
Pregnant women at high-risk for arterial hypertension: birth care and associated factors

Gestantes de alto risco por hipertensão arterial: assistência ao parto e fatores associados

Received: 15-06-2024 | Accepted: 19-07-2024 | Published: 23-07-2024

Maria Elidiana Araújo Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3524-5433>

Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Brasil

E-mail: mariaelidiana2205@hotmail.com

Fernando Luiz Affonso Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Brasil

E-mail: profferfonseca@gmail.com

Ednaiane Priscila de Andrade Amorim Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9438-0136>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil, Brasil

E-mail: ednaianeandradeamorim@gmail.com

Maria Claudia de Freitas Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9810-6772>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil, Brasil

E-mail: cacaulima2@hotmail.com

José Maria Ximenes Guimarães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5682-6106>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: profferfonseca@gmail.com

ABSTRACT

This study aims to analyze the factors associated with high-risk pregnancies due to Arterial Hypertension, as well as childbirth assistance in a highly complex public maternity, linked to the Rede Cegonha. This is an observational, cross-sectional study carried out in a maternity located in Fortaleza, Ceará, Brazil. Of the 300 participants, most have low socioeconomic conditions, living in a situation of vulnerability. There was an association between the variables age and parity, with statistical significance ($p = <0.001$), between education and first pregnancy ($p = 0.002$), between the age of the pregnant woman and the choice of motherhood ($p = 0.03$), as well as with the non-admission to the first maternity hospital that the pregnant woman sought care ($p = 0.014$). High-risk pregnant women, in a situation of social vulnerability, have access to prenatal care, even in the first trimester, but have difficulty accessing and wandering in search of childbirth assistance.

Keywords: Pregnancy high-risk; Health Services Accessibility; Hipertension.

RESUMO

Estudo com o objetivo de analisar os fatores associados à gestação de alto risco devido Hipertensão Arterial, assim como a assistência ao parto em maternidade pública de alta complexidade, vinculada à Rede Cegonha. Trata-se de estudo observacional, transversal, realizado em maternidade situada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Das 300 participantes, a maioria tem baixas condições socioeconômicas, vivendo em situação de vulnerabilidade. Verificou-se associação estatística entre faixa etária e paridade ($p < 0,001$), escolaridade e primeira gestação ($p = 0,002$), idade da gestante e escolha da maternidade ($p = 0,03$), idade e não ser admitida na primeira maternidade ($p = 0,014$). As gestantes de alto risco, em situação de vulnerabilidade social, têm acesso ao pré-natal, ainda no primeiro trimestre, porém tem dificuldade de acesso e percorrem duas ou mais maternidades na busca por assistência ao parto.

Palavras-chave: Gravidez de Risco; Acesso aos Serviços de Saúde; Hipertensão Arterial.

INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica no Brasil tem sido objeto das políticas públicas, com indução da reorientação do modelo de atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Tal processo é uma construção histórica e político-social, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, com vistas a redução da mortalidade materno-infantil. Com efeito, desde a década de 1980 a saúde da mulher foi incluída na agenda governamental, com investimentos direcionados à implementação de programas de ampliação do acesso da população feminina em idade fértil a assistência à saúde, a exemplo do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Assim, na busca pela humanização e qualidade da atenção materno-infantil, foram implantados o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, a implantação da Rede Cegonha (RC), em 2011, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), as quais estabelecem diretrizes para a organização das práticas e dos serviços de saúde (VOGT; DINIZ; TAVARES, 2011; FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; SANINE et al., 2019; VELHO et al., 2019).

Destaca-se, ainda, o fato de que a melhoria da atenção à saúde das gestantes foi incluída como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000, com metas definidas para serem alcançadas no ano 2015, cuja avaliação aponta que os indicadores relacionados à saúde melhoraram em distintos países, inclusive aqueles específicos das gestantes. Embora não se tenha alcançado todas as metas, tal processo foi avaliado positivamente, o que induziu a proposição de ações e metas, entre estas a redução da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, incluídas na agenda “Transformando o Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; PNUD, 2015).

No Brasil, apesar de ter havido redução nas taxas de mortalidade materna, em 2016, constatou-se, uma média 58 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. No Ceará, a mortalidade materna superou a média nacional, sendo registrados 98 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, cujo principal fator de complicação obstétrica foi a hipertensão, seguido de hemorragias (CEARÁ, 2017).

