

A escolha por esse instrumento se justifica por ser uma fonte de informação que corrobora com as informações obtidas nos prontuários ou registros no banco de dados no sistema do hospital.

A entrevista semiestruturada, foi realizada por ocasião da consulta, no hall de espera do atendimento, em abordagem coloquial, foram colhidas as falas em roteiro que foi elaborado pela pesquisadora, juntamente com uma bolsista, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, previamente orientada para a escuta e anotações no impresso utilizado. Após a coleta dos dados as respostas foram agrupadas em categorias fundamentadas conforme descreve Minayo (2014), de acordo com a aproximação e similitude das respostas encontradas. Após a leitura das categorias definidas estas foram discutidas e avaliadas à luz da literatura pertinente sobre a temática.

O estudo obedeceu a todos os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado no Comitê de Ética da unidade pesquisada no parecer de nº 2.273.558. (BRASIL, 2012).

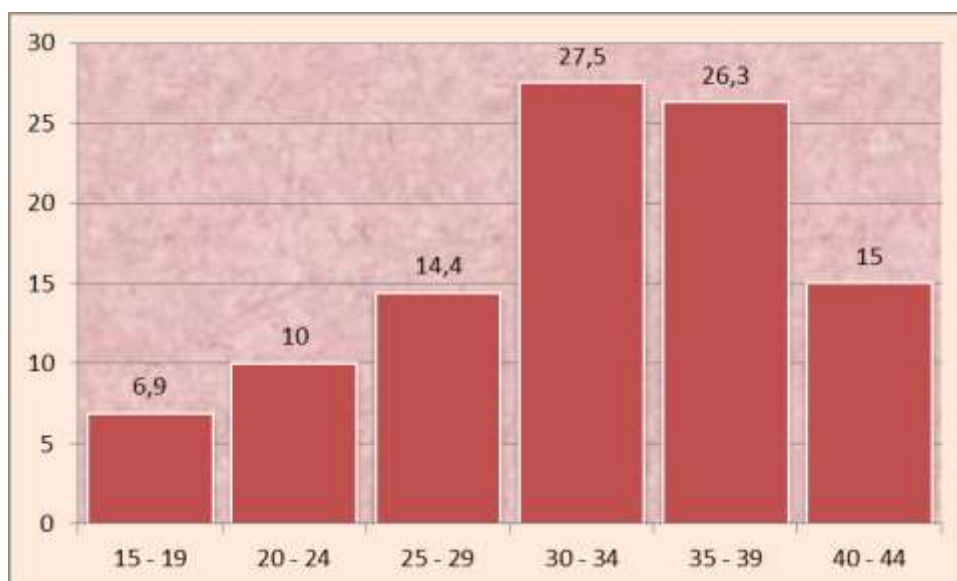
Os riscos quanto à participação dessas gestantes foram minimizados porque a divulgação de informações pessoais somente foi feita de forma agrupada e os dados somente foram utilizados para fins da pesquisa. Ainda assim, qualquer constrangimento observado durante a entrevista foi minimizado e, na sua inviabilização, esta gestante foi excluída da pesquisa. Ademais, sua participação poderia findar em qualquer momento, segundo sua vontade. Sobre os benefícios do estudo, estes são diretos (as gestantes puderam tirar dúvidas com a pesquisadora sobre o tema) e indiretos (o conhecimento produzido sobre a temática). O projeto somente teve sua coleta de dados iniciada após sua aprovação pelo Comitê de Ética da Instituição.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa ambicionou encontrar respostas tanto do ponto de vista objetivo quanto subjetivo, construindo uma discussão baseada inicialmente em dados estatísticos, encontrados no banco de dados dos prontuários eletrônicos das mulheres que integraram a amostra, e que foram atendidas na unidade de saúde, cenário dessa pesquisa. Nesse momento foram pontuados os fatores que emergiram das informações contidas no sistema citado e anotados em formulário, de onde foram extraídas as informações previamente e construídas para a análise descritiva por meio da elaboração de tabelas, gráficos, fundamentados mediante a literatura pertinente, conforme as exigências do rigor científico pretendido por este estudo.

Ao todo foram 161 gestantes com prontuário no período pesquisado com diagnóstico de quadro de hipertensão de qualquer natureza, sendo 153 com internação assinalada como sim ou não em prontuário. A média de idade foi 32,1 anos e 7,1 o desvio-padrão. A idade mínima foi de 16 anos e a máxima de 44 anos. A mediana foi de 33,5 anos. A média de internações foi de 1,76 vezes, e desvio padrão de 0,426, sendo um o número mínimo de internações e dois no máximo. Ressalte-se que a variável número de internações teve perda de 5% de informação. O teste de Mann-Whitney mostrou que a idade tem efeito na internação das gestantes.

Gráfico 1 – Gestantes com quadro de hipertensão segundo sua idade.
Fortaleza–Ceará (Brasil, 2015–2017)



Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que a maior incidência das mulheres acometidas com algum tipo de hipertensão está na faixa etária de 30 a 39 anos, conforme demonstrado no gráfico 1. Confirma-se assim, o que refere a literatura pertinente sobre idade materna como fator de risco para hipertensão. Dentre outras complicações gestacionais, essa é mais comum em mulheres que engravidaram com idade superior a 35 anos (SIBAI; CUNNINGHAM, 2009).

Sobre a idade da mulher gestante é importante ressaltar, conforme Cunningham **et al.** (2012), que com frequência a pré-eclâmpsia afeta mulheres jovens e nulíparas, estando as mulheres com mais idade em maior risco de hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta. Conforme o teste estatístico U de Mann – Whitney, a idade da gestante tem efeito na internação, o que demonstra o risco para complicações de natureza sistêmica e a relevância do fator idade na condução e manejo da gestação, que apresenta complicações dos níveis pressóricos.

A não prestação ou postergação do atendimento e acompanhamento do pré-natal na atenção especializada pode exacerbar o quadro, o que leva a paciente à necessidade de internação, ao invés de um acompanhamento ambulatorial, menos oneroso do ponto de vista social e econômico, com desfecho desfavorável para a saúde coletiva em geral.

Em se tratando da saúde fetal, o mesmo autor enfatiza que o risco para natimortos é maior nas mulheres multíparas e com maior número de gestações, do que nas nulíparas. Ou seja, mulheres mais maduras têm maior probabilidade de perder seus fetos, quando apresentam quadros de SHEG (CUNNINGHAM et al., 2012).

Sobre a internação da gestante com quadro hipertensivo leve é indicado o tratamento ambulatorial, em se tratando de recomendação médica para internação nos outros casos, nos quais há evidência de agravamento dos sintomas, conforme relata Eleutério e Kathiane (2013), ao referir que na pré-eclâmpsia grave, o manejo inicial é a internação hospitalar para tratamento da emergência hipertensiva e a avaliação do bem-estar fetal. Considera-se que a internação da gestante com pré-eclâmpsia é notadamente o agravamento do quadro, aumentando o risco para mãe e feto.

Sobre a paridade (número de partos) e a necessidade de internação, apresenta-se a tabela 1 com os dados.

Tabela 1 – Número de partos/necessidade de internação. Fortaleza, 2017

Variáveis	Internações		Total
Paridade¹	Sim	Não	p = 0,274
Múltipara	24 (21,4%)	89 (78,6%)	113
Nulípara	12 (30,0%)	28 (70,0%)	40
Utilizou fármacos¹			p = 0,636
Sim	27 (24,5%)	83 (75,5%)	110
Não	9 (20,9%)	34 (79,1%)	43
Infecção¹			p = 0,156
Sim	18 (29,5%)	43 (70,5%)	61
Não	18 (19,6%)	74 (80,4%)	92
Total	36 (23,5%)	117 (76,5%)	153 (100%)

1 Teste de Qui-quadrado de Pearson

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 1, foram 113 casos de múltiparas com SHEG, sendo 89 sem internação. Entre as nulíparas, foram 40 casos, sendo 28 sem internação. A Razão de Prevalência (RP) entre as múltiparas serem internadas = $((24 / 112) / (12 / 40)) = 0,71$. Na tabela 1 pode-se inferir, pelo Teste de Qui-quadrado de Pearson, a **não** associação da variável Paridade com número de Internações.

Assim, quanto maior for a idade cronológica da grávida, maiores os cuidados a serem dispensados à gestante em todo período da prenhez (pré-natal).

Porém há gestações complicadas em todas as idades, que necessitarão de internação hospitalar para intervenções e tratamentos, tanto para a mãe, como para o feto, ou para postergar a prenhez até o termo, ou próximo deste, ou para a interrupção desta gravidez no intuito de preservar a vida do binômio, mãe e filho. Para Orshan (2014), a forma como o cliente e a família vivenciam a gestação é influenciada pela idade, antecedentes sociológicos, culturais e religiosos. Sobre idade, diz que o potencial que uma mulher tem para engravidar pode abranger um período de início da adolescência até o final dos 1940 anos. Se considerarmos todas as mulheres em igual padrão, não haverá um tratamento e cuidados a esta gestante, sensível e apropriado. Cada mulher é única, levando em considerando um dos princípios norteadores da humanização do SUS, que é a valorização do sujeito na sua dimensão sociocultural em todas as práticas de atenção à saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Ainda na tabela 1, sobre a utilização de fármacos, 110 o fizeram, sendo 83 sem internações. A Razão de Prevalência (RP) entre quem utilizou medicamentos ser internada = $((27 / 110) / (9 / 153)) = 4,17$. Não houve, no entanto,

associação da variável no tema, utilizou fármacos com presença ou não de internações.

Corroborando com essa classificação, estudos de autores cearenses admitem que o tratamento e acompanhamento de hipertensão gestacional conforme a classificação supracitada, na pré-eclampsia leve, a terapia deve ser ambulatorial com acompanhamento semanal e propedêutica laboratorial (ELEUTÉRIO; KATHIANE, 2013). Então há concordância de que nem sempre a utilização de fármacos no tratamento da SHEG será indicativa de internação hospitalar, pois somente os casos graves e críticos necessitarão de internação na unidade hospitalar especializada.

Ainda na tabela 1, sobre a ocorrência de infecções, foram 61 casos, sendo 43 entre aquelas não internadas. A Razão de Prevalência (RP) entre quem teve infecção ser internada = $((18 / 61) / (18 / 92)) = 1,51$. Nesta tabela pode-se inferir, pelo Teste de Qui-quadrado de Pearson, e confirmar a não associação da variável infecção com internações.

Do ponto de vista epidemiológico há prejuízo na questão do acesso e equidade, na capacidade de fazer intervenções necessárias em tempo oportuno pelos profissionais, de modo a atender o que preconiza o SUS.

A subnotificação é um elemento nocivo e tem causado transtornos na formulação das políticas de saúde, pois o sistema de informação pode apresentar indicadores irreais, o que de fato prejudica o atendimento idealizado em prol da população, nas mudanças necessárias para uma assistência digna igualitária a saúde do povo.

Corroborando com essa ideia, Viellas et al. (2014) confirmaram que, segundo recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de doenças e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco.