Com efeito, a implementação dessas políticas públicas tem produzido resultados positivos no país, com destaque para a redução da mortalidade materna e infantil, embora não tenha ocorrido de forma homogênea entre as regiões (VELHO et al., 2019), o que pode ser reflexo das desigualdades sociais e de acesso à saúde. Ademais, a assistência obstétrica ainda é marcada pela utilização inapropriada de intervenções no processo fisiológico do parto, expressa em elevadas taxas de cesáreas, episiotomias, amniotomias e administração de ocitocinas, o que pode ter efeito danoso ao binômio mãe-filho. Por conseguinte, observa-se que mulheres e recém-nascidos adoecem e morrem tanto pela dificuldade de acesso aos serviços e às práticas baseadas nas melhores evidências científicas, quanto pelo uso inapropriado das tecnologias (VOGT; DINIZ; TAVARES, 2011). Nesse sentido, permanecem desafios à garantia do acesso e à qualidade da assistência, sobretudo quando se trata de gestação de alto risco.

A gestação de alto risco se caracteriza quando a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maior chance de ser atingida que a da média da população geral considerada (FIGUEREIDO et al., 2013). Portanto, um dos fatores considerados de risco na gestação é a pressão arterial igual ou maior que 140/90mmHg, com uma média de, no mínimo, duas medidas, podendo aumentar consideravelmente, caracterizando hipertensão arterial, o que pode induzir o surgimento de achados como cefaleia, dor epigástrica, proteinúria, trombocitopenia e outras complicações (BRASIL, 2019; UNNINGHAM et al., 2020).

Nesse contexto, mostra-se relevante assegurar o fortalecimento das redes de atenção, particularmente da Rede Cegonha (RC), como estratégia para garantir o acesso e a qualidade da assistência obstétrica, e, conseqüentemente a redução da mortalidade materna. Nesse sentido, constituem objetivos da RC: garantir a realização do pré-natal, com captação precoce da gestante e a classificação do risco gestacional, com vistas a assegurar o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; acolhimento às intercorrências na gravidez; assegurar a realização dos exames tanto para as grávidas de risco habitual, quanto para as de alto risco; vinculação à maternidade de referência para o parto; e, boas práticas de parto e nascimento, assegurando a permanência do acompanhante de livre escolha da mulher (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; BRASIL, 2011).

Contudo, apesar da ampliação do acesso ao pré-natal na atenção primária à saúde, estudos revelam que ainda existem fragilidades na RC, relacionadas à vinculação das gestantes, as quais comprometem a continuidade do cuidado, uma vez que se tem

dificuldade de acesso às maternidades de alta complexidade, resultando na busca por atendimento em duas ou mais maternidades durante o trabalho de parto, o que se mostra mais grave no caso das gestantes de alto risco, tendo em vista o agravamento do quadro clínico e o risco de morte (BRASIL, 2011; MORAES et al., 2018).

Nessa perspectiva, mostra-se relevante o desenvolvimento de estudos voltados à análise dos fatores associados à gestação de alto risco, sobretudo decorrente da hipertensão arterial, por esta configurar como a principal causa de complicações obstétricas. Acrescenta-se, ainda, a assistência ao parto em maternidades de alta complexidade integrantes da RC, considerando-se os possíveis desafios de acesso e qualidade da assistência, o que permite compreender os modos de organização dos serviços e das práticas obstétricas. Assim, este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados a gestação de alto risco devido à hipertensão arterial, assim como a assistência ao parto dessas gestantes em maternidade pública de alta complexidade, vinculada à rede cegonha.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal, realizado em maternidade terciária de referência estadual na atenção à gestação e ao parto de alto risco, integrante da Rede Cegonha, situada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Esta maternidade, historicamente, operacionaliza processos de humanização do parto e nascimento, mediante a implantação de iniciativas como Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão a Saúde (PNH), Método Canguru, Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais, Casa da Gestante, além de possuir o título de Hospital Amigo da Criança (CEARÁ, 2017; BRASIL, 2012).

A amostra do estudo foi composta por 300 puérperas cuja gestação foi classificada de alto risco, que o parto ocorreu em maternidade terciária de referência estadual, situada na capital cearense. O cálculo amostral foi baseado no total de 3882 partos ocorridos no ano anterior a realização deste estudo, de gestantes admitidas para internação na maternidade com complicações decorrentes de hipertensão arterial sistêmica. Selecionou-se, portanto, uma amostra probabilística aleatória simples. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, realização de pré-natal na rede pública, classificação como gestação de risco

relacionado à hipertensão arterial, residir no Ceará, condições clínicas de responder a entrevista. Excluíram-se as puérperas internadas na unidade de terapia intensiva durante a coleta de dados.

Foram adotadas como fontes secundárias de dados os prontuários das puérperas internadas para o parto na maternidade incluída neste estudo, assim como as declarações de nascidos vivos de seus filhos. Para tanto, foi utilizado um formulário com as variáveis de interesse nesse estudo. Dados primários foram coletados por meio de questionário, estruturado com base no Termo de Compromisso para Redução da Morte Materna (BRASIL, 2011), que foi aplicado diretamente às puérperas na enfermaria.