As gestantes não estão imunes às infecções, pelo contrário, a gestação é um período propício às infecções, principalmente pelas alterações fisiológicas impostas pelo estado gestatório. O sistema urinário é um dos mais sensíveis a estas complicações.

Segundo Lustosa et al. (2013, p. 413) os “principais fatores de risco são histórias de ITU (Infecção de Trato Urinário) recorrente, diabetes, alterações anatômicas do trato urinário, aumento do volume dos rins, dilatação do sistema pielocalicial e ureteres (hidronefrose fisiológica, aperistalse, uretral, aumento da capacidade vesical, glicosúria, aminoacidúria e hipoternúria)”.

A enfermidade de ITU é fator de risco importante para prematuridade por Ruptura Prematura das Membranas (RPM), CIUR (crescimento intrauterino restrito) óbito perinatal. O diagnóstico é feito pelo exame laboratorial de urina (ELEUTÉRIO; KATHIANE, 2013).

O tratamento ambulatorial com antibióticoterapia é mandatório para evitar maiores riscos. Daí a necessidade do rastreamento na consulta pré-natal. O maior risco é a infecção assintomática (bacteriúria) subclínica, o que pode desenvolver pielonefrite. O tratamento previne em 90% as chances de progressão do mal prognóstico (ELEUTERIO, 2013).

Partindo do princípio que das infecções no período gestacional a mais comum, é a infecção urinária e/ou seu agravo por pielonefrite, salvo outros agravos infecciosos mais graves, porém menos comuns. Realizou-se uma avaliação dentre os prontuários elevados a partir das mulheres que fizeram parte da pesquisa (153 no total), que inicialmente apresentaram quadro hipertensivo, verificou-se o número de parto, se foram internadas durante a gestação em curso, se utilizou algum tipo de medicamento e se apresentou algum quadro infeccioso. Fundamentada a literatura, a respeito dessa indagação, Dodson et al. (2001 *apud* CUNNINGHAM, F. G. et al. 2012) comentam:

[...] constituem as infecções bacterianas mais comuns durante a gravidez. Embora a bacteriúria assintomática seja a mais comum, a infecção sintomática consistem em cistite ou ela pode envolver os cálices renais, pelve e parênquima – pielonefrite. Os organismos que causam infecções urinárias são os da flora perineal normal. Aproximadamente 90% das cepas da *Escherichia coli* causam pielonefrite não obstrutiva têm adesinas, tais como as fímbrias P e S, que intensificam sua virulência.

Embora a própria gravidez não aumente estes fatores de virulência, a estase urinária e o refluxo vesicoureteral predispõe a infecções urinárias superiores sintomáticas Twickler et al. (1994 *apud* CUNNINGHAM, F. G. et al. 2012). As diabéticas são, em especial, suscetíveis a desenvolver a pielonefrite (CZAJA et al., 2009).

Tabela 2 – Tipo de parto das gestantes com alterações pressóricas segundo paridade, internação, uso de fármaco e infecção. Fortaleza – Ceará, 2018

Variáveis	Tipo de Parto		Total
Paridade¹	Cesáreo	Vaginal	p = 0,871
Múltipara	83 (96,5%)	3 (3,5%)	86
Nulípara	33 (97,1%)	1 (2,9%)	34
Internações¹			p = 0,126
Sim	30 (100,0%)	0 (0,0%)	30
Não	86 (95,6%)	4 (4,4%)	90
Utilizou fármaco¹			p = 0,112
Sim	84 (95,5%)	4 (4,5%)	88
Não	32 (100,0%)	0 (0,0%)	32
Infecção¹			p = 0,543
Sim	46 (97,9%)	1 (2,1%)	47
Não	70 (95,9%)	3 (4,1%)	73
Total	116	4	120

1 Razão de verossimilhança.
Fonte: Elaborada pela autora.

Na Tabela 2 vê-se que a variável tipo de parto teve uma perda de 25,5% de suas informações. Observando as variáveis, percebe-se uma perda significativa das informações nos registros, sobre a idade da gestante que passou pelo ambulatório de risco, tem registrado o seu nome e prontuário com acompanhamento das consultas. No entanto, o formulário não foi preenchido completamente todos os campos, daí não foi conhecido o tipo de parto.

Para esta pesquisa, é relevante identificar o tipo de parto em grávidas com síndrome hipertensiva de qualquer natureza, para que se investiguem os fatores que (des) favorecem a prevenção dos seus agravos para a mãe e o feto. A ausência do registro do tipo de parto é preocupante porque ficam na obscuridade elementos importantes na elucidação de fatores que poderiam contribuir para a construção de estratégias de intervenção e redimensionamento da lógica de atendimento, perfazendo caminhos de acessos mais eficientes e preventivos de injúrias materno/fetais.

Os desafios da assistência obstétrica continuam sendo voltados à gestação de alto risco e os eventos que demandam maiores evidências clínicas apontam a prematuridade e a pré-eclampsia, SHEG e eclâmpsia como fatores danosos e persistentes de morbiletalidade materna e perinatal.

Para Queenan (2010), a respeito dos tipos de parto em mulheres com hipertensão gestacional, comenta que as mulheres com hipertensão gestacional são mais predispostas a taxas elevadas de indução de trabalho de parto (T.P) por razões maternas, e de parto cesáreo, quando comparadas com mulheres normotensas. A morbiletalidade materna e perinatal é elevada na hipertensão gestacional grave.

A gravidade e o desfecho do parto, considerando-se os níveis pressóricos elevados caracteriza risco eminente e, quando associado a outros fatores pré-existent ou evidenciados durante o estado gestatório, o prognóstico é sombrio (QUEENAN, 2010).

Do total (153), houve incompletude de dados de 33 gestantes sobre o tipo de parto. Das 120 com dados completos, foram 116 partos cesáreos, sendo 83 em multíparas. A Razão de Prevalência (RP) entre as multíparas terem parto cesáreo = $((82 / 85) / (33 / 34)) = 0,99$. Não houve associação estatística da variável Paridade com Tipo de Parto.

Do total de 116 cesáreos, 30 foram nas gestantes internadas. A Razão de Prevalência (RP) entre as internadas terem parto cesáreo = $((30 / 30) / (86 / 90)) = 1,05$.

Do total das 116 cesáreas, 84 utilizaram fármacos. A Razão de Prevalência (RP) entre as internadas terem parto cesáreo = $((84 / 88) / (32 / 32)) = 0,95$.

Das 116 cesarianas, em 46 casos houve presença de infecção. A Razão de Prevalência (RP) entre as internadas terem parto cesáreo = $((46 / 47) / (70 / 73)) = 1,02$.

Sobre paridade e tipo de parto devem existir dois aspectos a serem avaliados: A fase de dilatação, chamada o primeiro período clínico, acontece de modo totalmente diferente: em primíparas ocorre o apagamento do colo com o desaparecimento do espaço cervical, que será incorporado à cavidade uterina, aí começa a dilatação com abertura gradual da cérvix. Já nas multíparas esse fenômeno é concomitante, ao mesmo tempo em que a cérvix é incorporada ao corpo uterino (apagando) a dilatação acompanha com o mesmo sincronismo ampliando a abertura do colo aos poucos até completar-se (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

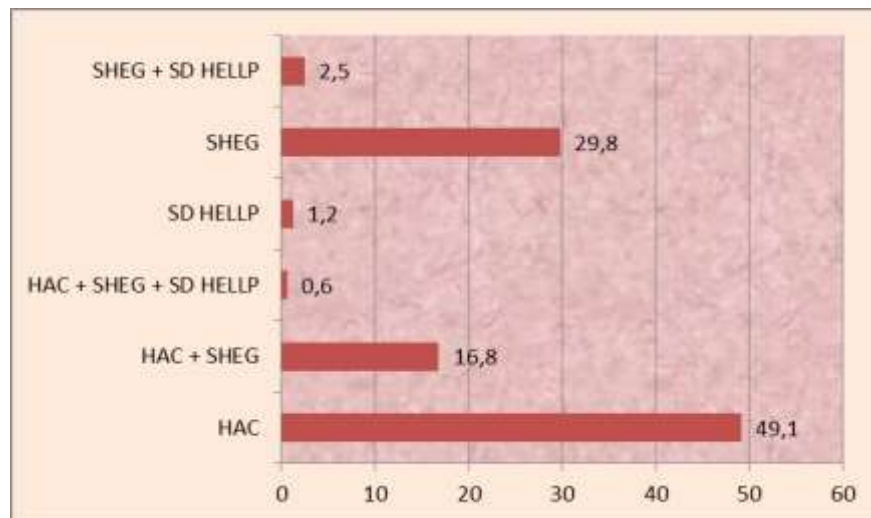
Nessa perspectiva deve-se observar que a decisão da indicação da ocorrência do parto normal ou cesáreo abrange um contexto gigantesco, tanto no manejo clínico na condução do trabalho de parto, nas condições emocionais da gestante, no cuidado, incluindo disponibilidade do profissional, a condição e o histórico obstétrico da parturiente a observância conceitual de boas práticas obstétricas, responsabilização e qualidade da atuação na saúde. Todos os profissionais inseridos nesse processo devem ter a capacidade de escuta, associação dos seus conhecimentos científicos com a capacidade de perceber as demandas e seus contextos de humanização, com o olhar voltado para o procedimento que melhore resultados do ponto de vista da gestão, ética e biopsicossocial, tanto em múltiparas, como em nulíparas. A decisão da via de parto deve ser da mulher, salvo em situações de complicações de saúde da gestante.

No tocante ao resultado descrito na tabela 2 deve-se considerar que mulheres que possuem registro nesse ambulatório estavam acometidas de alterações dos níveis pressóricos, não tendo importância se eram múltiparas ou nulíparas, porque em ambos os casos o que vai decidir são os riscos eminentes, e não o número de vezes que gestou e a via do parto contida na sua história obstétrica (SILVA JÚNIOR, 2006).

Por vezes, o acompanhamento pré-natal transcorre de modo plenamente habitual. No entanto, nem sempre o planejamento garante a tranquilidade da parturição, o que eleva os eventos que tumultuam a rede de atenção especializada nas emergências obstétricas, inclusive nas UTI neonatais. Observando estes aspectos, a lógica de acesso das gestantes atendidas na atenção básica e que apresentam alterações clínicas nos níveis pressóricos, no aumento exagerado do peso corporal, no crescimento restrito do feto e em outros aspectos, são mulheres candidatas ao encaminhamento para a atenção especializada, o que ocorre conforme o protocolo para gestação de alto risco.

Na prática, como observaremos no teor das entrevistas posteriormente, esse encaminhamento é feito, tanto por comunicação física, ficha de encaminhamento (ANEXO A), como por meio eletrônico pela central de marcação de consultas. Porém, a gestante vai agendar, espera até 60 dias para ser chamada. A espera de até 60 dias é o determinante de embargo do acesso, pois o fluxo é interrompido e nesse intervalo podem ocorrer ou não agravos que trarão prejuízos maternos e fetais.

Gráfico 2 – Alterações dos níveis pressóricos (%) nas gestantes. Fortaleza-CE, 2018

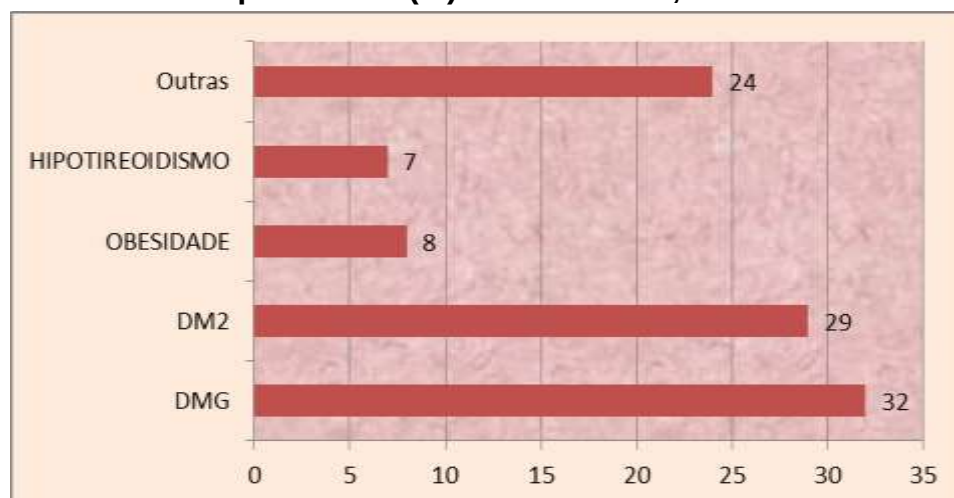


Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme descrito por Rezende e Montenegro (2017) e já mencionado nessa tese, as quatro formas mais comuns de alterações pressóricas que acometem a mulher na gestação, têm maior gravidade na hipertensão crônica (HAC) associada à SHEG (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) ou na hipertensão crônica (HAC) + SHEG agravada com HELLP, ou HAC sobreposta com SHEG.

Das gestantes pesquisadas, 62,1% apresentaram comorbidades, conforme veremos no gráfico 3.

Gráfico 3 – Comorbidades apresentadas pelas gestantes (n=100) com quadro hipertensivo (%). Fortaleza-CE, 2018



Fonte: Elaborado pela autora.

Das 153 mulheres que fizeram parte desse estudo, que avaliou principalmente a trajetória de acesso desde os cuidados de saúde na atenção básica (pré-natal) até atendimento referenciado da gestante acometida de distúrbios pressóricos atendida na atenção especializada pelos riscos à saúde materna e fetal identificados nas consultas anteriores. A gestação de alto risco tem acompanhamento diferenciado por causa de agravos que surgem durante o período gestacional, ou enfermidades clínicas, antecedentes e não próprias do estado de prenhez, mas que se agravam e interferem no curso normal da saúde da mãe e do feto.

Em destaque o gráfico 3 revela um percentual importante de comorbidades em 100 mulheres das 153 pesquisadas. Das 100 com co-morbidades, 32 mulheres desenvolveram diabetes mellitus gestacional (DMG) e 29 com diabetes tipo 2. O diabetes ou hiperglicemia é enfermidade frequente na gravidez. Ou a mulher que já é acometida antes da gestação (diabetes pré-gestação) ou aquela que apresenta distúrbios glicêmicos durante a gestação (diabetes gestacional). Estes fatores de risco têm relação direta com obesidade, pois mulheres que adiam a gestação após 30-35 anos de idade, comumente tem mais peso. Isso eleva consideravelmente o abortamento, prematuridade, morte fetal em mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional (FREITAS et al., 2011).

Para Cunningham et al. (2012), não é questionado se o diabetes é pré-gestacional ou clínico, pois o embrião, o feto e a mãe comumente experimentam complicações graves diretamente atribuídas ao diabetes.

Nessa mesma linha de evidências, há mostras de que o estado diabético gestacional em mulheres, mesmo tratado com dieta e com rastreamento dos níveis glicêmicos desde o início do pré-natal apresenta risco aumentado para pré-eclampsia, distócia e macrosomia fetal (CUNNINGHAM et al., 2012).

Assim, surgem como elementos que (des)favorecem a prevenção desses agravos: o fluxo de referência e contra-referência obstruído por falta de vagas, a demora que se apresenta no atendimento às gestantes referenciado, a parte da atenção básica por clínica especializada.

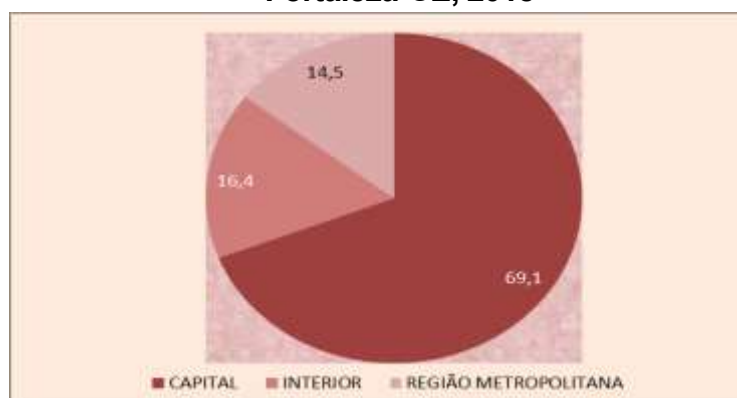
O acesso depende de muitos fatores, no entanto, no caso dessa pesquisa, existem elementos que favorecem a chegadas das pacientes no ambulatório das especialidades, considerando principalmente os pontos favoráveis como o atendimento na unidade é no centro da cidade, significa que

geograficamente é muito bom pelo fluxo de transportes variados, como ônibus, metrô, ponto de taxi, estacionamentos (03) particulares. O horário de funcionamento é de 8h às 16h.

Fatores desfavoráveis, observados foram principalmente, a falta de vaga no ambulatório para iniciar o acompanhamento do pré-natal, a demora no atendimento as gestantes é muito longo, levando em conta o desconforto das cadeiras e o calor, visto que não tem climatização no corredor de espera.

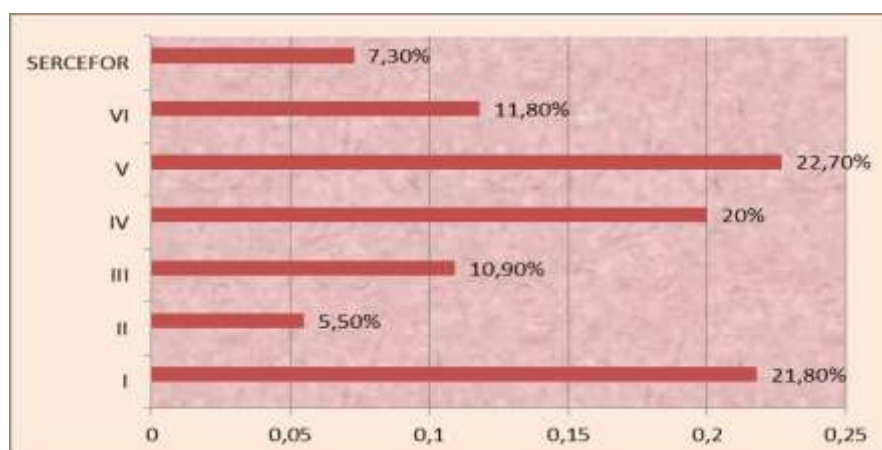
Gráfico 4 – Procedência de domicílio da gestante, para a atenção especializada (%).

Fortaleza-CE, 2018



Fonte: Elaborado pela autora.

Avaliando a situação geográfica do domicílio das gestantes atendidas na referência especializada, a maior demanda procede da capital, Fortaleza, seguida da região metropolitana. Esse dado reflete a facilidade que representa um hospital que se localiza no centro da cidade, com melhor acesso do transporte coletivo, ônibus, metrô, taxi, UBER, dentre outros, que, mesmo com uma demanda reprimida, como já foi comentado, ainda assim é uma unidade de saúde do Estado com alto poder de resolutividade, dado também suas características históricas, de ser um hospital antigo que sempre atendeu às mulheres carentes, vulneráveis, moradoras de rua, prostitutas, que buscavam socorro na antiga maternidade João Moreira, cuja instituição era ligada a gestão da Santa casa de Misericórdia, era a maternidade, para atender as mulheres pobres. Então, mais tarde, a unidade recebeu o nome de Hospital Geral Dr Cesar Cals (HGCC) e acolheu a antiga maternidade e hoje é a maior referência de obstetrícia, com o maior número de leitos disponíveis desta especialidade.

Gráfico 5 – Procedência da gestante por regional de saúde (%)

Fonte: Elaborado pela autora.

Fortaleza é dividida em regionais de Saúde, o que também influencia a dinâmica de acesso das pessoas às unidades de saúde, e envolve diretamente as condições socioeconômicas e culturais dessas populações.

Conforme o gráfico 5, gestantes da Regional V, procuraram mais o atendimento desse serviço, o que demonstrou que a localização do hospital de referência é um fator que favorece essas mulheres.

Sobre o modelo de criação das regionais, publicitada no site: <http://www.anuariodefortaleza.com.br>, há registro de dados populacionais e da área geográfica das regionais do município de Fortaleza (ANEXO D). Vale ressaltar que esse modelo de gestão em saúde foi criado na segunda gestão do Prefeito Dr. Juraci Magalhães, em fevereiro de 1997.

Atualmente, as Regionais têm caráter ainda menos executivo. Segundo Renato Lima, elas fazem “política de acolhimento”: é o órgão ao qual o cidadão se dirige quando precisa da Prefeitura. Como espécie de ouvidoria, buscam soluções para as reivindicações, seja articulando com outras secretarias, fiscalizando ou mesmo executando obras ou reformas de menor porte (FORTALEZA, 2017).

Em referência ao acesso, é palavra constante no âmbito da saúde, que abrange um contexto complexo, pois conforme a constituição de 1988, a saúde é um direito universal para todos os brasileiros (BRASIL, 1988). Conceitualmente, o acesso à saúde pressupõe uma integração do serviço, situação geográfica, pessoas usuárias do sistema, profissionais, gestores, compreendendo transporte, qualidade e quantidade de postos e unidades menos e mais complexos para facilitar a oferta das

especialidades da rede de atenção dos níveis primário, secundário e terciário (TRAVASSOS et al., 2004).

Após a análise e discussão quantitativa, passamos a analisar as falas contidas nas entrevistas, obtidas com as gestantes, buscando uma articulação dos fatores objetivos com as subjetividades próprias da pesquisa qualitativa. Vejamos as características dessas gestantes na tabela 3.