Para efeitos deste estudo foram consideradas as seguintes variáveis: 1) sociodemográficas: idade, estado civil, escolaridade, renda, raça autodeclarada, local de residência, emprego, moradia; 2) obstétricas: início do pré-natal, número de consultas pré-natal, local de realização do pré-natal, número de filhos, número de abortos e de partos, idade gestacional no momento do parto, informação sobre risco gestacional, encaminhamento para pré-natal de risco; 3) relacionadas à assistência ao parto: vinculação à maternidade, escolha da maternidade, admissão na primeira maternidade escolhida, motivos da procura à maternidade e tipo de parto.

Os dados foram analisados com auxílio do Software Stata versão 14.0. Para análise das variáveis qualitativas, foi aplicada estatística descritiva calculando-se as frequências absolutas e relativas. Após a análise de normalidade dos dados (Shapiro-Wilk $<0,05$), intervalo de confiança 95% e percentis 25 e 75. Foi realizado o teste Qui-quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para verificar a existência de associação das variáveis sociodemográficas com as variáveis obstétricas e as relacionadas à assistência ao parto. Para todas as análises utilizou-se nível de confiança de 95%. Para este estudo, considerou-se associadas aquelas variáveis que apresentaram valor-p $< 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - CAAE 70225917.8.0000.5534, e do Hospital Geral Dr. Cesar Cals com CAAE 70225917.8.3001.5041. Foi explicado as puérperas os objetivos do estudo, assim como assegurado o direito à recusa da participação, o anonimato e a confidencialidade das informações prestadas. A aplicação dos instrumentos de coleta de dados ocorreu somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Do total de 300 participantes, observa-se que a maioria (77,33%) das puérperas têm idade menor ou igual a 35 anos, mora com o companheiro(78,6%) e possui renda inferior ao salário mínimo(77%), um pouco mais da metade não tem nenhuma fonte de renda(52 %), não possui moradia (60,74%) e é procedente do interior do estado (51%), o que sinaliza que a maternidade está vinculada à rede de hierarquizada de serviços, sendo referência estadual na assistência às gestantes e ao parto de alto risco, inclusive com atendimento de porta aberta, via a unidade de emergência obstétrica (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica das gestantes de alto risco atendidas na emergência da maternidade pública integrante da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Variáveis	Resultado (n)	%
Idade (anos)		
<=35	232	77,33
>35	68	22,67
Renda		
Sem renda	156	52,00
<1 salário ¹	109	36,33
1 - 3 salários	34	11,33
>3 salários	1	0,33
Renda familiar		
<1 salário ¹	231	77,00
1 - 3 salários	68	22,67
>3 salários	1	0,33
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,33
Ensino fundamental	109	36,33
Ensino médio	157	52,33
Ensino superior	33	11,00
Procedência		
Capital	147	49,00
Interior	153	51,00
Situação conjugal		
Mora com companheiro	236	78,67
Sem companheiro	64	21,33
Emprego		
Sim	139	46,33
Não	156	52,00
Benefício	5	1,67
Casa própria		

Sim	117	39,26
Não	181	60,74
		Média (dp)
Total de pessoas residentes no domicílio		2,43 (0,53)

¹Valor do salário mínimo vigente no período da pesquisa = R\$ 954,00.

No referente à atenção à caracterização obstétrica das gestantes com HAS (Tabela 2), verifica-se que a maioria (71,48 %) não planejou a gravidez, sem nenhum abortamento (76,92%), menos da metade (44,67%) eram primigestas, e pouco mais da metade (51,77%) não possuía filhos. Evidenciou-se, ainda, que quase a totalidade realizou o pré-natal (97,99%) e com início no primeiro trimestre (90,67%), sendo que maioria realizou seis ou mais consultas (73,00%), sendo acompanhadas, majoritariamente, na Unidade de Saúde da Família (93,0%). Desse modo, a maioria das gestantes foi encaminhada ao pré-natal de alto risco (57,69%), ainda no segundo trimestre da gravidez, embora uma menor proporção (37,33%) tenha sido informada sobre o risco gestacional.