Tabela 3 – Características das gestantes entrevistadas, Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018

Entrevista	Procedência	Escolaridade	Trabalha	n comodos na casa	Pessoas que trabalham	IG atual (semanas)	IG (início do pré-natal- semana)	Fármaco (Metildopa)
01	Capital	1º grau incompleto	Sim	+ 5	2	13	13	Não
02	Capital	1º grau incompleto	Não	4 A 5	2	28	5	Sim
03	Região metropolitana	2º grau completo	Não	4 A 5	1	39	8	Sim
04	Interior	2º grau completo	Não	+5	1	21	8	Sim
05	Interior	1º grau completo	Não	+5	1	31	8	Sim
06	Interior	2º grau completo	Sim	+5	2	39	4	Sim
07	Interior	1º grau incompleto	Não	+5	1	21	7	Sim
08	Região metropolitana	2º grau completo	Sim	4 a 5	2	21	13	Sim
09	Interior	Superior incompleto	Não	+5	1	35	12	Sim
10	Interior	Superior completo	Sim	+5	2	31	1	Sim
11	Capital	Superior incompleto	Sim	4 a 5	1	28	10	Sim
12	Capital	2º grau completo	Sim	+5	1	22	12	Não
13	Capital	2º grau completo	Não	4 a 5	1	22	1	Não
14	Capital	2º grau completo	Não	4 a 5	2	32	12	Sim
15	Capital	2º grau completo	Sim	4 a 5	1	22	5	Sim
16	Capital	2º grau completo	Não	+5	2	30	13	Sim

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 3 é possível conhecer as 16 mulheres entrevistadas, sendo metade (oito) da capital, seis do interior e duas da região metropolitana. Todas sabiam ler, embora quatro tivessem somente até o ensino fundamental II, nove o ensino médio e três o ensino superior. Apenas sete trabalhavam. Do total, 13 usavam o fármaco metildopa. Sobre a idade gestacional atual, uma estava no primeiro trimestre da gravidez, seis no segundo e nove no terceiro. Todas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Sete delas moravam em casa com 4 a 5 cômodos e nove com mais de cinco cômodos. Dez das gestantes moravam com até três pessoas na mesma residência e seis delas com até cinco pessoas. Nove das 16 gestantes disseram que apenas uma pessoa da casa trabalhava e para sete delas duas pessoas trabalhavam.

Após leitura das entrevistas houve profunda imersão nas respostas, trazendo à memória todo o processo visual de gestos, pausas, divagações das entrevistadas no ato em forma de conversação, para a construção das etapas emergidas do material, no intuito de definir as categorias, para comparação dos conteúdos e significados das respostas em recortes das falas das gestantes.

Atendendo a essa orientação de Minayo (2014), foi utilizada a entrevista semiestruturada por possibilitar elaborar as categorias que fluíram das respostas obtidas nas mulheres entrevistadas, com perfil descrito, que se encontravam no corredor de espera para atendimento no acolhimento, que mesmo referenciadas, estavam ali para marcar a primeira consulta ou retorno.

Percebe-se existir uma lacuna no processo de articulação na rede de atenção básica e o segmento na rede especializada, revelada nas falas das mulheres entrevistadas.

Corroborando com essa afirmativa, Camargo Júnior et al. (2005), ao afirmar que esses conceitos operacionais podem ser observados por meio de observação participante, entrevistas com gestores, profissionais e usuários, pesquisa de documentos e prontuários. Condições traçadoras, como atenção pré-natal e hipertensão arterial ajudam a entender a cadeia produtiva do cuidado e as escolhas tecnológicas.

Não existe um vínculo efetivo de garantia de continuidade imediata de ações articuladas entre os vários atores que participam desse processo, gerando a incerteza e produzindo insegurança, quando se trata da referência como certeza de um atendimento com boa qualidade e resoluções adequadas.

Observando todos esses aspectos, Silva Júnior (2004), afirmam que a qualidade da atenção à saúde pressupõe a referência de um modelo idealizado que considera um conceito articulado de ações com efetividade comprovada em determinada situação de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação harmonizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos.

Assim, é preocupante essa quebra no acesso e acolhimento, prejudicando a referência e contrarreferência, impossibilitando a acessibilidade para continuidade do fluxo do atendimento a essas grávidas. Ainda podemos citar nesse contexto a carência de leitos de maternidades, a distribuição de polos de assistência inadequada em determinadas regiões, a ausência de unidades de saúde, fator determinante de complicações, gerando a peregrinação dessas mulheres por demora nos diagnósticos, postergando as ações e intervenções necessárias, o que pode elevar os indicadores negativos para a boa qualidade da assistência à saúde da gestante.

Sobre acolhimento, CARVALHO et al., 2008; BARALDI; SOUTO, 2011, diz:

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental.

Todos esses fatores precisam ser corrigidos, sob pena de continuarmos com as mesmas dificuldades para cumprimento das diretrizes do SUS de acesso, vínculo, referência e contra referência, elementos determinantes para ações de intervenção dos processos deletérios da saúde no SUS ou exacerbação os agravos maternos e fetais nas mulheres acometidas de SHEG pré-eclampsia, com desfechos para eclampsia, HELLP e morbinatalidade materna e perinatal.

Para atender os objetivos dessa pesquisa, destacamos três categorias elencadas para concentrar os múltiplos fatores de acesso, articulação, fluxos nos níveis de atenção na rede de saúde.

1º.CATEGORIA: Procedência/Acolhimento/Acesso

Nessa primeira categoria foram obtidos os seguintes achados mediante essa indagação. Qual a trajetória da gestante, partindo do seu domicílio até a atenção especializada? Obteve-se as seguintes respostas sobre procedência e o porquê do encaminhamento:

- G1: – 'Foi do posto.
– Porque eu tenho pressão alta.
- G2: – Vim do posto.
– Porque eu tenho pressão alta.
- G3: – Pra assim buscar um atendimento por conta de onde eu morar não ter recurso, pra uma possível complicação.
– Vim de lá mesmo do posto.
- G4: – 'Vim por indicação, é porque minha tia já trabalhou aqui no hospital, aí eu já conheço.
– Vim do posto do João XXIII.
- G5: – "Sim porque me transferiram do posto pra cá, porque é gravidez de risco, por causa da diabetes e da hipertensão.
– Vim do posto."
- G6: – Venho por causa da primeira gestação, eu tive pré eclâmpsia e tenho a pressão alta.
– Vim do hospital de Alto Santo.
- G7: – Eu fazia o pré-natal lá em Pindoretama e por conta da pressão que subi né, e eu comecei a sangrar pelo nariz, aí eles me encaminharam com medo da eclâmpsia ou coisa do tipo.
– Vim do posto mesmo, de Pindoretama.
- G8: – Devido a pressão, ela deu muito alta aí me encaminharam pra cá.
– Vim do posto de saúde.
- G9: – Por causa da pressão que ficou alta demais.
– Vim do PSF do Metrôpole.
- G10: – Por quê? Devido à pressão, eu tive a primeira gravidez aí eu tive deslocamento devido a pressão que era muito alta, aí agora tava com a pressão alta e encaminharam eu pra cá.
– Vim do posto de saúde.
- G11: – Por causa da pressão.
– Eu fiz a consulta nos posto aí uma menina lá me encaminhou pra cá porque tava muito alta quando tirou.
- G12: – Por causa da pressão alta me indicaram pra cá né? É gravidez de risco.
– Vim do posto de saúde lá da 25 de março.
- G13: – Por causa da pressão muito alta, me mandaram vir para o Cesar Cals.
– Eu vim do posto de saúde da Caucaia.
- G14: – Com pressão alta, me indicaram pra cá pro Cesar Cals, porque é gravidez de risco, eu fazia no posto.
– Vim do posto da 25 de março.
- G15: – Porque eu tenho hipertensão e eu já tive eclâmpsia nas outras duas gestações, aí eu fui encaminhada logo para o Cesar Cals.
– Vim do posto do Mondubim para Campos eu era de lá.
- G16: – Minha pressão estava muito alta, eu moro no interior aí me mandaram para cá pro Cesar Cals.
– Eu era do posto de Itatira, fazia pré-natal lá.

Conforme já descrito, procedentes do interior ou Região Metropolitana: das 16 mulheres, 06 vieram encaminhadas do interior e 02 da Região metropolitana. As outras restantes (08) procediam de Fortaleza.

Das 6 pacientes do interior, 02 foram encaminhadas pelo médico pré-natalista e 01 foi encaminhada pela enfermeira pré-natalista. Do diagnóstico de gestação de risco até o atendimento da 1ª consulta na Atenção Especializada, foram registradas as seguintes falas das mulheres, a respeito do espaço de tempo.

Demora relatada:

a) Até 30 dias (1 mês) – 05 pacientes;

Não demorou não, foi um mês eu acho.
Mais ou menos um mês depois do encaminhamento.
Mulher, quando foi? Minha irmã que sabe, acho que fez um mês.
Acho que faz uns 15 dias que fui encaminhada.
Foi rapidinho, porque eu tive pré-eclâmpsia, na outra vez eles marcaram logo, mais ou menos uma semana.

b) Até 60 dias (2 meses) – 06 pacientes;

Eu acredito que foi um mês ou dois meses.
Foi de mais de um mês depois da ficha de encaminhamento.

c) Até 90 dias (3 meses) – 01 paciente.

As outras quatro grávidas foram chamadas entre 7 e 20 dias após o diagnóstico de gravidez de risco. Para ilustrar, trazemos na íntegra a fala de uma gestante que denominamos G1, que disse:

Foi 2 meses atrás que me deram o encaminhamento pra cá (César Cals).
Disseram que eu tinha que ficar na fila.

Observa-se que o espaço de tempo para o atendimento da primeira consulta da grávida de risco na atenção especializada é variado, revelando não haver garantia de uma padronização para o atendimento solicitado, o que prejudica a referência/contrarreferência e o acesso da atenção básica para a atenção especializada. Essa lacuna pode postergar uma ação em tempo oportuno para mitigar as injúrias causadoras de desfechos indesejáveis para o binômio mãe e filho.

O acolhimento, acesso e acessibilidade são movimentos que (des)favorecem a prevenção de agravos. Parafraseando Starfield (2002), acesso e acessibilidade confundem-se como termos ambíguos, com significados que se distanciam do imaginário comum.

A acessibilidade é o meio pelo qual as pessoas chegam ao serviço. Já o acesso permite o uso pleno do serviço no tempo oportuno com boa qualidade e satisfação da clientela, com resoluções que se alongam em um contexto ampliado, de ordem econômica, social e cultural.

Na fala da G1, há uma queixa ou insatisfação nas entrelinhas. Vale ressaltar que a ficha de encaminhamento não lhe garante a vaga de imediato, esse é um fator desfavorável ao acompanhamento adequado na atenção especializada, pois a SHEG tende a se exarcebar no último trimestre da gravidez. A senhora G1, em outro item refere-se a sinais clínicos evidentes do agravamento da pré-eclâmpsia (SHEG), tais como: tontura, cefaleia e vômito, inclusive foi internada duas vezes por febre não esclarecida e sofreu um acidente de carro durante a gravidez.

Corroborando com a observação deste caso, vale ressaltar os preceitos de saúde/doença preconizados pelo SUS. Nessa perspectiva, as ações de saúde perpassam por vários cenários e muitos processos, pois a ação não pode ser dicotomizada, tem que ser integralizada com efeitos positivos e repercussões benéficas aos profissionais e às instituições que favorecerão aos usuários e à coletividade em geral, com tratamento digno e de excelente qualidade, com acolhimento ético, humano e com alta resolutividade (GOLDMAN, 2004).