Tabela 2- Caracterização obstétrica das gestantes de alto risco atendidas na maternidade pública integrante da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Variáveis	Resultado	%
	N	
Pré-natal		
Sim	293	97,99
Não	6	2,01
Local do pré-natal		
Unidade de Saúde da Família	279	93,00
Hospital	15	5,00
Outros	6	2,00
Número de Consultas		
< 6	75	25,00
6	42	14,00
>6	177	59,00
Nenhuma	6	2,00
Gravidez planejada		
Sim	85	28,52
Não	213	71,48
Início pré-natal		
1 trimestre	272	90,67
2 trimestre	22	7,33
Não se aplica	6	2,00
Paridade		
1 gestação (Nulípara)	134	44,67
De 2 a 3 gestações (Multípara)	121	40,33
4 ou mais (Grande multípara)	45	15,00
Informada sobre risco gestacional no pré-natal		
Sim	112	37,33

Não	188	62,67
Encaminhada ao pré-natal de alto risco		
1 trimestre	26	25,00
2 trimestre	60	57,69
3 trimestre	18	17,31
Vinculação com a Maternidade durante pré-natal		
Sim	287	95,67
Não	7	2,33
Não soube informar	6	2,00

Convém assinalar que durante o pré-natal, quando realizado em serviços integrantes da Rede Cegonha, deve ser efetivada a vinculação da gestante à maternidade, com vistas a facilitar o acesso à assistência ao parto. Com efeito, a maioria das participantes do estudo (95,97%) afirma que foi informada em relação à maternidade vinculada para o parto.

No referente às características da assistência ao parto, identifica-se, na Tabela 3, que apesar a vinculação da gestante à maternidade para o parto, neste estudo uma pequena proporção (16%) foi vinculada a maternidade estudada. Além disso, a maior proporção das participantes (39,00) não foi admitida na maternidade de vinculação por falta de vagas, e outra parte (36,67%) foi encaminhada de hospitais/maternidades que não realizam parto de alto risco, situadas no interior do estado. Destaca-se que a maioria (58,67%) foi examinada na primeira maternidade que procurou assistência ao parto. Todavia, todas as puérperas (100%) informaram que se sentiram acolhidas na maternidade estudada, atendimento inicial foi realizado na emergência obstétrica, por técnico de enfermagem (99,33%) para coleta de informações e verificação de sinais vitais. Na sequência, todas foram encaminhadas ao acolhimento com classificação de risco, sendo a maior proporção classificada como “vermelho” (66%). Evidencia-se, portanto, a que na maternidade em que se realizou o estudo existe um fluxo de atendimento, segundo o qual todas as gestantes são avaliadas e classificados os riscos para o binômio mãe-filho. Ao serem admitidas na maternidade, todas receberam diagnóstico médico relação a HAS, em que a maior parte foi especificado como pré-eclâmpsia grave (56,00%). Todas as mulheres receberam prescrição medicamentosa.

Tabela 3. Distribuição das variáveis de caracterização da assistência ao parto de alto risco na maternidade pública integrante da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Variáveis	Resultado	
	N	%
Escolha maternidade onde ocorreu o parto		
Vinculação no pré-natal	48	16,00
Proximidade de casa	9	3,00
Falta de vaga na primeira maternidade	117	39,00
Indicação de amigos	16	5,33
Encaminhamento de hospital/maternidade do interior	110	36,67
Motivo da não admissão na primeira maternidade		
Falta de vaga na obstetrícia	117	39,00
Falta de vaga na neonatologia	1	0,33
Não realiza parto de alto risco	110	36,67
Não era maternidade de referência	1	0,33
Não se aplica	71	23,67
Exame na primeira maternidade procurada		
Sim	176	58,67
Não	54	18,00
Não se aplica	70	23,33
Id gestacional no parto		
<25 semanas	1	0,33
25 e 36 semanas	126	42,00
37 ou mais semanas	173	57,67
Tipo de parto		
Normal	21	7,00
Cesário	279	93,00
Cuidado ao RN		
Alojamento conjunto	161	53,67
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	139	46,33

Em relação ao parto, a maior concentração ocorreu na 37^a semana gestacional ou mais (57,67%). Foi realizado parto cesáreo na maior parte das puérperas deste estudo (93,00%). Interessante observar que a maioria das participantes chegaram à maternidade com acompanhante (75,33%), porém não tiveram acompanhante de livre escolha no momento do parto (98,00%) (Tabela 3).

Na Tabela 4, verifica-se associação das variáveis faixa etária e paridade, com significância estatística ($p < 0,001$), em que a maior concentração de grávidas com 35 anos ou menos relaciona-se com primeira gestação. Também foi verificada associação entre escolaridade e primeira gestação ($p = 0,002$).