Sobre pré-natal é necessário enfatizar

A assistência pré-natal constitui-se como espaço fundamental para fomentar mudanças no núcleo do cuidado, com vistas a acolher a gestante, garantindo seu direito a uma atenção de qualidade, como componente da cidadania (BRASIL, 2000). Tal entendimento só se tornou possível mediante modificações nas políticas de saúde e rupturas paradigmáticas no modelo assistencial (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014, p. 806).

Quanto ao acesso, as diretrizes do SUS visam como princípio primordial o acesso universal e a garantia de oferta adequada de cenários de boa qualidade. Entretanto, esse é um fator desafiador para gestores e trabalhadores, embora sejam envidado esforços por todos os atores componentes do estado e coletividade (GOLDMAN, 2004).

Quando se trata de acolhimento, emerge a questão das informações, das orientações sobre a trajetória percorrida por essas gestantes, como solicitação, realização e resultado dos exames, orientações gerais nas várias fases da gestação, cuidados de higiene, alimentação, atividades laborais e de lazer, visitas dos agentes de saúde, imunização e outros, bem como o fortalecimento das consultas aprazadas para garantia de um pré-natal com ações preventivas de injúrias complicadoras, tendo em vista já ser classificada como gestação de alto risco (BRASIL, 2014).

Ainda segundo Merhy (2002 *apud* SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014, 806):

A noção de acolhimento assume lugar de destaque na reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que busca superar a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença, no tecnicismo e na verticalidade das ações entre profissionais de saúde e usuários (BOSI; MERCADO, 2006). A alteração desse modelo assistencial vigente só é possível com suporte em uma mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no acolhimento como modo de se produzir saúde.

Das 16 participantes, reportaram-se ao acolhimento de forma quase monossilábica, mesmo tendo sido esclarecido conceitualmente de forma sutil a todas do grupo, isso para não induzi-las a respostas inverídicas.

Sobre informações e orientações durante a consulta na atenção especializada e a devolutiva para o posto de origem na Atenção Básica, que receberam na consulta. Das 16 gestantes, 11 afirmaram ter recebido essa orientação e três disseram não ter recebido essa informação.

Destacamos a seguir algumas falas das gestantes que ilustram esse item:

- Tudo que eles me dizem aqui, eu chego lá e falo pra minha enfermeira. (G3)
- Não levo, eles olham meu cartão. (G4)
- Levo além de fazer o acompanhamento aqui eu faço lá, e tudo que é passado aqui eu passo lá. (G5)
- É a primeira aqui, mas eu vou pro posto ainda. (G6)
- Não, só aqui que eles dizem alguma coisa. (G7)
- Sim, levo e digo lá. (G8)
- Levo sim e passo lá no posto. (G9)
- Não, não me disseram nada não. (G10)
- Levo sim. Eles dizem como estou e botam no cartão. (G11)
- Recebi na primeira consulta, falaram sobre o pré-natal daqui. (G12)
- Levo sim, eu digo a enfermeira e o médico dela. (G13)
- Não, lá não, só aqui no Cesar Cals. (G14)
- Sim, eu tenho consulta lá também, fora a daqui. (G15)
- Sim, eu levo no cartão e digo lá também. (G16)

Considerando as respostas obtidas, percebe-se que as orientações, dadas às gestantes não enfatizarem as necessidades mais importantes, que não importam ou alertam a gestante sobre os riscos da hipertensão para a gestação. Esse é um fator que desfavorece a consulta pré-natal como item importante na prevenção dos agravos da gestação.

2) Categoria: Articulação/níveis de atenção na saúde

Os cuidados primários da saúde da população iniciam-se pela atenção básica, porta de entrada, estrutura fundamental e sustentáculo do eixo principal na distribuição sistemática dos três níveis da atenção a saúde. No caso das gestantes, o acompanhamento pré-natal merece o destaque das políticas públicas e específicas para proporcionar assistência integral, garantindo a melhoria dos indicadores incomodativos da morbiletalidade materna/perinatal.

Nessa perspectiva, foi instituída a portaria 569/2000 do Governo Federal, do programa de humanização do parto e nascimento (PHPN), com objetivo de garantir acesso, maior cobertura da consulta pré-natal, parto, nascimento e puerpério (SANTOS et al., 2010).

Todas as garantias visam proporcionar assistência de maior alcance, melhor qualidade, principalmente às mulheres em condição de carências sociais e econômicas, que são as mais vulneráveis aos agravos do período gestacional, elevando os índices da gravidez de alto risco.

Sobre Atenção Primária é importante lembrar as realidades existentes hoje, tanto o contexto nacional como internacional, como corrobora Mendes (2013 *apud* COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015):

Tanto em países desenvolvidos quanto em menos desenvolvidos, é unanimidade que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o modelo-chave de um sistema de saúde eficaz (OPAS, 2007). Quando os sistemas de saúde de um país estão organizados com base na APS, apresentam melhores possibilidades de desempenho, devido principalmente à acessibilidade, à integralidade e à própria organização e otimização dos recursos (LIMA, 2011), além de apresentarem melhores resultados em indicadores de saúde, como redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência (MENDES, 2013, p. 515).

As dificuldades encontradas para a realização do acompanhamento pré-natal perpassam por multifatores apontados na literatura pertinente que, em função dos objetivos desta pesquisa, mostram fatores correlatos com articulação entre os serviços e os atos protocolares executados pelos profissionais, como a visita domiciliar, busca ativa de casos por alguns componentes da equipe saúde da família (ESF) e conhecimento do agente de saúde da área do domicílio das gestantes.

Nesse sentido, das 16 mulheres entrevistadas, quatro receberam a visita domiciliar da agente de saúde e duas receberam essa visita antes do parto e durante o puerpério. Doze mulheres não receberam visita na gravidez, nem no puerpério.

Sobre a visita domiciliar, uma das diretrizes do SUS no Cap. I, Art. 2º (AD) refere: modalidade de atenção à saúde integrada as Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. (BRASIL, 2016).

O não atendimento desta normativa fere naturalmente um direito da gestante ou puérpera, trazendo-lhe prejuízo a sua saúde.

As necessidades da visita a gestante em acompanhamento pré-natal de risco é incontestável, para garantia dos cuidados, não só na gravidez, mas também o puerpério e período de aleitamento, como diz no Cap. II Art. 5º A (AD):

[...] é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016).

A visita domiciliar é um cuidado importante durante a gestação e o puerpério, segundo os preceitos e diretrizes do SUS, fator mandatório da boa qualidade da assistência a saúde materno/infantil (BRASIL, 2014).

Sobre a visita e a devolutiva, as gestantes responderam:

Não, porque eu só 'to' em casa a noite, aí eu não conheço a agente de saúde. (G1)

Não é porque todo mês eu vou fazer pré-natal todo aí no Cesar Cals, aí só vou receber visita depois que a gente tirar o bebê. (G2)

Recebi a visita da a gente de saúde somente, que é da área. (G3)

Sim, recebi a visita duas vezes pra me falar que não tavam fazendo exame de sangue porque estavam sem equipamento. Não conheço a agente de saúde, porque mudaram agora. (G4)

Recebi visita da agente de Saúde sim. (G5)

Não recebi nada, nem conheço a agente de saúde. (G6)

Não recebi visita não, mas conheço a agente de saúde. (G7)

Lá não recebi, porque eu moro em cima do posto. (G8)

Não recebi visita, mas conheço a agente de saúde. (G9)

Não! Não existe isso não. (G10)

Não! A gente só recebe visitas do médico e da enfermeira só depois do parto. (G11)

3) Categoria: Provisão/assistência/responsabilização

A provisão dos serviços de saúde na rede de atenção no contexto da assistência materno/fetal perpassa por um processo de gestão inovadora das políticas públicas e o fortalecimento dos atores sociais e trabalhadores, bem como a qualificação destes para o desenvolvimento de novas tecnologias e transformações, buscando oferecer um atendimento com mais eficiência e eficácia, ampliando a interdisciplinaridade no intuito de promover mais saúde para a consolidação do SUS e melhoramento dos indicadores em todos os níveis de atenção à saúde coletiva.

Nesse sentido, a pesquisa buscou compreender alguns elementos verbais capturados nas entrevistas, incluindo a realização de exames, e a questão do vínculo que caracteriza a responsabilidade profissional e de gestão. Nos diálogos percebemos que, das 16 mulheres, onze não apresentaram nenhuma intercorrência digna de nota, mesmo sendo mulheres diagnosticadas com gestação de alto risco, com acompanhamento em ambulatório especializado.

A assistência adequada na rede especializada inclui a realização e recebimento dos resultados dos exames, que devem ser acompanhados durante as consultas do pré-natal, nessa perspectiva o mero reordenamento da formação e ampliação das redes de atenção, incluindo a assistência especializada, no intuito de melhorar o fluxo dos usuários e os itinerários terapêuticos e a humanização do atendimento, visa atender o que preconiza os princípios do SUS, sobre integralidade e universalidade de atenção a saúde (BRASIL, 2014).

Nos casos de hipertensão gestacional/pré-eclâmpsia é recomendável o tratamento conservador até a 37ª semana de gestação. Para qualquer forma clínica é mandatatório: consultas semanais com avaliação materno/fetal, mensuração dos

níveis pressóricos, contagem de plaquetas e enzimas hepáticas, com vigilância da função renal e dos sinais neurológicos do empoderamento da toxemia, avaliando cefaleia, distúrbios visuais, náuseas e vômitos (RESENDE; MONTENEGRO, 2017).

Três gestantes apresentaram alterações clínicas, sendo que G1 apresentou sangramento transvaginal conforme seu relato: “Com 3 meses eu tive um começo de deslocamento (de placenta), fui pro Gonzaguinha na emergência e no mesmo dia elas me mandaram voltar pra casa”. O que ela chama de deslocamento é definido como descolamento prematuro de placenta (DPP), que sinaliza agravo clínico de natureza hemorrágica proveniente de área de infarto placentário ocasionados pela hipertensão, excluídos traumas e outros eventos externos acidentais ou por agressões.

O diagnóstico de DPP baseia-se em sinais e sintomas, como sangramento, dor abdominal e pode ter apresentação com maior ou menor gravidade, dependendo da área deslocada, com irritabilidade uterina, levando a paciente ao choque hipovolêmico e à morte materna e fetal (FREITAS et al., 2011).

A segunda gestante (G2), apresentou intercorrência, com necessidade de internação, por apresentar cefaleia intensa por crise hipertensiva.

Para Cunningham et al. (2012), A pré-eclâmpsia, descrita como síndrome hipertensiva da gestação (SHEG), pode afetar quase todos os sistemas orgânicos embora a pré-eclâmpsia (PE) seja mais que hipertensão gestacional com proteinúria, o aparecimento desta permanece critério diagnóstico objetivo.

Uma terceira gestante (G3) refere sangramento nasal e internação.

Independentemente da causa, a hemorragia nasal é evento clínico associado à elevação dos níveis pressóricos, com ruptura da microcirculação das vias nasais, provocando episódios hemorrágicos por vezes intermitentes e de menor risco, por ser de pequena monta.