Tabela 4- Associação das variáveis sociodemográficas com as variáveis obstétricas das gestantes de alto risco na maternidade da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Variáveis	Tipo de parto		p*	Idade gestacional			p*	N gestações			p*
	Normal	cesáreo		<25 semanas	25-36 semanas	37 semanas ou mais		1 gestação	2-3 gestações	4 ou mais	
	n (%)			n (%)				n (%)			
Idade			0,503				0,412				<0.001
<=35	15 (6,47)	217(93,53)		-	93 (40,09)	138(59,48)		119(51,29)	92(39,66)	21 (9,05)	
>35	6 (8,82)	62 (91,18)		-	33 (48,09)	35 (51,47)		15 22,06)	29 42,65)	24 (35,29)	
Escolaridade			0,828				0,798				0,002
Analfabeta	-	1 (100)		-	-	1 (100)		1 (100)	-	0	
Ensino Fundamental	6(5,50)	103(94,50)		-	51 (46,79)	58 53,21)		38 34,86)	42(38,53)	29(26,61)	
Ensino médio	13 (8,28)	144 1,72)		1(0,64)	62 (39,49)	94 59,87)		77 (49,04)	65(41,40)	15 (9,55)	
Ensino superior	2(6,06)	31 (93,94)		-	13 (39,39)	20 60,61)		18 (54,55)	14(42,42)	1(3,03)	
Renda			0,730				0,879				0,224
Sem renda	9(5,77)	47 (94,23)		1(0,64)	64 (41,03)	91 (58,33)		79(50,64)	57(36,54)	20(12,82)	
<1 salário	10 (9,17)	99 (90,83)		-	16 (42,20)	63 57,80)		38 34,86)	52 47,71)	19(17,43)	
1-3 salários	2(5,88)	32(94,12)		-	15 (44,12)	19 55,88)		16 (47,06)	12 (35,29)	6 (17,65)	
>3 salários	-	1 (100)	0,956	-	1 (100)	-		1(100)	-	-	
Renda familiar							0,298				0,686
<1 salário	16(6,93)	215(93,07)		-	98 (42,42)	-		106 45,89)	90 38,96)	35(15,15)	
1-3 salários	5(7,35)	63 (92,65)		-	27 (39,71)	133 (57,58)		27 (39,71)	31(45,59)	10(14,71)	
>3 salários	-	1 (100)		1 (1,47)	1(100)	-		1 (100)	-	-	

No relacionado à assistência ao parto, evidencia-se associação estatística significativa entre a idade da gestante e a escolha da maternidade (p=0,03), assim como com a não admissão na primeira maternidade que a gestante buscou atendimento (p=0,014). Denota-se o desafio da atenção às gestantes com hipertensão arterial, em que a vinculação durante o pré-natal e/ou a referência efetuada pelos médicos dos serviços localizados no interior do estado não garante atendimento na primeira maternidade procurada para a realização do parto (Tabela 5).

Tabela 5- Associação das variáveis sociodemográficas com as obstétricas das gestantes de alto risco na admissão na emergência da maternidade pública integrante da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.

Variáveis	Escolha da maternidade					p*
	Vinculação	Proximidade	Falta de vaga	Indicação	outros	
	n (%)					
Idade						0,03
<=35	31 (1,36)	9 (3,88)	98 (42,24)	11 (4,74)	83 (35,78)	
>35	17 (25,00)	0	19 (27,94)	5 (7,35)	27 (39,71)	
Escolaridade						0,921
Analfabeto	0	0	1 (100)	0	0	
Ens. fundamental	20 (18,35)	4 (3,67)	38 (34,86)	4 (3,67)	43 (39,45)	
Ens. médio	22 (14,01)	4 (2,55)	63 (40,13)	11 (7,01)	57 (36,31)	
Ens. superior	6 (18,18)	1 (3,03)	15 (45,45)	1 (3,03)	10 (30,30)	
Renda						0,265
Sem renda	28 (17,95)	5 (3,21)	63 (40,38)	8 (5,13)	52 (33,33)	
<1 salário	13 (11,93)	2 (1,83)	36 (33,03)	6 (5,50)	52 (47,71)	
1 - 3 salários	7 (20,59)	2 (5,88)	17 (50,00)	2 (5,88)	6 (17,65)	
>3 salários	0	0	1 (100)	0	0	
Renda familiar						0,503
<1 salário	37 (16,02)	8 (3,46)	84 (36,36)	15 (6,49)	87 (37,66)	
1 - 3 salários	11 (16,18)	1 (1,47)	33 (48,53)	1 (1,47)	22 (32,35)	
>3 salários	0	0	0	0	1 (100)	
Motivo da não admissão na primeira maternidade						
	Sem vaga obstétrica	Sem vaga neonatal	Não Atende parto alto risco	Não é referência a p/ parto alto risco	Não se aplica	
Idade						0,014
<=35						
>35	99 (42,67)	0	83 (35,78)	0	50 (21,55)	
Escolaridade						0,766
Analfabeto	18 (26,47)	1 (1,47)	27 (39,71)	1 (1,47)	21 (30,88)	
Ens. fundamental	1 (100)	0	0	0	0	
Ens. médio	35 (32,11)	1 (0,92)	44 (40,37)	1 (0,92)	28 (25,69)	
Ens. superior	66 (42,04)	0	56 (35,67)	0	35 (22,29)	
Renda						0,086
Sem renda	15 (45,45)	0	10 (30,30)	0	8 (24,24)	
<1 salário	64 (41,03)	0	52 (33,33)	1 (0,64)	39 (25,00)	
1 - 3 salários	36 (33,03)	0	51 (46,79)	0	22 (20,10)	
>3 salários	16 (47,06)	1 (2,94)	7 (20,59)	0	10 (29,41)	
Renda familiar						0,588
<1 salário	1 (100)	0	0	0	0	

1 - 3 salários	83 (35,93)	1 (0,43)	88 (38,10)	1 (0,43)	58 (25,11)
>3 salários	34 (50,00)	0	21 (30,88)	0	13 (19,12)

DISCUSSÃO

A análise dos fatores associados à gestação de alto risco relacionada à hipertensão arterial e a assistência ao parto, no âmbito da Rede Cegonha, permitiu identificar que as participantes do estudo vivem condições de vulnerabilidade socioeconômica. Com efeito, foram encontradas associações das variáveis idade menor ou igual a 35 anos e a escolaridade com a primeira gestação. Evidencia-se, ainda, uma aparente fragilidade no processo de vinculação à maternidade durante o pré-natal, expressa na baixa quantidade de gestantes vinculadas, além de expressiva não admissão na primeira maternidade procurada no momento do parto, principalmente naquelas com idade igual ou inferior a 35 anos.

Em relação ao perfil sociodemográfico, resultados semelhantes foram encontrados em Campinas, onde a maioria das gestantes de alto risco se encontrava na faixa etária abaixo dos 35 anos e com ensino médio (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019). Características como escolaridade e idade materna também foram encontrados como fatores preditivos de risco gestacional em estudo realizado no Espírito Santo (BRASIL, 2012).

Ao se observar as baixas condições socioeconômicas das gestantes com hipertensão arterial, denota-se um cenário de vulnerabilidade imposta pelas extremas desigualdades sociais existentes no Brasil, que envolvem injustiças, pois promovem diferenças injustas uma vez que estão associadas a situações que colocam indivíduos e grupos em desvantagem em relação às oportunidades de serem e se manterem saudáveis, assim como possíveis desvantagens na oportunidade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo no momento do parto de alto risco (GARCIA; MARTINELLI; GAMA, 2019; VELHO et al., 2019).

Não obstante, é possível que tais condições sociais, particularmente a escolaridade e a renda do casal, afetem a compreensão de saúde e de risco à saúde, assim como a adoção de métodos contraceptivos e de estratégias de cuidado, o que pode repercutir no elevado número de primigestas com gravidez não planejada encontrado neste estudo. Achados semelhantes foram encontrados em Londrina, Paraná, quando a maioria das gestantes de alto risco atendidas em maternidade de referência era

primigesta, hipertensa e não planejaram a gestação (CAPELLO et al., 2020). Tal contexto aponta para a necessidade de qualificação dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, mediante o desenvolvimento de ações de educação em saúde e realização de planejamento familiar, ampliando a oferta de métodos contraceptivos, respeitando-se as necessidades de saúde das mulheres e do casal.

Em relação à atenção pré-natal, destaca-se que maioria das puérperas deste estudo iniciou acompanhamento pré-natal na atenção básica, sendo encaminhadas para o pré-natal de alto no segundo trimestre gestacional. Interessante observar que o pré-natal destas teve início no primeiro trimestre e foram realizadas seis consultas ou mais antes do parto, podendo ser reconhecido como adequado (MORAES et al., 2018). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados em diferentes estados brasileiros (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; SANINE et al., 2019). Observa-se que a ampliação da cobertura da atenção básica, observadas nas últimas décadas, parece contribuir para facilitar o acesso das gestantes ao pré-natal, com captação precoce, conforme preconizado nas diretrizes da Rede Cegonha (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; BRASIL, 2011). Nesse contexto, deve-se primar pela vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto, com vistas a reduzir barreiras de acesso, bem como garantir a assistência de qualidade durante o trabalho de parto e o nascimento, considerando a proximidade e até mesmo a possibilidade de escolha da mulher. Tal processo parece ter sido realizado pela equipe de saúde durante o pré-natal da maioria das gestantes de alto risco deste estudo, inclusive afirmam que receberam informações sobre em que momento e/ou situação deveriam procurar a maternidade.

No entanto, denota-se fragilidades na continuidade do cuidado à gestante de alto risco no âmbito da Rede Cegonha, relacionada à garantia do acesso à assistência ao parto, evidenciadas no expressivo quantitativo de gestantes não admitidas na primeira maternidade que buscou internação, onde apenas foi realizado exame obstétrico, sendo indicado procurar outro serviço, por falta de vagas ou, ainda, por não ser a maternidade indicada na referências daquelas mulheres procedentes do interior do estado.

Estudo realizado em outra capital do Nordeste brasileiro evidenciou que 35,8% das gestantes de alto risco peregrinaram em busca de assistência ao parto, dentre as razões apontadas destacam-se a idade mais jovem e a primeira gravidez, o que denota inexperiência em relação aos sinais preditivos do parto, além de falta de conhecimento adequado da rede de serviços de saúde. Há que se considerar, ainda, o fato de que a

vinculação não se efetivou pela inexistência de mecanismos formais de referência das gestantes na rede de atenção, assim como oferta insuficiente de leitos, seja de obstetrícia ou de neonatologia. Assim, parece necessário estabelecer reestruturação da assistência ao parto, mediante a organização da rede com fluxos formais de encaminhamento e garantia de leitos suficientes para garantir a assistência ao binômio mãe-filho no parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Apesar da expansão da rede de atenção primária à saúde, com ampliação do acesso e da cobertura pré-natal, o que possibilita ampliar a detecção precoce de riscos gestacionais, ainda persistem barreiras no acesso das gestantes de alto risco à assistência ao parto em maternidades de referência, mesmo na vigência da vinculação destas com as unidades de saúde da família. Tal situação se agrava quando se trata de gestantes residentes no interior do estado, em regiões nas quais não existem maternidade de alta complexidade.

Tal panorama demonstra a necessidade de implementação de mecanismos de gestão integrada de redes de atenção à saúde, de empreendimento de esforços voltados à ampliação da resolubilidade dos municípios para o atendimento de qualidade ao parto e ao nascimento, além de investimentos na ampliação de leitos nas maternidades brasileiras, com vistas a garantir a retaguarda hospitalar para assistência ao parto (SERAFIM et al., 2020; MORAES et al., 2018).

Contudo, uma vez que as participantes deste estudo conseguiram vaga na maternidade, expressaram a percepção de que foram acolhidas e classificadas quanto ao risco do parto. Nesse sentido, foi implantado na emergência obstétrica o acolhimento com classificação de risco, consoante as diretrizes da Rede Cegonha, na perspectiva de qualificar o acesso da gestante à assistência ao parto e nascimento. Efetivamente todas foram acolhidas e classificadas, em que a maioria foi incluída no maior grau de risco (vermelho), o que requer atendimento imediato pela equipe. Tal situação pode ter ocorrido, ou ter sido agravada, em decorrência da não admissão na primeira maternidade, prolongando o tempo de atendimento.

Com efeito, a classificação de risco direciona a equipe para o atendimento imediato às situações clínicas de maior gravidade, com vistas a reduzir o risco de morte (BRASIL, 2014). Defende-se o argumento de que o acolhimento com classificação de risco nas maternidades melhora a tomada de decisão da equipe de saúde e tem o potencial de contribuir na redução da mortalidade materna, por favorecer o atendimento oportuno (SERAFIM et al., 2018).

Observa-se a elevada taxa de parto cesáreo, superando a recomendação da Organização Mundial de Saúde. No entanto, parece ser justificado pelo risco materno, ante as complicações da hipertensão arterial, com vista a assegurar a vida do binômio mãe-filho. Outros estudos brasileiros também apresentam achados semelhantes na assistência ao parto de risco em maternidade de referência obstétrica, no referente à taxa de cesárea superior a 50% dos partos realizado (ALVES et al., 2017; PATAH; MALIK, 2011).

Outro aspecto relacionado a assistência obstétrica e neonatal que chama atenção é a disponibilidade de alojamento conjunto, o que coaduna com a proposta de humanização do parto e nascimento, permitindo o maior contato mãe e filho, criação de vínculos e estímulo a amamentação. Nesse sentido, estudo aponta a associação entre amamentação na primeira hora de vida e alojamento conjunto, hospital amigo da criança (SOUSA et al., 2020). Destarte, apesar do risco gestacional e do parto, as equipes parecem promover intervenções efetivas e seguras que permitem evitar complicações no recém-nascido.

Não obstante, ainda se observa barreiras à humanização da assistência obstétrica, evidenciada quando a maioria das gestantes de alto risco não tiveram acompanhante de livre escolha no momento do parto. Não foi possível identificar as razões que conduziram a esta situação. No entanto, as diretrizes da Rede Cegonha preconizam que as maternidades devem assegurar o direito ao acompanhante no momento do parto, com vistas a conferir maior apoio, segurança e conforto a parturiente, mediante a presença de alguém de seu convívio e confiança. Ademais, a Lei 11.108/2005 determina que os serviços de saúde permitam o acompanhante de livre escolha com estratégia de humanização do parto e nascimento, mediante a prevenção de violência obstétrica, cujo descumprimento pode pôr em risco a saúde obstétrica (RODRIGUES et al., 2017).

Apreende-se, portanto, que distintas diretrizes da Rede Cegonha com vistas a qualificação da atenção ao pré-natal e ao parto, ainda se apresentam como uma imagem-objetivo a ser efetivada, particularmente na garantia do acesso da assistência ao parto e à humanização do parto e nascimento. Nesse sentido, mesmo as instituições integrantes desta rede, que afirmam a adoção de boas práticas obstétricas, pautadas na humanização, ainda necessitam empreender esforços com vistas a transformação do modelo assistencial obstétrico, envolvendo gestores e trabalhadores de saúde.

CONCLUSÕES

O estudo mostrou que as gestantes de alto risco, por condições clínicas relacionadas à hipertensão arterial, atendidas em maternidade integrante da Rede Cegonha no Ceará, são majoritariamente na faixa etária inferior ou igual a 35 anos, com ensino médio completo, baixas condições socioeconômicas, residentes no interior e estavam primeira gestação. Tiveram acesso ao pré-natal no primeiro trimestre gestacional, com encaminhamento para o pré-natal de alto risco no segundo trimestre da gravidez. Contudo, encontraram dificuldades de acesso à maternidade para assistência ao parto.

Evidenciou-se associação das variáveis idade e paridade, em que há maior concentração da primeira gravidez ocorre abaixo dos 35 anos, e nas mulheres com menor escolaridade. A escolha da maternidade e a não admissão na primeira maternidade procurada pela gestante são influenciadas pela idade, sendo que as grávidas mais jovens, aparentemente por inexperiência, acabam não sendo admitidas na primeira maternidade “escolhida”, não somente por falta de vagas, mas também por não ser o serviço para o qual foi referenciada.

O estudo revela fragilidades na rede de assistência à gestação e parto de alto risco, expressos na dificuldade de acesso das gestantes, assim como não implementação de diretrizes de humanização nas maternidades, as quais devem ser superadas mediante o fortalecimento da rede de atenção, a garantia de vinculação, estabelecimento de fluxos e oferta de leitos suficientes nas maternidades, com vistas a assegurem e acesso à assistência obstétrica de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

VOGT, S.E.; DINIZ, S.G.; TAVARES, C.M. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2011000900012

FERNANDES, J.A.; CAMPOS, G.W.S.; FRANCISCO, P.M.S.B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde debate*, v. 43, n. 121, p. 406-416, 2019. doi: 10.1590/0103-1104201912109

SANINE, P.R. *et al.* Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 35, n. e00103118, 2019. doi: 10.1590/0102-311X00103118

VELHO, M.B. *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. *Cad Saúde Pública*, v. 35, n. 3, e00093118, 2019. doi: 10.1590/0102-311X00093118

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: PNUD; 2015.

CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. 2017. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/boletim_mortalidade_06_04_2017.pdf. Acesso em: 12 mai. 2023.

FIGUEIREDO, F.S.F. *et al.* Atención gestacional conforme inicio del prenatal: estudio epidemiológico. *Online Braz J Nurs.*, v.12, n. 4, p. 794-804, 2013.

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

UNNINGHAM, F.G. *et al.* *Obstetrícia de Williams*. 25. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 1344p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 05 abr. 2023.

MORAES, L.M.V. *et al.* Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública*, v. 34, n. 11, p. e00151217, 2018. doi: 10.1590/0102-311X00151217

CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Geral Dr. Cesar Cals. 2017. Disponível em: <http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/o-hospital>. Acesso em: 12 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste*. Relatório Final. Brasília, 2012.

GARCIA, E.M.; MARTINELLI, K.G.; GAMA, S.G.N. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4633-4642, 2019. doi: 10.1590/1413-812320182412.31422017

CAPELLO, T.S. *et al.* Gestação de alto risco: caracterização do planejamento reprodutivo. *Saúde e Pesquisa*, v. 13, n. 2, p. 421-429, 2020. doi: 10.17765/2176-9206.2020v13n2p421-429

SERAFIM, R.C. *et al.* Sistema para acolhimento e classificação de risco em obstetrícia: avaliação de qualidade técnica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, n. e3330, 2020. doi: 10.1590/1518-8345.3327.3330

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde 2014.

ALVES, N.C.C. *et al.* Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, n. 38, v. 4, p. e2017-0042, 2017. doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042

PATAH, L.E.M.; MALIK A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011. doi: 10.1590/S0034-89102011000100021

SOUSA, P.K.S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no sudoeste da Bahia, 2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, p. e2019384, 2020. doi: 10.5123/S1679-49742020000200016

RODRIGUES, D.P. *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 3, p. e5570015, 2017.