Na categoria 3, sobre responsabilização, foi perguntado às 16 gestantes se tinham realizado todos os exames solicitados e se tinham conhecimento sobre em que maternidade seria realizado o parto. Das 16 mulheres, nove disseram não saber onde seria realizado seu parto, quatro delas tinham dúvidas se seria no César Cals, porque não foram informadas, mas acreditavam que seria lá, conforme as falas descritas:

G1: Mulher, ele disse que talvez seja aqui.

G2: Acredito que seja aqui porque é de risco.

G3: Não! Deve ser aqui, não me falaram nada.

G4: Não! Mas eu acho que tem pra cá, pro César Cals, por ser gravidez de risco, eu acho que deve ser aqui. O Dr. fulano disse que talvez seja cesárea, né? Por causa da hipertensão.

Somente duas pacientes tiveram a certeza de que o parto seria no César Cals porque receberam essa informação previamente.

Como se percebe nos discursos, a falta de comunicação interfere no acesso e pode desencadear a incerteza e gerar sofrimento à grávida. Isso expõe a mulher à situação de tolhimento de suas escolhas e significados, por falta do vínculo que deveria estar consolidado, articulado entre a atenção básica e especializada, quebrando assim a qualidade da atenção em rede, ferindo o direito da gestante na garantia da assistência integral a sua saúde, conforme os princípios do SUS.

Silva Júnior et al. (2006) reportam-se ao acesso à informação quando referem que facilitando o acesso às informações do usuário, evita-se a necessidade de reencontrar sua história em cada atendimento, encaminhando e possibilitando os diálogos entre os profissionais e equipes envolvidos nos atendimentos. Lembram que a informatização é importante, porém não é imprescindível à circulação de informações na rede de serviços, sendo que seu uso burocrático pode, inclusive, se tornar uma barreira de acesso à população.

A capacitação dos profissionais pela instrumentalidade da educação permanente é uma ferramenta de grande valia, tanto para o desenvolvimento de tecnologias, como de conhecimentos e práticas capazes de desencadear resoluções de problemas ou agravos estruturados ou manifestados ressalte-se a necessidade de uma visão individual com relações e capacidade de diálogo e percepção das necessidades dos usuários em encontrar soluções capazes de atendê-los em qualquer situação, para a produção de cuidados, pactuando fluxos e vínculos com responsabilização (STARFILD, 1979).

Sobre os exames solicitados no pré-natal na atenção básica e na especializada, extraiu-se o seguinte resultado quanto à realização destes:

Todas as 16 gestantes fizeram os exames solicitados no pré-natal, porém seis delas fizeram exames laboratoriais pelo SUS, seis fizeram na rede privada e quatro fizeram exames em ambos. Salientamos que todas as 16 gestantes fizeram

os exames de ultrassonografia na rede privada durante as consultas de pré-natal. Nessa perspectiva, descrevemos o que as gestantes usuárias do sistema SUS, atendidas no ambulatório de atenção especializada, tem a seguinte visão, conforme as seguintes falas:

G1: Nunca fui internada, e fiz a ultrassom pelo particular.

G2: Fiz os exames, mas a ultrassom fiz particular.

G5: Sim, consegui fazer todos os exames que pediram tudo aqui.

G7: Não! Eu fiz os exames tudo aqui, até a ultrassom.

G9: Eu fiz alguns pelo particular, porque lá não tinha, aí eu preferi fazer o particular.

G10: Não fiz nenhum exame de sangue ainda.

G12: Não todos, teve um de urina que não tava fazendo lá por falta de material, aí eu acabei não fazendo, e as ultrassons, sou eu que to fazendo no particular, até eu to com o papel desde que eu fiquei grávida e ainda não fiz.

G15: Sim. Fiz os exames, menos a ultrassom que fiz no particular.

Em se tratando de gestação de alto risco, tratamos nessa pesquisa dos fatores que podem (des)favorecer o seu acompanhamento.

A gestação é um fenômeno fisiológico. Essa é a máxima de qualquer conceituação inicial nos campos de saberes e práticas obstétricas. Partindo dessa pesquisa, a gravidez ocorre na maioria das vezes com evolução tranquila em 90% dos casos. No entanto, não há que se ignorar aquelas que já de início apresentam anormalidades e/ou que são desencadeadas ao longo da gestação com desfechos desfavoráveis para o binômio mãe e filho. A atenção pré-natal é instrumento valioso, hoje com alta tecnologia para evitar complicações que possam causar impedimento na saúde da gestante e de seu concepto.

Para corroborar com a necessidade da consulta pré-natal como fator preponderante para identificação da gestante de risco habitual e gestante de alto risco, Silva e Gama (2018), referem que

[...] a identificação de indivíduos de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde de maneira diferenciada. No seguimento das gestações de risco na sua transcendência, onde o rótulo de risco é estressante, identificam-se repercussões mútuas entre a doença e a gravidez.

Ainda a respeito dos riscos de saúde no período gestacional, a atenção pré-natal é fator que (des)favorece os encaminhamentos e as decisões para uma assistência de boa qualidade. Percebe-se uma preocupação em todos os níveis e de todos os profissionais da área de atenção a saúde materna, como se reportam Silva e Gama (2018, p. 71):

Contudo, a atenção pré-natal ressen-te-se de instrumentos que possibilitem avaliações dos processos, em especial do processo de referencia e contra-referência, evitando a duplicidade de meios para fins idênticos. A melhor forma para investigar-se o conteúdo da atenção oferecida em todos os níveis de assistência e suas inter-relações é pela aplicação de conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias. A triagem das gestantes com risco pré-natal é realizada na origem, isto é, na unidade básica onde foi inicialmente atendida.

Percebe-se a falha no acompanhamento pré-natal quando a gestante procura a clínica particular para realização dos seus exames, onerando seus custos e saúde. Uma vez afetado seu emocional, sua pressão arterial (PA), pode-se gerar alteração estrutural do endotélio vascular sistêmico (capilares glomerulares), aumento nos fatores de coagulação (endotelina), risco de coagulabilidade e microtrombos, e riscos iminentes de síndrome HELLP (FREITAS et al., 2006).

O atendimento às gestantes de alto risco, mesmo com política pública específica, tem lacunas, que demandam mais que manuais e resoluções editados, pois envolve interdisciplinaridade, saberes e práticas diversificados, relações sociais de afeto e também de poderes constituídos, de corporações imanados dos costumes, culturas, valores, crenças e etnias. Tudo isso forma o caldeirão filosófico que almejamos capturar para a efetivação da criação de um modelo de atenção à saúde mais verdadeiro e mais próximo da nossa realidade, factível a nossa coletividade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi realizada em um hospital público de natureza terciária para compreender a trajetória de gestantes com elevação pressórica, analisando o acesso dessas mulheres, desde o atendimento na atenção primária até o diagnóstico de gravidez de risco, e o encaminhamento para a atenção especializada.

Na primeira fase do estudo foi identificada a falta significativa de registros importantes de informações primordiais nos prontuários, no cartão da gestante (quando inserido no sistema). Tais informações visavam elucidar agravos fundamentais para minimizar injúrias, morbiletalidade materna/fetal/neonatal evitáveis, pelas intervenções adequadas e precisas em tempo oportuno.

O sistema de informação, banco de dados próprio do Hospital Geral César Cals (HGCC), contempla espaços para todas as informações necessárias, no entanto, as lacunas demonstram falha humana de observação e descrição e, principalmente, do entendimento do valor desses dados para o sistema de saúde como um todo.

Quanto ao acesso dessas mulheres à atenção especializada, obedece a um fluxo estruturado pelo sistema nacional de referência e contra referência do SUS.

Contudo, esse caminho é um entrave ao atendimento da grávida, pois, mesmo encaminhada pela atenção básica, algumas esperam até três meses, ou seja, elas não ficam sem assistência, pois permanecem sendo atendidas na atenção básica, mas o risco de agravamento é iminente, considerando que elas precisam de uma atenção mais complexa, com aparato tecnológico de ponta. Então há falhas que não podem continuar, pois temos no sistema em rede uma regulação de leitos. Deve-se priorizar a atenção especializada à gestante de risco, pois ela não pode aguardar vaga, pois essa vaga deve estar garantida sempre. O vínculo, a referência, o transporte, o leito e a equipe completa são elementos indispensáveis à boa qualidade da assistência especializada. Mas a conduta humanística, o compromisso e a responsabilização, perpassa pela formação, capacitação e, principalmente, pela sensibilidade de cada profissional.

Na segunda fase do estudo, 16 mulheres descreveram como e porque foram encaminhadas para o ambulatório pesquisado. Todas sabiam que foram por conta da hipertensão. Percebeu-se nas falas de algumas que elas não foram orientadas quanto ao seu local de parir, o que demonstra que a vinculação na

prática não acontece, embora esteja pautada na política nacional de saúde materno/fetal e infantil. Sabe-se que a demanda é superior à capacidade instalada na maioria das vezes, e também se compreende que a precarização é do sistema de emprego/trabalho e da deteriorização física/estrutural das unidades de saúde pública. Entende-se que o cuidado que faz a diferença é a satisfação da clientela, quando da recuperação e reabilitação, o que o ser humano pode oferecer sem maior ônus financeiro, e a relação cliente/profissional independe, muitas vezes, da estrutura física e da tecnologia, e vai além dos protocolos, dos manuais, cartilhas, livretos, folhetos e outros, que são importantes, mas a interação de pessoa a pessoa favorece a comunicação entre os “poderes” e a população, mais do que qualquer outro recurso já citado.

O trabalho deve incentivar novas pesquisas que serão provocadas a partir dos resultados obtidos neste estudo, em se tratando das dificuldades apontadas quando se analisou quão difícil é o acesso das Gestantes para a atenção especializada, cuja garantia é mencionada nas diretrizes da atenção à saúde da mulher e criança (SUS).

Vale salientar ainda o valor da qualidade da consulta pré-natal, na perspectiva de orientar, para viabilizar a informação, a disponibilidade de vagas, para atender todas as necessidades das gestantes com agravos hipertensivos, sempre destacando que a hipertensão, principalmente na gravidez pré-eclâmpsia/eclâmpsia são transtornos que elevam significativamente a morbiletalidade materna fetal/neonatal.

O tempo de espera para atendimento, a precariedade do ambiente para o acolhimento, a demora na realização dos exames em tempo oportuno, bem como os resultados, são fatores que estão diretamente ligados ao fluxo dos processos que (des)favoreceram a qualidade da assistência à saúde materna com prejuízos para parto e nascimento e puerpério.

Os empecilhos para a pesquisa foram mais estruturais, pois o ambulatório é improvisado do ponto de vista físico, não há um local específico de acolhimento para gestantes. Todos os outros pacientes das diversas especialidades ficam no mesmo corredor, que pelo elevado número de pessoas se torna quente e desconfortável. Embora haja divisão dentro dos consultórios, algumas mulheres se queixavam das acomodações nas cadeiras e reclamavam do calor e da fila para verificar o peso e sinais vitais.

Vale salientar que todos os objetivos foram atingidos, pois as incongruências mostradas na estatística revelam o quanto está distante a boa qualidade da atenção especializada para as gestantes de risco principalmente as que apresentam quadro de hipertensão, pois recebem assistência por excelentes profissionais, mas a falta de vagas e de outros recursos materiais são elementos que perpassam pela gestão superior de distribuição de recursos financeiros para a saúde.

Recomenda-se a capacitação dos profissionais na perspectiva da rede de atenção preconizada hoje pelo sistema, que inclui atenção primária, secundária e terciária especializada, que essa capacitação, seja precedida de oficinas de sensibilização em todos os níveis dos cuidadores da saúde, inclusive os responsáveis pelo sistema de informação, no sentido de alerta-los sobre o valor do preenchimento de todos os campos dos impressos nos prontuários, zelando pelas informações pessoais de cada gestante.

E por fim, contribuir com a divulgação dos resultados desta pesquisa, no intuito de melhorar a assistência, a informação, o acolhimento e acesso as gestantes com gravidez de alto risco.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. M. O. **Programa Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: CONASEMS, 1998. 220 p.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Cienc. Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 17 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual e classificações de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. **Princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. **Princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

CAMARGO JÚNIOR. et. al. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. São Paulo: CEPESC, 2006.

CARVALHO, B. L.; FREIRE J. C.; BOSI, M. L. Alteridade radical: implicações para o cuidado em Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009.

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-98, 2008.

CARVALHO, M. R. **Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade**. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ), contribuição para sua distritalização. 1991. 243 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2017. **Boletim epidemiológico de mortalidade materna, infantil e fetal**. Fortaleza: SESA, 2017. <file:///C:/Documents%20and%20Settings/UECE/Meus%20documentos/Downloads/boletim_mortalidade_06_04_2017.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979-1010.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr./jun. 2015.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, Artmed, 2012.

CZAJA, S. J. et al. Development of the risk appraisal measure: a brief screen to identify risk areas and guide interventions for dementia caregivers. **J Am Geriatr Soc.**, v. 57, n. 6, p.1064-1072, jun. 2009.

ELEUTÉRIO, J. C. F; LUSTOSA A. K: **Temas em obstetrícia**: manual de condutas para médicos e estudantes de medicina. Fortaleza: EdUECE, 2013. 413 p.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI. E. O acesso à Assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008.

FONSECA, A. S.; JANICA, R. C. S. V. **Saúde materna e neonatal**. São Paulo: Martinari, 2014.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Anuário de Fortaleza 2012-2013**. Disponível em: <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/administracao-publica/secretarias-executivas-regionais.php>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Criadas há 20 anos, regionais estão esvaziadas. Disponível em: <<https://www.opovo.com.br/jornal/cotidiano/2017/02/criadas-ha-20-anos-regionais-estao-esvaziadas.html>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 680 p.

_____. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 903 p.

GIOVANELLA, L. L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

GOLDMAN, R. E. Compreendendo o Acesso às Maternidades no Município de São Paulo: os dilemas da saúde coletiva no parto. **Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 24-28, 2004.

GREENE, J. Qualitative evaluation and scientific citizenship: reflections and refractions. **Evaluation**, v. 2, p. 277-289, 1996.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. **Cuidado e integralidade**: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. 2003.

KASPER, D. L. et al. **Harrison**: medicina interna. 16. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

LIMA, O. B. A. G. Modelos de categorização: apresentando o modelo clássico e o modelo de protótipos. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 5, n. 2, p.108-122, maio/ago. 2010.

LONGO, D. L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 18. ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2013.

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CESPESC; ABRASCO, 2006, v. 1, p. 27-31.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 751 p.

_____. **Obstetrícia fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 102 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington, DC: OPAS, 2007.

ORSHAN, S. **A Enfermagem em saúde da mulher, das mães e dos recém-nascidos**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

QUEENAN, J. T. **Gestação de alto risco: diagnóstico e tratamento baseados em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SIBAI, B. M, CUNNINGHAM, F. G: Prevenção de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. In: LINDHEIMER, R. J. M, CUNNINGHAM, F. G. (Orgs.). **Desordens hipertensivas de chesley gravidez**. 3. ed. Nova York, Elsevier, 2009. 215 p.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 241-257.

SILVA JÚNIOR, C. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

SILVA, A. L. S.; ALMEIDA, L. C. G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, 2015.

SILVA, E. C.; GAMA, A. V. Pré-natal e a prevenção da mortalidade materna: uma revisão de literatura. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 1, p. 70-75, 2018.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, out./dez. 2014.

STAKE, R. T. E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam, Porto Alegre: Penso, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup.1, p. 85-100, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de caracterização das participantes

1. Nome	
2. Endereço	
3. Escolaridade	() Sem escolaridade/analfabeto <u>1º grau</u> () – 1º ano () – 2º () – 3º () – 4º () – 5º () – 6º () – 7º () – 8º () – 9º <u>2º grau</u> () 1º ano () 2º ano () 3º ano <u>Superior</u> () Superior incompleto () Superior Completo
4. Trabalha?	() SIM () NÃO
5. Que tipo trabalho faz?	
6. Quantas pessoas moram na sua casa?	() 1 a 3 pessoas () 2 a 5 _____ pessoas
7. Quantas pessoas de sua casa adultos trabalham?	() Duas pessoas () Mais de três pessoas
8. Na sua casa tem quantos cômodos?	() 2 a 3 cômodos () 4 cômodos () 5 cômodos
9. Nº de semanas gestacionais atuais	
10. Nº de semanas gestacionais quando iniciou o Pré-Natal	
11. Tomou algum fármaco na gestação?	() SIM Qual? _____ () NÃO

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

1. Por que está no serviço de pré-natal do Hospital César Cals? (Tema 1)	
2. De que local foi encaminhada para o serviço de pré-natal do Hospital César Cals? (Tema 1)	
3. Qual o profissional que a encaminhou ao serviço de pré-natal de risco? (Tema 1)	
4. Quanto tempo de gravidez tinha quando foi encaminhada ao Hospital César Cals? (Tema 1)	
5. Como ficou sabendo da marcação da consulta do pré-natal de risco no Hospital César Cals? (Tema 1)	
8. Quanto tempo demorou entre o encaminhamento para cá e sua primeira consulta aqui? (Tema 1)	
9. Há quanto tempo passou pela última vez por uma consulta nesse serviço? (Tema 1)	
10. Após a consulta, leva alguma informação de volta para os profissionais do seu posto, centro ou unidade de saúde? (Tema 2)	
11. Durante a gestação recebeu visita domiciliar de alguém do posto, centro ou unidade de saúde? De quem? (Tema 2)	
12. Conhece o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área em que você mora? (Tema 2)	
13. Alguma vez passou mal nesta gravidez e precisou procurar um serviço de saúde? (Tema 2)	
14. Foi internada alguma vez por causa desta gravidez? (Tema 2)	
15. Já foi informada aonde vai parir? (Tema 2)	
16. Conseguiu realizar, no SUS, todos os exames solicitados no serviço de pré-natal de risco? (Tema 2)	

APÊNDICE C – Termo de Fiel Depositário – Fase 1

Você (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Atenção primária à saúde e acesso à atenção especializada de gestantes com síndrome hipertensiva da gravidez”.

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar o acesso das gestantes com SHEG atendidas na atenção primária em saúde em direção à atenção especializada, e os objetivos específicos consistem em identificar o perfil sócio-demográfico das gestantes acometidas por SHEG do município de Fortaleza-Ceará; enumerar os elementos que (des) favorecem a prevenção dos agravos da SHEG para mãe e filho; caracterizar as múltiplas lógicas de acesso a utilização de serviços de saúde para o atendimento a essas gestantes com ênfase nos fluxos do processo de atenção; descrever a articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde na Rede de Atenção em Saúde (RAS); elucidar medidas de enfrentamento da SHEG para minimização de riscos e sofrimento; propor medidas que favoreçam a humanização do parto e nascimento, e a melhoria dos indicadores de saúde materna infantil no município de Fortaleza.

Caso você autorize, você irá: responder a um questionário e uma entrevista e participação no grupo focal. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação.

Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que recebe cuidados de saúde. Há riscos quanto a sua participação sendo esses a divulgação de informações pessoais ou constrangimento durante a entrevista. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador. Os dados só serão utilizados para fins da pesquisa.

Você não receberá remuneração pela participação. Sua participação pode contribuir para o acesso a atenção especializada se torne mais efetivo. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Eu, _____ declaro
que entendi os objetivos e riscos de minha participação e concordo em participar
da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2017

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Contato:

MS Francisca Gomes Montesuma: (085) 999881222

monte.funece@yahoo.com.br

Pesquisadora

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido – Termo – Fase 2

Você (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Atenção primária à saúde e acesso à atenção especializada de gestantes com síndrome hipertensiva da gravidez”. O objetivo geral deste estudo consiste analisar o acesso de gestantes com SHEG à atenção terciária de saúde. E os objetivos específicos são: Identificar o perfil sócio- demográfico das gestantes acometidas por SHEG em um hospital terciário de referência em Fortaleza-Ceará-Brasil; Enumerar nessas mulheres os elementos que (des) favorecem a prevenção dos agravos da SHEG para a mãe e seu filho; Caracterizar as múltiplas lógicas de acesso dessas gestantes a esse serviço de saúde com ênfase nos fluxos do processo de atenção; Descrever, sob a ótica dessas gestantes, a articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde na Rede de Atenção em Saúde (RAS); Propor medidas de enfrentamento da SHEG para minimização de riscos/sofrimento e para favorecimento da humanização do parto e nascimento. Caso você autorize, você: responderá um formulário e a uma entrevista. Além disso, poderá ser observado e participar de grupo focal. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir dela. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que recebe cuidados de saúde. Há riscos quanto a sua participação sendo esse constrangimento durante a entrevista. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador. Você não receberá remuneração pela participação. Sua participação pode contribuir para que o acesso à atenção especializada se torne mais efetivo. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos e riscos de minha participação e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Contato:

MS Francisca Gomes Montesuma: (085) 999881222

monte.funece@yahoo.com.br

Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco

2017/01/20/010
gestante de alto risco

 **Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL I
Rua Dona Jerônimo, Nº 20, Bairro Fátima Brown
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3433-6006, 3433-6009, 3433-6001

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE DE RISCO

NOME: Maria Alice Pereira da Silva
DN: 22/11/1980 MÃE: Maria da Silva
ENDEREÇO: _____ CONTATO: 98743256
UAPS: UAPS Maria da Silva

JUSTIFICATIVA

*gestante 30+4, G=4, P=4, Gestante
de alto risco, em pré-natal de alto
risco, com histórico de hipertensão
e diabetes, que necessita de
acompanhamento especializado
de Obstetrícia*

Data: 20/11/17

Assinatura/carimbo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE DE RISCO

UAPS: _____

Hospital de referência:

____ Hospital Gonzaguinha da Barra ____ Hospital César Cals

Data da consulta: / / a partir das 7hs por ordem de chegada.

JUSTIFICATIVA

Data: / /

Assinatura/carimbo

ANEXO B – Carta de Anuência



Hospital Geral
Dr. César Gals



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Anuência da Pesquisa

Venho, por meio deste, autorizar a pesquisa intitulada "ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (SHEG): ênfase nos elementos que (des)favorecem a prevenção de agravos". Tem como objetivo geral: Analisar o acesso de gestantes com SHEG à atenção terciária de saúde. E objetivos específicos: Identificar o perfil sócio-demográfico das gestantes acometidas por SHEG em um hospital terciário de referência em Fortaleza-Ceará-Brasil; Enumerar nessas mulheres os elementos que (des) favorecem a prevenção dos agravos da SHEG para a mãe e seu filho; Caracterizar as múltiplas lógicas de acesso dessas gestantes a esse serviço de saúde com ênfase nos fluxos do processo de atenção; Descrever, sob a ótica dessas gestantes, a articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde na Rede de Atenção em Saúde (RAS);

Esclareço que:

- As informações coletadas na pesquisa somente poderão ser utilizadas para os objetivos do presente estudo;
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato dos pacientes será preservado;
- Ressalto que os dados só serão coletados após a aprovação do Comitê de Ética.
- Informo que a presente pesquisa não trata danos ao hospital

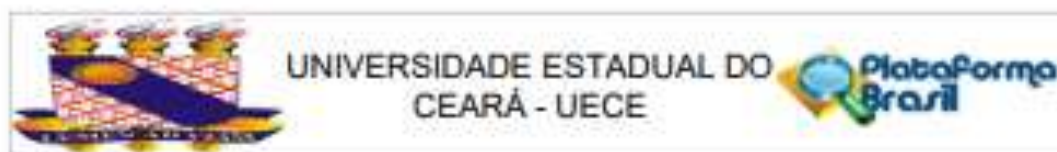
(X) Autorizo

() Não Autorizo

Fortaleza, 17 de maio de 2017

Maria Solange Araújo Paiva Pinto
Maria Solange Araújo Paiva Pinto
Membro do Conselho de Serviço de
Educação Permanente em Saúde do HGCC
COREN 19315

ANEXO C – Parecer Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (SHEG);
ênfase nos elementos que (des)favorecem a prevenção de agravos.

Pesquisador: Franciaca Gomes Montesuma

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70689417.1.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.273.558

Apresentação do Projeto:

ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (SHEG).

O estudo tem o objetivo de analisar o acesso da gestante com Síndrome Hipertensiva Específica da gravidez (SHEG) à atenção terciária de Saúde.

Trata-se de um estudo com métodos mistos, que tem como objetivo de analisar o acesso da gestante com Síndrome Hipertensiva

Específica da gravidez (SHEG) à atenção terciária de Saúde. A SHEG é moléstia de natureza grave com destaque negativo para a morbiletalidade materna e fetal.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem o objetivo de analisar o acesso da gestante com Síndrome Hipertensiva Específica da gravidez (SHEG) à atenção terciária de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão descritos. Foram relatados maneiras de contorná-los. Pesquisa relevante do ponto

Endereço: Av. Siza Munguba, 1700		CEP: 60.714-900
Bairro: Itaperi		
UF: CE	Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3101-9990	Fax: (85)3101-9990	E-mail: cep@uece.br



de vista social e científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante por ser a demanda superior a oferta dos serviços, comprometendo as diretrizes do SUS (integralidade e acesso), estruturas de sustentação de garantia da continuidade da assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCE em forma de convite, apresenta título e objetivos da pesquisa, explica os riscos e os benefícios.

Folha de rosto com as devidas assinaturas.

Carta de anuência presente e assinada pela instituição.

Recomendações:

Recomendamos o envio do relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_962566.pdf	11/09/2017 10:57:07		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PLATAFORMA_2017.pdf	05/09/2017 13:23:28	Francisca Gomes Montesuma	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia.pdf	31/08/2017 14:44:08	Francisca Gomes Montesuma	Aceito
Folha de Rosto	folha047.pdf	29/06/2017 11:12:43	Francisca Gomes Montesuma	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE.pdf	28/06/2017 15:49:23	Francisca Gomes Montesuma	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCE_TA_TFD.pdf	28/06/2017 15:49:04	Francisca Gomes Montesuma	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Sítio Mangaba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-900

UF: CE

Município: PORTALEZA

Telefone: (85)3101-9000

Fax: (85)3101-9006

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Contratação do Papeir: 2.273.888

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 13 de Setembro de 2017

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Siqueira Manguaba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-6890 Fax: (85)3101-6606 E-mail: cnp@uece.br

ANEXO D – Dados Populacionais e da Área Geográfica das Regionais do Município de Fortaleza

SER I	Bairros	População / Área	Dados Econômicos²
Endereço: rua Dom Jerônimo, 20. Otávio Bonfim/ Farias Brito CEP: 60011-170 Telefone: (85) 3433.6894 / 3433.6800 / 6856	Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Barra do Ceará, Floresta, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Vila Ellery, São Gerardo, Monte Castelo, Carlito Pamplona, Pirambu, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil.	Área Total: 24,4 Km² População 2008: 402.666 População 2010: 363.912 Domicílios 2000: 95.873 Domicílios 2010: 109131	Possui 3.693 estabelecimentos na capital e gera 48.398 empregos. A atividade predominante na regional é a indústria de transformação, tendo gerado 14.337 empregos em 2008.
SER II	Bairros	População / Área	Dados Econômicos²
Endereço: rua Professor Juraci de Oliveira, 01. Edson Queiroz. CEP: 60811-450 Telefone: (85) 3216.1871 Fax: 3216.1808	Aldeota, Joaquim Távora, São João do Tauape, Meireles, Praia de Iracema, Dionísio Torres, Varjota, Mucuripe, Cais do Porto, Vincente Pinzón, Papicu, Cidade 2000, Salinas, Guararapes, Praia do Futuro I e II, Cocó, Luciano Cavalcante, Dunas e Bairro De Lourdes.	Área Total: 44,42 Km² População 2008: 369.173 População 2010: 334868 Domicílios 2000: 87.898 Domicílios 2010: 119855	Responde por 18.572 dos estabelecimentos da capital. Tendo gerado no ano de 2008, 241.669 empregos. O setor de serviços possui maior destaque na regional, tendo empregado em 2008 125.498 pessoas num total de 9.044 estabelecimentos.

SER III	Bairros	População / Área	Dados Econômicos²
Endereço: avenida Jovita Feitosa, 1264. Parquelândia. CEP: 60455-411 Telefone: (85) 3433-2500/ 3433-2501/ 3433-2520 / 3433-2502	Jóquei Clube, Pici, Bela Vista, Presidente Kennedy, Parquelândia, Amadeu Furtado, Rodolfo Teófilo, Parque Araxá, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Dom Lustosa, Henrique Jorge, Quintino Cunha, João XXIII, Bonsucesso e Padre Andrade.	Área Total: 25,85 Km² População 2008: 403.118 População 2010: 360551 Domicílios 2000: 95.981 Domicílios 2010: 112167	Responde por 22.388 empregos formais em Fortaleza, num total de 2.338 estabelecimentos. Predomina o setor de serviços que correspondeu em 2008 a 9.145 postos de trabalho gerados.
SER IV	Bairros	População / Área	Dados Econômicos²
Endereço: Avenida Dedé Brasil, 3770. Itaperi. CEP: 60740-000 Telefone: 85)3232.6021 Fax: (85) 3131.7802	Parangaba, Vila Peri, Montese, Itaperi, Damas, Bom Futuro, Benfica, Jardim América, Parreão, Bairro de Fátima, Vila União, Aeroporto, José Bonifácio, Panamericano, Couto Fernandes, Demócrito Rocha, Itaoca, Serrinha e Dendê.	Área Total: 33,07 Km² População 2008: 307.600 População 2010: 281645 Domicílios 2000: 73.238 Domicílios 2010: 9270	Agrega 99.968 trabalhadores em 5.571 estabelecimentos. A atividade de destaque é o serviço, com 45.859 empregados gerados em 2008. No tocante ao número de estabelecimentos, destaca - se o setor de comércio, com 2.441 postos de trabalho criados em 2008.

SER V	Bairros	População / Área	Dados Econômicos ²
Endereço: avenida Augusto dos Anjos, 2466. Siqueira. CEP: 60720-600 Telefone: (85) 3433.2917 Fax: (85) 3433.2918	Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Canindezinho, Genibaú, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Parque São José, Bonsucesso, Parque Santa Rosa, Conjunto Esperança, Vila Manoel Sátiro, Maraponga, Mondubim, Novo Mondubim, Jardim Cearense, José Walter e Parque Presidente Vargas.	Área Total: 56,11 Km ² População 2008: 536.134 População 2010: 541.511 Domicílios 2000: 127.651 Domicílios 2010: 167.170	Responsável pela geração de 19.421 empregos, a regional V registra 2.777 empresas, de acordo com dados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A atividade econômica de maior destaque da Regional é o comércio, responsável por 6.980 empregos num total de 1.448 estabelecimentos.
SER VI	Bairros	População / Área	Dados Econômicos ²
Endereço: rua Padre Pedro de Alencar, 789. Messejana. CEP: 60840-280 Telefone: (85) 3488.3181	Aerolândia, José de Alencar, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, Cajazeiras, Cambeba, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajeru, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, Lagoa Redonda, Boa Vista, Messejana, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba, Sapiranga/Coité, Conjunto Palmeiras, São Bento.	Área Total: 119,98 Km ² População 2008: 516.398 População 2010: 541.160 Domicílios 2000: 122.952 Domicílios 2010: 167.347	Possui 3.728 empresas e 39.952 empregos formais. A atividade mais significativa é a de serviços, com 14.488 postos de trabalho, num total de 1.151 estabelecimentos.

SER do Centro - Sercefor	Bairros	População / Área	Dados Econômicos ²
Endereço: Rua Guilherme Rocha, 175 - Centro CEP: 60030- 140 Telefone: (85) 3252.3081	Limites do Centro: LESTE, Rua João Cordeiro; OESTE, Padre Ibiapina e Filomeno Gomes; NORTE, Avenidas Historiador Raimundo Girão, Almirante Barroso, Humberto Castelo Branco (Leste-Oeste) e Pessoa Anta, Ruas Adolfo Caminha e Santa Terezinha; SUL, Antônio Sales e Domingos Olímpio.	Área Total: 4,85 Km ² População 2008: 29.330 População 2010: 28.538 Domicílios 2000: 6.938 Domicílios 2010: 12.078	O Centro é frequentado em 80% por classes C e D. Quem vai de carro ao Centro corresponde a 5% dos frequentadores; ônibus, 70%; trem, 15%. O Centro abriga 20% dos empregos formais do município.

2 - Em números totais Fortaleza possui 39.367 estabelecimentos e 614.690 empregos formais, segundo a SDE

3 - Os dados demográficos (população/área) disponibilizados pela Secretaria de Planejamento e Orçamento (Sepla) são referentes ao ano de 2010.

Nota: os dados populacionais são referentes ao censo do IBGE de 2010.

Fonte: Secretaria do Desenvolvimento Econômico (SDE) / Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF)