



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

SANDRA VASCONCELOS RODRIGUES PAZ

**ACESSO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA A REDE CEGONHA: UMA
INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA**

FORTALEZA

2021

SANDRA VASCONCELOS RODRIGUES PAZ

ACESSO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA A REDE CEGONHA: UMA INVESTIGAÇÃO
AVALIATIVA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, como requisito final à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Orientadora: Prof.^a Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P368a Paz, Sandra Vasconcelos Rodrigues.
Acesso De Gestantes Ao Pré-Natal De Alto Risco Em Uma Maternidade De Referência Para A Rede
Cegonha: : Uma Investigação Avaliativa / Sandra Vasconcelos Rodrigues Paz. – 2021.
129 f ; il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado
Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2021.
Orientação: Prof. Dr. Alba Maria Pinho de Carvalho.

1. Acesso. 2. Gestação de alto risco. 3. Pré-natal de alto risco. 4. Rede Cegonha. I. Título.

CDD 320.6

SANDRA VASCONCELOS RODRIGUES PAZ

ACESSO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA A REDE CEGONHA: UMA INVESTIGAÇÃO
AVALIATIVA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, como requisito final à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Aprovado em: 11 / 01 / 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Eliana Costa Guerra
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof.^a Dra. Linicarla Fabíole de Souza Gomes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me permitiu viver esse momento de muita alegria e conquista.

A minha família, esposo, filhos ,nora, pai e mãe, pela compreensão da minha ausência nos momentos de dedicação ao mestrado.

À professora Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho minha querida orientadora, pelo incentivo, paciência e saberes aprendidos.

À professora Dra Linicarla Fabíole de Souza Gomes, pela contribuição em conhecimentos durante a trajetória da pesquisa e disponibilidade em participar da banca examinadora coadjuvando com esta dissertação.

À professora Dra Eliana Costa Guerra pela disponibilidade em participar da banca examinadora contribuindo com seus saberes neste trabalho.

À amiga Francisca Adriele Neta pelo incentivo na trajetória do mestrado, apoio e colaboração na realização da pesquisa na maternidade.

À querida Francisca Licivanda Pedroza pelo suporte administrativo , apoio e colaboração na realização da pesquisa na maternidade.

À enfermeira Lia Lopes pelo suporte e apoio dado em toda trajetoria da realização qualificação e dissertação.

Às gestoras da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Léa Dias Gomes Pimentel e Adriana Lopes Lima Melo pelo apoio e orientação.

À minha amiga professora Dra Régia Cristina Barbosa pelo constante incentivo para realização do mestrado.

Às gestantes e os profissionais da maternidade de referência e da Secretaria de saúde do Município de Fortaleza , que foram essenciais para realização da pesquisa.

À todos os professores do Mestrado de Avaliação em Políticas Públicas -MAPP pelos saberes aprendidos.

À Vânia Maria Fraga Pereira secretária do MAPP, pela disponibilidade e suporte administrativo em toda a trajetória do mestrado.

As Redes na Poética de João Cabral de Melo Neto (MENDES,2009).

Tecendo A Manhã

Um galo sozinho não tece uma manhã: ele precisará sempre de outros galos. De um que apanhe esse grito que ele e o lance a outro; e de outros galos que com muitos outros galos se cruzem os fios de sol de seus gritos de galo, para que a manhã, desde uma teia tênue, se vá tecendo, entre outros galos. E se encorpando em tela, entre todos, se erguendo tenda, onde entrem todos, se entretendendo para todos, no toldo (a manhã) que plana livre armação. A manhã, toldo de tecido tão aéreo que, tecido, se eleva por si: luz balão.

RESUMO

A Rede Cegonha é uma rede temática, instituída em 2011, por meio da portaria número 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL 2011), como estratégia inovadora do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede foi instituída para enfrentamento da questão da mortalidade materna, que, à época, apresentava índices preocupantes. Este estudo trata da estratégia Rede Cegonha (RC) e tem, como objeto de pesquisa, a avaliação do componente pré-Natal dessa referida Rede, tomando como locus de estudo a Maternidade referência para Rede Cegonha. O objetivo do estudo foi avaliar o acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco, em uma maternidade de referência para Rede Cegonha. Para propiciar elementos para a configuração da Rede Cegonha, foi descrito sua trajetória, iniciada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) até o acesso ao Pré-natal de alto risco na maternidade de referência. Este estudo foi desenvolvido uma pesquisa social de cunho qualitativo com aportes quantitativos, circunscritos em tabelas e gráficos. A pesquisa foi realizada com 100 gestantes, que tiveram acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência e 27 profissionais sendo 17 atuantes na maternidade e 10 da Secretária de Saúde do Município de Fortaleza. Para traçar o perfil das gestantes que tiveram acesso ao pré-natal de alto risco delimitou-se elementos socioeconômico e demográfico, acrescido do perfil obstétrico e dados sobre os percursos e acesso. O trabalho de campo revelou que uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas gestantes é a fila de espera, fato reconhecido pelas próprias gestantes e pelos profissionais. De fato 74% das gestantes ficaram em fila de espera sendo que 27,6% chegaram à triagem com uma semana, 33,7% com duas a três semanas, 23,5% aguardaram dois meses a três meses. A qualidade do atendimento na maternidade foi considerado excelente por um percentual de 65,3% das gestantes, 10,2% muito bom, 23,5% bom e apenas uma gestante teve uma avaliação negativa, por suas expectativas não corresponderem a realidade. Dentre outros elementos levantados pela fala de profissionais sobre a dificuldade do acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco foram: a rotatividade dos profissionais médicos na atenção primária; demanda de gestantes maior que a oferta de vagas; superlotação nas unidades de terapia intensiva neonatais (UTI); restrição de critérios na maternidade de referência; e encaminhamentos inadequados para os serviços de referências.

Palavras-chave: Acesso; Gestação de alto risco; Pré-natal de alto risco; Rede Cegonha.

ABSTRACT

Rede Cegonha is a thematic network, established in 2011, through ordinance number 1,459, dated June 24, 2011 (BRAZIL 2011), as an innovative strategy of the Ministry of Health, within the scope of the Unified Health System (SUS). This network was created to face the issue of maternal mortality, which, at the time, had worrying rates. This study deals with the Rede Cegonha (RC) strategy and has, as research object, the evaluation of the prenatal component of that referred Network, taking as reference the study location the Maternity reference for Rede Cegonha. The objective of the study was to evaluate the access of pregnant women to high-risk prenatal care in a reference maternity for Rede Cegonha. To provide elements for the configuration of the Cegonha Network, its trajectory was described, starting with the Basic Health Unit (UBS) until access to high-risk prenatal care at the reference maternity. This study was developed a qualitative social research with quantitative contributions, circumscribed in tables and graphs. The research was carried out with 100 pregnant women, who had access to high-risk prenatal care at the reference maternity hospital and 27 professionals, 17 of whom worked at the maternity hospital and 10 from the Health Secretary of the Municipality of Fortaleza. To outline the profile of pregnant women who had access to high-risk prenatal care, socioeconomic and demographic elements were delimited, plus the obstetric profile and data on routes and access. The fieldwork revealed that one of the greatest difficulties faced by pregnant women is the waiting list, a fact recognized by the pregnant women themselves and by the professionals. In fact, 74% of pregnant women were on the waiting list, 27.6% of whom arrived at the screening in one week, 33, 7% in two to three weeks, 23.5% waited from two months to three months. The quality of maternity care was considered excellent by a percentage of 65.3% of pregnant women, 10.2% very good, 23.5% good and only one pregnant woman had a negative evaluation, because her expectations did not correspond to reality. Among other elements raised by the speech of professionals about the difficulty of access of pregnant women to high-risk prenatal care were the turnover of medical professionals in primary care; demand for pregnant women greater than the offer of places; overcrowding in neonatal intensive care units (ICU); restriction of criteria in the reference maternity hospital; and inadequate referrals to referral services.

Keywords: Access; High-risk pregnancy; High-risk prenatal care; Stork Network

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do absenteísmo nas consultas obstétricas na maternidade de referência durante o período de janeiro a outubro de 2020	67
Gráfico 2 – Consultas do serviço de triagem na maternidade de referência durante os meses de janeiro a outubro de 2020	68
Gráfico 3 – Distribuição dos diagnósticos de risco nas gestantes atendidas na maternidade de referência para Rede Cegonha	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sócio economico demográfico das gestantes de alto risco	70
Tabela 2 – Perfil obstetrico. Dados da gestação atual	74
Tabela 3 – Dados do acesso da gestante ao pré-natal de alto risco	78

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACR	Acolhimento e Classificação de Risco
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Avaliação de profundidade
COVID	Corona Virus Disease (Doença do Coronavírus)
CRESUS	Central de Regulação do SUS no Estado do Ceará
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPI	Equipamento de proteção individual
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e obstetrícia
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde RC – Rede Cegonha
SUS	Sistema Único de Saúde
SMMF	Serviço de Medicina Materno Fetal
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UTI	Unidade de Terapia intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O OBJETO CONSTRUÍDO NOS PERCURSOS INVESTIGATIVOS: PROBLEMATIZAÇÃO.....	18
3	PERCURSOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA	28
3.1	Aspectos éticos da investigação avaliativa	34
4	INSPIRAÇÕES TEÓRICAS: CONCEPÇÕES NORTEADORAS PARA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE	36
4.1	Concepções de saúde.....	36
4.2	Concepções de saúde da mulher	44
4.3	Concepções sobre gestação de alto risco	47
4.4	A gestação como questão de saúde pública.....	49
4.5	Concepções sobre acolhimento e humanização.....	51
5	TRAJETÓRIA DA REDE CEGONHA COMO ESTRATÉGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL	54
6	ACESSO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NA REDE CEGONHA: UMA AVALIAÇÃO NA ÓTICA DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS	64
6.1	Configurações sobre o pré-natal de alto risco, na maternidade de referência, no contexto da pandemia de COVID-19	65
6.2	Avaliação do pré-natal de alto risco, na perspectiva das gestantes	69
6.2.1	<i>Caracterização das gestantes do estudo</i>	69
6.2.2	<i>Acesso e percurso das gestantes ao pré-natal de alto risco: olhares e vivências.....</i>	78
6.3	Avaliação da rede cegonha na ótica dos profissionais	87
6.4	Percurso das gestantes para o pré-natal de alto risco na visão dos profissionais: acesso e dificuldades	91
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICE A – FICHA PARA CONTROLE DE GESTANTES (ESTUDO EXPLORATÓRIO)	119
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS DA MATERNIDADE.....	120

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS EXTERNOS	122
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM GESTANTES	124
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTANTE	128
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS	129

1 INTRODUÇÃO

Como mestrandia de Avaliação de Políticas Públicas, defini como campo de estudo mais geral a Política de Saúde, direcionando a minha investigação para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, focando especificamente na Rede Cegonha, no componente pré-natal. Neste sentido, circunscrevo o meu estudo, de referência no âmbito da Rede Cegonha, pré-natal de alto risco em uma determinada maternidade de referência, no âmbito desta Rede. Inquieta-me, particularmente, a questão do acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade em estudo. Em Fortaleza, o pré-natal de alto risco no âmbito da Rede Cegonha é realizado em oito instituições. Considerou-se atenção terciária: Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC); Hospital Geral Dr César Cals (HGCC) e Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e na atenção secundária: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM); Policlínica Dr Luis Carlos Fontenele; Policlínica Dr José Eloy da Costa; Policlínica Dr Lusmar Veras Rodrigues; e Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI). Delimitei, como locus de estudo, a maternidade de referência onde exerço minhas atividades profissionais.

Pré-natal de alto risco refere-se ao acompanhamento que será feito com uma gestante que tem uma doença prévia ou adquirida durante a sua gravidez, indicando, então, que essa é uma gravidez de risco. Assim, basicamente enquadram-se em pré-natal de risco três condições: as mulheres com doenças crônicas prévias à gestação; aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco e aquelas que identificam, no curso da gravidez, uma condição ou doença que vai oferecer risco para ela e para o bebê (FEBRASGO, 2011).

Um elemento importante a ser considerado é a inserção da Rede Cegonha no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010), Portaria 4.279, de 30/12/2010 relata que as RAS “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Segundo Mendes (2010, p. 4):

As redes de atenção à saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

Nesse sentido, a RAS é coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009).

Para Mendes (2011, p. 82):

Dessa definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde. Tais redes apresentam missão e objetivos comuns, com determinadas características: operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas.

Para Organização Mundial de Saúde (OMS), o serviço de saúde em Rede, organizado a partir da gestão e ofertas de serviços de saúde, permite que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde (OMS, 2008)¹.

O MS optou pela construção social de redes temáticas, definindo como prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010).

Apesar da tradição da saúde pública brasileira, mesmo na era pré-SUS, ao tratar-se do tema da saúde materna e infantil incluindo o enfoque da gestação e da mortalidade infantil, constata-se a persistência a mortalidade materna em níveis muito elevado e evidências de baixa qualidade do processo do parto e do nascimento. Assim justifica-se, a definição desse tema como prioridade. Em todos os debates é lembrado pela própria equipe do MS, a atuação dos Conselhos e do Movimento de Mulheres, no sentido de não se restringir o conjunto da saúde integral da mulher a este seu aspecto específico da gravidez e parto (MAGALHÃES, 2014).

A estratégia Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica. Para isso, torna-se fundamental a avaliação contínua da qualidade dos serviços de saúde e do cuidado em saúde ,desempenhado por uma equipe comprometida com as condições de estrutura física e organizacionais, apoiada por uma gestão

¹No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) Níveis de atenção à saúde são: nível primário, compreendendo as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, uma “porta de entrada” do SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos, promoção e prevenção à saúde; nível secundário, entendido como de média complexidade, compreendendo as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos especializados, casos crônicos e agudos de doenças; nível terciário , de alta complexidade, compreendendo os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida (FIOCRUZ, 2011). Considerando o pré-natal de alto risco na Maternidade de referência do estudo, a UBS é considerada a “porta de entrada” principal para encaminhamento na cidade de Fortaleza.

articulada para o alcance da qualidade do cuidado, e conseqüente redução da mortalidade materna e neonatal (CALOU, 2018).

Neste contexto, a escolha da temática acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência para Rede Cegonha, justifica-se pela minha própria trajetória profissional na área de saúde da mulher. Assim, apresento uma síntese dos meus percursos profissionais, com atuação no campo da enfermagem.

Com formação em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no ano de 1983 e especialista em enfermagem obstétrica (UECE), possibilitou-me atuar na área materno infantil, hospitalar, ao longo do exercício profissional.

Como profissional, exerço minha profissão de enfermagem no âmbito da Política de Saúde da Mulher, no período de 1986 até os dias de hoje.

A minha experiência profissional, no campo da saúde da mulher desenvolve-se ao longo de 17 anos, tendo o privilégio de exercer minhas atividades na Maternidade de referência para Rede Cegonha. Há 5 anos fui lotada no Serviço de Medicina Materno Fetal (SMMF), que presta assistência humanizada de qualidade às gestantes de alto risco, obtendo melhores resultados, através do conhecimento, habilidade e resolutividade. Esse serviço também é nomeado Ambulatório Materno Fetal, sendo uma de suas atividades a realização do pré-natal de alto risco, com o objetivo de acompanhamento da saúde materna e fetal, para redução da mortalidade materna, fetal e neonatal.

Importante ressaltar que, com longos anos de prática, vivenciei e vivencio parte considerável da história das Políticas de Saúde da Mulher. Atualmente, atuo na Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM), no âmbito da estratégia Rede Cegonha. Essa rede, tem 4 componentes a saber: I - Pré-natal – II-Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. A minha escolha de investigação incidiu no primeiro componente, qual seja, o Pré-natal, por exercer minhas atividades nessa área (BRASIL, 2011).

Em 2017, aprovada no Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, tive acesso a estudos e discussões, no sentido da análise e aprofundamento de Políticas da Saúde da mulher. De fato, o mestrado tem se constituído uma contribuição significativa para minha vida profissional.

Atuo como enfermeira assistencial, fazendo parte da equipe multiprofissional do Serviço de Medicina Materno Fetal (SMMF). Trabalho com gestantes de alto risco, com diferentes patologias. Exerço atividades, acolhendo as gestantes de alto risco, mediante, escuta de histórias de vida diversas. Assim, em meu cotidiano profissional, deparo-me com

expectativas diferenciadas em relação a gravidez, em termos, desejada ou indesejada e situações que a mulher tem que decidir interrupção da gravidez de acordo com a lei, por risco de morte ou malformação fetal e ainda, atendo gestantes com distúrbios psiquiátricos, suicidas, dentre outras. Diante de determinadas situações, o trabalho em equipe multidisciplinar é fundamental, obtendo melhor resolutividade para gestante. Exerço atividades também no tocante à realização de procedimentos como: testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. Também desenvolvo atividades diárias de educação em saúde individual ou coletiva, com temáticas diversas, dependendo da necessidade da clientela, favorecendo o cuidado à gestante de risco.

A admissão das gestantes no serviço, não se dá por demanda espontânea, sendo referenciadas na Rede de Atenção à Saúde do Estado do Ceará. Os critérios estabelecidos pelo serviço, para admissão no pré-natal de alto risco, se configuram como as seguintes patologias, maternas ou fetais: abortamento habitual (03 ou mais abortos); alterações genéticas maternas; antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; cardiopatias; Diabetes Mellitus tipo I e tipo II; Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) em uso de medicação; distúrbios hipertensivos na gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional pré – eclampsia); doenças autoimunes (Lupus Eritematoso Sistêmico - LES, outras colagenosas); doenças hematológicas; doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária rubéola, Citomegalovírus - CMV); doenças neurológicas; diagnóstico ou suspeita de transtornos mentais graves com sintomas ativos/recentes (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, psicose não orgânica não especificada, transtorno afetivo bipolar, depressão grave, recorrente ou episódio único, com ideação suicida ou psicose) desde que associada a alguma comorbidade; endocrinopatias; esterilidade/infertilidade com algum tipo de tratamento; gemelaridade monocoriônica, dicoriônica com comorbidades, com restrição ou malformação fetal; hanseníase; pielonefrite (2 ou mais episódios); malformações fetais; nefropatias graves, NIC III ou câncer de colo invasor; obesidade mórbida ($IMC \geq 40$); pneumopatias graves; restrição de crescimento intrauterino; suspeita clínica de câncer de mama ou MMG \geq BIRADS IV; tuberculose; isoimunização; prematuridade (indicação de cerclagem ou colo curto) e, por fim, idade gestacional < 26 semanas².

² Ministério da Saúde (MS) 2018, aproximadamente a relação mês e idade gestacional: 1º mês - 4 sem e meia; 2º mês - 9 sem; 3º mês - 13 sem e meia; 4º mês - 18 sem; 5º mês - 22sem e meia; 6º mês - 27 sem e meia; 7º mês - 31 sem e meia; 8º mês - 36 sem; 9º mês - 40 sem e meia.

Definições de algumas patologias segundo o MS (2010), que estão inseridas nos critérios para acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência: Oligoâmnio o é caracterizado pela deficiência na quantidade de líquido amniótico (LA). O volume normal do L.A. varia de acordo com o tempo de gestação; gravidez gemelar, Dicoriônica, diamniótica: cada gêmeo terá sua própria placenta e seu próprio âmnio (bolsa); • Monocoriônica,

A gestante é acompanhada na atenção básica, e ao ser identificado alguns desses marcadores, deverá ser encaminhada para o pré-natal de alto risco em tempo oportuno.

Ao longo do tempo, sobretudo nos últimos dois anos, tem-se uma redefinição de critérios da maternidade, restringindo o acesso de gestantes com gravidez de risco. Estes critérios do serviço, são mais restritos, considerando os próprios critérios do MS³.

Assim, considerando os componentes da Rede Cegonha, no seguimento pré-natal, demarco como objeto de estudo, o acesso ao pré-natal, das gestantes com gravidez de alto risco nesta maternidade. Interessa-me avaliar o potencial de atendimento da maternidade em rede às gestantes de alto risco, delineando possíveis dificuldades e entraves.

Considero este estudo relevante na área das Políticas de Saúde da Mulher, buscando contribuir para o serviço. De fato, a medida em que se conhece o percurso da gestante dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e especificamente, na Rede Cegonha, identificamos as dificuldades de enfrentamento e assim, intervenções poderão ser tomadas a fim de resolver os problemas apontados. É o desejo de contribuir para uma política inclusiva e democrática. À rigor, esse conhecimento dos percursos da gestante de alto risco no âmbito da Rede Cegonha, permite configurar os fluxos que funcionam, as possíveis dificuldades e entraves, de modo a sempre buscar o aprimoramento do acesso da gestante e melhoria da assistência clínico-obstétrica, garantindo o direito à saúde neste contexto de risco.

Este texto dissertativo, aqui apresentado, está constituído de sete segmentos. O primeiro refere-se a esta introdução em que apresento a temática no âmbito da Rede Cegonha, demarco o eixo investigativo a incidir no componente Pré-natal de Alto Risco e circunscrevo meu lugar na fala como enfermeira assistencial na Maternidade de Referência. No segundo, desenvolvo a problematização delineando o objeto investigativo. No terceiro segmento, são descritos os percursos metodológicos da investigação avaliativa que circunscreve o caminho percorrido da pesquisa: delineamento do estudo; local e sujeitos da pesquisa; tipo de estudo, trabalho de campo e análise dos dados; e os resultados encontrados. Foram abordados também os aspectos éticos da pesquisa. No quarto segmento são descritos concepções norteadoras para o estudo: concepção sobre saúde; saúde da mulher; gestação de alto risco; gestação como questão de saúde pública; e acolhimento e humanização. Essas teorias foram consideradas relevantes para embasamento do estudo. O quinto segmento circunscreve a trajetória da Rede

diamniótica: os gêmeos compartilharão uma única placenta, mas cada um deles terá seu âmnio; • Monocoriônica, monoamniótica: os gêmeos compartilharão uma única placenta e um único âmnio.

³ Esta questão de restrição dos critérios da Maternidade de referência do estudo, será discutida no seguimento, referente à problematização.

de Atenção à Saúde, ou seja, a Rede Cegonha, apontada no estudo para a investigação avaliativa, circunscrevendo sua fundamentação como: o marco teórico; objetivos; diretrizes ;e portarias. O sexto segmento, descreve características do perfil socioeconômico e demográfico da gestante em estudo, o perfil obstétrico e dados sobre o acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco. Ainda neste segmento são narradas as dificuldades enfrentadas no percurso e acesso sob o olhar e experiências vividas pela gestante e ainda a visão dos profissionais nesse aspecto e sobre a Rede Cegonha. Cinscunscrevemos também o contexto do período da pandemia por COVID-19 e o funcionamento do pré-natal na maternidade de referência.

Por fim o sétimo segmento, são considerações à respeito do estudo ,aspectos encontrados na investigação avaliativa e recomendações para reflexões sobre o percurso e acesso da gestante de alto risco para o pré-natal na maternidade de referência, com o objetivo de melhoria do fluxo e da assistência materna infantil, conforme preconiza a Rede Cegonha.

2 O OBJETO CONSTRUÍDO NOS PERCURSOS INVESTIGATIVOS: PROBLEMATIZAÇÃO

A gestação geralmente acontece como processo fisiológico, mas pode ser marcado por complicações, tornando-se um evento de risco para a mãe ou o conceito. Assim, a gestante necessita de assistência de qualidade desempenhada por equipe multiprofissional, na qual está inserido o profissional enfermeiro(a), que deve prestar cuidado integral, humanizado, de modo a atender às reais necessidades da gestante e família (BRASIL, 2012).

A gestação é uma situação limítrofe que pode implicar riscos para a mãe e o feto, havendo gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução e desfechos desfavoráveis (BRASIL, 2010).

Deste modo, a gravidez é considerada de alto risco quando a vida da mãe e/ou do feto está comprometida por um distúrbio que coincide com a gravidez ou é exclusivo desta, sendo que cerca de 25% das gestações são consideradas como de alto risco (BRASIL, 2012).

As gestações de alto risco podem estar associadas a desfechos desfavoráveis, como a morte materna, apresentando ainda índices elevados no Brasil, o que é incompatível com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País (BRASIL, 2010).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) relatam que o Brasil reduziu a mortalidade materna em 43% durante os anos de 1990 a 2013. Neste período, a taxa de mortalidade passou de 120 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 69 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, em 2013. Estes dados mostram que o Brasil não atingiu ainda o 5º Objetivo do Milênio que seria uma redução das mortes maternas em 75%, o que implicaria em menos de 33 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, em 2015. E se o parâmetro for a meta da OMS, de uma taxa de morte materna de 20 mortes por 100 mil nascidos vivos, percebe-se que o Brasil ainda está bem mais longe do esperado (BRASIL, 2014). Em 2000, o Brasil foi um dos países que pactuou sua participação nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)⁴ junto à Organização das Nações Unidas (ONU). Eram oito objetivos, com 24 metas a serem cumpridas até 2015. Uma das metas, era reduzir a 75% a mortalidade materna.

⁴Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são um conjunto de medidas e metas elaborado no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU) para promover um melhor desenvolvimento das sociedades: Acabar com a fome e com a miséria; Educação Básica de qualidade para todos; Igualdade entre os sexos e valorização da mulher; Reduzir a mortalidade infantil; Melhorar a saúde das gestantes; Combater a AIDS, a malária e outras doenças; Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; Todo mundo trabalhando para o desenvolvimento.

Essa meta não foi alcançada, apesar dos avanços conquistados. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1990 e 2015, as mortes foram reduzidas de 143 para 60 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, o que representou redução de 58%. Entretanto, o número volta a subir, em 2016, distanciando o país da meta estipulada pela ONU – máximo de 35 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, até 2015. (OMS)

A mortalidade materna é todo óbito causado ou relacionado à gestação (durante a gravidez, no parto, ou até em 42 dias após o parto). Segundo o Ministério da Saúde, em sua maioria, as mortes são geradas por hipertensão, infecções, hemorragias ou abortos forçados. Segundo a OMS, cerca de 92% dos óbitos maternos são evitáveis. Em 2015, novos objetivos foram propostos para serem atingidos até 2030, nomeados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A nova meta brasileira relacionada à mortalidade materna é: 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, até o ano de 2030.

A pesquisadora Kátia Silveira da Silva, em postagem realizada no portal das boas práticas da Fiocruz em 2018, sobre a mortalidade materna no Brasil, apontou que a mortalidade materna reduziu para 60 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, considerado ainda um número elevado. Vale ressaltar que esse número é seis vezes maior que nos países desenvolvidos da Europa ou América do Norte como o Canadá. A pesquisadora da Fiocruz considera também em sua postagem que a mortalidade materna nas regiões do Brasil Norte e Nordeste é 50% maior que a região Sul e Sudeste (BITENCOURT, 2013).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2015):

Até 2030, a taxa de mortalidade materna global deve ser reduzida para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Constatou-se que 303 mil mulheres morreram por complicações na gravidez e no parto em 2015. Quase todas essas mortes ocorreram em países de baixa e média renda (99%). Reduzir a mortalidade materna depende crucialmente de garantir que as mulheres tenham acesso a cuidados de qualidade antes, durante e após o parto.

É necessário mobilizar gestores, profissionais de saúde e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) para a necessidade de promover, proteger, dar suporte, acesso e qualidade à saúde de gestantes e puérperas. A redução da mortalidade materna permanece um grande desafio da saúde, da ética e da equidade social, de gênero e raça.

O Boletim epidemiológico n.º 20 do Ministério da Saúde 2020 descreve que:

A redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Se configura como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento.

Dados disponíveis desde 2007 mostram que menos da metade de todos os nascimentos em vários países de baixa e média renda foram atendidos por pessoal de saúde qualificado. Globalmente, estima-se que mais de 40% de todas as gestantes não receberam cuidados pré-natais em 2013 (OMS, 2018). A maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde.

Vale ressaltar que:

Outro dado importante para orientar as intervenções na prevenção do óbito materno é conhecer a causa do óbito. O termo causa, nesse contexto, é entendido como a doença ou diagnóstico que levou à morte da mulher. As causas de óbitos maternos são divididas em três grupos. Obstétricas diretas: são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Sua ocorrência é altamente dependente da qualidade da assistência ao planejamento familiar ou ao pré-natal e parto. Exemplo: aborto, hemorragias, hipertensão específica da gravidez e infecção puerperal. Obstétricas indiretas: são causadas por doenças que estavam presentes antes da gravidez ou que surgiram durante a gravidez, não provocadas por causas obstétricas mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, exemplo: tuberculose, HIV, doença cardíaca, malária, dengue e pneumonias. Por fim as não especificadas: quando não se sabe a causa da morte (BITTENCOURT, 2013, p. 62).

A estratégia Rede Cegonha instituída pela portaria nº 1459 de 24/06/2011, trouxe uma rede de cuidados à mulher, estratégias de atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança, além do direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Além disso, a portaria nº 1020 de 29/05/2013 instituiu diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e enfatiza a importância da equipe multidisciplinar para assistência às gestantes durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2013).

De fato, a Rede Cegonha no SUS, visa   redução das taxas de mortalidade materna e infantil. Muitas das mortes de mulheres e recém-nascidos no Brasil, são por causas conhecidas e evitáveis, geralmente relacionadas à falta de acesso a serviç os de assistência   saúde materno-infantil de qualidade (BRASIL, 2011).

No Ceará, os números mostram que a Razão de Mortalidade Materna está aquém do esperado pelo Ministério da Saúde. No período de 1998 a 2012, foram confirmados 1.754 óbitos maternos com uma média anual de 117 óbitos maternos e mensais de 10 óbitos maternos. No período de 1988 a 2004, a Razão de Mortalidade Materna apresentou uma tendência de estabilização, com uma média para o período de 85.7 por 100.000 nascidos vivos, sendo quatro vezes maior do que o aceitável (CEARÁ, 2013). Vale ressaltar que houve

redução de 31% dos óbitos maternos nos anos de 2014-2016, passando de 135 em 2014 para 93 em 2016 (SESA, 2017). De fato importante considerar também a questão da subnotificação o que é uma realidade não somente no estado do Ceará, mas no Brasil de modo geral.

De acordo com a nota técnica do monitoramento de eventos em saúde pública da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) em 30 de julho de 2020, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no ano de 2019, foi de 55,2/ 100.000 nascidos vivos e até junho de 2020 estava em 49,4 por cem mil nascidos vivos (NV), considerando à época um número significativo de mortes maternas por COVID (SESA, 2020).

A redução da morbimortalidade materna e perinatal está diretamente relacionada com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário. Por isso, impõe-se a exigência de que, estados e municípios organizem a rede de atenção obstétrica, que contemple todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e responsabilidades correspondentes. Neste âmbito, o acesso aos serviços de saúde, durante a gravidez e parto, constitui um direito básico da mulher, a remeter a uma questão de saúde pública.

Cabe circunscrever os significados da própria noção de acesso a serviços de saúde e, neste sentido, acesso está vinculado a dimensões-chave no campo dos direitos, quais sejam: desigualdade, equidade, justiça social, necessidade de saúde, utilização de serviços e qualidade dos serviços. A depender do grau de relação com outros conceitos, as diversas definições de acesso podem ser consideradas como mais restritas ou mais abrangentes (ITURRI, 2014).

As redes de atenção à saúde são chamadas a incorporar, como ponto central, o critério de acesso. Assim, o desenho das redes faz-se combinado dialeticamente, de um lado a economia de escala e qualidade dos serviços e de outro, ao acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2009).

Ao focar o acesso à saúde ou, acesso a serviços de saúde, adentra-se em um campo de discussões e debates. Encontra-se uma multiplicidade de conceitos a configurarem acesso a saúde de diferentes formas. Segundo Mendes (2002):

O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo da oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; a distância dos serviços de saúde.

Em se tratando de gravidez de alto risco, considero acesso como “a porta de entrada” de uma gestante considerada de alto risco em busca de um acompanhamento sistemático para assegurar a assistência e resolutividade, de acordo com sua necessidade.

Em 2006, no Brasil, o Ministério da Saúde, implementou uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde com a constituição de Complexos Reguladores, em termos de uma organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde (BRASIL, 2006). A operacionalização das ações de regulação traz um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde, ao reforçar e qualificar as funções gestoras, otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, conseqüentemente, proporcionando aos usuários do SUS melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde (BRASIL, 2006). A rigor, a Central de Regulação tem a prerrogativa de otimizar a vaga para a gestante, submetida a uma série de entraves, decorrentes da falta de vagas ou de exigências burocráticas do próprio fluxo de atendimento..

O panorama no Brasil com relação à gestante para acesso ao Pré-Natal de alto risco viola os direitos das mulheres, usuárias do Sistema Único de Saúde, pois muitas ficam em fila de espera, com acesso tardio. Tal situação retarda uma resolução de assistência mais efetiva. Vários fatores interferem, mas o principal deles, é a demanda maior que a oferta de vagas, devido a superlotação nas maternidades de referência, interferindo no acesso da gestante de alto risco em tempo oportuno e garantia do parto (BRASIL, 2012).

O objetivo da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possua maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis conseqüências adversas (BRASIL, 2015).

Na sistemática do SUS, a rede de assistência à gestante, configurada como Rede Cegonha, inicia-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), quais sejam, os Postos de Saúde nos diferentes bairros e regionais. Tal rede está organizada em quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico, incluindo-se Transporte Sanitário e Regulação. Uma vez iniciado o pré-natal na UBS, a gestante deve realizar os exames e ter os resultados em tempo oportuno. Com base no exame clínico e nos resultados desses exames de rotina, deve ser avaliado se a gestação é de alto risco. Em caso positivo, esta gestante deverá ter garantido o encaminhamento e o acompanhamento pré-natal de alto risco, em um serviço especializado. No entanto, mesmo com este encaminhamento, a equipe de Atenção Básica deve continuar acompanhando essa gestante, de modo que se mantenha o vínculo na UBS, e podendo, assim, ser prestado cuidado integral à gestante e sua família (BRASIL, 2012).

No processo de regulação, a Central do Estado do Ceará atua de forma unificada. De fato, são oito os serviços em Fortaleza, que ofertam vagas para o Pré-natal de alto risco e esta oferta de vagas é direcionada para os diferentes locais, considerando a capital Fortaleza, com um maior número de vagas que outros municípios do Estado. A regulação de acesso é feita pelo profissional médico.

Mensalmente, Fortaleza recebe a oferta de vagas para o pré-natal de alto risco, que são inseridas na Central de Regulação do SUS do Estado do Ceará (CRESUS). O processo de acesso inicia-se na UBS e, segundo avaliação do profissional médico, a gravidez é estratificada como gravidez de alto risco e solicitado o devido encaminhamento. Esta gestante é inserida na Central de Regulação e o médico regulador, a partir da história desta mulher gestante, libera a vaga de acordo com o perfil de cada serviço, considerando se é atenção de nível secundário ou terciário. Senão vejamos: a maternidade do estudo recebe casos de malformação fetal, outros serviços não; já outra instituição de nível secundário recebe casos com menos gravidade. O médico (a) regulador (a) tem o conhecimento do perfil de cada local de atendimento e quando este profissional regula, o posto visualiza e a gestante recebe do posto, um boleto com a regulação. Quando o caso é mais urgente e essa gestante não pode esperar, os técnicos passam para a articuladora do município de Fortaleza, e ela tenta agilizar com a Central Regulação. Geralmente, o médico (a) regulador(a) regula em cinco dias. Alguns problemas são enfrentados pela mulher gestante de alto risco para ser devidamente regulada pela Central. No sistema tem que haver a vaga, caso contrário, entra na demanda reprimida, ficando na lista de espera.

Outro problema são as pendências, caso haja falta de algum dado clínico ou de informações pessoais. Neste caso, a solicitação referente a esta gestante, via sistema, retorna para o posto de saúde que precisa estar vigilante diariamente para atender esta demanda, o que, muitas vezes não acontece com a imediatividade necessária. Assim, ocorre uma demora para a mulher que está a viver uma gravidez de alto risco.

Semanalmente, a Maternidade em estudo oferta 40 vagas para o município de Fortaleza, 06 para Secretaria de Saúde do Estado (SESA) e 10 distribuídas para interconsultas externas. Algumas situações são extras ofertas de vagas, não entrando pelo serviço de triagem. Logo o acesso desta gestante é aberto, com marcação direta no pré-natal de alto risco. Neste caso, estão incluídas as gestantes portadoras do Vírus HIV, as encaminhadas da unidade de imagem do serviço e gestantes de alto risco que foram internadas pela emergência, e encaminhadas para a clínica obstétrica da maternidade. Os critérios para acesso à maternidade sofrem alterações, desde 2017, restringindo mais ainda a porta de entrada para as gestantes de alto risco, devido a superlotação na unidade neonatal e no próprio ambulatório de pré-natal de alto risco.

A Maternidade em estudo é certificada como “Hospital Amigo da Criança” desde 1993 e, em 2011, foi considerada como prioritária para implementação da Rede Cegonha. De fato, a gestão da Maternidade está sempre envolvida em seguir o que preconiza a Rede Cegonha. Para o componente pré-natal as ações preconizadas são: acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; o seguimento (acompanhamento) preconizado pela rede; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local onde será realizado o parto.

No entanto, a maternidade de referência, para todo o Estado do Ceará, enfrenta uma questão recorrente de superlotação. Esta questão repercute nos critérios de acesso ao pré-natal de alto risco. Em verdade, verifica-se uma restrição de critérios, ao longo do tempo, desde 2017, quando teve início o serviço de triagem para o pré-natal de alto risco. Atualmente, temos como critérios estabelecidos pelo serviço, para admissão ao pré-natal de alto risco as seguintes patologias, maternas ou fetais: abortamento habitual (três ou mais abortos); alterações genéticas maternas; antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; cardiopatias maternas; Diabetes Mellitus tipo I e tipo II; Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) em uso de medicação; distúrbios hipertensivos na gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional pré – eclampsia); doenças autoimunes (Lupus Eritematoso Sistêmico, outras colagenosas); doenças hematológicas; doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária rubéola, Citomegalovírus), doenças neurológicas; diagnóstico ou suspeita de transtornos mentais graves com sintomas ativos/recentes (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, psicose não orgânica não especificada, transtorno afetivo bipolar, depressão grave, recorrente ou episódio único, com ideação suicida ou psicose) com outras comorbidades; endocrinopatias; esterilidade/infertilidade com algum tipo de tratamento; gemelaridade monocorriônica ou dicoriônica com restrição ou malformação fetal; hanseníase; pielonefrite (2 ou mais episódios); malformações fetais; nefropatias graves, NIC III ou câncer de colo invasor; obesidade mórbida ($IMC \geq 40$); pneumopatias graves; restrição de crescimento intrauterino; suspeita clínica de câncer de mama ou MMG \geq BIRADS IV; tuberculose; isoimunização; prematuridade (indicação de cerclagem ou colo curto) e, por fim, idade gestacional < 26 semanas.

Para a restrição dos critérios, algumas patologias foram excluídas desde a criação do serviço de triagem; oligoâmnio; transtornos psiquiátricos sem outras comorbidades, gemelaridade dicoriônica e diamniótica sem comorbidade; Diabetes Mellitus Gestacional sem uso de medicação; e cardiopatia fetal.

É deveras importante considerar que os critérios do MS têm uma maior amplitude para a estratificação da gravidez de risco. A rigor, o ministério tem marcadores e fatores

gestacionais de risco bem mais abrangentes, incluindo determinados grupos de mulheres que ficam excluídas dos critérios da maternidade de referência. Pode-se considerar que isto pode ter a ver também com restrições orçamentárias, dos diversos níveis de atenção a contento seu papel sobrecarregando um serviço de mais elevada densidade tecnológica.

Segundo o MS (BRASIL, 2012), os fatores e marcadores de gravidez de risco estão assim configurados:

1. Características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis: idade maior que 35 anos; idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; altura menor que 1,45m; peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC < 19 e IMC > 30); anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; hábitos de vida, como histórico de tabagismo e etilismo; exposição a riscos ocupacionais, como esforço físico, carga horária elevada, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
2. História reprodutiva anterior: abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; parto pré-termo anterior; - esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e grande multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; diabetes gestacional; cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
3. Condições clínicas preexistentes: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias.
4. Condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual, como desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; Rotura Anteparto de Membranas Ovulares (RAMO); hemorragias da gestação; insuficiência istmo-cervical; aloimunização; óbito fetal; intercorrências clínicas, como doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças

do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

5. História reprodutiva anterior: abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; parto pré-termo anterior; - esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e grande multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; diabetes gestacional; cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
6. Condições clínicas preexistentes: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias.
7. Condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual, como desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; Rotura Anteparto de Membranas Ovulares (RAMO); hemorragias da gestação; insuficiência istmo-cervical; aloimunização; óbito fetal; intercorrências clínicas, como doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); doenças clínicas.

Ao circunscrever a ótica do MS sobre a gravidez de risco, é importante destacar que a adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação e, sim, determinadas condições de gravidez na adolescência.

Em 2017, a implementação do serviço de triagem elaborou critérios clínicos obstétricos mais rigorosos na maternidade de referência. Com isso, os critérios de gravidez de alto risco ficaram bem demarcados, limitando-se ao campo clínico-obstétrico. Em meados de 2018, verificou-se uma outra mudança nos critérios da Maternidade para acesso ao pré-natal de alto risco, tornando ainda mais restrito o acesso. A princípio, todas as gestantes portadoras de diabetes mellitus, oligoâmnio, gravidez gemelar, idade gestacional maior que 26 semanas, eram consideradas como critério de alto risco pra maternidade, e hoje, não. Nesta perspectiva, a

maternidade de referência restringe seus critérios a clínico- obstétricos e, a cada ano, tais critérios ficam mais restritos.

Diante deste quadro, o meu interesse está voltado para avaliar o acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco da maternidade de referência para Rede Cegonha. Assim, demarco como questionamentos norteadores:

- a) Qual o perfil sócio econômico demográfico e obstétrico, da gestante referenciada e admitida no pré-natal de alto risco da Maternidade referência para a Rede Cegonha?
- b) Quais os possíveis entraves e dificuldades vivenciados pela gestante de alto risco desde a Unidade Básica de Saúde (UBS) até a Maternidade referência da Rede Cegonha, na ótica das gestantes e dos profissionais?
- c) Qual a percepção da gestante e dos profissionais da rede cegonha em relação ao pré-natal de alto risco desenvolvido na maternidade de referência?

Assim, o trabalho investigativo, materializado nesta dissertação, teve como objetivo geral Avaliar o acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência para a Rede Cegonha. Nesta perspectiva, trabalhei especificamente no sentido de atender os seguintes objetivos específicos: Caracterizar o perfil sócio-demográfico e clínico obstétrico da gestante de alto risco; Configurar o percurso de acesso da gestante desde a identificação da necessidade da vaga até a admissão no serviço de pré-natal de alto risco; Compreender as percepções das gestantes e dos profissionais em relação ao acesso⁵da gestante ao pré- natal de alto risco; e, por fim, identificar as possíveis dificuldades no acesso ao pré-natal de alto risco vivenciados pelas gestantes de alto risco, na ótica das gestantes e profissionais.

⁵Pode-se relatar que anteriormente à implementação do serviço de triagem no Serviço de Medicina Materno Fetal (SMMF), o acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco na Maternidade de referência do estudo, era através de uma oferta de cinco vagas para cada médico obstetra do pré-natal de alto risco, todas as vagas externas, ofertadas para Fortaleza. No caso de gestantes provenientes do interior, as secretarias municipais de saúde do interior, tentavam resolver casos de acesso destas gestantes, através de solicitações via telefone. Os profissionais do serviço, tentavam encaixar estas gestantes do interior, dependendo da gravidade do caso, mas não havia uma definição oficial, para esses casos. Algumas gestantes de Fortaleza, eram encaminhadas pela UBS sem atender os critérios de gravidez de alto risco e assim retornavam ao posto de saúde com a contra referência. Diante a recorrente situação de encaminhamentos indevidos pela UBS e organização do serviço, surgiu a triagem para o pré-natal de alto risco em 2017.

3 PERCURSOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA

Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condiciona mutuamente. De fato, o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das reflexões, das análises e dos percursos metodológicos. A esta trilogia acrescento sempre que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora. (MINAYO, 2011). Fazer ciência no campo das Políticas Públicas e, especificamente da Avaliação de Políticas Públicas exige uma especificidade: construir um desenho metodológico que articule metodologia da Avaliação de Políticas Públicas e metodologia da pesquisa social.

O Mestrado Profissional de Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC), nos anos 2000, deflagrou um processo de crítica à perspectiva positivista de avaliação de políticas e programas sociais, denominado de perspectiva tradicional. Nesta perspectiva, efetiva uma ruptura caminhando no sentido de um novo paradigma, qual seja, o da Avaliação em Profundidade (RODRIGUES, 2008; CARVALHO, 2010).

Neste nosso trabalho de pesquisa avaliativa foi desenvolvido uma investigação inspirada na perspectiva na avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008, 2011). Em verdade, entendemos que essa perspectiva, aproxima-se do caminho circunscrito por Raul Lejano: Uma avaliação com a articulação entre o texto do programa (marcos legais, conceitos, objetivos e ações) e os seus distintos contextos: histórico, econômico, político e social (LEJANO, 2011, 2012). São duas alternativas situadas no campo denominado por Alcides Gucci de paradigmas de avaliação contra hegemônica (GUSSI e OLIVEIRA, 2015).

Em acordo com a proposta de Rodrigues (2008), a atenção primeira deve ser dada ao material institucional, aos textos das políticas e dos demais documentos oficiais, referidos à situação em estudo. Vale frisar, no entanto, que esta formulação distingue-se radicalmente das abordagens positivistas.

A metodologia de avaliação em profundidade de políticas públicas não obedece a modelos a priori, mas, sim, constitui uma construção processual do avaliador- pesquisador, que faz suas escolhas metodológicas ao longo do processo avaliativo. Isso implica um exercício de reflexão constante do avaliador quanto ao seu lugar sociopolítico, exigindo uma vigilância permanente para não cair nas armadilhas da subjetividade, dos seus próprios interesses e da sua vinculação institucional com a política pública, o que pode implicar em vieses avaliativos (CARVALHO E GUSSI, 2011).

Nesta direção, o avaliador deve tentar compreender como os diferentes atores envolvidos concebem as políticas e entendem os seus resultados e impactos, a partir de referenciais próprios de sua cultura. Nessa postura, a avaliação tende a ser multireferenciada, pois contempla os vários destinatários das políticas e os significados que dão a elas, sem que se atribua a esses significados uma hierarquia de valores que tende a julgar sob o prisma de um único agente envolvido na política (GUSSI; OLIVEIRA, 2016).

Para o estudo é importante circuncrever os eixos da avaliação em profundidade que embasam o caminho da pesquisa.

Segundo Rodrigues (2008), a proposta da avaliação em profundidade, nos oferece mais subsídios para sua análise por ter uma maior fundamentação teórica, que contempla quatro eixos relevantes para análise de uma política:

1) Análise de conteúdo do programa com atenção a três aspectos: formulação ,objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação; bases conceituais: paradigmas orientadores e as concepções e valores que os informam, bem como os conceitos e noções centrais que sustentam essas políticas; coerência interna: não- contradição entre as bases conceituais que informam o programa, a formulação de sua implementação e os itens priorizados para seu acompanhamento, monitoramento e avaliação. Esses três aspectos dizem respeito à análise do material institucional sob forma de leis, portarias, documentos internos, projetos, relatórios, atas de reuniões, fichas de acompanhamento, dados estatísticos e outros.

2) Análise de contexto da formulação da política: Levantamento de dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas em que foi formulada a política em estudo, com atenção para a articulação entre as instâncias local, regional, nacional internacional e transnacional. Apreensão do modelo político, econômico e social que sustentou a política à época de sua formulação. Levantamento de outras políticas e programas correlacionados à política em foco. Atenção ao marco legal que ampara a política, articulando-o ao contexto referido nos itens anteriores. É importante observar que o conjunto de itens acima elencados demandou um levantamento de dados primários e secundários cuja extensão será ditada pelas especificidades contextuais e históricas da própria política em foco e das políticas a ela relacionadas.

3) Trajetória institucional de um programa: Esta dimensão analítica pretende dar e perceber o grau de coerência/dispersão do programa ao longo do seu trânsito pelas vias institucionais. Desta perspectiva, um programa gestado na esfera federal, para ser avaliado, necessita a reconstituição de sua trajetória 5, percebendo o pesquisador as mudanças nos sentidos dados aos objetivos do programa e à sua dinâmica conforme vai adentrando espaços

diferenciados e, ao mesmo tempo, descendo nas hierarquias institucionais até chegar à base, que corresponde ao contato direto entre agentes institucionais e sujeitos receptores da política. Para a apreensão da trajetória institucional é fundamental a realização de pesquisa de campo com a realização de entrevistas com diferentes agentes e representantes de instituições envolvidas na formulação e implementação de uma mesma política. Ao recompor esta trajetória, é importante que se atente para os aspectos culturais inerentes a esses espaços institucionais e organizacionais.

4) Espectro temporal e territorial: Por meio desta dimensão analítica, procura-se apreender a configuração temporal e territorial do percurso da política estudada de forma a confrontar as propostas/objetivos gerais da política com as especificidades locais e sua historicidade. A apreensão dessa configuração coloca algumas questões em destaque: as possibilidades de articular, na avaliação, as perspectivas e objetivos de propostas generalizantes às particularidades locais; as possibilidades de implementação de políticas, de forma localizada, que levem em conta seu percurso temporal e territorial.”

O estudo agregou três dos eixos itens da avaliação em profundidade, quais sejam: análise de conteúdo do programa; análise do contexto da política; trajetória institucional do programa.

Para viabilizar estes eixos constitutivos da avaliação em profundidade foi desenvolvido uma pesquisa social de cunho qualitativo com aportes quantitativos, circunscritos em tabelas e gráficos. Especificamente no sentido da análise de conteúdo, da trajetória da política e da análise de contexto foi desenvolvida pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e trabalho de campo.

Para adentrar na pesquisa bibliográfica e pesquisa documental foram consultados as bases de dados: Scielo, BIREME, LILACS, BVS e Biblioteca FIOCRUZ⁶.

A consulta sistemática a estas bases de dados propiciaram o levantamento de vasto material, em termos de artigos, de livros, de dissertações de mestrado, teses de doutorado,

⁶Metodologia LILACS é um componente da Biblioteca Virtual em Saúde em contínuo desenvolvimento, constituído de normas, manuais, guias e aplicativos, destinados à coleta, seleção, descrição, indexação de documentos e geração de bases de dados; BIREME Centro Latino- Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, é um organismo internacional, centro especializado que faz parte da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde; SCIELO uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento científico e tecnológico; BVS é a Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde; FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz.

normativas, portarias, leis e manuais do Ministério da Saúde, que nos propiciaram suporte teórico e documental para pesquisa avaliativa.

Cabe ressaltar a importância da pesquisa bibliográfica como um dos pilares da avaliação em profundidade a fornecer inspirações sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, Rede Cegonha, Gravidez de Alto Risco bem como sobre conceituações básicas no âmbito do estudo: saúde, saúde da mulher, acesso, gestação, pré-natal de alto risco, acolhimento, humanização.

Igualmente, a pesquisa bibliográfica possibilitou a reconstrução dos contextos determinantes na formulação e implementação da Rede Cegonha e do Pré-Natal de Alto Risco como segmento desta Rede.

Por sua vez, a pesquisa documental é decisiva para acesso ao conteúdo da política e à sua trajetória. Neste sentido afirma os estudiosos Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 4):

Quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos: para pesquisar precisamos de métodos e técnicas que no. A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, nas modalidades de coleta de informações, e no tratamento por meio de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 2011).

Cabe conferir especial destaque à dinâmica da pesquisa documental que subsidiou esta produção. Inicialmente, fiz uma coleta de portarias, documentos, censos, registros com relação a temática do estudo, através dos sites e no próprio serviço de triagem do pré-natal de alto risco na maternidade de referência, anteriormente especificados. Após o levantamento dos documentos, livros de registros, no sentido de selecioná-los fiz a leitura de cada um, com fichamento dos pontos importantes para o estudo, sobretudo os documentos pertinentes à Rede Cegonha.

A pesquisa de campo constitui o ápice da nossa investigação, buscando configurar a percepção de diferentes sujeitos: gestantes que tiveram acesso ao pré-natal de alto risco; profissionais de nível superior e também de nível técnico atuantes na maternidade de referência e profissionais atuantes na Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, incluindo gestores.

Nesta incursão em campo busquei ouvir os sujeitos, resgatando suas percepções e os significados por eles atribuídos ao pré-natal de alto risco.

Minayo (2010), descreve que a pesquisa qualitativa lida com o universo de significados, crenças, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo

das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis.

Para a autora, o trabalho de campo é o momento de aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou suas questões e/ou seu problema. É o momento em que o pesquisador tem a possibilidade de interagir com os sujeitos que conformam a realidade investigada. O caminho percorrido para o trabalho de campo.

No desenvolvimento deste trabalho de campo, tomou-se como locus a maternidade de referência para RC, localizada em Fortaleza, Ceará, considerada instituição do SUS e pioneira na implantação da RC em 2011. Esta maternidade é de grande porte, de alta complexidade e classificada como nível de Atenção terciária, caracterizando-se também como instituição assistencial, mas também ensino e pesquisa. Vale ressaltar que a maternidade tem especialidades em ginecologia, obstetrícia e neonatologia. Quanto os serviços ofertados cabe destacar: emergência obstétrica; centro de parto normal; Centro cirúrgico; Unidade de clínica obstétrica e puerpério; unidade de cirurgia ginecológica; UTI materna e neonatal; alojamento conjunto; Banco de Leite Humano; Unidade de Imagem; e Casa da Gestante. Esta casa dá um suporte às gestantes de risco que precisam de um monitoramento e aguardam resolução obstétrica, principalmente gestantes do interior. No que se refere ao serviço de ambulatório pode-se dizer que é especializado em ginecologia, obstetrícia e neonatologia, com o serviço de “follow up”⁷. Convém ressaltar que o Serviço de Medicina Materno Fetal (SMMF), na maternidade de referência, oferece o pré-natal de alto risco constituído por uma equipe multidisciplinar composta de: 12 obstetras; 3 enfermeiros; 6 técnicas de enfermagem; 2 assistentes sociais; 1 psicóloga; 1 psiquiatra; 1 nutricionista; 1 geneticista, 2 cardiologistas; 2 endocrinologistas; 1 reumatologista; e 1 infectologista.

Quanto ao número de atendimentos foi constatado uma média de 500 gestantes por mês, considerando as consultas de pré-natal, realizadas por obstetras. Quando se insere as consultas da equipe multidisciplinar a média de atendimentos fica aproximadamente 800 consultas/mês. Convém ressaltar que a maternidade é referência para o pré-natal de alto risco e pré-natal de gestantes adolescentes.

A pesquisa de campo foi realizada no período de abril à julho de 2020, sendo a população pesquisada constituída de 98 gestantes e 27 profissionais da RC, sendo 17 atuantes

⁷Para Mello e Meio 2003, “Follow up” é seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Ambulatórios de follow-up são destinados a acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças consideradas de alto risco.

no pré-natal de alto risco na maternidade de referência e 10 da SMS de Fortaleza, sendo 3 gestores e 7 profissionais assistenciais da ESF.

Os critérios de inclusão, para a seleção do estudo, foram os seguintes: gestantes de alto risco, maiores de 18 anos e encaminhadas das UBS de Fortaleza, com patologias maternas e/ou fetais que atendam aos critérios para acesso ao pré-natal de alto do risco da instituição. Os critérios de exclusão foram os seguintes: gestantes que não passaram pelo fluxo da rede, considerando as gestantes encaminhadas por interconsultas externas, gestantes portadoras de retrovírose por terem marcação direta no serviço, gestantes do interior, adolescentes e as que conseguiram a vaga por enaminhamento e/ou facilitação de algum profissional da maternidade em estudo.

Para adentrar no campo, desenvolvi um estudo exploratório no serviço de triagem, onde atuamos como enfermeira obstétrica. Para tanto, fizemos um levantamento durante um mês, equivalente a quatro quartas-feiras, dia da semana que ocorria a triagem. Elaboramos uma ficha para coleta de dados, na qual constavam informações, como: idade; procedência; idade gestacional; data do encaminhamento; data que conseguiu ir para triagem; motivo do encaminhamento; permanência ou não no serviço; reações das gestantes que não foram integradas no pré-natal de alto risco; primeira consulta do pré-natal, caso tenha ficado; informação quanto à fila de espera. Trabalhei esta ficha com todas as gestantes que ficaram e as que não ficaram no serviço (APÊNDICE A). Assim constatamos o quantitativo de gestantes inseridas no pré-natal de alto risco na maternidade de referência e o quantitativo das que foram contra referenciadas. Feito o estudo exploratório, continuamos o trabalho de campo, entrevistando gestantes, profissionais da ESF, gestores da SMS e os profissionais da maternidade de referência, atuantes no pré-natal de alto risco.

Em função da pandemia do COVID-19, tivemos que reestruturar toda dinâmica prevista para o estudo de campo, que deveria ocorrer de forma presencial. Com a pandemia, tivemos que recorrer a outras vias de contato, com o apoio de duas profissionais da linha de frente que se dispuseram a apoiar o nosso trabalho de campo.

Todas as entrevistas foram realizadas por contato telefônico, devido o período da pandemia COVID-19 e a maternidade estar com restrições, não sendo permitido realização de pesquisas na instituição. Como pesquisadora, permanecemos, neste período em trabalho remoto, realizando a pesquisa em domicílio. Os dados cadastrais, dados das consultas das gestantes foram levantados por duas profissionais que estavam na linha de frente no serviço e que passavam, então, tais dados para o nosso controle.

Para os profissionais da SMS, os termos de consentimento foram encaminhados por email. Já para os profissionais atuantes no pré-natal da maternidade, o termo de consentimento foi entregue pelas duas profissionais que estavam na linha de frente.

Convém esclarecer que as gestantes assinavam o termo de consentimento no dia da consulta do pré-natal.

A entrevista realizada com profissionais (APÊNDICE B e C) foi realizada mediante um questionário com questões abertas norteadoras e as falas foram gravadas por meio do celular e, posteriormente, transcritas.

É importante demarcar o conteúdo trabalhado na pesquisa de campo. Especificamente em relação às gestantes, foram levantadas informações para construção de um perfil socioeconômico e demográfico, bem como dados para o perfil obstétrico. Também foi configurado o percurso da gestante desde a UBS até o acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência, tendo por base relatos das próprias gestantes, via entrevista por telefone, orientada por um questionário (APÊNDICE D).

No tocante aos profissionais da RC a entrevista incidiu nas dificuldades enfrentadas pela gestante de alto risco no percurso para acesso ao pré-natal, focando sua avaliação sobre a RC. Os dados dos perfis socioeconômicos e demográficos e obstétrico, bem como dados do acesso ao pré-natal, foram submetidos a uma análise estatística mediante o programa Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows.

Todo o material empírico levantado nas entrevistas foi transcrito e trabalhamos este material mediante análise de conteúdo por tema (CARVALHO, 1983; FONTENELE, 2013). Foram definidos temas a saber:

- 1- Acesso e percursos das gestantes ao pré-natal de alto risco: olhares e vivências
- 2- Rede Cegonha: Avaliação da RC na ótica dos profissionais;
- 3- Pré-natal de alto risco: Avaliação das gestantes e dos profissionais;
- 4- Percurso das gestantes para o pré-natal de alto risco na visão dos profissionais: acesso e dificuldades

A leitura e releitura dos textos relativos as entrevistas foi realizado inúmeras vezes e por fim a análise foi desenvolvida e está consubstanciada nesta dissertação.

3.1 Aspectos éticos da investigação avaliativa

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da maternidade de referência , locus do estudo. Foram assegurados os princípios éticos e legais para pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo aprovado com parecer nº625.818 (BRASIL, 2012) . Foi obtido o consentimento esclarecido de todas as gestantes e profissionais entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) nos apêndices E e F, respectivamente. As entrevistas e gravações foram realizadas por meio de celular e em local reservado. Durante a entrevista, as gestantes e profissionais foram assegurados da privacidade, sigilo, a liberdade de resposta e o anonimato.

Garantimos ainda a liberdade da gestante ou profissional para retirar-se da pesquisa a qualquer momento As intuições também foram preservadas no anonimato. Quanto aos riscos oferecidos pela pesquisa eles estão associados à informações obtidas pelas gestantes de alto risco e profissionais entrevistados sobre o percurso e acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco. Quanto aos benefícios da pesquisa, conhecer quem são as gestantes admitidas no pré-natal de alto risco, seu acesso ao serviço de saúde, seu percurso na rede Cegonha e as dificuldades encontradas , acreditou-se na possibilidade de contribuir para a melhoria da assistência das gestantes de alto risco, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna perinatal e neonatal.

4 INSPIRAÇÕES TEÓRICAS: CONCEPÇÕES NORTEADORAS PARA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE

Para poder compreender e discutir a questão do acesso ao pré-natal de alto risco na rede pública, mais especificamente na Maternidade de referência para RC, necessário se faz, como base de inspiração teórica, configurar determinadas noções básicas. Definimos como base conceitual de reflexão, as seguintes categorias: saúde; saúde da mulher, gravidez de alto risco, gestação como questão de saúde pública; acolhimento e humanização. Considerou-se um capítulo do processo avaliativo garantindo o referencial teórico, metodológico para avaliação em profundidade.

4.1 Concepções de saúde

Parto da discussão fundante das concepções de saúde. Em verdade, tais concepções são históricas, dependendo da dinâmica cultural e sócio histórica.

Antigamente os povos acreditavam que as doenças poderiam ser causadas por elementos naturais ou sobrenaturais. A compreensão se baseava em cunho religioso. Os hindus e chineses consideravam, a doença como desequilíbrio do organismo humano, sendo as causas relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e aos animais. A hegemonia da interpretação mágico-religiosa não impediu o desenvolvimento da observação e da prática empírica, cuja acumulação resultou em sistemas teóricos empiricistas vinculados a uma concepção dinâmica da causalidade, identificável nas antigas medicinas hindu e chinesa (FACCHINI, 1994).

Para os gregos, fatores externos ocasionavam as doenças, surgindo a Teoria Hipocrática, que centrava nos fatores externos ambientais (clima, geografia, alimentação, trabalho excessivo). Então, para alcançar a harmonia perfeita do corpo humano deveriam ser consideradas as estações do ano, as características do vento e da água. Inicia, nesse período, a ideia empírica do contágio (BARATA, 1985).

Na Idade Média, retornou ao caráter religioso. Muitas epidemias aconteceram nesse período, sendo as causas a conjugação dos astros, o envenenamento das águas pelos leprosos, judeus ou por bruxarias. Sob forte influência do cristianismo, a doença toma sentido místico religioso (castigo) e a cura é buscada em poderes miraculosos (reliquias, amuletos, água benta, exorcismo) (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

Ainda, no Renascimento, os estudos empíricos originam a formação das ciências básicas e com isto surge a necessidade de descobrir a origem das matérias que causavam os

contágios (BARATA, 1998). No decorrer da história a modernidade trouxe novamente a reflexão do conceito de saúde-doença.

A Idade Moderna que assistiu a longa transição do feudalismo para o capitalismo, foi também uma época de renascimento, onde o mundo experimentou grandes avanços em todos os campos, notadamente nas ciências que deram um grande salto qualitativo. E mesmo que continuasse e até evoluísse a teoria do contágio – que sustentava e reforçava a doença como algo terno ao homem, colocando-o na condição de um quase impotente receptáculo de doenças e agravos – a reforma protestante, o questionamento da verdade absoluta representada pela Igreja Católica e a queda paulatina da sua forte influência nas cortes da Europa, aos poucos foi deslocando o eixo das discussões sobre causalidade, fazendo com que a discussão assumisse posições mais científicas (LINDEMBERG, 2006).

No período do Renascimento Surge a Teoria Miasmática, cuja explicação da doença estava nas partículas invisíveis, os miasmas. Na Revolução Industrial Surge, também, a Teoria Social da Medicina com alguns revolucionários como Virchow e Neumann, que buscavam a explicação da doença nas condições de vida e de trabalho. No século XIX A partir das descobertas bacteriológicas, o conceito de doença muda novamente, agora centrando a procura da causa em um agente causal de origem bacteriológica (UNA-SUS, 2010).

A revolução sanitária do século XIX pode ser visualizada como um conjunto de intervenções sistemáticas sobre o ambiente físico para torná-lo mais seguro, apoiando-se em abordagens tecnológicas que remontam à Antiguidade clássica. Já haviam sido lançadas as bases da Epidemiologia, voltada para a observação e o registro da ocorrência das doenças nas populações quando a teoria contagionista superou a atmosférico- miasmática, após um embate que perdurou do século XVI ao XIX (ROSEN, 1994; CZERESNIA, 1997).

O modelo biomédico que predominou na história, por muito tempo, até a década de 1970, se modificou ao longo do tempo, ocorrendo as modificações dos modelos de atenção à saúde, que antes era um modelo hospitalocêntrico, no qual acreditava-se que o melhor local para tratar as doenças era no hospital. Além disso, eram um modelo fragmentado, com especializações; tecnicista, centralizado nas tecnologias; positivista, o médico tinha a verdade científica; centrado no individualismo, e não na coletividade. O corpo era considerado máquina e as doenças causadas por um agente causal (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

Podemos contextualizar também que na história da saúde perpetuava as desigualdades, onde os pobres e escravos eram tratados por caridade, nas Santas Casas, os religiosos tratavam esses doentes. Os ricos tinham acesso aos médicos, e assim se curavam das doenças. Isso perpetuou na antiguidade, e idade média, e ainda perpetua na contemporaneidade.

Os ricos com acesso aos planos de saúde e os pobres enfrentando as filas do SUS. O Estado que antes era omissivo aos direitos da saúde, hoje tem como dever oferecer saúde para todos. O SUS, do desejo de desmonte pelos governantes, e isso afeta a saúde das mulheres. Pode-se afirmar que os usuários do SUS, são os ricos e os pobres, no que se refere a campanhas de imunização, epidemias, uso da água etc.

Um movimento marcante para a História da saúde do Brasil foi a Reforma Sanitária. O movimento nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca (FIOCRUZ, 2020).

O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais, e, em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os marcos institucionais que datam o início da Reforma Sanitária foram o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) de 1976, e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) de 1979. Essas instituições se empenhavam na universalidade e equidade da assistência à saúde.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos citar o sanitarista Arouca que foi um líder desse movimento (AROUCA, 1998, p. 1):

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

A participação de intelectuais, profissionais dos sistemas de saúde, parcela da burocracia e organizações populares e sindicais. O objetivo era lutar pela garantia do direito universal à saúde e construção de um sistema único e estatal de saúde. Definiu as estratégias a

serem defendidas na Constituição de 1988 e consolidou a opção pela via institucional. Teve como princípios o conceito ampliado da saúde, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do estado, a defesa de um sistema único, de acesso universal, igualitário e descentralizado de saúde.

Em seu sentido mais abrangente, o conceito de saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Esse conceito complexo e amplo, nos mostra a importância das ações dos governantes para que seja concretizado. As desigualdades sociais e econômicas ficam visíveis na análise desse conceito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1947, apresentou um conceito que fazia uma analogia, considerando o corpo humano uma máquina e a saúde o que gerava o bom funcionamento dessa máquina. A saúde passa a ser de responsabilidade coletiva e não individual, ou seja, o direito a saúde é também obrigação do estado. Embora as definições de saúde venham se modificando ao longo dos últimos anos, a mais conhecida é a proposta pela OMS como sendo saúde “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), realizada em Brasília no ano de 1986, surgiu o conceito ampliado de saúde, produto de intensa mobilização, que surgiu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. Assim, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Assim, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser reconhecida como um direito de cidadania e dever do Estado. Baseado nos princípios da universalidade trata da saúde como direito de cidadania. O modelo anterior é consequência direta da discussão ampla do direito à saúde. Passa de uma cidadania regulada como direito de alguns para uma cidadania plena e que é direito de todos; equidade: assegura que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Acesso universal aos serviços de saúde, se referindo a operacionalização. A Equidade não é igualdade e sim justiça tratar os desiguais desigualmente, o reflexo da estratificação da sociedade, cuja característica é o fato dos indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferentes de realizar seus interesses materiais e integralidade é a prática de saúde e sua relação com o modelo assistencial. “Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade” e nas diretrizes de descentralização, regionalização e participação da comunidade, o SUS reafirma a saúde como um valor e um direito humano fundamental, legitimado pela justiça social.

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário. Tornar pública a trajetória do SUS fortalece sua construção coletiva e estimula a mobilização da sociedade para a superação dos desafios do setor saúde e ampliação dos direitos sociais (BRASIL, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 sancionada em 1990, regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A Lei 8.080 estabeleceu a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados.

Gentian (2008) cita que a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB's) trata do funcionamento e operacionalização do SUS, de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96.

NOB 01/91: definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros

50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc. - redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece em grande parte vigorando até hoje (GENTIAN, 2008).

NOB 01/93: criou critérios e categorias diferenciadas, gestão para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros (GENTIAN, 2008).

NOB-SUS 01/96: representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal (GENTIAN, 2008).

Com o SUS a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Uma conferência importante para compor e contribuir para a mudança de cenário da saúde, foi a conferência de Alma Ata. Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. A Declaração de Alma Ata – documento síntese desse encontro – afirmava a partir de dez pontos que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento. Naquele momento, conforme defesa feita pela própria OMS, a saúde era entendida como “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Portal EPSJV, 2018).

Quatro décadas depois de Alma-Ata, ocorreu a Conferência de Astana, no Cazaquistão, que aconteceu em outubro de 2018, com cerca de dois mil participantes. Teve como objetivo, de acordo com Paulo Buss, um novo compromisso com a APS compatível com o atual momento histórico global e a Agenda 2030 e seus objetivos de desenvolvimento sustentável. O principal produto da Conferência foi a Declaração de Astana.

Ao apropriar-se de todos os valores, princípios e a missão que se coloca para a atenção primária, é um documento de valor. O ataque à atenção primária não vem de Astana, não vem da OMS, o ataque à atenção primária vem de governos neoliberais que querem a privatização de todo o sistema de saúde (NEVES, 2018).

Segundo Buss, a Declaração de Astana traz a leitura da APS seletiva como Cobertura Universal de Saúde, cuja proposta é ampliar o acesso a serviços de saúde, diminuir as dificuldades financeiras das pessoas que utilizam esses serviços e pagam do próprio bolso, além de manter a solidez financeira dos sistemas de previdência.

A Cobertura Universal tem centralidade na cobertura financeira, com responsabilização dos indivíduos e desresponsabilização do Estado, centrando-se no acesso a um seguro saúde, com pacotes restritos à capacidade de pagamento, o que de nenhuma forma garante o acesso aos serviços de acordo com as necessidades de saúde, seja na dimensão individual, e menos ainda na dimensão coletiva (NEVES, 2018).

Conferência em Astana, Cazaquistão, juntou países para melhorar acesso; prestação de serviços de saúde básicos ainda é muito desigual; declaração conjunta estabelece obrigações para alcançar estilos de vida mais saudáveis. Para o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, é necessário continuar a trabalhar porque saúde ainda só está ao alcance de alguns e, por isso, todos têm “a responsabilidade solene de garantir que a declaração sobre cuidados primários de saúde permita que todas as pessoas, em todos os lugares, exerçam seu direito fundamental à saúde.” Embora a Declaração de Alma-Ata de 1978 tenha estabelecido uma base para os cuidados primários de saúde, a OMS alerta que o progresso nas últimas quatro décadas tem sido desigual. Pelo menos metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde incluindo cuidados em doenças não transmissíveis e transmissíveis, saúde materno infantil, saúde mental e saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2018).

Assim o SUS incorporou o novo conceito de Saúde, conseqüentemente um novo modelo de Atenção à saúde. De um modelo médico Assistencial Privatista, modifica para um modelo de vigilância à saúde, onde a atenção primária a saúde (APS), passa a ser a base do atendimento o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em

determinado tempo e em determinada sociedade fonte: mendes ev. as redes de atenção à saúde (OPAS, 2011).

O modelo de atenção passou a ser da fragmentação do atendimento a modelo de atenção integrada em redes. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta ordenadora do cuidado. MSA estrutura operacional das RAS expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de tele assistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (da rede de atenção à saúde) (MENDES, 2009).

A horizontalidade das relações entre os pontos de atenção, objetivando oferta de atenção contínua e integral; o consequente fortalecimento da Atenção Básica como centro de comunicação e o acompanhamento do usuário durante seu percurso nos serviços de saúde; o cuidado multiprofissional e a busca de resultados na saúde, que faça sentido na vida das pessoas. Sob essa perspectiva, as RAS são responsáveis pelos resultados sanitários e econômicos relativos à saúde da população do território e devem ser estruturadas segundo alguns princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e numa relação dialética entre eles. O processo de implantação das RAS, concebido e anunciado nos últimos anos do Governo Lula e iniciado em 2011, já no Governo Dilma, é fruto de um acordo tripartite entre as três esferas de gestão e representa um avanço na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio das RAS, o princípio constitucional da integralidade adquire concretude, materializando-se por meio das conexões e da integração das ações e dos serviços de saúde nos diversos territórios, articulados de forma supra municipal. A fragmentação do processo de atenção em saúde tem sido apontada como importante responsável pela baixa qualidade e pela dificuldade de acesso. Entre os objetivos das RAS, deve ser valorizado o potencial de ruptura da situação de fragmentação. Esse modelo de atendimento se estrutura de forma que a população tenha mais qualidade no atendimento e acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2011). Concretizar o novo conceito de saúde, embora analisando, é bem complexo, pois depende também das ações dos governantes. Saúde para todos é um direito e Dever do Estado.

A RC está inserida na discussão de Rede de Atenção em Saúde (RAS), que tem como objetivo promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar

uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (BRASIL, 2011). A RAS é um avanço nas políticas que envolvem o campo da saúde da mulher, pois assinala para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças, a partir de evidências científicas concretas (MARTINS, 2014).

4.2 Concepções de saúde da mulher

Cabe agora delinear uma outra noção que considero chave, que é a saúde da mulher. Historicamente todas as conquistas das mulheres foram através de lutas. Os movimentos feministas foram relevantes no processo. Ainda se tem grandes desafios e conquistas. E estado de alerta, com os compromissos, desafios e fatos novos.

Ao refletirmos sobre o percurso histórico das lutas, conquistas e desafios vivenciados pelos movimentos de mulheres em meio as diversidades visíveis e invisíveis nos distintos espaços de participação social e de controle, é imprescindível memorarmos as contribuições da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2004), firmando o debate sobre igualdade de gênero e igualdade étnica e racial, pois apesar dos avanços e dos pressupostos constitucionais de 1988, que afirma igualdade de todos perante a lei, ainda há distanciamento entre os escritos formais/legais e as diversas instâncias da vida e da percepção social, dos poderes públicos e as instâncias de governo (BRASIL, 2004).

Em 1986 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, após 30 anos, em 2017, realizou-se a 2ª Conferência, com o tema central “Saúde das Mulheres: Desafios Para a Integralidade com Equidade”, a conferência teve como objetivo propor diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM).

O eixo principal da Conferência foi a Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, contemplando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e as políticas de da População: LGBT (discriminação por orientação sexual e identidade de gênero/preconceito e estigma social), da População em situação de Rua (reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos), da População do Campo, da Floresta e das Águas (redução de riscos decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas. Essa 2ª conferência ocorre no momento histórico de regressão de políticas sociais e de cortes de recursos públicos comprometendo o processo que vinha ocorrendo de implantação da RAS.

Foi no marco da 8ª CNS, que aconteceu a “Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher”, em outubro de 1986, com a participação de 900 pessoas de todos os estados e territórios da Federação, sendo 549 delegados. Acontecia em clima de redemocratização do país e grandes mobilizações sociais na luta por direitos e cidadania (BRASIL, 1987).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres aconteceu em um cenário diferente, de ruptura institucional e de ameaças ao Estado Democrático, aos Direitos Sociais, Trabalhistas e de Proteção Social da população negra. Ainda nesta conferência destacou-se, na agenda do Estado Nacional Brasileiro, as questões ambientais, econômicas e sociais que são alicerçantes e estruturantes da qualidade de vida e da saúde de mulheres e homens, mas que dependem de investimentos elevados por parte do Estado que, agora, estão fora da agenda nesta conjuntura de congelamento de recursos da saúde. Entre outras, destacam-se as seguintes questões prioritárias ao debate da saúde das mulheres nas etapas das Conferências Municipais, Estaduais, Distrito Federal e Nacional: as desigualdades sociais, gênero, raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, geração e as políticas de desenvolvimento saudável, de promoção da saúde e de prevenção de doenças. As mulheres adoecem com mais frequência, em face das precárias condições de inserção no mercado de trabalho e das formas recentes de intensificação do trabalho impostas pelas novas tecnologias e processos produtivos. Porém, estas doenças são tratadas como doença de mulheres, sem nexos causal epidemiológico com o trabalho. Embora as mulheres tenham uma incidência menor de acidentes, afastamentos, aposentadorias e mortes relacionadas ao trabalho, quando comparadas aos homens, a maioria das mulheres sofrem sintomas e doenças causadas pelas condições de trabalho que se tornam crônicas, acompanhando-as até o fim da vida.

O processo de adoecimento das mulheres suscita atenção e implementação de políticas específicas. Dentre elas, estão as políticas de saúde das (os) trabalhadoras (es), envolvendo vigilância, promoção, assistência, recuperação da saúde, reabilitação profissional, normatização e fiscalização, e estão comprometidas no âmbito do SUS, Previdência Social e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

A formação patriarcal da sociedade brasileira gera uma série de desigualdades nas decisões de poder entre homens e mulheres. Levando em consideração as especificidades de raça/etnia, classe, orientação sexual, identidade de gênero, geração, oportunizando desigualdades que se tornam consequências e incidem diretamente sobre a saúde das mulheres, são necessárias ações específicas para esse segmento no SUS, reconhecendo que as mulheres são as principais usuárias do SUS, de acordo com o Plano Nacional de Políticas para Mulheres 2013-2015 (BRASIL, 2013).

A PNAISM necessita considerar a diversidade das mulheres na sociedade brasileira e suas diferentes condições de saúde, reconhecendo as segmentações étnicas e raciais, geracionais, mulheres em situação de rua, orientação sexual e identidade de gênero, moradoras das periferias e meio rural, assim como os povos e comunidades tradicionais.

A PNAISM fundamenta-se nos princípios e doutrinas do SUS (integralidade, universalidade e equidade), dando ênfase, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e tratamento das doenças infecto contagiosas (HIV, HTLV, Hepatites Virais, etc.) e das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, câncer, etc.), visto que as mulheres vivem mais, portanto estando mais sujeitas a esses adoecimentos.

As condições de violência de gênero, em especial a violência doméstica e sexual, o risco para a infecção pelo HIV e outras IST, a gravidez não planejada ou indesejada, os transtornos mentais, o uso abusivo de álcool e outras drogas, incidem de forma significativa nos indicadores de saúde das mulheres, muitas vezes, levando-as às ruas (18% da população em situação de rua é feminina). No meio rural, elas representam 48%. Em seus diferentes modos de vida relacionados predominantemente com a terra, temos uma diversidade entre as que habitam as florestas e/ou são extrativistas, mulheres das águas, pescadoras, marisqueiras, ou camponesas, sejam elas agricultoras familiares, trabalhadoras rurais assentadas ou acampadas e as trabalhadoras assalariadas e temporárias que residem ou não no campo. Dentre esses grupos, podem-se destacar as populações ribeirinhas, aquelas atingidas por barragens, e outras comunidades tradicionais, como quilombolas, indígenas e ciganas. É preciso considerar as dinâmicas geracionais, principalmente aquelas voltadas às jovens e idosas, na sua saúde integral e com respeito a estes ciclos de vida. Há ainda as dinâmicas raciais que incidem de forma significativa nos indicadores de saúde, servindo como agravantes e condicionantes de saúde.

Na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO et al., 2009).

As doenças cardiovasculares ou do aparelho circulatório são as principais causas de morte antes dos 65 anos. No Brasil a mortalidade por infarto agudo do miocárdio entre mulheres no Brasil e as mais relevantes doenças crônicas entre 35 e 44 anos é cerca de quatro vezes superior nas mulheres quando comparados aos dados nos EUA (LEÃO; MARINHO, 1999).

A mulher tem o direito de decidir sobre o próprio corpo, sem deixar-se impor por padrões culturais opressores, de saúde ou de beleza. Direito de realizar um aborto de forma segura, sem risco de morte. Direito de realizar o parto com delicadeza, na forma escolhida pela grávida, e com acompanhamento de confiança. Estas são algumas das demandas dos movimentos sociais no que se refere à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (CASTRO; MARIA, 2014).

Nesta perspectiva da integralidade, o cuidado com a saúde das mulheres ainda esbarra no básico: o acesso com qualidade às ações e serviços. Sobretudo se esta mulher pertence a alguma parcela da população historicamente oprimida em suas culturas, como as mulheres negras e indígenas, e que são também mais dependentes das políticas públicas de saúde. Para Jurema Werneck, há diferença no atendimento dessas mulheres, mas não porque elas sejam de raças ou etnias diferentes, e sim pela presença arraigada do racismo e os impactos que isso gera.

Claro que há as doenças específicas, há a anemia falciforme, por exemplo, que acomete mais pessoas negras do que brancas. Mas os quadros que nós conhecemos, de maior mortalidade entre as mulheres negras, só se explica pelo racismo, que gera um atendimento diferenciado. Quando se consegue o acesso, ele não se dá com a mesma qualidade daquele conferido às mulheres brancas. E isso afeta a qualidade de vida dessas mulheres. Interfere, inclusive, na capacidade delas de autocuidado e não adoecimento.

Então, por grandes lutas as mulheres vêm conquistando espaço e fortalecendo as concepções de sua saúde. De um contexto que era só visto como um ser reprodutivo, cuidadora de lares, passou a conquistar ao longo do tempo, uma visão de sua singularidade, respeitando raça, etnia, gênero, classe social, mesmo ainda que nos mostre muitas vezes uma discriminação no atendimento. Mas de certa forma, as conquistas continuam, com seu empoderamento e para um atendimento de qualidade e resolutividade, na promoção e prevenção à saúde da mulher.

4.3 Concepções sobre gestação de alto risco

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência (TSUNECHIRO; BONADIO, 1999).

O ciclo grávido-puerperal acarreta grandes modificações não apenas corporais, como na maneira de ser da mulher e em suas relações pessoais, constituindo-se em período de

transição existencial das mais importantes. Para todas as pessoas, independente do nível educacional ou sociocultural, as vivências deste período são semelhantes, estando as diferenças condicionadas ao cenário da gravidez, desejada ou indesejada; primeiro ou segundo filho; com ou sem vínculo estável entre o homem e a mulher ou entre familiares e amigos. Frente a tantas modificações e sensações, a mulher precisa do chão seguro de um vínculo de suporte e de confiança (MALDONADO; CANELLA, 1988 apud TSUNECHIRO; BONADIO, 1999).

A gestação geralmente acontece como processo fisiológico, mas pode ser marcado por complicações, tornando-se evento de risco para mãe ou conceito. A gestação é uma situação limítrofe que pode implicar riscos para mãe e feto, havendo gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução e desfechos desfavoráveis. Deste modo, a gravidez é considerada de alto risco quando a vida da mãe e/ou do feto está comprometida por um distúrbio que coincide com a gravidez ou é exclusivo desta, sendo que cerca de 25% das gestações são consideradas como de alto risco (BRASIL, 2012).

As gestações de alto risco podem estar associadas com desfechos desfavoráveis como a morte materna a qual, no Brasil, ainda é elevada, incompatível com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Conforme evidências já circunscritas no estudo. A maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde.

Relevante também é a portaria 1020 de 29/05/2013, a qual instituiu diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de alto risco e enfatiza a importância da equipe multidisciplinar para assistência às gestantes durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2013). Nesse contexto o enfermeiro está inserido na equipe do pré-natal de alto risco, com o objetivo de uma assistência integral, de qualidade, garantindo essa gestante um acompanhamento seguro. A gravidez é considerada de alto risco quando a vida da mãe e/ou do feto está comprometida por um distúrbio que coincide com a gravidez ou é exclusivo desta, sendo que cerca de 25% das gestações são consideradas como de alto risco (BRASIL, 2012).

Esse momento que a mulher vivencia, de uma gravidez de risco, com uma patologia prévia ou adquirida na gravidez atual, sendo materna e/ou fetal, traz grandes preocupações para família e gestante. O período é de grandes expectativas e anseios, seja qual for a patologia. A equipe multiprofissional, deve repassar confiança, segurança, e explicar de forma humanizada todos os riscos para mãe e feto. O acompanhamento no pré-natal de alto risco é importante, para que se tenha um desfecho favorável. A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum

agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2012), conforme visto nos capítulos anteriores sobre as patologias obstétricas que configuram a gestação de alto risco.

Importante relatar que a adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Apenas o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Cabe salientar que, por força do Estatuto da Criança e do Adolescente, além da Lei nº 11.108/2005, toda gestante adolescente tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanhamento pré-natal. Vale considerar que se essa gestante, for estratificada como alto risco, deverá ser encaminhada em tempo oportuno para o Pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012).

4.4 A gestação como questão de saúde pública

A gestação é um momento de vida da mulher que perpassa por muitas expectativas, além da espera e modificações do seu corpo, engloba aspectos físicos, emocionais e afetivos. Momento esse que necessita de apoio familiar e atenção. Esse apoio também se refere aos profissionais e serviços de saúde. No entanto essa mulher que engravidou, independente de uma gravidez ser desejada ou não, planejada ou não, gravidez na adolescência ou em idade avançada, situação de estupro ou não, qualquer que seja a situação, a mulher tem direito a ser atendida. É uma questão de saúde pública, é um direito, está garantido na constituição. O Estado tem como dever proporcionar todas as condições, para o atendimento, também com corresponsabilidade dela. Garantir o acesso ao Pré-natal e ao parto, com atendimento de qualidade e humanização, é dever do estado. Os direitos conquistados pelas mulheres, são fortalecidos também pela estratégia Rede Cegonha, para redução da mortalidade materna.

Os direitos da gestante promulgados pela OMS reforçam a necessidade das gestantes em terem autonomia sobre suas decisões e domínio do seu corpo, além de receber informações sobre gravidez e escolher o parto que deseja; conhecer os procedimentos rotineiros do parto; não se submeter a tricotomia (raspagem dos pêlos) e a enema (lavagem intestinal), se não desejar, recusar a indução do parto, sem que seja clinicamente necessária, não se submeter

à ruptura artificial da bolsa amniótica, escolher a posição que mais lhe convier durante o trabalho de parto, não se submeter à episiotomia (corte do períneo), não se submeter a uma cesárea, a menos que haja riscos para ela ou o bebê (o que pode ocorrer, estatisticamente, em torno de 20% dos casos, embora o índice de cesáreas na rede hospitalar privada, no Brasil, esteja em torno de 80%), começar a amamentar seu bebê sadio logo após o parto, bem como ficar junto ao bebê recém-nascido sadio. ([fiocruz.com.br/biosseguranca/direito da gestante.htm](http://fiocruz.com.br/biosseguranca/direito_da_gestante.htm)) acesso em 10 out 2020

No Brasil, alguns direitos também são garantidos, o SUS é obrigado a garantir, em toda sua rede de serviços, o atendimento pré-natal às gestantes. Dessa forma, a gestante poderá realizar todos os principais exames laboratoriais e de imagem da rotina pré-natal. Toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e/ou maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. A vinculação à maternidade ocorre quando a gestante se inscreve no programa de assistência pré-natal. Fica garantido às gestantes o direito de escolher um acompanhante para estar presente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante pode ser qualquer pessoa e é de escolha exclusiva da gestante.

O empregador não pode exigir atestados de gravidez ou quaisquer outros de objetivo discriminatório para fins de admissão ou manutenção do emprego de mulheres. A grávida tem o direito à garantia de emprego a contar da confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. É garantida licença maternidade à mulher de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário. Para a grávida que estuda, o tempo de licença para se ausentar da escola é de 120 dias, sendo que as atividades escolares podem ser feitas em casa e os exames finais, remarcados. O acompanhante pode ser qualquer pessoa e é de escolha exclusiva da gestante. As mães que voltarem ao trabalho antes de o bebê completar seis meses têm o direito a dois intervalos, de meia hora cada, durante a jornada de trabalho, especificamente para a amamentação. Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos pelo SUS todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção; somente é permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Os requisitos para esterilização são: na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges; é condição para que se realize a esterilização

o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e assinado pelo paciente (PACHECO, 2019).

4.5 Concepções sobre acolhimento e humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH), Rede Humaniza SUS, lançada em 2003, buscou pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Segundo a Política Nacional de Humanização (PHN):

Acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (PNH/MS, 2006).

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante. A atenção humanizada as gestantes vem sendo um desafio aos longos dos anos. O acolhimento, como diretriz da humanização é primordial.

O acolhimento aparece como uma das diretrizes de maior relevância da PNH. Acolher é, portanto, nesse sentido, posicionar-se junto ao problema do outro, o qual sempre é legítimo independente de sua natureza e se apresenta como demanda para os trabalhadores da saúde. Demanda está que deve ser atendida de maneira qualificada e baseada na escuta daquilo que o usuário traz, pois essa atitude valoriza a singularidade dos sujeitos que procuram os serviços, o que confirma que o acolhimento deve ser, para o serviço de saúde, uma “diretriz norteadora de sua forma de funcionamento” (PASCHE, 2009).

Além disso, significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

Essa diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto (BRASIL, 2014). O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006).

Podemos dizer que, a Política Nacional de Humanização considera acolhimento um processo constitutivo das práticas de saúde que implica: a responsabilização do trabalhador/da equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída; a escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, ouvindo a queixa dos usuários, considerando suas preocupações e angústias; a garantia de atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/da articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e das redes externas com outros serviços de saúde, (continuidade da assistência) (BRASIL, 2008, p. 51). É preciso que a equipe de saúde se reúna para discutir como está sendo feito o atendimento no serviço: qual o "caminho" do usuário desde que chega ao serviço de saúde, por onde entra, quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende, para onde ele vai depois do atendimento, enfim, todas as etapas que percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas.

Assim, é importante que a gestante ao chegar no serviço, seja identificada pelo nome, saiba todo o percurso que irá passar, como funciona o serviço, saiba de todo o seu quadro clínico obstétrico, com esclarecimentos em linguagem compreensiva. Enfim que seu atendimento seja de forma esclarecedora e que gere uma satisfação por ter sido atendida. Isso

qualifica o serviço e proporciona uma corresponsabilidade em seu acompanhamento por ter um sentimento de confiança e segurança.

Com uma escuta qualificada, acesso oportuno, oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível um atendimento de suas prioridades. É desafio e compromisso do Governo Brasileiro ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde, contando com a participação e corresponsabilização dos usuários.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2009). Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2009).

O acolhimento e o atendimento a gestante devem seguir os princípios da rede cegonha que são integralidade, universalidade e equidade a fim de proporcionar a mulher um período gestacional sem intercorrências. A rede cegonha é uma estruturação estratégica cuja finalidade é implementar uma rede de cuidados de modo a assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Todo atendimento prestado a gestante de alto risco, por exemplo, segue as diretrizes desta rede de cuidados (TEIXEIRA; LINARD; JORGE, 2016).

A Rede Cegonha como estratégia do Ministério da Saúde, implementou ações de acolhimento e humanização para atendimento à gestante, no pré-natal, parto e puerpério. Com uma Rede mais organizada e humanizada, pretendeu-se garantir uma assistência de qualidade, melhorar o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e resolutividade de seus anseios e necessidades biopsicossociais e obstétricas.

5 TRAJETÓRIA DA REDE CEGONHA COMO ESTRATÉGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL.

Para compreender a trajetória da rede cegonha, importante contextualizar a história das políticas de saúde e da mulher.

As políticas de saúde no Brasil sofreram influências políticas, sociais e econômicas, que na lógica de seu processo evolutivo, obedeceram a pressões da sociedade e à ótica do avanço do capitalismo, com o agravamento das desigualdades sociais, transformando-se em alvo de maior atenção do governo.

Na década de 1970, o processo de Reforma Sanitária ganha força e tem como principais objetivos a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde; a defesa da saúde coletiva; a equidade na oferta dos serviços; e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. O Movimento de Reforma Sanitária, assim, é uma das forças da sociedade que trabalha para a construção de um sistema de saúde público (BRASIL, 2005).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde, pós Constituição de 1988 e Leis Orgânicas, as políticas públicas de saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho com a tarefa de organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Em seu contexto histórico, a figura feminina foi incluída nas políticas nacionais de saúde na primeira década do século XX, e as ações limitavam-se às demandas relativas à gravidez e ao parto, na qual programas materno-infantis nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na especificidade biológica, no seu papel de mãe e responsável pela criação e educação dos seus filhos (BRASIL, 2011).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à

anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991; BRASIL, 2011).

O processo de construção do SUS teve uma grande influência sobre a implementação do PAISM. O Ministério da Saúde, em 1983, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) a fim de romper o vigente conceito e princípios norteadores da política de saúde das mulheres, bem como os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). Conquista essa, pelo movimento de mulheres. Superar uma abordagem reduzida ao ciclo gravídico puerperal e precede a construção do sus. Integralidade, universalidade e singularidade das mulheres que mais adiante se transformara numa política.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi criado em 1983 no contexto da redemocratização do país e na esteira da Conferência de Alma-Ata (1978). Os movimentos sociais e os movimentos de mulheres, principalmente o movimento feminista, influenciaram a construção do Programa. O PAISM, incluía ações “educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama”, além de outras necessidades (BRASIL, 2011). Com a adoção de políticas e ações de saúde para as mulheres, a mortalidade materna ganhou destaque no cenário das políticas de saúde, principalmente no fortalecimento das políticas de gênero e na redução das desigualdades sociais que estão sujeitas e a qualidade da atenção obstétrica.

Em junho 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da portaria/GM nº 569, a fim de qualificar as práticas de atenção à saúde da mulher. Esta iniciativa do Ministério da Saúde visava reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurarem o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000).

A instituição do PHPN definiu estratégias de melhoria na atenção obstétrica, por meio da adoção de medidas que assegurassem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal. Além disso, ainda reforçava a necessidade de estabelecimento de vínculos entre a assistência pré-natal e o parto, mudanças na estrutura física dos hospitais e na capacitação dos profissionais, entre outras demandas. Entretanto, apesar dos avanços na letra dos documentos oficiais, observam-se as inúmeras dificuldades encontradas pela proposta na tentativa de promover mudanças no contexto das práticas cotidianas. Há ainda altas taxas de

morbimortalidade materna e perinatal, dificuldade na operacionalização das mudanças nos fazeres diários, por questões de ordem econômica, social e estrutural, e essas questões se expressam na precária qualidade da assistência prestada. O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

Em 2004, o Programa foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O objetivo da Política é promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. A Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ampara as mulheres no direito ao pré-natal, que inclui exames, consultas e orientações sobre o local de atendimento e vinculação a este para o seu pré-natal e o parto (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher trouxe uma assistência integral, com uma visão da mulher numa forma mais ampla. Com enfoque no acesso aos serviços de saúde, a qualidade do atendimento, a autonomia da mulher, a saúde sexual e reprodutiva. Algumas questões importantes também foram relevantes, relacionadas a morte materna, aborto, planejamento reprodutivo, compromisso violência sexual, câncer ginecológico, acesso em tempo hábil, climatério e menopausa. A abordagem as mulheres que qualifiquem o atendimento. O diferencial foi que trouxe a questão das relações de gênero e seus encargos de adoecimento, como também os agravos da saúde da mulher. Houve uma reflexão também de como a sociedade aborda a sexualidade. O PNAISM veio superar o modelo hegemônico, patriarcal e machista, onde penaliza o exercício da sexualidade da mulher, no que se refere ao parto e aborto, pois a violência obstétrica também é fruto dessa visão penalizadora. Um tratamento respeitoso, aspectos emocionais e sexuais foram também enfocados na Política.

O PNAISM traz no centro do cuidado as mulheres, com suas adversidades, vulnerabilidade, sua vivência sexual e reprodutiva, direitos ainda não conquistadas e o eixo importante é tirar a violência dessas mulheres, doméstica, intrafamiliar e sexual. É prioritário que o profissional melhore a escuta dessa mulher. As mortes maternas podem estar ligadas a essa violência, situação de aborto em condições inseguras, sem o acolhimento, colocam em risco a sua vida. PNAISM defende a vida e os direitos das mulheres, principalmente os sexuais, reprodutivos. Considerando as mulheres como sujeitos e direitos.

Entrevista com Leila Vilela em 2005, a portaria nº. 1.067, de 4 de julho, instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. Preocupante na época, eram as taxas de mortalidade materna, que a seguir contextualizo para uma maior compreensão do surgimento da Rede Cegonha.

Tem-se por mortalidade materna a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1994).

A mortalidade materna e seus determinantes sociais podem indicar os níveis de saúde das mulheres, no que se refere às condições de vida, desigualdades sociais, ausência ou fragilidade de políticas sociais e leis, que garantam os direitos de cidadania e a participação social no país (BITTENCOURT, 2013).

A mortalidade materna é um indicador social, não apenas relacionado a mulher, mas a toda população. Tal indicador está estabelecido em pactos internacionais em que o Brasil é signatário e em políticas públicas brasileiras, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004.

De acordo com Morse et al. (2011), as questões de acesso a uma assistência ao pré-natal A falta de acesso ao acompanhamento pré-natal é um fator que contribui para a aumentar os índices de mortalidade materna. Práticas realizadas rotineiramente durante a assistência pré-natal estão associadas a melhores desfechos perinatais, tal situação nos remete a fragilidade de acesso e políticas públicas de saúde e cuidado com a mulher gestante.

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 patologias e de situações de risco gestacional; do 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 até o atendimento hospitalar voltado à gestação de alto risco (VIELLAS, et al., 2014).

A gestação geralmente acontece como processo fisiológico, mas pode ser marcado por complicações, tornando-se evento de risco para mãe ou concepto. Assim, a gestante necessita de assistência de qualidade desempenhada por equipe multiprofissional, na qual está inserido o enfermeiro, que deve prestar cuidado integral, humanizado, alicerça sistemático, de modo a atender às reais necessidades da gestante e família. A gestação é uma situação limítrofe que pode implicar riscos para mãe e feto, havendo gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução e desfechos desfavoráveis. Deste modo, a gravidez é considerada de alto risco quando a vida da mãe e/ou do feto está comprometida por um distúrbio que coincide com a gravidez ou é exclusivo desta, sendo que cerca de 25% das gestações são consideradas como de alto risco (BRASIL, 2012). As gestações de alto risco podem estar associadas com desfechos desfavoráveis como a morte materna a qual, no Brasil, ainda é elevada, incompatível com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 1990 a 2013 o Brasil reduziu a mortalidade materna em 43%. Neste período, a taxa de mortalidade passou de 120 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 1990, para 69 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2013. Estes dados mostram que o Brasil não atingiu o 5º Objetivo do Milênio que seria uma redução das mortes maternas em 75%, o que implicaria em 33 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2015. E se o parâmetro for a meta da OMS, de uma taxa de morte materna de 20 mortes por 100 mil nascidos vivos, percebe-se que o Brasil ainda está bem mais longe do esperado (BRASIL, 2014).

No ano de 2011 o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Rede Cegonha, uma rede de cuidados que tem como objetivo assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Puerpério é o nome dado à fase pós-parto.

Marco Legal da Rede Cegonha: Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011 - Institui a Rede Cegonha. Portaria nº 1.473, de 24 de Junho de 2011 - Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Os objetivos da estratégia Rede Cegonha são: propor um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; Redução da mortalidade materna e neonatal. A Rede Cegonha é um programa que visa garantir atendimento de qualidade às gestantes pelo Sistema Único de Saúde, desde a confirmação da

gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê, atuando de forma integrada às demais iniciativas do SUS para a saúde da mulher.

O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da Rede cegonha, resultam de esforços importantes e de iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil no SUS - como as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil (e o Programa de Qualificação das Maternidades) - e de consistentes experiências municipais e estaduais (BRASIL, 2011).

Sabe-se que a mortalidade materna é considerada como causa de morte considerada evitável e esforços nacionais são implantados na política de saúde para sua redução. Porém as taxas ainda são muito altas e inaceitáveis, 3 a 4 vezes maiores do que as de países desenvolvidos. Vale ressaltar que existem as causas de morte materna inevitáveis e são consideradas menor que 10%.

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento parto (BRASIL, 2011).

As ações estão inseridas em quatro componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

No processo de mobilização para a Rede Cegonha constam tarefas importantes e desafiadoras para os gestores: fomentar a gestão participativa e democrática; promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação e monitoramento da RC, culminando com a construção do Modelo Lógico (ML) para avaliação dos resultados alcançados com a implantação da estratégia (BRASIL, 2011).

A Rede sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de 80, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetrizas, parteiras doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros.

No governo da Dilma Rousseff foram priorizados, a valorização da mulher, preservação da vida e fortalecimento dos movimentos sociais pelos seus direitos e é nesse contexto que se propõe um novo paradigma de atenção à saúde da mulher e da criança. O jornal o globo de 28/03/2011 noticiou que “foi lançado em Belo Horizonte, pela presidenta Dilma

Rousseff e o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o Projeto Rede Cegonha, com presença do representante da OPAS/OMS no Brasil, Diego Victoria, e do coordenador de saúde da mulher, do homem, gênero e diversidade cultural, Rodolfo Gomez. (JORNAL GLOBO, 2011)

Em 2011 ,Este projeto inovador, no qual foi investido 9,4 bilhões de reais, este composto por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, incluindo o acesso à anticoncepção e saúde integral da mãe e do bebê até os dois primeiros anos de vida.

A meta foi implantar a Rede Cegonha em todo o Brasil, no entanto, o governo iniciou pelo Nordeste, Amazônia legal e nove regiões metropolitanas. Os investimentos, de acordo com o ministro da Saúde da época, Alexandre Padilha, foi atingir toda a rede que começa pela unidade básica de saúde, passa pelos exames do pré-natal, pelo transporte seguro, até o parto nos leitos maternos do SUS.(BRASIL, 2011)

Para criar a rede, o governo investiu recursos na criação de novas estruturas de assistência e acompanhamento das mulheres e reforço na rede hospitalar convencional. Outras novas estruturas foram previstas no programa como as Casas da Gestante e do Bebê e os Centros de Parto Normal, que funcionam em conjunto com a maternidade. O objetivo, de acordo com o governo, foi “humanizar o nascimento”.

Nos dias 18 e 19 de abril de 2011, ocorreu o Simpósio Internacional de Redes de Atenção à Saúde Materno Infantil, Rede Cegonha: “Cada Mulher e Cada Criança Contam”. Este evento contou com o apoio da OPAS/OMS no Brasil e o objetivo principal foi lançar iniciativa da Rede Cegonha em no marco da Maternidade Segura- no aprimoramento da atenção materno infantil baseado em evidências. Este evento possuiu como destinatários os gestores do SUS que implementaram o projeto Rede Cegonha nos distritos sanitários prioritários. As Estratégias iniciais foram: (BRASIL, 2011)

- Garantir participação de representantes do mais alto nível técnico e político, para sensibilizar os atores estratégicos do SUS sobre a necessidade de aprimorar a atenção ao parto e para construir alianças estratégicas.
- Apresentar estudos científicos e evidencias de gestão Brasil e outros países.
- Legitimar a iniciativa Rede Cegonha no marco do MS em sintonia com as atividades propostas com as diretrizes da OPS/OMS e da comunidade científica internacional.
- Estimular o debate sobre o impacto de soluções inovadoras na atenção materno infantil no SUS.

- Construir consenso em os diferentes atores das regiões priorizadas em a implementação da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha (BRASIL, 2011) tem como objetivos: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e; reduzir a mortalidade materna e infantil.

Estes objetivos estão sendo alcançados, uma vez que a rede reorganiza e qualifica os serviços de atenção primária, secundária e terciária existentes; induz a adequação e aprimoramento dos sistemas logísticos, operacionais e de informações já implantados; melhora o financiamento; oferece formação e qualificação para os profissionais da saúde na lógica do cuidado da Rede e provoca a revisão da forma que se dá o cuidado ao parto e nascimento no Brasil.

A Rede Cegonha foi estruturada objetivando superar os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças e tem como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate da violência obstétrica, oferta de boas práticas, da redução da medicalização e mercantilização do parto (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como diretrizes: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;. garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;. garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;. garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e. garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Por meio dessas diretrizes, a Rede Cegonha propõe a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro tanto para o pré-natal quanto para o parto, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher (UNA-SUS, 2015).

A portaria 4.279 foi fundamentada “no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa” (BRASIL, 2010). Fruto de um amplo trabalho, que envolveu discussões internas

de diversas áreas técnicas e coordenações do Ministério da Saúde, e também com participação de consultores e do Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde. A fim de construir redes capazes de realizar o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas, que acometem as pessoas ou as populações, o Ministério da Saúde propõe a organização de Redes de Atenção à Saúde Temáticas. Em 2011 em pactuação na tripartite prioriza as seguintes RAS Temáticas e nessa pactuação entra a Rede Cegonha: que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2011).

Este novo paradigma foi implementado no Brasil mediante o trabalho dos gestores municipais e estaduais e dos profissionais de saúde e através do apoio dos inúmeros parceiros do Ministério da Saúde, tais como Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional De Secretários De Saúde (CONASS), Conselho Nacional De Secretarias Municipais De Saúde (CONASEMS), Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional De Saúde (ANS), Conselho Federal De Medicina (CFM), Federação Brasileira Das Associações De Ginecologia E Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira De Enfermagem (ABEN), Associação Brasileira De Obstetras E Enfermeiros Obstetras (ABENFO), Associação Brasileira De Pós- Graduação Em Saúde Coletiva (ABRASCO), Rede Pela Humanização Do Parto E Nascimento (REHUNA), movimentos de mulheres, serviços pioneiros de saúde e sociedade civil, entre muitos outros. com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A estratégia do governo instituída pela portaria 1459 de 24/06/2011, a Rede cegonha, trouxe uma rede de cuidados à mulher, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança, direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha, surgiu como estratégia do ministério da saúde para organização da rede materno infantil. Uma Rede, para garantir o acesso aos serviços de saúde em tempo

oportuno, humanização do atendimento e resolutividade, evitando as mortes maternas e neonatais e acompanhamento da criança para o desenvolvimento sadio.

6 ACESSO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NA REDE CEGONHA: UMA AVALIAÇÃO NA ÓTICA DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS

Este capítulo consubstancia as observações e análises sobre os percursos e acesso de gestantes, estratificadas de risco, desde a Unidade Básica de Saúde até a Maternidade de Referência, considerando as respostas e relatos dos atores da RC: gestantes, os profissionais do serviço atuantes na maternidade de referência e profissionais da Secretaria de Saúde do Município (SMS) de Fortaleza. É um esforço de tessitura do material empírico com referências bibliográficas inspiradoras do processo investigativo.

O presente estudo é relevante no contexto de uma análise do acesso da gestante de alto risco, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), perpassando pela Rede Cegonha, instituída para melhoria do acesso dessas gestantes, com objetivo da redução da mortalidade materna e neonatal. Os entrevistados foram fundamentais para a pesquisa, configurando a visão das gestantes e profissionais do serviço e do município de Fortaleza, no percurso, na condição de gestante de alto risco, na Rede.

Segundo Vitória et al, 2017, no atendimento em pré-natal, a acessibilidade às unidades de referência deve ser eficiente para atender às singularidades de mulheres que desenvolvem gestação de alto risco.

Participaram deste estudo 98 gestantes, que tiveram acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência, 17 profissionais dessa maternidade, como também 10 profissionais do município de Fortaleza.

Os profissionais entrevistados do serviço, foram oito médicos obstetras, três enfermeiras, sendo uma da regulação ambulatorial, duas auxiliares de enfermagem, duas assistentes sociais, uma nutricionista e uma psicóloga. Dentre esses profissionais treze são especialistas, incluindo residência, três mestres e um doutor. No tocante ao tempo de atuação na Rede Cegonha, foram os seguintes: 11 profissionais vivenciam a RC desde sua implantação, sendo 9 anos de atuação ; 1 profissional 7 anos; 2 profissionais 6 anos; e 2 profissionais 4 anos.

Já os profissionais entrevistados do município de Fortaleza foram os seguintes: são três gestores da SMS, sendo uma assistente social e duas enfermeiras; sete enfermeiro(as) da estratégia saúde da família, das regionais I, III, IV, V e VI. Cabe ressaltar que foram abordados profissionais de todas as regionais de Fortaleza, considerando a participação da coordenadora de um posto da regional II, na condição de gestora. Com relação à formação acadêmica dos profissionais entrevistados, um é doutor, cinco são mestres e quatro são especialistas. Especificamente no que se refere à atuação profissional na RC, foram os seguintes: 8

profissionais atuam desde a implantação da Rede, sendo 9 anos; 1 profissional participou desde a construção da Rede à nível de Ministério da Saúde, 10 anos; e 1 profissional, 6 anos.

6.1 Configurações sobre o pré-natal de alto risco, na maternidade de referência, no contexto da pandemia de COVID-19

Cumprido ressaltar que a pesquisa que estruturou este trabalho dissertativo, ocorreu no período da pandemia por coronavírus, especificamente nos meses de abril a julho. Cabe ressaltar que a maternidade de referência do estudo teve que reorganizar os serviços para uma adaptação e enfrentamento ao COVID-19.

O mundo entrou numa crise sanitária que há muito tempo não se vivia. Parou tudo no “pico” da pandemia de uma doença causada pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) e tornou-se um dos grandes desafios do século XXI. Acometeu mais de 100 países e 64 territórios nos cinco continentes. Seus impactos ainda são inestimáveis, mas afetam direta e/ou indiretamente à saúde física e mental, os sistemas de saúde, o sistema econômico, educacional e social da população mundial (BRITO et al, 2020).

Cada pessoa vivenciou esta realidade de forma diferente, sendo que uns conseguiram suportar essa vivência e outros que entraram em sofrimento. O desemprego, empresas fechando, o tédio para uns, fome para outros, foram elementos marcantes neste período. O isolamento social era praticamente inexistente dentro do contexto das periferias, devido às moradias com poucos cômodos, aglomerações no mesmo ambiente e a dificuldade de distanciamento social. Além disso, uma parcela considerável da população teve dificuldade na compreensão da necessidade do uso de máscaras e higiene, o que pode ter contribuído para o aumento do número de mortes, bem como a dificuldade de elaborar o luto dos familiares, por não poder velar seus entes queridos.

A saúde que antes era prioritária somente nas campanhas políticas, passou a ser evidenciada mundialmente, principalmente no Brasil, onde os recursos estavam sendo cortados ano a ano para essa área. Profissionais de saúde foram exaltados, por sua dedicação e trabalho para curar os doentes. Muitos deixaram seus lares, para não serem vetores para familiares. Verificou-se que alguns adoeceram e se curaram, outros foram à óbito. O enfoque dos profissionais que trabalham foi favorecer as pessoas com COVID-19, mas o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para não se contaminar é importante, pois a transmissibilidade desse vírus é alta. Apesar do trabalho de salvar vidas, o medo é um sentimento intrínseco de todos os profissionais da saúde.

Diante da realidade Brasil e Ceará, o isolamento social foi definido pelo Governador Camilo Santana, mas forças políticas interferiram, assim como as próprias posturas da população. Deparamos-nos com uma crise sanitária, econômica e política em nosso país. Cada governador gerenciou o combate à pandemia, de acordo com sua realidade. Os hospitais e maternidades enfrentaram um novo cenário, em busca de soluções para atender uma demanda elevada de doentes.

A maternidade em estudo, apesar de não ser referência para COVID 19, como instituição de saúde, também teve que se estruturar para a realidade da pandemia e muitas mudanças ocorreram na dinâmica do serviço até julho de 2020. Planos e fluxos para combate à epidemia foram elaborados e foram revisados diariamente, de acordo com o cenário vigente. Definições oficiais da superintendência da instituição foram relevantes, mas as atualizações de decisões são diárias, elaboradas pelo comitê executivo do complexo e reafirmada pelo superintendente.

De acordo com a definição do superintendente da instituição em 17 de março de 2020, sete equipes coordenadas pelos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar treinaram os colaboradores, reforçando as orientações do uso de EPIs, in loco. As gestantes que compareceram ao serviço que estavam com síndrome gripal, foram priorizadas no atendimento para devida resolução. Enquanto isso, as visitas ficaram restritas a pacientes sem acompanhantes, sendo permitida uma visita por dia. Essa medida objetivou reduzir o fluxo de pessoas nos ambientes hospitalares, protegendo tanto os pacientes e colaboradores, e, especialmente, seus familiares. Como medida protetiva, os atendimentos nos ambulatórios foram redimensionados temporariamente, evitando aglomerações, conforme recomendação governamental. Os Núcleos Internos de Regulação foram responsáveis por esta ação.

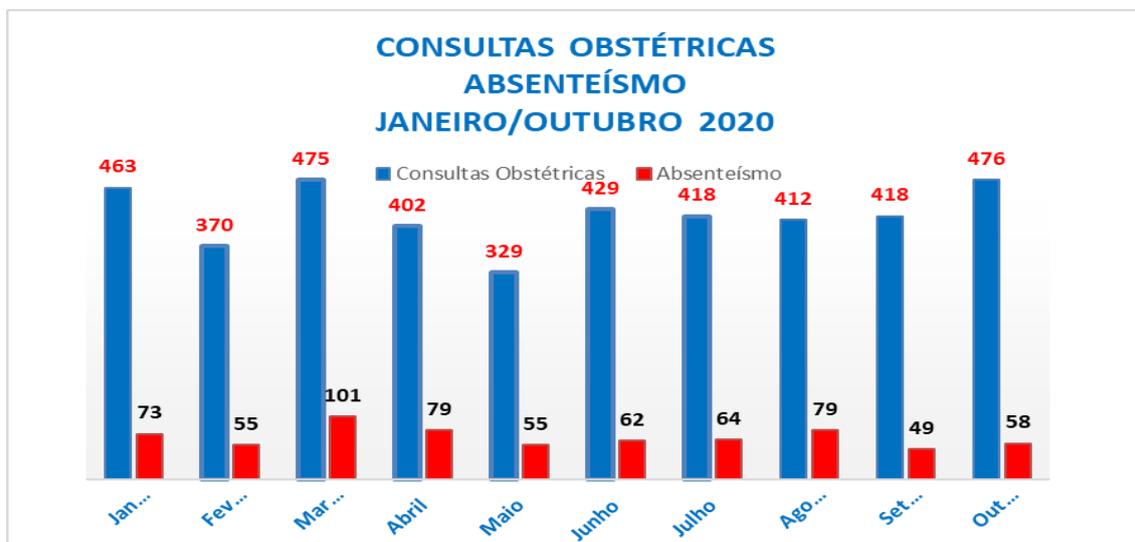
Neste contexto, as redefinições de trabalho foram as seguintes: realocação de profissionais dos Ambulatórios para o Setor de Emergência; suspensão de cirurgias eletivas, com exceção das oncológicas e de urgência; confecção e divulgação de fluxo de atendimento no Setor de Urgência e Emergência de gestantes, com suspeita de COVID-19; gestão de insumos, para que não faltassem, proporcionando a segurança do profissional da linha de frente.

A pandemia iniciou no mês de março em Fortaleza, mudanças e implementações foram concretizadas, com admissões de gestantes com diagnóstico de COVID-19 na maternidade. Alguns profissionais de saúde adoeceram e outros entraram em trabalho remoto, por ser do grupo de risco ou integrar setores administrativos, enquanto que os ambulatórios que não eram essenciais fecharam temporariamente. Sendo assim, os profissionais que atuavam nesses ambulatórios, foram realocados para a linha de frente. De fato todos os setores da

maternidade tiveram que implementar ações e alguns infraestrutura para o combate à COVID-19. Ressalta-se que o serviço do pré-natal de alto risco, por ser considerado um serviço essencial, continuou em atendimento. Como medida de prevenção e cuidado,, antes do atendimento à gestante, era realizada uma triagem para identificação das portadoras de síndrome gripal, com intuito de priorizar a consulta e resolver com brevidade a situação ,prestando atendimento adequado. Cabe ressaltar que as gestantes com suspeita de Covid 19 eram encaminhadas á emergência após a consulta do pré-natal. Diante do contexto e funcionamento do serviço, estratégias e adaptações para a realização da pesquisa foram revisadas e assim , concretizada.

Os gráficos aqui apresentados buscam demonstrar os significados e configurações no serviço de pré-natal de alto risco durante a pandemia, o absentéismo nas consultas obstétricas e o número de consultas realizadas pelo serviço de triagem para acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência para a RC, no período de Janeiro a outubro, para uma análise do número de atendimentos no período do “pico” da pandemia COVID-19 e demais meses , considerando que as consultas subsequentes e vagas para acesso ao pré-natal de alto risco, continuaram sendo oferecidas às gestantes.

Gráfico 1 - Distribuição do absentéismo nas consultas obstétricas na maternidade de referência durante o período de janeiro a outubro de 2020.

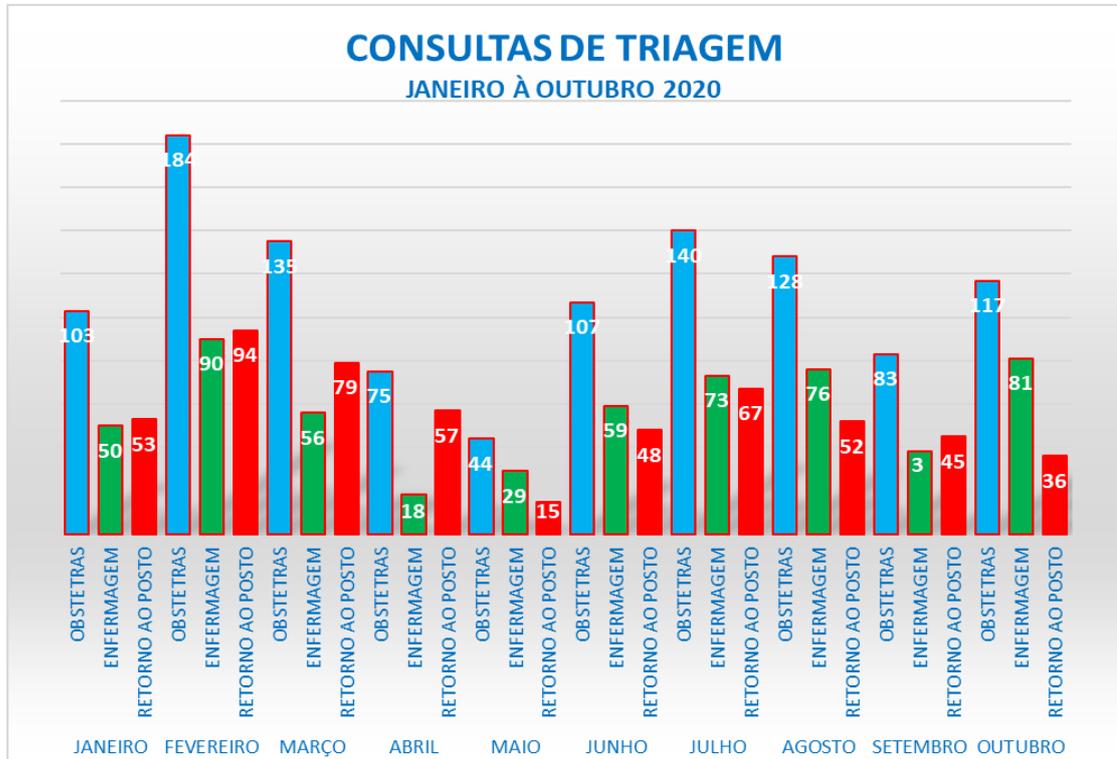


Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Verificou-se no gráfico 1 o número de consultas obstétricas na pandemia do COVID-19. Na análise deste gráfico, constatou-se um decréscimo no número de atendimentos no “pico” da pandemia, mês de Maio, mas que não houve impacto para o serviço de pré-natal

de alto risco. De fato, a maioria das gestantes continuaram comparecendo as consultas do pré-natal de alto risco.

Gráfico 2 – Consultas no serviço de triagem para acesso às gestantes de alto risco durante os meses de janeiro a outubro de 2020.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Conforme demonstrado no gráfico 2, observou-se que o serviço de triagem que dá acesso ao pré-natal de alto risco, sofreu uma redução significativa no atendimento, nos meses de março, abril e maio, uma vez que estes foram considerados o “pico” no número de casos de COVID-19 em Fortaleza. Conforme ações do governo do Estado do Ceará, nesse período foi implantada a quarentena. Ainda assim, o serviço de pré-natal continuou oferecendo vagas para acesso a gestante de alto risco. Após esses três meses, verificou-se que o atendimento veio crescendo em números de atendimento, mesmo com casos de COVID-19 ainda presentes em Fortaleza, até os dias atuais.

6.2 Avaliação do pré-natal de alto risco, na perspectiva das gestantes

Neste segmento, trabalhamos o material empírico relacionado às gestantes que tiveram acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência para RC. Neste sentido, delineou-se o perfil socioeconômico demográfico, o perfil obstétrico e dados sobre o acesso ao pré-natal, desde a UBS até a admissão neste serviço, no âmbito da Maternidade. Também agregou-se neste ítem a visão dos profissionais entrevistados, referentes a essas gestantes de alto risco. De fato, esses dados forneceram informações relevantes para uma análise mais ampla sobre o percurso da gestante de alto risco na RC.

Tomou-se como ponto de partida da análise, circunscrita neste segmento, o perfil sócio-econômico e demográfico das gestantes de alto risco, atendidas no pré-natal na maternidade de referência, conforme configurado na tabela 1.

6.2.1 Caracterização das gestantes do estudo

Dentre as gestantes que foram sujeitos do presente estudo, delineou-se o seu perfil socioeconômico e demográfico, conforme explicitado na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados do Perfil socioeconômico e demográfico das Gestantes de Alto Risco.

Variáveis	Md±DP	N	%
Idade	30,9±6,0		
Faixa etária			
<i>19 a 34 anos</i>		76	77,6
<i>35 a 39 anos</i>		11	11,2
<i>> 40 anos</i>		11	11,2
Grau de instrução			
<i>Analfabeto</i>		0	0,0
<i>Fundamental completo</i>		03	3,1
<i>Fundamental incompleto</i>		22	22,4
<i>Médio completo</i>		36	36,7
<i>Médio incompleto</i>		24	24,5
<i>Superior completo</i>		03	3,1
<i>Superior incompleto</i>		10	10,2
Estado civil			
<i>Casada</i>		37	37,8
<i>Solteira</i>		37	37,8
<i>União Estável</i>		19	19,4
<i>Não respondeu</i>		05	5,1
Cor			
<i>Branca</i>		18	18,4
<i>Preta</i>		05	5,1
<i>Parda</i>		69	70,4
<i>Amarela</i>		05	5,1
<i>Indígena</i>		01	1,0
Atividade remunerada			
<i>Sim</i>		46	46,9
<i>Não</i>		52	53,1
Formalidade do trabalho			
<i>Com carteira assinada</i>		19	19,4
<i>Sem carteira assinada</i>		27	27,6
<i>Não se aplica</i>		52	53,1
Atividade profissional			
<i>Do lar</i>		52	53,1
<i>Atividade remunerada</i>		46	46,9
Carga horária de trabalho	3,3±4,2		
Renda familiar			
<i>Menos de 1SM</i>		23	23,5
<i>Um SM</i>		48	49,0
<i>Dois SM</i>		18	18,4
<i>Três SM</i>		09	9,2
Moradia			
<i>Própria</i>		40	40,8
<i>Alugada</i>		44	44,9
<i>Cedida</i>		13	13,3
<i>Não respondeu</i>		01	1,0
Regional			
<i>I</i>		11	11,2
<i>II</i>		05	5,1
<i>III</i>		18	18,4
<i>IV</i>		14	14,3
<i>V</i>		32	32,7
<i>VI</i>		17	17,3
<i>Não respondeu</i>		01	1,0

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Cabe ressaltar que a média de idade foi de 30,9 ($\pm 6,0$) anos, sendo que 77,6% encontram-se na faixa etária de 19 a 34 anos de idade, 11,2% na faixa etária de 35 a 39 anos e 11,2% maiores que 40 anos no dia da entrevista. Assim, um total de em 22,4% estão acima de 35 anos, constituindo um elemento na classificação de risco.

Quanto ao grau de instrução, 36,7% das gestantes concluíram ensino médio, representando a grande maioria. Somente 3% delas concluíram ensino superior e 22% apenas fundamental incompleto. No tocante ao estado civil, 37% são casadas e 37% são solteiras e 19,4% revelam ter união estável. Logo, somando-se gestantes solteiras e em união estável, tem-se um total de 56,4% que estão inclusas em situação conjugal insegura. No tocante à etnia, verificou-se que 70,4% das gestantes se declararam pardas, 18,4% brancas, 5,1% pretas, 5,1% amarelas e uma declarou-se indígena.

Observou-se em relação a atividade remunerada que, 46,9% das gestantes exerciam alguma atividade, sendo que 27,6% sem carteira assinada. Verificou-se que 53,1% não exerciam nenhuma atividade remunerada, situando-se na categoria “do lar”.

Quanto à renda familiar da gestante, predominou a renda de um salário-mínimo no total de 49%, enquanto que 23,5% revelam menos que um salário mínimo, 18,4% dois salários mínimos e 9,2% três salários mínimos. Nesse contexto, observou-se que a maioria das gestantes entrevistadas, fazem parte dos setores empobrecidos. No que se refere à moradia, 44,9% residem em casa alugada, sendo que 40,8% tem moradia própria e 13,3% cedida por algum familiar. Conforme as Regionais de Fortaleza, o maior percentual de gestantes, ou seja, 32% integram a regional V. Observou-se que, mesmo a maternidade em estudo tendo vinculação com as regionais III, IV e V, recebe encaminhamentos de gestantes de alto risco das outras regionais. Logo, 11% são da regional I, 5% da II, 18% da III, 14,3% da IV e por fim, 17% da VI. Constata-se que a maioria são encaminhadas de bairros pobres, situados nas periferias de Fortaleza⁸.

O MS destaca alguns marcadores e fatores de risco presentes anteriormente à gestação: idade maior que 35 anos; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; e ambientes desfavoráveis. Conforme o perfil socioeconômico e demográfico, aqui circunscrito, constatou-

⁸O município de Fortaleza possui uma área territorial de 314,930 km² e está dividido administrativamente em 06 Coordenadorias Regionais de Saúde (I, II/Centro, III, IV, V e VI). As Regionais I, V e VI são as que possuem maior concentração de áreas de risco para à saúde. A regional V é a mais populosa do município, com áreas de baixa renda per capita e quantitativo de áreas de risco, que correspondem a 69% de todas as micro áreas da Regional (MELO, 2014).

se que a maioria das gestantes estão incluídas nestes marcadores enfatizados pelo MS (BRASIL, 2012).

A pesquisadora da FIOCRUZ, Sônia Bittencourt (2013), em seus estudos sobre determinantes da mortalidade materna vinculados à dimensão social, destaca, dentre outros elementos, a questão do acesso à educação, renda e ao trabalho como aspectos que interferem nos índices da mortalidade materna. Considerando o perfil aqui traçado, no âmbito da pesquisa por nós desenvolvidos, fica patente a vulnerabilidade dessas gestantes, justamente no tocante à renda, ao trabalho e à educação.

Segundo os profissionais da Rede, considerando os da ESF, gestores da SMS e profissionais da maternidade de referência, que foram questionados sobre quem são as gestantes de risco atendidas no pré-natal, no que se refere ao perfil socioeconômico e demográfico, verificou-se que os relatos afirmam tratar-se de um perfil deveras variado, incluindo desde mulheres com baixa escolaridade, até aquelas com escolaridade superior, predominando as de menor escolaridade. Segundo a narrativa dos profissionais, as gestantes são mulheres solteiras, casadas, de união estável, adolescentes e com idade mais avançada. Ainda na ótica dos profissionais, foi relatado que essa diversidade do perfil, pode ser explicada pelo fato da maternidade de referência atender gestantes de diversas regiões, ampliadas para toda Fortaleza, sendo que grande maioria delas apresenta um baixo nível socioeconômico, situando-se no âmbito da população mais pobre e vulnerável. As falas dos profissionais ainda neste contexto, pressupõe que um número reduzido de gestantes são de classes mais favorecidas e procuram a maternidade de referência por ser uma instituição que oferece um serviço de qualidade.

Na narrativa de determinados profissionais, também buscam a maternidade de referência gestantes que tem planos de saúde e ainda estão no período de carência, sendo então encaminhadas para a rede pública, por considerar que a maternidade em estudo de maior complexidade e ter condições melhores de atendê-la. De fato um percentual significativo de gestantes de alto risco podem ser enquadradas em um nível de vulnerabilidade socioeconômica, mas também buscam o serviço gestantes vinculadas ao sistema suplementar de saúde, ou seja planos de saúde que vão em busca do serviço de pré-natal de alto risco por ser um serviço de qualidade e assim atender às suas demandas. Na maioria das vezes, estas gestantes vão em busca de exames, de ultrassom, enfim de um serviço de medicina materno fetal de qualidade. Cabe ressaltar que esta situação de gestantes com plano de saúde em carência não foi contemplada nesta investigação.

A rigor, fazendo um cotejo entre o perfil das gestantes, configurado na tabela 1 e as narrativas dos profissionais da Rede Cegonha percebeu-se que não houve divergência. Segundo

a narrativa desses profissionais, a classe social predominante é a mais empobrecida. A faixa etária etária das gestantes ,em maior percentual é favorável ao risco ou seja acima que 35 anos. Em relação ao grau de instrução, os profissionais enfatizam que a grande maioria tem ensino fundamental e nível médio completos ou incompletos . Analisando os dados de moradia das gestantes, foi destacado nas narrativas que predominam as que residem em regiões diferenciadas, em condições desfavoráveis. Quanto ao estado civil, os profissionais reconhecem que predomina uma situação conjugal insegura, observando o percentual significativo de gestantes solteiras e de união estável.

Em um estudo sobre o perfil epidemiológico de gestantes de alto risco, desenvolvido no Paraná, Costa et al. (2016), constataram que 82% das gestantes tinham entre 15 a 35 anos, sendo que 18% tinham mais que 35 anos. Quanto ao grau de instrução, 47,5% das gestantes possuíam segundo grau completo, ou seja, ensino médio e 29,5% tinham apenas o primeiro grau, ou seja ensino fundamental. No tocante ao estado civil, 52,5% eram casadas, 6,6 % eram solteiras e 37,7% das gestantes em união estável. Em relação a etnia, 62,3% afirmam ser de cor branca, 31% das gestantes revelam ser de cor parda e preta 4,9%. Quanto a atividade profissional, 47,5% eram trabalhadoras do lar . Constatou-se no cotejo desse estudo e o aqui apresentado, que há aproximação de alguns percentuais relativos ao perfil das e distanciamento de outros, conforme dados da Tabela 1. Cabe considerar as desigualdades regionais entre o Sul e o Nordeste, Uma vez que o estudo de Costa et al foi realizado no Paraná e a investigação aqui apresentada foi efetuada no Ceará.

Outro estudo relativo à avaliação da atenção à gestante em quatro metrópoles brasileiras, sendo Fortaleza uma delas, Fernandes et al. (2019) referencia que entre as gestantes de Fortaleza entrevistadas, foi contatado que 68,6% das gestantes tinham idade de 19 a 35 anos , sendo 18,4% maiores de 36 anos. Quanto a etnia 66,8% se declararam pardas, 13,6% de cor preta e 15,5 branca . Quanto ao grau de instrução , considerando as quatro metrópoles a grande maioria cursou o ensino médio em um percentual de 50,7%. Observou-se que algumas características das gestantes do estudo , convergem com o perfil aqui delineado. Cabe ressaltar que nem todas as características pesquisadas pela autora do atual trabalho, foram evidenciadas nos estudos citados.

Na tabela 2 delineou-se o perfil obstétrico das gestantes de alto risco. Esta tabela reúne dados que permitem caracterizar as gestantes de alto risco, no tocante especificamente à situação obstétrica. Senão vejamos!

Tabela 2 – Dados do Perfil obstétrico das Gestantes de Alto Risco.

Variáveis	Md±DP	N	%
Número de gestações	2,9±1,6		
Gestação			
<i>Primigesta</i>		18	18,4
<i>Multigesta</i>		80	81,6
Número de partos	1,2±1,0		
Partos			
<i>Nulípara</i>		27	27,6
<i>Primípara</i>		33	33,7
<i>Multípara</i>		38	38,8
Número de abortos	0,5±1,0		
Teve aborto			
<i>Sim</i>		35	35,7
<i>Não</i>		63	64,3
Número de natimortos	0,1±0,3		
Teve natimorto			
<i>Sim</i>		10	10,2
<i>Não</i>		88	89,8
Idade gestacional no início do PN			
<i>1 a 12 semanas</i>		78	79,6
<i>13 a 28 semanas</i>		20	20,4
<i>29 a 37 semanas</i>		0	0,0

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

No tocante a paridade, 27% das gestantes são nulíparas, 33% primíparas e 38% multíparas. Constatou-se que a grande maioria de gestantes são multíparas e um percentual bem significativo de nulíparas, constituindo marcadores de risco. Ressalta-se que no estudo dos determinantes da mortalidade materna, a multiparidade é considerada como um dos determinantes (BITTENCOURT, 2013). No que se refere ao número de gestações 18% são primigestas e 81% multigestas. Cabe ressaltar que 35% tiveram abortos e 10% das gestantes tiveram natimortos. De fato, essa história de mau passado obstétrico das gestantes, considera-se um dos critérios do MS e da maternidade de referência para acesso ao pré-natal de alto risco. Ainda na tabela 2, considerando à idade gestacional de início do pré-natal na UBS, constatou-se que 79% das gestantes iniciaram o pré-natal na UBS até doze semanas de gestação, ou seja, no primeiro trimestre da gestação.

Conforme o estudo de Campinas, acima citado, Fernandes et. al (2019), apontam que 79,5% das gestantes entrevistadas em Fortaleza, iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação. De fato no cotejo das pesquisas, observou-se a concordância com os dados do estudo aqui apresentado.

O MS preconiza que as gestantes devem iniciar o pré-natal até 12 semanas. Logo, os dados do estudo aqui apresentados, mostram que a maioria das gestantes iniciaram o pré-natal dentro do que preconiza o MS e Rede Cegonha (BRASIL, 2012).

Evidenciou-se ainda um percentual significativo de gestantes com história de abortos e natimortos. Considerando uma gravidez desejada, é notório que essas mulheres tiveram a experiência de vivenciar o luto na gestação e continuam buscando a realização de ser mãe e/ou ter mais filhos. Os profissionais que atuam com essas gestantes, na maternidade de referência, procuram acolher e investigar as causas desses desfechos desfavoráveis e acompanhá-las para que o prognóstico da gravidez atual que é considerada de alto risco, tenha um resultado favorável para mãe e bebê.

Costa et al. (2016) mostram em seu estudo que 29,5% das gestantes são nulíparas, 70,5% multíparas. No cotejo desse estudo relacionando com os dados da tabela 2 da pesquisa aqui apresentada, há convergência no predomínio das multíparas e percentual aproximado de nulíparas.

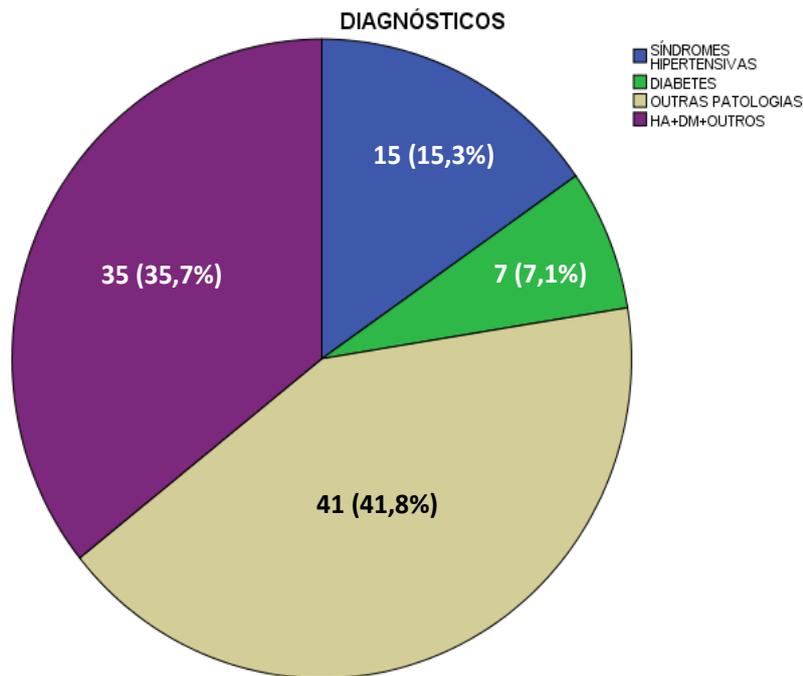
De acordo com Brasil (2012, p. 14):

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

Este órgão oficial destaca alguns marcadores e fatores de risco, relacionados a história reprodutiva anterior cabendo destacar: abortamento habitual; morte perinatal explicada ou inexplicada; nuliparidade e grande multiparidade. De fato esses marcadores foram evidenciados no estudo.

No gráfico 3 aqui apresentado, delineou-se a distribuição dos principais diagnósticos das gestantes de alto risco na maternidade de referência. Segundo Martins (2014), “conhecer e compreender a morbidade que acomete às gestantes nos fará compreender a necessidade de contribuir positivamente na diminuição dos elevados riscos que as acomete.”

Gráfico 3 - Distribuição das patologias das gestantes na maternidade de referência (abril/julho 2020).



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

No tocante a incidência de patologias, pode-se observar, conforme demonstra o gráfico 3 se as gestantes tinham uma única patologia ou múltiplas patologias. Vale ressaltar que 100% das gestantes são portadoras de patologias materno e/ou fetais, adquiridas na gestação atual ou por doenças prévias. Verificou-se nos dados, aqui apresentados, que 41,8% das gestantes são portadoras das chamadas “outras patologias”, correspondendo às patologias clínicas como: cardiopatias, doenças renais; síndromes metabólicas; doenças autoimunes; doenças reumatológicas dentre outras. Quanto às patologias específicas verificam-se uma proeminência da associação entre diabetes mellitus e hipertensão na ordem 35,7%. Em seguida constata-se que 15,3% são portadores de síndrome hipertensiva e 7,1% de diabetes mellitus. Ao somar-se as gestantes que associam hipertensão, diabetes e outras patologias com as que apresentam unicamente hipertensão e unicamente diabetes mellitus tem o elevado percentual de 58,1%, o que mostra a prevalência de hipertensão e diabetes dentre as gestantes de alto risco que fazem o pré-natal na maternidade de referência.

Segundo os profissionais da RC que foram questionados sobre o perfil obstétrico das mulheres atendidas, verificou-se nas narrativas, que são mulheres com patologias obstétricas, em situações que não são possíveis de serem conduzidas na atenção primária e necessitam de acompanhamento do profissional especialista. Observou-se na fala de

determinados profissionais que, apesar dos perfis das gestantes serem diferenciados, o grande “vilão” na história é a “diabetes mellitus gestacional” (DMG), seguida da hipertensão. Nas falas considerou-se que gestantes de alto risco, na sua grande maioria, são múltíparas. Uma parte dos profissionais entrevistados relataram que são gestantes com alguma comorbidade, cabendo destacar: doenças autoimunes; câncer; infecções sexualmente transmissíveis, como portadoras do vírus HIV; problemas renais e hepáticos. Por fim, nas falas houve o relato sobre gravidez gemelar, desde que seja diagnosticado como monoamniótica-monocoriônica ou monocoriônica e diamniótica.

Gestações múltiplas estão associadas ao aumento da morbimortalidade perinatal, notadamente resultado de maior número de recém-natos prematuros e de baixo peso. Também determinam maior frequência de malformações fetais, assim como alterações vasculares (MARTINS, 2014).

No cotejo do Gráfico 3 e fala dos profissionais, constatou-se que as doenças mais prevalentes são diabetes Mellitus e hipertensão associadas ou não a outras patologias, mostrando convergência entre os dados apresentados no gráfico 3 e a narrativa dos profissionais da Rede Cegonha.

O estudo de Fernandes et al. (2019), destaca a hipertensão como a mais prevalente das patologias, sendo dela portadora 24,6% das gestantes portadoras e 8,2% de gestantes portadoras de diabetes mellitus (DM). Ressalta-se que esse percentual de DM representa uma das patologias com maior prevalência no estudo, seguida de patologia fetal, de infecção no trato urinário, de depressão, hemopatias. Vale ressaltar que esses resultados estão em coerência com o estudo aqui apresentado.

Ressalta-se que as gestantes de alto risco são acompanhadas por uma equipe multidisciplinar de acordo com suas patologias clínicas ou obstétricas, a fim de que, no final da gravidez, tenha um desfecho favorável.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 14):

A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconômico ou emocional. Para tanto, a gestante deverá ser sempre informada do andamento de sua gestação e instruída quanto aos comportamentos e atitudes que deve tomar para melhorar sua saúde, assim como sua família, companheiro(a) e pessoas de convivência próxima, que devem ser preparados para prover um suporte adequado a esta gestante.

6.2.2 Acesso e percurso das gestantes ao pré-natal de alto risco: olhares e vivências

Os elementos configurados na tabela 3, revelam dados sobre o percurso e o acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco, desde a UBS até a maternidade de referência.

Tabela 3 – Acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência para Rede Cegonha

Variáveis	Md±DP	N	%
Fila de espera			
<i>Sim</i>		73	74,5
<i>Não</i>		25	25,5
Tempo para consulta de triagem			
<i>1 semana</i>		27	27,6
<i>2 a 3 semanas</i>		33	33,7
<i>1 mês</i>		15	15,3
<i>2 meses a 3 meses</i>		23	23,5
Intervalo entre as consultas de triagem e pré-natal (em dias)	24,9±15,4		
Idade gestacional na 1ª consulta no PN			
<i>< 26 semanas</i>		84	85,7
<i>> 26 semanas</i>		11	11,2
<i>Não respondeu</i>		03	3,1
Dificuldade para ser encaminhada à maternidade			
<i>Sim</i>		39	39,8
<i>Não</i>		59	60,2
Dificuldade dentro da maternidade			
<i>Sim</i>		13	13,3
<i>Não</i>		85	86,7
Dificuldade com os profissionais			
<i>Sim</i>		03	3,1
<i>Não</i>		94	95,9
<i>Não respondeu</i>		01	1,0
Qualidade do atendimento na maternidade			
<i>Excelente</i>		64	65,3
<i>Muito bom</i>		10	10,2
<i>Bom</i>		23	23,5
<i>Regular</i>		0	0,0
<i>Péssimo</i>		01	1,0
Conhece alguma gestante que não conseguiu atendimento na maternidade			
<i>Sim</i>		10	10,2
<i>Não</i>		88	89,8
Quantas vezes foi atendida no PN de risco na maternidade	4,5±2,6		
Quais profissionais atenderam no PN			
<i>Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem</i>		61	62,2
<i>Também foi atendida por especialistas</i>		37	37,8

Fonte: Dados levantados pela investigação desenvolvidas pela pesquisadora

Verificou-se que um percentual de 74,5% das gestantes entrevistadas ficaram em fila de espera, mas, por fim, todas conseguiram acessar à maternidade, mesmo com suas

dificuldades. No tocante ao acesso no serviço de triagem da maternidade, um percentual 27,6% de gestantes conseguiu chegar a este serviço com apenas uma semana, 33,7% duas a três semanas, 15,3% delas esperaram um mês e 23,5% aguardaram dois a três meses. Quanto a idade gestacional das gestantes no momento da triagem, observou-se que 85,7% acessaram o pré-natal de alto risco com menos de 26 semanas, sendo um dos critérios para acesso de gestantes na maternidade de referência. Verificou-se que o intervalo entre as consultas de triagem e a consulta de primeira vez no pré-natal de alto risco foram de 24,9 dias, mostrando que ocorre ainda um tempo de espera para o iniciar o acompanhamento na maternidade de referência.

No tocante a avaliação das gestantes entrevistadas sobre seu atendimento no pré-natal de alto risco, 65,3% delas revelou ser excelente e 23,5% bom, mostrando assim, que o pré-natal de alto risco da maternidade, é um serviço de referência que satisfaz às gestantes em acolhimento, atendendo às suas demandas. Apesar desses dados positivos, cabe destacar que apenas uma gestante teve uma avaliação negativa, considerando o atendimento péssimo, devido suas expectativas não corresponderem com a realidade do serviço. Quanto a média de consultas realizadas por essas gestantes no pré-natal de alto risco foi 4 a 5 consultas, estando de acordo com a meta da instituição.

Conforme o Ministério da Saúde, a periodicidade das consultas de pré-natal de alto risco é determinada pela equipe responsável e de acordo com as necessidades e prioridades de cada gestante. A equipe de saúde que realiza o seguimento da gestação de alto risco, deve considerar determinados indicadores: avaliação clínica; avaliação obstétrica; repercussões entre as condições clínicas da gestante e a gravidez; determinação da via de parto; aspectos emocionais e psicossociais (BRASIL, 2012).

Quanto ao atendimento realizado pelos profissionais, 100% das gestantes teve consulta com obstetras e 37,8% com especialistas, de acordo com suas patologias. O atendimento do pré-natal de alto risco na maternidade de referência para Rede Cegonha envolve uma equipe multiprofissional: obstetra, cardiologista, geneticista, infectologista, endocrinologista, reumatologista, psiquiatra, enfermeiro, psicólogo assistente social e técnico de enfermagem. De fato, pode-se considerar que o serviço de pré-natal de alto risco da maternidade de referência para Rede Cegonha, satisfaz às demandas das gestantes no que se refere ao atendimento da equipe multidisciplinar .

Para uma análise do percurso e acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência, as gestantes foram questionadas sobre as dificuldades enfrentadas durante este percurso de acesso, enfatizando a sua percepção, relacionada à qualidade do atendimento do

pré-natal de alto risco na maternidade de referência. De acordo com as falas, é perceptível a expressão de subjetividade nos olhares e nas vivências de cada gestante. Evidenciou-se que algumas gestantes não tiveram dificuldades em conseguir vaga e não entraram em fila de espera.

Observou-se que outras gestantes, com patologias prévias e estratificadas de risco no pré-natal da Unidade Básica de Saúde, foram encaminhadas pelo profissional do Posto de Saúde, mas entraram em fila de espera e por fim conseguiram as suas vagas. Cabe ressaltar que algumas gestantes viveram a experiência de intercorrências, necessitando serem encaminhadas para uma emergência obstétrica. No entanto por não terem necessidade de internamento para resolução da gravidez, foram orientadas à retornarem ao Posto de Saúde.

Ainda na narrativa das gestantes, verificou-se que algumas estratificadas como alto risco, foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco, sendo inseridas em fila de espera devido a falta de vaga. Observou-se que outras gestantes estratificadas de risco na UBS, estavam tão ansiosas por uma vaga, que resolveram ir em busca de seu acesso direto na maternidade, sendo que não obtiveram êxito, e foram orientadas a retornar ao Posto, sendo inseridas na fila de espera. Verificou-se narrativa de vivências de gestantes que peregrinaram por policlinicas ou outro hospital, só depois foram orientadas a retornar ao posto com o intuito de serem inseridas no sistema, e por fim serem encaminhadas à maternidade de referência. Ressalta-se que as histórias do fluxo para acesso ao Pré-natal de risco na maternidade de referência relatadas pelas gestantes, tem informações em comuns. Assim, o percurso das gestantes para acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade referência para Rede Cegonha, é diverso, conforme aqui circunscrito e o estudo mostra que existe variações de acordo com a realidade de cada serviço.

Quanto as situações vivenciadas por cada gestante, constatou-se, que cada uma tem um olhar diferenciado, de acordo com sua experiência, para ter acesso ao serviço. Cabe ressaltar que das gestantes entrevistadas, uma grande parte, apesar das dificuldades encontradas no percurso revelam um nível de satisfação por terem sido inseridas neste serviço e estar recebendo o acompanhamento. Outras gestantes, na mesma situação, com o percurso longo para acesso, consideram e enfatizam dificuldades, tendo em vista a sua situação de portadoras de patologias.

Ainda na análise das falas das gestantes, observou-se que algumas delas vivenciaram um percurso breve, com facilidade à vaga, sem serem inseridas em fila de espera e, assim, consideram o acesso sem dificuldades. No entanto outras gestantes, na mesma vivencia de um percurso abreviado, consideram dificuldade pela demora, devido a gravidade de sua patologia. Cabe ressaltar que essas divergências de olhares e vivências comprovam o quanto há subjetividade nesse percurso.

Dentre as vivências das gestantes, pode-se relatar que algumas estão tão ansiosas por uma vaga para a maternidade de referência, que qualquer espera é considerada dificuldade de acesso. Cabe ressaltar que, muitas vezes a patologia dessas gestantes é tão grave que, com duas semanas de espera, ela considera um tempo longo com dificuldade de acesso. Quanto às gestantes que já vivenciaram outros sofrimentos na Rede Cegonha, com enfrentamento de dificuldades, observou-se que mesmo com demora para conseguir a vaga, entrando em fila de espera, elas ficam gratificadas quando conseguem o acesso ao pré-natal de alto risco.

Esse contexto mostra que existe a Rede Cegonha, mas que cada mulher tem sua história e seu olhar, vivenciando uma experiência que tem pontos em comum, mas cada uma apresenta uma avaliação específica. Convém destacar que quando as gestantes de alto risco conseguem o acesso à maternidade de referência, elas conseguem vivenciar um pré-natal de qualidade e expressar satisfação com o serviço. De fato o pré-natal de alto risco tem uma relevância significativa na qualidade de vida destas gestantes, conseguindo atender às demandas que elas necessitam. No pré-natal de alto risco, as gestantes tem um suporte de profissionais capacitados e acesso a exames necessários, proporcionando segurança no atendimento para um desfecho melhor esta gravidez de risco.

Em continuidade, passa-se a trazer algumas falas acerca de vivências e olhares de algumas gestantes que representam outras mulheres que vivenciaram a mesma situação, mesmo no entendimento de que cada olhar é único.

As falas das gestantes apresentadas neste texto, ilustram suas vivências em relação ao percurso para o pré-natal de alto risco. Foram destacados alguns temas centrais que expressam o quanto a vivência destas mulheres, muitas vezes, ocorre em discordância com as diretrizes da Rede Cegonha (MELO, 2014).

Merece destaque três falas de gestantes que tiveram acesso ao pré-natal com brevidade:

Iniciei o pré-natal no Posto de Saúde e não tive nenhuma dificuldade. Consegui logo a vaga e a consulta de triagem e não demorou e nem a primeira consulta. Estou satisfeita com atendimento (Gestante 6)

(...) No intervalo das consultas passei mal e fui atendida na emergência da maternidade e fui orientada a retornar ao posto e solicitar encaminhamento para pré-natal de alto risco. Não fiquei em fila de espera. Consegui a vaga para triagem da maternidade com três semanas do encaminhamento, não achei que tive dificuldade. (Gestante 2)

Não tive nenhuma dificuldade. Consegui com brevidade a consulta de triagem. Estou satisfeita com atendimento. (Gestante 66)

Essas falas circuncrevem o percurso ideal que a RC preconiza para o funcionamento do sistema para acesso ao pré-natal de alto risco: assim que a gestante é estratificada, o médico encaminha, solicita a vaga à regulação e, com brevidade, ela chega a maternidade de referência para RC, acessando o pré-natal de alto risco, com garantia do atendimento em tempo oportuno, oferecendo segurança e suporte às suas demandas. Demonstram também a satisfação com o atendimento da maternidade de referência.

Expressando a distancia entre o ideal e o real, vale considerar estas duas outras falas:

Fui encaminhada para o posto, para encaminhamento à maternidade de referência. No posto tive dificuldade de ser encaminhada por falta de vaga. Aguardei três semanas para conseguir o encaminhamento. (Gestante15)

Fiquei muito aflita porque estava na quarta gravidez e tive três perdas. Enquanto não conseguia vaga pelo sistema, fui em busca pessoalmente nas maternidades, e não consegui. Até que uma enfermeira de uma maternidade conversou comigo, para voltar no posto e colocar como alto risco, pois estava com vaga. Passei um mês esperando, até que fui encaminhada a maternidade. Mesmo com a dificuldade de chegar, estou satisfeita com o atendimento. (Gestante 1)

Essas falas mostram a existência de dificuldades para essas gestantes. De fato observou-se a vivência de peregrinação no relato de uma gestante que representa várias outras, que ficam por semanas, e mesmo, meses em fila de espera. Constata-se nesses casos, discordância com as diretrizes da Rede Cegonha. Observou-se que não houve habilidade de comunicação da equipe da Unidade Básica de Saúde, para resolução. Casos assim deveriam ter sido repassados para a coordenação ou para articuladora técnica do Município no sentido de agilizar o acesso à maternidade de referência. No entanto, vê-se que mesmo com as dificuldades evidentes, a vivência da gestante de ter conseguido a vaga trouxe para ela uma satisfação.

As falas de determinadas gestantes são claras quanto às dificuldades de acesso revelando, inclusive equívocos no percurso a ser seguido entre UBS e a maternidade de referência, exigindo que as gestantes fiquem peregrinando para acesso a um direito.

(...) Entrei em lista de espera. Informaram no posto que quando conseguisse a vaga, seria avisada. Após um mês sem conseguir, fui na regional e falei com a coordenadora, que conseguiu a vaga através do sistema. O problema é para chegar na maternidade. Quando entra dá tudo certo. Só acho que o atendimento demora muito quando vou para as consultas. (Gestante 8)

(...) Na consulta com a enfermeira, ela orientou a necessidade do encaminhamento para maternidade. Fiquei em fila de espera, no sentido que meu esposo foi três vezes no posto e não conseguiam a vaga. Até que ele falou com a coordenadora. Verificaram que não tinham me colocado no sistema. Daí conseguiram a vaga. (Gestante 10)

Analisando a fala dessas gestantes, é notório que existiram dificuldades de vaga imediata e os profissionais do posto tiveram que solicitar intermediação da coordenação, da regional ou articuladora técnica da saúde da mulher do município de Fortaleza, no sentido de resolução dos entraves, para garantia da vaga dessa gestante para o acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade referência para Rede Cegonha.

O depoimento das gestantes, apresentados a seguir, revelam uma situação de dificuldade enfrentado por muitas mulheres, com gravidez de risco:

Apesar de eu ter passado dois meses em fila de espera, não considero dificuldade, pois tem uma cunhada hipertensa que está na lista mais tempo e ainda não conseguiu. (Gestante 46)

Procurei o posto para pré-natal com mais de 14 semanas. Eu não sabia que estava grávida. Consegui consulta no posto com duas semanas. A enfermeira que atendia no posto dizia que o meu caso não poderia ficar no posto, mas nada de conseguir a vaga fiquei muito assustada por não conseguir, preocupada. Houve dificuldades, consegui após 2 meses. (Gestante 43)

Não tive dificuldades, mesmo com espera de 2 meses para conseguir a vaga para maternidade. (Gestante 25)

Na análise dessa excessiva narrativa, o sofrimento e dificuldades no percurso da rede são evidenciados. A demora não está de acordo com que o Rede Cegonha preconiza. Convém destacar que mesmo com o longo tempo esperado, elas podem ou não considerar dificuldades. Parece que o importante é a finalização desse percurso de acesso ao pré-natal de alto risco, com satisfação por ter conseguido a vaga.

Merece destaque os depoimentos dessas gestante que, de forma taxativa, expressam o seu descontentamento senão vejamos:

Esperei 2 meses para conseguir a vaga na maternidade, fiquei muito preocupada. No dia da triagem fui pensando que era o pré-natal e era só triagem. Não gostei e ainda a primeira consulta demorou. Tive dificuldade de conseguir também a medicação clexane no posto. (Gestante 77)

Não gostei porque fiquei em fila de espera para conseguir vaga na maternidade. Esperei duas semanas (Gestante 59)

É notório que o olhar dessas gestante, que está tão ansiosa pela vaga, mesmo por um curto ou longo período em fila de espera, não foi salutar na sua vivência, causando stress na gravidez. Vê-se que mesmo sem o conhecimento sobre todas as prerrogativas da Rede Cegonha, é percebido que algumas mulheres tem consciência dos seus dos direitos.

Outras narrativas referentes a descontentamentos de gestantes de alto risco foram evidenciados a seguir:

Esperei muito pela consulta sendo atendida tarde. Não marquei os exames no mesmo dia porque terminei muito tarde. (Gestante 57)

Fiquei em fila de espera por quase 3 meses para conseguir vaga na maternidade, enfrentei dificuldades. No posto recebi apoio da médica clinica, não tinha obstetra. A consulta era intercalada entre a clinica e a enfermeira. Na maternidade como a primeira consulta foi na pandemia, os exames, muitos ficaram demorados. (Gestante 23)

Essas narrativas mostram que os exames são garantidos a essas gestantes, no entanto devido a demanda de atendimento algumas vezes interferem na marcação e realização com brevidade dos mesmos. A espera nas consultas é uma realidade que aflinge a maioria das

gestantes, por serem atendidas por ordem de chegada e ainda por serem de risco, muitas orientações e exames são realizados, consequentemente há demora no atendimento.

Algumas narrativas das gestantes apresentadas a seguir mostram a satisfação com o atendimento da maternidade, mesmo que em seu percurso tenham tido dificuldades.

Iniciei o pré-natal no Posto, esperei uma semana pelo encaminhamento, não tive dificuldades. Estou muito satisfeita com o atendimento. (Gestante 7)

Procurei o Posto e disseram que eu era alto risco, encaminharam e fiquei um mês em fila de espera. Realizei cerclagem na maternidade. Acho maravilhoso o atendimento da maternidade. (Gestante 60)

Não tive dificuldades e estou satisfeita com o atendimento. (Gestante 82)

É notório que essas falas de contentamento com o atendimento de serviço de pré-natal de alto risco, representam a grande maioria das gestantes. De fato após perpassarem pelo percurso até acessarem ao pré-natal de alto risco, sendo admitidas no serviço e acompanhadas com acolhimento, humanização, com acesso a exames laboratoriais e de imagem, profissionais capacitados e equipe multidisciplinar, proporcionam a elas um atendimento com segurança e qualidade.

Uma das gestantes entrevistadas tem uma avaliação negativa do serviço, é preciso contextualizar a situação narrada por essa gestante senão vejamos:

Iniciei o pré-natal no posto. Na terceira consulta encaminharam para maternidade sem dificuldades, o feto estava com malformação. Na segunda consulta na maternidade, não gostei do atendimento médico, achei que não me deu atenção, só para os estudantes. Eu tinha tido dengue, estava com exames e ele não olhou. A forma como ele falou sobre a situação do feto, também não gostei. (Gestante 42)

Essa fala retrata a fragilidade da gestante diante de sua vivência. Um diagnóstico de malformação fetal nos mostra um contexto muito delicado para abordagem, que deve ser humanizada e de acolhimento. As expectativas dessa mulher não corresponderam com a realidade. A pesquisadora percebeu o contexto dessa fragilidade e falta de empatia de seu

atendimento, relação médico paciente, interrogando a gestante sobre aceitação da mudança de profissional para atendê-la, e assim após concordar, amenizamos a situação.

Essas narrativas são relevantes para o estudo, mostrando que, mesmo tendo uma Rede de atenção, a Rede Cegonha, criada para facilitar o acesso das gestantes de risco, com o propósito de desburocratização, de regulação de vagas, de organização do percurso no sentido de dar acesso às gestantes a um pré-natal com acolhimento e humanização, com resolução para suas demandas, é notório que muitas gestantes ainda passam por dificuldades para serem inseridas no sistema.

A pesquisadora Ana Maria Martins Pereira, em 2014, realizou um estudo, em outra Maternidade de Referência da Rede Cegonha, em Fortaleza, sobre a gestante de alto risco no atendimento em ambulatório de serviço público. Ao apresentar suas análises, Pereira (2014) faz determinadas ponderações que abrem vias para reflexões sobre o quadro que constatamos em nossa pesquisa em 2020. A pesquisadora, de forma taxativa, enfatiza a questão da ausência de vagas e fila de espera, contrariando as prerrogativas da Rede Cegonha. Diz ela (p. 46):

Investigar sobre dificuldades de acesso certamente vai gerar muitas inquietações diante dos relatos obtidos, isso é algo esperado pelo pesquisador que resolve descobrir os entraves. Inquietou-me o fato de uma gestante ficar sem a consulta pré-natal porque estava na fila de espera por uma vaga no ambulatório de alto risco. A Unidade Básica não queria adotar para si a responsabilidade de continuar o pré-natal até a gestante conseguir a vaga, quando na verdade essa gestante não deveria deixar de ser atendida na atenção básica em nenhum momento. A equipe precisa saber da evolução da gravidez e parto desta paciente, pois a mesma está dentro da sua área de cobertura.

Dentre os relatos, foi unânime a questão da falta de vaga para exames, principalmente os de imagem, somente uma paciente de todas as entrevistadas conseguiu fazer o exame de ultrassonografia pela rede pública, quase todas tiveram que pagar para fazer. Outro ponto considerado relevante foi a falta de vaga para as gestantes de risco, as que não têm nenhum parente ou amigo na instituição esperam até meses para conseguir a vaga (PEREIRA, 2014).

O estudo de Pereira (2014) mostra as inquietações da pesquisadora e dificuldades das gestantes no percurso para acesso ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência para rede cegonha. No cotejo da pesquisa de Pereira (2014) e as narrativas do estudo aqui apresentado, é notório a aproximação entre a situação relatada por gestantes no estudo de Pereira e no que ora apresento.

6.3 Avaliação da Rede Cegonha na ótica dos profissionais

Foi realizada a análise da rede cegonha na visão dos profissionais da Secretaria de Saúde do Município gestores e assistenciais da ESF. Cabe ressaltar que foram questionados como avaliavam a Rede Cegonha. A narrativa é relevante para avaliarmos a Rede na ótica desses profissionais.

Constatou-se que alguns trabalhadores defenderam e colocaram-se a favor da Rede, dentre eles, alguns relataram que houve avanço, melhorando o fluxo das gestantes no seguimento dos protocolos da Rede Cegonha e consequentemente reduzindo a mortalidade. Evidenciou-se relatos que muitos profissionais tem dificuldades na prática considerando que o modelo da Rede Cegonha não funciona.

As narrativas de alguns profissionais da ESF, mostram que há dificuldades em encaminhar as gestantes, pois é muito difícil conseguir uma vaga. Dentre os profissionais houve falas de não ter dificuldade na Unidade Básica de Saúde (UBS). Ressalta-se um relato que a rotatividade dos profissionais prejudica a Rede.

Cabe ressaltar a relevância na visão dos gestores, na tessitura com os profissionais da assistência.

As falas dos profissionais apresentadas neste texto, ilustram sua avaliação da RC. Destacamos alguns temas centrais que expressam a visão do profissional sobre a temática:

Merece destaque três falas de profissionais gestores na SMS relatando sobre os avanços das implementações da RC:

“Eu avalio a rede cegonha como um grande avanço na atenção materno-infantil, porque foi um grande movimento, uma grande organização da rede que não existia até então”. (Gestora 1 da SMS)

“A rede cegonha conseguiu organizar fluxo, ela conseguiu reunir os pontos de atenção para discutirem esse fluxo, ela conseguiu instituir mudanças nos modelos de atenção obstétrica, ela ampliou os exames de acordo com as necessidades das gestantes, mudou o modelo obstétrico de muitas maternidades, ela garantiu direitos que antes não assegurados para essas mulheres no momento do parto, ela estimulou o serviços dos profissionais a trabalharem em evidencias científicas, muitas das práticas não eram baseadas em evidencias científicas, ela ampliou o acesso das mulheres na medida em que ela fortaleceu o vínculo da mulher com a maternidade, estimulou o vinculo a visita antecipadas da maternidade, ela

definiu a vinculação para reduzir a peregrinação, enfim, a rede cegonha para mim foi uma transformação no contexto da atenção materno-infantil no Brasil.” (Gestora 1 da SMS)

“A rede cegonha, a gente teve um avanço, , desde a época que ela foi implantada !A gente avançou com relação ao município de Fortaleza em algumas questões como a ampliação do número de postos de saúde! A população tendo mais acesso, embora a gente tenha áreas descobertas, a priorização das gestantes dentro das linhas de cuidado da atenção básica, a priorização de exames laboratoriais, que hoje tem uma priorização dessas gestantes, a pactuação entre as maternidades com relação ao mapa de vinculação, a implantação, essa implantação da classificação de risco nas emergências obstétrica.” (Gestora 2 da SMS)

Essas narrativas dos gestores, mostram uma visão ampla da RC, das implementações e melhoria para assistência à saúde materno infantil, as falas de determinados profissionais são claras quanto às dificuldades no encaminhamento das gestantes de alto risco, mesmo com as melhorias implementadas para-assistência materno infantil.

Os relatos de profissionais da ESF mostram as dificuldades enfrentadas na atenção básica:

“Então, a rede em si, o programa como um [...] Em si, ele é muito bonito, mas infelizmente! Em relação a essa agilização da paciente chegar até o pré-natal de alto risco fica um pouco difícil. Não é uma coisa rápida. Não é ágil. Você esperar uma semana, duas, no máximo três de cada paciente, [...] Seria o ideal. Mas mais de um mês[...] A paciente não consegue, . Ela não consegue e a gente da atenção básica fica conduzindo até ver as[...] Quais são as condutas do alto risco.” (profissional 1 ESF)

“Eu avalio a rede cegonha assim [...] Como é que eu vou explicar? O contexto dela, o conteúdo dela, tá entendendo, assim [...] a teoria dela é bonita, o funcionamento dela é legal, o que é o que dificulta mais é porque o que que acontece a gente vê muita, muita mudança de profissional, principalmente na atenção primária, tá entendendo. Muita mudança de profissional e às vezes profissionais eles, eles não sabem como funciona, como é o fluxo, como é o direcionamento. Então, muitos vão para capacitação, muitos vão para isso e não repassam.” (profissional 1 ESF)

Essas narrativas apontam os problemas enfrentados pelos profissionais da ESF. Observou-se nos relatos que a falta de vínculo dos profissionais na atenção primária, com à

rotatividade dos profissionais, a falta de vaga para encaminhamentos às gestantes ao pré-natal de alto risco, são entraves na Rede.

Apresentamos um relato de profissional da ESF que mesmo com dificuldade das vagas, aponta que existe mais facilidade com a RC:

“Na hora que tiver certo que uma paciente é de risco, ela já deveria ter vagas, ser regulada para as maternidades e de uma forma mais rápida, [...] Ah, facilitou muito depois da entrada da rede cegonha! Porque pelo menos antes a gente não tinha nem como está regulando essas mulheres, era bem mais difícil e depois da rede facilitou muito...” (profissional 5 ESF)

A melhora do fluxo das gestantes de alto risco para acesso ao pré-natal na maternidade com a implantação da RC é evidenciada nessa narrativa. Considerando o tempo oportuno, preconizado pela Rede, é notório que ainda há dificuldades.

Em continuidade a avaliação da RC consideramos a seguir a visão dos profissionais da maternidade de referência, avaliando a Rede Cegonha na Maternidade.

Constatou-se uma positividade na avaliação, considerando que quando a gestante consegue acessar o pré-natal de alto risco na maternidade, tem um acolhimento necessário e suporte de segurança para resolutividade de acordo com suas patologias.

Verificou-se nas narrativas que a Rede veio para humanizar o atendimento e melhorar o acesso das gestantes, mesmo o percurso não sendo fácil por falta de vagas. Determinados profissionais relataram que ainda com o oferecimento de vagas para Fortaleza, nota-se uma demanda de gestantes de alto risco maior que a oferta de vagas pelos serviços de pré-natal de alto risco.

Averiguou-se nas narrativas que, mesmo com as implementações da RC, ainda são poucos serviços de pré-natal em Fortaleza que atendem gestantes de alto risco. Quanto aos critérios da triagem para acesso ao pré-natal de alto risco, notou-se uma restrição por priorizarem as gestantes com maior complexidade de patologias. Cabe ressaltar que os critérios de acesso à maternidade de referência para o pré-natal de alto risco, cada vez são mais restritos, devido a superlotação nas UTIs neonatais, no entendimento de que o pré-natal de alto risco reflete nos internamentos da maternidade, por serem gestantes com complicações e muitos recém-nascidos encaminhados para as UTIs.

Dentre os profissionais percebeu-se que a RC fortaleceu as boas práticas na maternidade, enfatizando a melhora na acessibilidade e que o serviço é composto com equipe multidisciplinar e especialidades médicas, favorecendo o atendimento dessas gestantes. De fato

algumas dificuldades são enfrentadas por essas gestantes, no acesso ao pré-natal de alto risco, pela demora de serem colocadas no sistema por falta de vagas.

No entanto, observou-se muitas vezes que sobram vagas na triagem e que deve existir algum bloqueio no sistema, pois elas não conseguem marcar as consultas e nem chegar no serviço de triagem para acesso ao pré-natal de alto risco. Cabe ressaltar que quando as gestantes conseguem o acesso adentrando no pré-natal de alto risco, tudo fica resolvido, pois conforme os protocolos da Rede Cegonha, a maternidade os cumpre com qualidade na assistência.

O estudo aponta, relevantes relatos dos profissionais envolvidos no Pré-natal de alto risco da Maternidade. Senão vejamos:

Aa quatro falas de profissionais a seguir avaliam positivamente as implementações da RC:

“Dentro da rede cegonha no aspecto de ser um hospital terciário e de acolher pacientes com maior risco! Onde por ser um hospital terciário dá um maior suporte a pacientes complicadas.” (profissional 4 da maternidade)

“Olha, avalio positivamente! Acho que realmente [...] É... Existe uma série de propostas para um melhor atendimento nas gestantes e puérperas, né. Então, avalio de uma maneira muito positiva.” (Profissional 1 da maternidade)

“Eu acho que foi um grande avanço, eu acho que ajudou muito as mulheres, humanizou muito o serviço e deu muita condição para profissionais chegarem mais próximos das pacientes. As pacientes terem mais abertura com os profissionais no momento da maternidade.” (profissional 3 da maternidade)

“O acesso humanizado, igualitário, a gente tenta proporcionar esse acesso, ofertando vagas para secretaria municipal de saúde de fortaleza e dos interiores! Então, assim, as pacientes, elas têm acesso tanto quando vão para o posto de saúde de fortaleza, como nos interiores, a gente disponibiliza essas vagas, então eu acredito que em relação ao acesso, o atendimento humanizado, eu acredito que a maternidade está no caminho certo, ?” (Profissional10 da maternidade)

As falas acima relatadas mostram a questão do atendimento às gestantes de alto risco com acolhimento e humanização, conforme o que é preconizado pela RC, existe uma avaliação positiva da maternidade de referência, nível terciário. Na tessitura das falas profissionais do pré-natal de alto risco e da ESF, é evidente as diferentes realidades que vivenciam.

Adentrando na maternidade do estudo apontamos a fala de um profissional indicando que algumas dificuldades existem:

“Eu acho que a rede cegonha [eu tô falando pelo campo de ambulatório] eu percebo, em relação ao ambulatório, falta de treinamento sistematizado com os profissionais, de forma sistemática, envolvimento desses profissionais a nível de reunião para ser discutido questões específicas e dificuldades dos setores ligados a isso, do serviço de pré-natal ligado a isso... Eu acho que falta mais incentivo, compreensão, por parte da gestão, das pessoas acima da gestão, a nível político, mas incentivos financeiros para esses fins! Maior discussão desses recursos em relação aos, profissionais da ponta, que atendem, participar desse recurso de forma ativa, porque a gente não sabe quanto entra, quanto sai, o que é envolvido, para onde vai, para onde vem. E aí a gente fica com esse desconhecimento, sobre o que é que acontece nessa política da rede cegonha, acho que no geral é isso.” (profissional 5 da maternidade)

Essa fala mostra que mesmo os profissionais atuantes na atenção terciária, ainda existem algumas dificuldades na maternidade de referência como: o número de vagas que ofertam, falta de treinamentos sistemáticas para os profissionais e falta de informações relacionadas a gestão da RC na maternidade e à nível da política.

6.4 Percurso das gestantes para o pré-natal de alto risco na visão dos profissionais: acesso e dificuldades

A visão dos profissionais envolvidos na RC é de grande relevância para o estudo investigativo: gestores da SMS, profissionais da ESF e do pré-natal de alto risco da maternidade do estudo.

Para a análise do percurso das gestantes ao pré-natal de alto risco na visão dos profissionais da SMS, foram questionados sobre as dificuldades que as gestantes enfrentam no percurso, desde sua estratificação como alto risco na UBS, até o acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência para a rede cegonha.

Na ótica dos gestores da SMS observou-se que a visão é mais abrangente devido uma de suas atribuições ser o monitoramento da RC em Fortaleza. Os gestores apontam em suas narrativas que são inúmeras as questões de dificuldades na Rede. Nas falas de alguns profissionais, pode-se dizer que ocorrem encaminhamentos inadequados gerados por falta de qualificação do profissional para estratificar a gestante de risco.

Outra dificuldade apontada é a falta de dados no encaminhamento, seja dados obstétricos ou cadastrais. De fato quando o profissional da regulação recebe o encaminhamento com os dados incompletos, devolve o encaminhamento da gestante para UBS revisar.

Esse fluxo apresentado considerou-se um entrave significativo para o percurso da gestante ao pré-natal de alto risco, devido ocasionar a demora na Rede. O próprio sistema de agendamento, que as vezes também não tem a devida agilidade, foi considerado outra dificuldade. Convém ressaltar que observou-se nas falas dos gestores dificuldades referentes a distância da residência da gestante para onde foi gerado a vaga.

Outro problema enfrentado na visão dos gestores é a rotatividade do médico e a falta de vínculo do profissional na atenção primária.

Vale ressaltar que esses profissionais médicos recebem a capacitação e com brevidade deixam o serviço, em busca de uma oportunidade melhor, como vínculo com empregos, realizar residência para ter uma especialidade, entre outros.

Ainda na visão dos gestores da SMS, Observou-se que nem sempre há vagas disponíveis no sistema, fazendo com que essa gestante entre na demanda reprimida, na fila de espera. Outra dificuldade relatada foi a falta de comunicação do posto com a gestante.

De fato as gestantes são agendadas no sistema e por algum motivo essa informação não chega a ela, ocasionando a perda da consulta na maternidade de referência. Nas narrativas, considerou-se um grande entrave a demanda de gestantes, maior que a oferta de vagas nos serviços de alto risco.

Cabe ressaltar que em Fortaleza tem 113 UBSs, com uma grande demanda de gestantes de alto risco, ao mesmo tempo a maternidade recebe gestantes de todos os municípios do Ceará, às vezes até de outro estado, e não consegue atender a demanda solicitada.

Ainda na fala dos gestores da SMS, mudanças nos critérios para acesso de gestantes de alto risco no serviço de pré-natal da maternidade de referência, restringe mais ainda o acesso, dificultando a entrada dessas gestantes. Convém ressaltar que existe muito a dicotomia entre o que o profissional da atenção primária que estratifica a gestante como risco e o que realmente a maternidade acolhe como gestantes de risco.

Ressalta-se que algumas áreas de risco são descobertas de Agente Comunitário de Saúde (ACS), dificultando o acesso dessa gestante para unidade básica de saúde. Na visão dos gestores da SMS a rede é para funcionar, eles estão para realizar articulação, destravando algum entrave no percurso da gestante de alto risco para o acesso ao pré-natal.

Nas narrativas dos profissionais da estratégia saúde da família (ESF), a maioria tem dificuldades de encaminhar a gestante estratificada de risco, por motivo de falta de vagas no sistema. Dependendo da regional e da área das UBS que os profissionais da ESF atuam, notou-se o fluxo mais favorável ou não.

As falas a seguir retratam a visão do profissional, com relação ao percurso, possíveis dificuldades e o acesso da gestante em busca de realizar o pré-natal de alto risco, na maternidade de referência para rede cegonha:

“A primeira dificuldade é exatamente a estratificação do risco. Embora tenham, existam protocolos definidos implementados na unidade básica de saúde ainda tem profissionais que não seguem esses protocolos, que não se atualizam, que conduzem gestantes de risco ou que não identificam adequadamente os riscos delas [...] por [...] necessários trabalho de investigação, necessário trabalho de acompanhamento, de anamnese adequada nessa mulher, né e não consegue identificar adequadamente o risco.” (Gestora 1 da SMS)

“A gestação de alto risco, às vezes, ela encontra também dificuldade de acesso, nem sempre tem vagas disponíveis no sistema para que ela imediatamente seja encaminhada, as vezes a solicitação encaminhada pro sistema gera pendências, porque às vezes o profissional não justifica adequadamente a necessidade do pré-natal, isso é um problema. E um outro problema é a comunicação entre esse agendamento e a mulher, as vezes a consulta é agendada e ela não fica sabendo, porque ela pode sair do posto, ficar em fila de espera e quando essa consulta é agendada, as vezes a comunicação não é rápida o suficiente pra ela se programar e comparecer a consulta no dia marcado, as vezes, ela perde a consulta sem saber que a consulta foi agendada. Esse é um problema também. E o outro problema que eu acho é ela mesma conseguindo ter acesso, ela mesma conseguindo iniciar o pré-natal de alto risco na atenção especializada é também as vezes ela perde o vínculo com a equipe da Estratégia Saúde da familiar, ela deixa de frequentar a equipe dela e fica só na atenção especializada, isso faz com que ela deixe de ter acesso a algumas questões que estão ainda no âmbito da atenção básica.” (Gestora 1 da SMS))

“A primeira dificuldade é a questão do quantitativo de ofertas de consulta, então a gente tem um quantitativo muito maior de gestantes que precisam, que são estratificadas de risco e a gente tem poucas ofertas. A segunda dificuldade, eu acho que a própria capacitação dos médicos, que encaminham, que fazem o encaminhamento da gestante. A gente ainda tem encaminhamentos indevidos, com poucas informações [...] Outra dificuldade é a subespecialidade que tem dentro das ofertas do alto risco. Então, assim, eu não tenho uma oferta com uma nomenclatura única, cada serviço de alto risco, ele oferta com uma nomenclatura diferente e aí confunde às vezes o próprio profissional que está lá no posto de saúde fazendo a estratificação e encaminhando. Confunde o profissional que está no posto de saúde estratificando e encaminhando [...] rotatividade de profissionais médicos, é outra dificuldade e o vínculo desses médicos, grande maioria deles pelo programa mais médico. Eles não tem vínculo forte com atenção primária..... A outra dificuldade são as áreas descobertas, né, de agentes comunitários de saúde e acaba essa gestante tendo essa dificuldade de acesso à unidade básica de saúde por conta que ela não tem uma vinculação do agente de saúde na área. Embora, seja orientado que essas equipes daquele posto, daquela área descoberta, ela tem que atender as gestantes que é prioridade.” (Gestora 2 da SMS).

Nessas narrativas acima verificou-se como entraves a burocratização, falta de comunicação, rotatividade do profissional médico, falta de capacitação do profissional para estratificação do risco com brevidade, área da residência da gestante descoberta pela equipe da ESF e a demanda de gestantes de alto risco, maior que a oferta de vagas pelas maternidades de referências.

Alguns profissionais da SMS expressam as dificuldades enfrentadas pelas gestantes na sua percepção, senão vejamos:

“A dificuldade que a gestante encontra, muitas vezes é a demora em conseguir a vaga, principalmente no que diz respeito aos exames. Não é exame laboratorial, mas aos procedimentos como ultrassom, ou outros procedimentos necessários.” (Gestora 3 da SMS)

“A maior dificuldade que encontramos é com relação a esperar essa vaga ser disponibilizada nas maternidades terciárias. Entendeu? Nos pré-natais de risco você tem que aguardar através do sistema. Aí eu acho que demora, isso aí, é um entrave, esse sistema.” (profissional 3 da ESF)

“Agora eu tô com duas gestantes que saíram pra fazer o pré-natal de alto risco [...] é muito distante, tem umas que desiste. Né? E pra maternidade, às vezes, não tem vaga no sistema, demora pra aparecer essas vagas no sistema.” (profissional 5 da ESF)

As falas acima retratam as dificuldades de enfrentamento por falta de vagas e distanciamento da residência da gestante para a maternidade de referência.

A narração dos profissionais abaixo relatadas expressam a busca para solucionar as dificuldades enfrentadas pelas gestantes a fim de que cheguem no pré-natal de alto risco sem demora:

“Eu acho que a marcação porque às vezes, assim, elas são... elas são referenciadas, são estratificadas tudinho mas não consegue a vaga na maternidade, conseguem algumas outras unidades mais longe né! O acesso seria melhor inclusive se fosse na maternidade. Outra dificuldade, as vezes, é porque assim[...] às vezes você vai lá, ela não tá estratificada como alto risco e é colocado da gente ter que estratificar ela como alto risco aí o médico encaminha. Quando encaminha, aí fica pressionando[...] a gente liga para central de regulação, no caso da Regional surgir, aí consegue logo a vaga. Não vejo dificuldade não, assim, em relação a marcação para gestante não. Atualmente está sendo rápido.” (profissional 6 da ESF)

“A gente encaminha via sistema, elas colocam o nome lá na recepção pra ficar na fila de espera, mas isso a gente faz porque é o protocolo, mas a gente vai na coordenação, passa pro nosso coordenador e eles... é... tentam agilizar essa consulta com a responsável pela saúde da mulher na regional VI. Dependendo do caso, porque existem, né, problemas mais imediatos e outros que a gente vê que não é... não tem aquela necessidade tão imediata, a gente aguarda. Eu, no meu caso, eu oriento a elas, quem não for[...] é... se esse agendamento não sair num intervalo de dez dias, elas me procurem pra poder a gente tentar agilizar via regional.” (profissional 6 da ESF)

As narrativas acima mostram que dependendo da área e da UBS, a Rede funciona com os apoios, com o suporte da coordenação e/ou regional para agilizar a vaga na maternidade de referência. Nesse contexto considerou-se no estudo que pontualmente poucos profissionais não referiram dificuldades.

A fala aqui apresentada, expressa de forma taxativa a experiência de descontentamento de um profissional:

“Olha, esse acesso, ele é difícilíssimo. Muito, muito difícil. A Rede Cegonha, ela implantou, né, dividiu Fortaleza, em vários setores e a minha unidade de saúde, a referência é a Maternidade. Mas no início, logo na implantação, estava dando muito certo. A gente botava pelo sistema né! E a gestante conseguia. Não era rapidamente, mas dentro de um mês ou dois ela conseguia. E também através de amizades. Muitas vezes a gente consegue pré-natal através de... pedir mesmo, amizade, né. Ou então a gente tem entrar em contato com a técnica né, da saúde da mulher da prefeitura, pra ela sair vendo um local, porque pelo sistema é impossível. Porque o fluxo é assim, o médico faz o encaminhamento, a gestante vai para o marcação, que é o local onde ela deveria fazer o agendamento desse encaminhamento, né. Porque o médico só, o médico mesmo, ele não consegue. Aí a gestante faz isso, chegando lá, não tem vaga. Nunca tem, nunca. Isso aí é uma realidade, daí o que é a gente faz, a gente xeroca o papel, pega o telefone dessa gestante e entrega pra coordenadora. E a coordenadora é quem vai ficar tentando, então realmente o sistema não funciona. Pra completar [...] esse ano começou uma nova indicação, aí que a maternidade, ela só recebe gestantes a partir até uma determinada idade gestacional, se não me engano, é 26, Mas é um absurdo. Porque eu tô fazendo pré-natal e de uma hora pra outra a minha gestante apresenta uma pré-eclâmpsia... Ela não é atendida. É devolvida por causa da idade gestacional. Porque se a gestante não tiver uma doença no início da gestação, ela não tem mais acesso ao pré-natal na maternidade que é a nossa referência. Ai o que é que acontece, a coordenadora repassa para técnica de saúde da mulher e aí ela vai tentando ir para outro hospital, que é super distante, elas não querem ir. Enquanto isso vai passando. Então, o acesso da gestante ao pré-natal de alto risco na rede cegonha aqui na regional III está péssimo. Praticamente, inexistente. Pelo caminho que ela deveria percorrer. No pré-natal de alto risco.” (profissional 3 da ESF)

Essa fala representa a realidade de muitas outras UBSs, na vivência do profissional da ESF e da gestante de alto risco, com grande entrave no percurso da busca pela vaga para acessar ao pré-natal na maternidade de referência, verificou-se a contradição com as diretrizes da Rede Cegonha. Também como o entrave, é evidenciado restrições de patologias para acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência. Por outro lado, na visão dos profissionais da atenção terciária, justificam por ter a questão da superlotação e a necessidade de priorizar as patologias de maior complexidade.

Os profissionais do pré-natal de alto risco na maternidade de referência, foram questionados sobre as possíveis dificuldades que as gestantes de alto risco enfrentam no

percurso, desde sua estratificação de risco na UBS, até o acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade. Ressalta-se que na visão desses profissionais, seria a demora para gestante ser colocada no sistema e a falta de vagas para muitas gestantes de alto risco em fila de espera para acessar o pré-natal de alto risco.

Verificou-se na fala de alguns profissionais que a demanda de gestantes de alto risco é maior que a oferta de vagas. Cabe ressaltar que os critérios de acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência são mais restritos pela grande demanda de gestantes, em consequência, o serviço não comporta essa demanda.

Ressalta-se em uma narrativa que em alguns períodos, parece ter um entrave no sistema que as gestantes não conseguem chegar, mesmo com vagas para acesso à triagem. Em relação as vagas alguns elementos interferem na oferta de vagas: a quantidade de profissionais; o espaço físico; a superlotação das unidades neonatais e capacidade hospitalar.

Ainda na visão do profissional da maternidade de referência, houve um relato que o número de serviços ambulatoriais que oferecem o pré-natal de alto risco, são insuficientes para atender a demanda de gestantes de alto risco em Fortaleza. Nesse contexto, convém ressaltar que vários são os entraves que interferem no percurso dessa gestante.

Nas narrativas dos profissionais sobre as dificuldades para o acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco, retratam a realidade da Atenção terciária como “porta de entrada” para as gestantes encaminhadas da UBS com patologias de alta complexidade.

Esses relatos aqui apresentados, abordam os critérios para acesso das gestantes de alto risco na maternidade de referência. Senão vejamos:

“Dificuldades maiores é ela conseguir entrar no serviço, até porque vem de um encaminhamento de um posto de saúde que às vezes demora pra ser colocado no sistema. Mas depois, estando no serviço, não tem muita dificuldade... Durante o início a gente abrangia mais pacientes, né! E os critérios foram ficando mais rigorosos pela demanda que estava muito grande e o nosso ambulatório não comportava casos que não fossem tão complexos, então a gente ficou restringindo para casos mais complexos ainda... Então, algumas modificações foram necessárias para não deixar pacientes mais críticos do lado de fora e tá atendendo os casos que realmente não fossem tão graves. Então, por isso que foi tomada essas condutas. A Rede não está preparada para demanda que é necessária.” (Profissional 27 da maternidade)

“É porque assim, nós realizamos uma triagem, o acesso da paciente às consultas ambulatoriais é através de uma triagem, né! E a gente disponibiliza vagas tanto pra Fortaleza, como para os

interiores. Mas a gente não consegue disponibilizar uma quantidade que dê pra todos os postos, pras mulheres de Fortaleza.... [...] como é que eu posso dizer? Serem beneficiadas por esse atendimento. Então, eu acredito que a gente oferta uma quantidade boa, mas que não beneficia a toda a população, né!” (Profissional 10 da maternidade)

“A grande dificuldade que eu vejo das gestantes que fazem pré-natal aqui é que, infelizmente, pela dificuldade da própria rede, não se consegue garantir o Parto de forma adequada, porque muitas vezes ela não vai ter a vaga pro parto dela aqui, por superlotação da UTI Neonatal, por superlotação da capacidade do hospital. Então muitas vezes ela faz o pré-natal de alto risco aqui e às vezes vai chegar numa emergência e vai ser encaminhada pra uma outra unidade da rede [...] O ambulatório da triagem, como médico da triagem, eu acho que racionalizou a entrada dessa paciente. Por quê? Porque a gente tá conseguindo deixar as vagas, realmente, pra quem precisa. [Porque] Muitas vezes como não tinha o ambulatório, o que é que acontecia? As pacientes chegavam, pacientes com patologias que poderiam ficar na rede secundária ou primária, elas entravam e aí isso diminuía a capacidade de receber quem realmente era necessário receber. Então, em relação ao alto risco, eu acredito que racionalizou e melhorou a entrada de quem realmente precisa.” (profissional 10 da maternidade)

Essas narrativas abordam a restrição de critérios na maternidade de referência para acesso ao pré-natal de alto risco e superlotação. Tema relatado e com relevância no estudo aqui apresentado.

Merece destaque duas falas que mostram dificuldades reais que são visualizadas e de difícil avaliação:

“A gente sabe que tem as dificuldades, que a fila é grande, mas a gente não tem a visão de quem tá na atenção básica, ou secundária de quanto tempo que foi encaminhada, quanto tempo ela tava esperando na fila. Tem umas que a gente vê que chegou muito cedo, tem outras que a gente vê que chegou, que já estavam há mais tempo na fila e não tinham conseguido a vaga. É difícil avaliar assim, estando lá dentro.” (profissional 15 da maternidade)

“No momento, hoje, o que eu vejo como maior entrave é a condição da paciente chegar do posto de saúde ao pré-natal de alto risco no hospital terceirizado. Tá tendo um bloqueio que a gente não consegue visualizar aonde, mas elas não conseguem ir do posto pro pré-natal.

Tem um entrave. Muitas chegam, mas a grande maioria não tá conseguindo chegar, principalmente no momento.” (profissional 5 da maternidade)

Essa fala do profissional da atenção terciária mostra que entraves existem, mas ainda não foram identificados. É necessário refletir, identificar e resolver a causa.

Algumas dificuldades de enfrentamento das gestantes na visão dos profissionais :
“A assistência nos postos de saúde não favorece, né, a atenção primária que também é muito, se encontra ainda em situação bem precária. Dos postos de saúde, hoje, são poucos os que tem uma atuação mais efetiva, que dá suporte pra essas pacientes, a demora do diagnóstico, a demora dos exames pra fechar diagnóstico, o trabalho de promoção da saúde pra essas pacientes e acaba trazendo demora no acesso ao serviço.”(profissional 11 da maternidade)

“A dificuldade delas grande é de chegar aqui, né, a referência... muitas pacientes chegam aqui com idade gestacional muito avançada. Dificuldade de locomoção para chegar até aqui, muitas pacientes não tem como chegar. E aqui dentro da maternidade, hoje, a gente tem uma dificuldade, assim, até grande, em relação a leitos, né. Pacientes tão sendo muitas vezes transferidas pra outros hospitais da própria emergência por não conseguirem ficar aqui internadas.” (profissional 9 da maternidade)

Demanda maior que oferta de vagas, demanda reprimida, demora no diagnóstico, dificuldade de locomoção devido distanciamento, essas falas acima retratam entraves na demora do acesso.

Relevante narrativa de um profissional do pré-natal de alto risco mostrando o sentimento relacionado ao acesso ao pré-natal de alto risco. Vejamos a seguir:

“A sensação que eu tenho é que quando as pacientes chegam, elas já venceram a pior dificuldade, né, que é estar aqui, conseguir [...] uma vez que elas estão aqui, no pré-natal com a gente, elas tem uma assistência bem completa, né, bem multidisciplinar, oferecendo tudo que elas precisam, né?” (profissional 11 da maternidade)

Essa fala retrata a qualidade, acolhimento, humanização e resolutividade nas demandas das gestantes de alto risco.

Visão de um profissional das dificuldades gerais do acesso da gestante ao pré-natal de alto risco:

“Assim, em termos de ofertas, exames, da qualificação dos profissionais pra atendimento é muito bom. Agora a dificuldade maior, talvez, seja pelo volume, aí acaba dificultando, né, às vezes, a paciente a fazer sua assistência ao parto lá mesmo, né, onde ela fez o pré-natal. Tem essas dificuldades mais pela quantidade de [...] do volume, né. Dificulta, às vezes, a dar aquela assistência que... outras coisas, às vezes, também são pacientes que vem do interior, né, que tem toda a dificuldade do acesso, da vinda, a parte socioeconômica delas mesmo também, as vezes, precisam vir várias vezes e pra ela dificultar, tem dificuldade, né, dessa parte econômica. Então, todas essas dificuldades, né! Mas assim, em termos de exames, da qualificação dos profissionais, das orientações, é bom. É muito bom!”(profissional 7 da maternidade)

Na análise da fala dificuldade pelo distanciamento, demanda maior que oferta de vagas, dificuldades vivenciadas pela gestante na visão do profissional são evidenciadas. No entanto qualificação dos profissionais e acesso aos exames, são pontos positivos quando tem acesso ao sistema.

Merece destaque duas falas sobre a estrutura do pré-natal de alto risco. Vejamos à seguir:

“No pré-natal, elas entram pelo mesmo setor e que todo mundo usa o ambulatório. Então, às vezes, a estrutura física talvez não seja tão adequada. Ela não tem uma sala de espera apropriada, tudo muito limitado, mas enfim, no geral, é mais pela estrutura física mesmo, do acesso. Mas a localização da maternidade não é de difícil acesso, em termos de bairro, né, fica próximo de muitas regionais, né! Quanto a isso, assim, tá bem [...]da estrutura física é porque depende do governo tentar financiar [...] aquele dinheiro, né, pra fazer melhorias da estrutura física e as dificuldades financeiras aí da paciente é inerente pra gente, né. Não tem como [...] isso aí é pelo próprio governo, né, da nossa estrutura, né! Mas é mais da estrutura física, da... e outra coisa, sala de espera, pela própria estrutura física, às vezes, também deixa a desejar se a equipe profissional possa trabalhar, né? Na sala de espera pra diminuir um pouquinho o tempo de espera com orientações, essas coisas, também dificulta um pouco ser tudo muito pequeno ali, né! E outra coisa, elas não ficam separadas de atendimento de pré-natal das outras, dos outros atendimentos ambulatoriais, então às vezes, quando você quer juntar pra dar certas orientações dificulta, porque são de outros ambulatórios, então

como você vai fazer? Normalmente, se for dar orientações, dá orientações que vai servir pra todas, né. Não especificamente do pré-natal, né!” (Profissional 6 da maternidade)

“Eu acho que uma das coisas de início seria a acessibilidade [...] pra chegar no serviço. É o primeiro ponto, porque ela é encaminhada da rede primária e muitas vezes esse encaminhamento, ele não foi rápido, ele demora, ele depende de vagas. Então, eu acho que é um ponto. Outro ponto [...] dificuldade pra exames, demora nos exames, né. Ela não tem isso tão rápido como deveria, né [...] deixa eu ver o que mais [...] uma quantidade de profissionais multi, talvez mais ampliada. Um tratamento a nível [...] quando a gente fala em saúde mental, uma psicóloga mais disponível pro serviço. Que não (...) apenas uma ou que não fosse tão com a agenda tão lotada. Aí o número de profissionais. Deixa eu ver aqui. Em relação a gestante, uma[,...].espaço pra realização de atividades educativas com material disponível de última geração, né, que não fosse cartilhas e panfletos antigos. Que aí é em relação às gestantes, né? Acho que isso.” (profissional 5 da maternidade)

Essas narrativas abordam dificuldades pelo acesso ao pré-natal de alto risco e exames, espaço físico, número insuficientes de profissionais da equipe multidisciplinar, especificando saúde mental, recursos audio-visuais mais atualizados.

Cabe enfatizar algumas falas dos profissionais representando as narrativas de outros do serviço, no contexto da avaliação do pré-natal de alto risco na maternidade de referência para RC:

“Eu acho que é um espelho, sabe, tipo o modelo do pré-natal de alto risco que eu vejo na maternidade é um modelo que eu replico até pra minha clínica privada. Eu acho que é um modelo de inspiração, você vê a integração, multidisciplinar, né, um pré-natal que tem enfermeiro em todos os turnos, que tem psicólogo na maior parte (...) também, a gente não vê isso em outros pré-natais, você vê uma integração multiprofissional muito grande. Então a minha avaliação é muito boa, sabe?” (Profissional 5 da maternidade)

“Muito bem organizado, estruturado, eu acho que talvez seja um dos pré-natais mais organizados, estruturados aqui do Ceará.” (profissional 8 da maternidade)

“Eu acho que é um pré-natal de excelência. Porque (...) como (...) lá, assim, a gente vê coisas que não acontece em nenhum lugar do estado, nem nas clínicas particulares. O apoio a gestante desde a parte obstétrica, psicológica, da consulta de enfermagem aos especialistas,

como: endócrino, geneticistas, cardiologistas e infectologistas.” (profissional 3 da maternidade)

“Avalio... pra não dá um 10, daria um 9,5. Quase perfeito. O que eu queria comentar é que a maternidade faz um serviço ultra-especializado e às vezes, a gente lamenta quando a paciente não consegue entrar por ser um caso intermediário, não tão grave e que a gente não tem certeza que não vai ficar grave. Porque a triagem, geralmente, é feito com a limitação de idade gestacional até 26 semanas. Nós não podemos, hoje, admitir uma paciente após 26 semanas, com raras exceções e a paciente fica sem a nossa assistência e eu temo que em outros locais, se ela vai ter a mesma qualidade de assistência que nós prestamos. Essa é a grande dificuldade que eu vejo, as pacientes passam da data de admissão da gente e pra onde é que a gente pode encaminhar, quando a gente não admite.” (profissional 5 da maternidade)

Na análise dessas falas acima relatadas em relação a avaliação do pré-natal de alto risco na maternidade de referência, considerou-se de muito bom à excelente. Constatou-se que apesar de algumas dificuldades, o serviço é satisfatório, em termos de organização, estrutura, equipe multidisciplinar e resolutividade para as demandas das gestantes de alto risco.

Ressalta-se a visão dos profissionais da maternidade de referência, que acolhem as gestantes que acessam o pré-natal de alto risco e dos profissionais da ESF que encaminham as gestantes ao pré-natal de alto risco, demonstrando dificuldades como: a burocratização, serviços que realizam o pré-natal de alto risco com ofertas de vagas que não atendem a demanda de gestantes de risco, falta de comunicação, médicos sem vínculo com atenção primária — muitas vezes passam pouco tempo nas equipes de saúde da família — esses aspectos contribuem para um grande entrave na rede.

Na ótica dos profissionais da maternidade de referência, as dificuldades são no percurso e quando a gestante consegue acessar ao pré-natal de alto risco, as dificuldades terminam, sendo acolhidas por uma equipe multidisciplinar com atendimento de qualidade, segurança e garantia para uma boa resolutividade de acordo com sua patologia.

A questão dos critérios para acesso a maternidade é bem polêmico nas falas, pois a gestão do município de Fortaleza considera como entrave a restrição dos critérios para o acesso das gestantes, e os profissionais da maternidade mostram a necessidade de admitir as gestantes de maior complexidade, devido a demanda no pré-natal e refletir nos internamentos, contribuindo para a superlotação da maternidade.

De fato observou-se que geralmente na maternidade em estudo que no serviço de triagem, a demanda é maior que a oferta. Esporadicamente — por problemas no sistema de informações — a oferta é maior que a demanda, embora sabendo-se que muitas gestantes estão em fila de espera. É este um grande problema administrativo e burocrático do sistema que causam sofrimento para as mulheres que precisam do pré-natal de alto risco.

Vale considerar que o intervalo da data do encaminhamento, e a data que a gestante consegue acesso a triagem, muitas vezes, é deveras longo e algumas são inseridas na demanda reprimida, lista de espera. Por outro lado, quando a gestante está nos critérios da maternidade, sendo inserida no pré-natal, a data da triagem para primeira consulta do pré-natal de alto risco, muitas vezes à demora, retardando o atendimento. Isto se deve a considerável demanda existente.

Em verdade, muitas mulheres, com direito ao atendimento urgente e necessário, devido uma gravidez de alto risco enfrentam a demora pela própria restrição do sistema, enfrentando entraves em diferentes momentos do fluxo.

Ao apreciar os marcadores e fatores do Ministério da Saúde para estratificação do risco na gestação e os critérios da maternidade de referência para rede cegonha, cabem apreciações críticas a conduzir à problemática da pesquisa avaliativa. De fato, inegavelmente, os critérios estabelecidos pelo MS são amplos e estão em coerência com a própria concepção de saúde do SUS, ou seja, saúde como bem viver, como condições de bem-estar.

Logo, estes critérios enveredam por marcadores sócio-econômicos-demográficas e culturais e marcadores clínico obstétricos. De fato, o próprio desenvolvimento do SUS, no contexto brasileiro de ajuste, voltado para os interesses do mercado, limitam o alcance do acesso da população, restringindo saúde à ausência de doença. Assim, cada vez mais, os recursos do SUS são restringidos, levando à tragédia social da superlotação.

A Maternidade também é atingida por este drama de superlotação, principalmente nas unidades neonatais. Em verdade, a Maternidade em estudo expressa um problema estrutural de saúde Pública no Brasil, no tocante a superlotação, refletindo-se na peregrinação das gestantes para acesso ao Pré-Natal e Parto.

Cabe aqui demarcar entendimentos acerca de superlotação no âmbito da Saúde. Neste sentido, apresento duas concepções. Segundo Bitencourt (2009), superlotação é uma situação que revela a saturação do limite operacional do serviço emergência hospitalar (SEH). De acordo com Weiss et al. (2014), os indicadores de superlotação nos SEH são: 100% de ocupação dos leitos, pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis, não recebimento de ambulâncias em razão da saturação operacional, sala de espera para consulta médica lotada, equipe do SEH encontra-se subjetivamente no limite da exaustão e mais de uma hora de espera para o atendimento médico.

De acordo com Durões (2018), a definição de superlotação nos serviços de emergência, parece ser um problema genuinamente brasileiro. Entretanto, observando dados da literatura notamos que este é, na verdade, um problema mundial. Caracteriza-se pela ocupação de todos os leitos existentes no pronto-socorro (incluindo os de retaguarda), com expansão desorganizada de macas para os corredores e outros locais inapropriados como a própria recepção do setor.

Em verdade a superlotação da maternidade, materializa-se na falta de leitos, seria considerado a falta de leitos nas unidades neonatais e/ou obstétrica, predominando a primeira. Situação essa preocupante para a gestão, que tenta administrar da melhor forma, sem risco para gestantes e recém-nascidos já internados.

Senão vejamos: a superlotação na Maternidade pode trazer risco de infecção na unidade neonatal, acarretando como consequência, mortes em serie, de recém-nascidos.

Classificada como atenção terciária e de referência, a maternidade enfrenta quase sempre a superlotação nas unidades neonatais. As gestantes que conseguem ser admitidas no serviço pré-natal de alto risco e/ou parto, a intenção é que sejam de maior gravidade.

De fato, a superlotação nas unidades neonatais é um ponto crítico nas maternidades de referências, no contexto da saúde materno infantil. As gestantes que estão dentro dos critérios para admissão na Maternidade, tem todo suporte necessário: acolhimento, humanização e resolução de acordo com sua necessidade.

No Cotejo das falas das gestantes, gestores SMS, profissionais da ESF e profissionais da atenção terciária, vários aspectos são em comum, sendo que o relato sobre a falta de vagas, é comum á todos. Vale ressaltar que na ótica das gestantes entrevistadas, observou-se unicamente esse aspecto.

No tocante aos profissionais que vivenciam a realidade na atenção primária, é bem complexa, no sentido de ser a “porta de entrada” da gestante no sistema e serem responsáveis para estratificar a gestante como risco e referenciá-las em tempo oportuno. Além da falta de

vagas para encaminhamentos das gestantes, esses profissionais enfrentam outras dificuldades de gestão e apoio logístico.

Quanto aos gestores que tem a responsabilidade de monitorar a Rede, tem um olhar mais amplo, analisando as demandas das UBSs e profissionais da ESF. No tocante os profissionais da atenção terciária, eles acolhem as gestantes que acessam ao pré-natal de alto risco, com algumas dificuldades de estrutura física, mas relacionado ao atendimento, mostram que é de qualidade e atende a necessidade das gestantes de acordo com suas patologias, mesmo na ciência que sempre se tem algo a melhorar.

Ressalta-se no estudo que foi unânime as narrativas destes profissionais, sobre o atendimento de pré-natal de alto risco na maternidade de referência ser considerado diferenciado e satisfatório.

Constatou-se que na visão destes profissionais, mesmo atuando na atenção terciária em uma maternidade de referência, compreendem o contexto do percurso da gestante para acesso ao pré-natal. É necessário uma reflexão sobre o caminho que a gestante de alto risco percorre em busca de seus direitos. A tessitura entre as narrativas dos gestores, profissionais da ESF e profissionais da maternidade de referência convergem em várias falas. Cabe ressaltar que as falas foram analisadas de acordo com a realidade de cada serviço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, aqui apresentado, tem como base uma investigação avaliativa na perspectiva de uma avaliação em profundidade. O eixo da análise foi à avaliação do acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência, conhecendo seu perfil socioeconômico e demográfico, seu perfil obstétrico e as dificuldades enfrentadas pelas gestantes de alto risco, no percurso desde a Unidade Básica de Saúde até o acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade de referência para rede cegonha.

Ao longo da pesquisa, percebeu-se que estudos qualitativos com profissionais de uma equipe multidisciplinar atuantes no pré-natal de alto risco são escassos, tornando o estudo aqui apresentado, enriquecedor para literatura. O embasamento teórico configurado em artigos, livros, teses e dissertações permitiu desenvolver reflexões sobre a temática.

A instituição locus do estudo priorizou ambulatórios essenciais para continuidade do atendimento no período de pandemia, estando inserido o Serviço de Medicina Materno Fetal, nomeado também ambulatório materno fetal, local onde se realiza a triagem para acesso das gestantes de alto risco e consultas de pré-natal.

Nesse período crítico, o atendimento às gestantes de alto risco foi preservado e o serviço de triagem continuou ofertando as vagas para acesso ao pré-natal. O estudo mostra que a redução no número de atendimento de gestantes por absenteísmo ocorreu apenas no “pico” da pandemia, ou seja, nos meses de abril e maio. No entanto, mesmo assim não teve impacto para o serviço.

Vale ressaltar a relevância do SUS nesse contexto, com seus princípios norteadores, mesmo o momento político favorecer o seu “desmonte”, com a restrição dos recursos para a saúde, mas nesse momento de crise sanitária que o mundo vivencia, em destaque o Brasil, mostrou-se essencial à época.

A pesquisa avaliativa trouxe aprendizado e descobertas para a pesquisadora. Muitas inquietações foram esclarecidas, mostrando que muito tem a se fazer para resolução dos entraves enfrentados pelas gestantes e profissionais. Ademais, ficou claro que o combate a mortalidade materna é um grande desafio para os serviços de saúde e profissionais envolvidos nessa causa.

Avaliar o acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência para a Rede Cegonha, configura uma questão complexa. Falar em Rede Cegonha é muito motivador, no sentido que trouxe avanços com suas implementações para a melhoria da

assistência materno infantil, com objetivo de reduzir a mortalidade materna, perinatal e neonatal. Ressalta-se a relevância da Rede Cegonha no sentido de que mudanças significativas para a melhoria da assistência materno infantil foram apresentadas, considerando que ainda perpetua um grande desafio para enfrentamento.

É notório que as condições sociais, econômicas, demográficas e história obstétrica e da gravidez atual e patologias prévias e/ou adquiridas influenciam para uma gravidez de risco. O predomínio das gestantes de alto risco do estudo foram de mulheres mais empobrecidas e de regiões de moradia que favorecem ao risco.

No que se refere ao acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco no estudo aqui apresentado, evidenciou-se que na prática o acesso ainda está a desejar. De fato o fluxo e acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco ainda é fragmentado, demonstrando uma fragilidade no sistema, que vão de encontro às diretrizes e objetivos da Rede Cegonha. A falta de vaga para acesso ao pré-natal na maternidade de referência, inserindo as gestante em fila de espera, é um dos principais entraves no percurso. Percebeu-se que as gestantes estratificadas como alto risco na UBS, na sua maioria tem uma demora no percurso por enfrentar desafios em seu caminho em busca do acesso ao pré-natal de risco.

Considerou-se como entraves a falta de vínculo dos profissionais médicos com atenção primária, bem como burocratização e falta de comunicação. Em verdade a demanda de gestantes de alto risco maior que a oferta de vagas oferecidas pela maternidade de referência, a superlotação nas UTIs neonatais, encaminhamentos inadequados sem observar a classificação dos níveis de atenção das maternidades, são outros pontos principais de entraves na rede.

Vale considerar que o serviço de alto risco da atenção secundária constituído em Fortaleza por cinco unidades, recebe gestantes portadoras de patologias de média complexidade. Já as gestantes mais complicadas, com patologias de maior complexidade, são encaminhadas três maternidades de nível terciária.

Constatou-se uma restrição de critérios para a delimitação de gravidez de alto risco na maternidade de referência. De fato, vale considerar que essa restrição, reflete nos encaminhamentos das gestantes de alto risco para maternidade de referência. Nesse sentido pode-se considerar que a idade gestacional estipulada pelos critérios da maternidade de referência, justifica-se pelo fato de facilitar a condução dessa gestante, com o número de consultas e avaliações necessárias para um desfecho favorável da gravidez.

Nesse contexto, os sujeitos da pesquisa avaliam a qualidade do serviço de pré-natal de alto risco indicando sugestões. Vale enfatizar que entre as falas das gestantes dos profissionais da Rede Cegonha, considerando os da ESF, gestores SMS e os da maternidade do

estudo, verificou-se no cotejo das entrevistas realizadas, convergência sobre o enfrentamento de dificuldades. Foi unânime o reconhecimento da falta de vaga. No entanto nem sempre as vagas para o acesso são preenchidas, indicando que inviabilizou que a gestante chegasse ao serviço.

Pode-se considerar que a falta de vaga proporciona uma demanda reprimida gerando a fila de espera, como consequência de vários aspectos encontrados no estudo que precisam ser revistos pelos gestores na tentativa de solucionar a causa desses entraves. Essa falta de vaga e tempo de espera, além de uma consequência técnica, pode-se considerar também uma questão política, sendo uma repercussão pelo subfinanciamento das políticas públicas e repercutindo nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Na pesquisa com os atores da Rede Cegonha, gestantes e profissionais, foram constatados esses aspectos que fica como alerta para os gestores, a resolutividade a curto prazo, no sentido de contribuir para garantia do acesso da gestante. De fato o estudo mostra que a garantia do acesso da gestante de alto risco, é coadjuvante para redução da mortalidade materna.

Considerando que à atenção primária, é a principal porta de entrada da Rede Cegonha, os profissionais da ESF enfrentam as dificuldades no encaminhamento e as gestantes vivenciam um caminho a ser percorrido, buscando suas vagas com dificuldades, muitas vezes tentando uma resolutividade por conta própria. De fato as gestantes consideradas de alto risco, apesar de não conhecer as diretrizes da Rede Cegonha, estão sempre em busca de seus direitos. Os gestores que participaram da pesquisa, avaliam de forma mais ampla o funcionamento do sistema, desenvolvendo articulações para que a Rede funcione.

No tocante aos profissionais que trabalham na atenção terciária, é relevante que os serviços especializados funcionem satisfatoriamente, de forma a garantir o acompanhamento da gestante de alto risco. É notório que as gestantes quando acessam ao pré-natal de alto risco sentem-se acolhidas e seguras em seu atendimento humanizado. Cabe considerar que existem as políticas públicas para os atores darem seguimentos e proporcionarem a essas gestantes um atendimento com garantia de acesso.

Pode-se concluir que a atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família é importante, e mesmo decisiva nessa rede. Logo, é preciso que esses profissionais tenham capacidade de diagnosticar precocemente essas gestantes de risco, encaminhando em tempo oportuno para que tenha um desfecho favorável na gravidez.

O cenário apresentado no estudo mostra que há grandes desafios a serem enfrentados para contribuirmos para a melhoria do acesso da gestante ao pré-natal de alto risco

na maternidade de referência, fortalecendo condutas e posturas que favoreçam a redução da mortalidade materna perinatal e neonatal.

Consideramos que resoluções são necessárias para sanar a falta de vagas, considerado um relevante entrave na compreensão de ser consequência de várias outras dificuldades enfatizadas no estudo aqui apresentado. Convém considerar que a resolução de determinados obstáculos são mais amplos, chegando ao nível político. Outros obstáculos são de menor complexidade, mesmo sabendo que ocasiona também um potente entrave, esses podendo ser solucionados pelos gestores e profissionais através do compromisso e competência.

Com intuito de contribuição apontamos algumas sugestões para soluções à nível político e/ou local incluindo: capacitação e plano de carreira para os profissionais médicos da Atenção primária com o objetivo de qualificar estes profissionais na estratificação de risco; vincular esses profissionais à atenção primária; encaminhamentos de gestantes sem pendências clínicas obstétricas evitando a burocratização e demora no encaminhamento.

Além disso, o regulador atuante na central de regulação de leitos e vagas ambulatoriais, ter o domínio da realidade de cada serviço de pré-natal de alto risco e seus critérios, liberando a vaga para o serviço adequado, assim evitando a peregrinação da gestante. Além de garantir a vaga para o serviço de pré-natal de alto risco mais próximo da residência da gestante; envolvimento dos profissionais e gestores no enfrentamento da mortalidade materna; comunicação entre os profissionais, coordenadores da Unidade Básica de Saúde, articuladora técnica da saúde da mulher e gestantes, para que por fim a gestante seja encaminhada em tempo oportuno; coberturas das áreas com Agente Comunitário de Saúde, para que a gestante de risco seja identificada com brevidade e encaminhada a Unidade Básica de Saúde; fortalecimento da Unidade Básica de Saúde com equipes capacitadas para um pré-natal de qualidade com acesso a exames laboratoriais, de imagem e medicações necessárias; aumentar o número de serviços que oferecem pré-natal de alto risco, e rever as causas da superlotação nas UTIs neonatais.

Pode-se considerar que as sugestões apontadas, se resolvidas, favorecem o acesso da gestante ao pré-natal de alto risco. De fato geram uma estratificação de risco precoce, encaminhamento da gestante em tempo oportuno sem entraves no percurso e garantia de uma assistência de qualidade na atenção primária, secundária e terciária.

As considerações apresentadas merecem reflexões dos gestores e profissionais da SMS e da atenção terciária, no sentido de que juntos consigamos reverter essa conjuntura vivenciada pelas gestantes estratificadas de risco.

De fato é importante ações taxativas com resoluções para que a Rede funcione de acordo com seus objetivos e diretrizes, garantindo o acesso da gestante, contribuindo para a redução da mortalidade materna e infantil.

Considerou-se que os resultados apresentados desta avaliação em profundidade, pode retratar a realidade e que possa gerar tomadas de decisões para melhoria da assistência à gestante de alto risco com base nos princípios do SUS.

Por fim, considera-se a garantia do acesso de gestantes estratificadas de risco um grande desafio a ser enfrentado e solucionado a nível político, pelos serviços que ofertam as vagas, pelos gestores e todos os profissionais atores da Rede.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ursulla Vilella; SANTOS, Juliete Bispo; DUARTE, Caianá. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 53-61, abr. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2020.
- ANTONIO, G. D. **SUS e a Saúde no Brasil**. Brasília, DF: Portal Educação, 2020. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/idiomas/sus-e-a-saude-no-brasil/6830>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. A reforma sanitária brasileira. **Tema/Radis**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 2-4, 1988.
- BARATA, R.C.B. **A historicidade do conceito de causa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1985.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W.S. **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. Tradução de Pellegrini, T. São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988.
- BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.
- BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo (org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013. 268 p.
- BRASIL. **Mortalidade Materna no Brasil**. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, n. 20, 17 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Simpósio internacional de redes de atenção integral à saúde da mulher e da criança rede cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 92 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto e Nascimento (Cadernos HumanizaSUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf Acesso em: 17 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e-books/6935-manual-para-elaboracao-de-propostas-rede-cegonha/file> Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 12 p.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 569/GM, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 12 mar. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. MARQUES, Consuelo Penha Castro (org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: Ministério da Saúde, 2016. 54 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, Sávio Breno Pires; BRAGA, Isaque Oliveira; CUNHA, Carolina Coelho; PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMIL, Iukary. Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Rev Visa Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 54-63, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01531>.

CALOU, C. G. P. **Maternidade segura: estrutura física e organizacional de instituições habilitadas pela Rede Cegonha**. 2018. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

CARVALHO, L.P. PNAISM e Rede Cegonha: os programas federais de saúde para as mulheres e as interações socioestatais nos anos 2000. *In*: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIENCIA POLÍTICA DA ALACIP, 8., 2015, Lima. **Ponencias del VIII Congreso Latinoamericano de Ciencia Política da ALACIP**. Lima: ALACIP, 2015. p. 1-24.

CARVALHO, Alba Maria Pinho; GUSSI, Alcides Fernando. Perspectivas contemporâneas em Avaliação de Políticas Públicas. *In*: SEMINÁRIO AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM TEMPOS CONTEMPORÂNEOS, 1., 2011, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: [s. n.], 2011. Tema: Políticas Públicas para o Nordeste: realidades e perspectivas.

CASTRO, Lúcia Maria Xavier de; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes; ARAÚJO, Maria José de Oliveira. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM**. Brasília, DF: Folhetotab, nov. 2015.

CASTRO, C.; MARIA, M. **Saúde das mulheres: movimentos sociais apontam avanços e retrocessos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/saude-das-mulheres-movimentos-sociais-apontam-avancos-e-retrocessos>. Acesso em: 20 nov. 2019

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Mortalidade materna. **Boletim epidemiológico: mortalidade materna**, Fortaleza, n. 1, 25 nov. 2020. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>. Acesso em: 10 maio 2020.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Comitê Estadual de prevenção ao Óbito Materno, Fetal e Infantil. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. **Monitoramento de eventos em saúde pública: mortalidade materna associada a COVID-19**. Org. Liduína de Albuquerque Rocha Sousa *et al.* Fortaleza, 30 jul. 2020. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp->

content/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_Monitoramento_eventos_saude_publica_30_07_12.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

CZERESNIA, D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 1. p. 19-29, 2007.

COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21> Acesso em: 1 dez. 2019.

COSTA, L. D. et al. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. **Ver. Rene.**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 459-65, jul. 2016.

FACCHINI, L.A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. *In*: ROCHA, L.E.; RIGOTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (org.). **Isto é trabalho de gente?:** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 33-55.

FALQUETO, J.; HOFFMAN, V. M.; FARIAS, J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo área de administração. **Rev. Cienc. Administ.**, Florianópolis, v. 20, n. 52, dez. 2018.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. *In*: RUDGE, Marilza Vieira Cunha *et al.* (org.). **Manual de Gestaçã de Alto Risco.** [São Paulo]: FEBRASGO, 2011. 220 p.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **O que é o pré-natal de alto risco?** São Paulo: FEBRASGO, 13 set. 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/203-o-que-e-o-pre-natal-de-alto-risco>. Acesso em: 2 nov. 2019

FERNANDES, Juliana Azevedo et al . Avaliação da atenção à gestaçã de alto risco em quatro metr pols brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00120519, 2020.

FLEURY, S. Assistência médica previdenciária: evolu o e crise de uma política social. *In*: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (org.) **Saúde em debate:** fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUSSI, Alcides Fernando. Apontamentos teóricos e metodológicos para a avalia o de programas de microcrédito. **Aval Rev. Avalia o Polít. P b.**, Fortaleza, ano 1, v.1, n.1, jan-jun, 2008.

GUSSI, Alcides Fernando; OLIVEIRA, Breyner Ricardo de. Discutindo paradigmas contrahomon micos de avalia o de Políticas Públicas. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA NO CAMPO DE PÚBLICAS, 2016, [s. l.]. **Anais [...].** [s. l.]: ANEPEC, 2016. Disponível em:

http://www.anepcp.org.br/redactor_data/20161128173253_sl_alcides_fernando_gussi.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

ITURRI, José Antonio. Acesso e Integralidade da Atenção. **Rev. Ciências Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 8, n. 1, 85-90, mar. 2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI M. DE A. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2011.

LEÃO, E.M.; MARINHO, L.F.B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 6, p. 31-36, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)079.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf). Acesso em: 1 dez. 2019.

LEJANO, Raul P. **Parâmetros para análise de políticas públicas**: a fusão de texto e contexto. Campinas: Editora Arte Escrita, 2011.

LIMA, Antonio Diogo Fontenele de, D. **Sorrisos de jovens nas periferias da vida**: o que revelam e o que ocultam de suas experiências e trajetórias. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 8-14, out 2014.

MARQUES, C.P.C. (org.). **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2015. 43 f.

MEAC. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Projeto diretor. **Eixos de organização dos Modelos de Atenção e Gestão na perspectiva da Humanização do Trabalho**. Fortaleza: MEAC, 2015.

MELLO, R.R.; MEIO, M.D.B.B. Follow-up de recém-nascidos de risco. *In*: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 179-184.

MELO, A.L.L. **Perfil de mulheres com dificuldade de acesso hospitalar no momento do parto em Fortaleza-CE, no contexto da Rede Cegonha**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, nov 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011. 549 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

PASCHE, D.F., PASSOS, E. A Importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Públ. Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009.

PEREIRA, Ana Maria Martins. **Gestante de alto risco no atendimento em ambulatório de serviço público**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.

OMS promove novo compromisso global de cuidados de saúde primários para todos. 25 out. 2018. **ONU News**. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/10/1644602> Acesso em: 20 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde divulga novas estatísticas mundiais de saúde. Brasília: OPAS Brasil, 17 maio 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5676:organizacao-mundial-da-saude-divulga-novas-estatisticas-mundiais-de-saude&Itemid=843 Acesso em: 20 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Brasil**. Brasília, DF: OMS, 2019. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br>. Acesso em 10 de jan. 2019.

REFORMA sanitária. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2019. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 2 nov. 2019.

RODRIGUES, L.C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Rev. Aval. Polit. Pub.**, Fortaleza, v. 1, n.1, p. 7-5, jan./jun. 2008. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22510/1/2008_art_lcrodrigues.pdf Acesso em: 2 nov. 2019.

RODRIGUES, L.C. Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais: perspectivas, limites e desafios. **Rev. Elet. Ciênc. Sociais**, João Pessoa, n. 16, p. 55-73, mar. 2011.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, apr. 2007.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TEIXEIRA, S. O.; LINARD, C. F. B. M.; JORGE, M. S. B. O acolhimento da gestante de alto risco pelo profissional de saúde na perspectiva da rede cegonha. *In*: SEMINÁRIO

INTERNACIONAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2016, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: UECE, 2016.

VERDI, MARTA INEZ MACHADO; DA ROS, MARCO AURÉLIO; CUTOLO, LUIZ ROBERTO AGEA. **Especialização em módulo 2: saúde e sociedade**. Florianópolis: UFSC, 2010. 87 p.

VERDI, MARTA INEZ MACHADO; DA ROS, MARCO AURÉLIO; CUTOLO, LUIZ ROBERTO AGEA. **Saúde e sociedade: versão adaptada do curso de Especialização Multiprossional em Saúde da Família**. Florianópolis: UFSC, 2016. 96 p.

VIANA, R.C. et al. Mortalidade Materna: Uma abordagem atualizada. **Com. Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 5141-5152, 2011.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

PASCHE, D.F., PASSOS, E. A Importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Púb. Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2012.

RICHARDSON, J. A pesquisa qualitativa crítica e válida. *In*: RICHARDSON, R. J. *et al.* (org.). **Pesquisa social**. 3. ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Atlas, 2012, p. 90-103.

RODRIGUES, L.C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Rev. Aval. Polít. Púb.**, Fortaleza, v. 1, n.1, p. 7-15, jan./jun. 2008. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22510/1/2008_art_lcrodrigues.pdf Acesso em: 2 nov. 2019.

RODRIGUES, L.C. Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais: perspectivas, limites e desafios. **Rev. Elet. Ciênc. Sociais**, João Pessoa, n. 16, p. 55-73, mar. 2011.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Rev. Aval. Polít. Púb.**, Fortaleza, ano 1, v.1, n.1, jan./jun. 2008.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas e políticas públicas. **Rev. Desenvol. Debate**, Fortaleza, v.4, n.1, p. 103-115, 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. Hist. Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano 1, n. 1, jul. 2009.

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS
DA MATERNIDADE**

PÚBLICO 2: PROFISSIONAL QUE TRABALHA NA MATERNIDADE
Data:
Entrevista número:
Profissão:
Cargo que exerce na rede cegonha:
Local de atuação:
1. Nível de formação profissional
<input type="checkbox"/> Superior
<input type="checkbox"/> Especialização/residência
<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Doutorado
<input type="checkbox"/> Pós-doutorado
2. Há quanto tempo você vivencia a rede cegonha?
<input type="checkbox"/> Menos de um ano
<input type="checkbox"/> Um ano
<input type="checkbox"/> Dois anos
<input type="checkbox"/> Três anos
<input type="checkbox"/> Quatro anos
<input type="checkbox"/> Cinco anos
<input type="checkbox"/> Seis anos
<input type="checkbox"/> Sete anos
<input type="checkbox"/> Oito anos
<input type="checkbox"/> Nove anos
3. Na condição de profissional, como você avalia a rede cegonha na maternidade?
4. Na sua visão, quais as possíveis dificuldades vivenciadas pela gestante no pré-natal de alto risco nessa maternidade?
4.1 Por que essas dificuldades ocorrem?

5. Como você avalia o processo do pré-natal de alto risco na maternidade?
6. Como profissional fale da sua atuação junto às gestantes de alto risco.
7. Do seu modo de ver, quem são essas mulheres que são encaminhadas para o pré-natal de alto risco da maternidade? Qual o seu perfil e as reações que elas têm, durante o pré-natal?
Observações:

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS
EXTERNOS**

PÚBLICO 3: PROFISSIONAL QUE TRABALHA NA REDE CEGONHA EXTERNOS (SMS)
Data:
Entrevista número:
Profissão:
Cargo que exerce na rede cegonha:
Local de atuação:
1. Nível de formação profissional
<input type="checkbox"/> Superior
<input type="checkbox"/> Especialização/residência
<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Doutorado
<input type="checkbox"/> Pós-doutorado
2. Há quanto tempo você vivencia a rede cegonha?
<input type="checkbox"/> Menos de um ano
<input type="checkbox"/> Um ano
<input type="checkbox"/> Dois anos
<input type="checkbox"/> Três anos
<input type="checkbox"/> Quatro anos
<input type="checkbox"/> Cinco anos
<input type="checkbox"/> Seis anos
<input type="checkbox"/> Sete anos
<input type="checkbox"/> Oito anos
<input type="checkbox"/> Nove anos
3. Na sua visão, quais as possíveis dificuldades que a gestante de alto risco enfrenta, no percurso, desde sua estratificação como alto risco na UBS, até o acesso ao pré-natal de alto risco na maternidade?
3.1 Por que essas dificuldades ocorrem?
4. Na condição de profissional, como você avalia a rede cegonha?

5. Qual a participação do seu setor no processo do pré-natal de alto risco?
6. Como profissional fale da sua atuação junto às gestantes de alto risco.
7. Do seu modo de ver, quem são essas mulheres encaminhadas para o pré-natal de alto risco da maternidade? Qual o seu perfil e as reações que elas têm, quando encaminhadas?
8. Quando a gestante de alto risco chega na UBS, qual a sua principal demanda? Como ela chega, o que ela busca?
Observações:

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM GESTANTES

DATA: _____

ENTREVISTA NÚMERO _____

ENTREVISTAS SEMI- ESTRUTURADAS**Público 1: Gestantes de alto risco que tiveram acesso ao pré-natal de alto risco da maternidade de referência**

Prontuário _____

Telefone _____

Nome (iniciais) _____

Idade _____

1. PERFIL SOCIO ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO:**1.1 Grau de instrução:**

- Analfabeto
- Fundamental completo
- Fundamental incompleto
- Médio incompleto
- Médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo

1.2 Qual sua cor? Como você se identifica?

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena

1.3 Realiza alguma atividade remunerada?

- Sim
- Não

1.3.1 Em caso positivo, seu trabalho é:

- Com carteira assinada (formal)
- Sem carteira assinada

1.4 Que atividade profissional você realiza?

1.5 Trabalha quantas horas por dia? (considerar período anterior à pandemia)

1.6 Renda familiar:

- Menos de um salário mínimo
- Um salário mínimo
- Dois salários mínimos

- Três salários mínimos
- Quatro salários mínimos
- Cinco salários mínimos
- Mais de cinco salários mínimos

1.7 Moradia:

- Própria
- Alugada
- Cedida
- Não tem moradias , vivendo na rua

1.8 Local de residência (procedência)

- Fortaleza
- Outra cidade _____

1.8.1 Qual seu bairro?__antonio bezerra rui monte_____**1.8.2 Regional em que reside, se residir em Fortaleza:**

- I
- II
- III
- IV
- V
- VI
- Não sabe

2- DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

2.1 Números de gestações_____

2.2 Quantas vezes pariu_____

2.3 Número de abortos_____

2.4 No posto (UBS), com quantas semanas começou o pré-natal?

- 1 semana a 12 semanas não fez no posto .
- 13 a 28 semanas
- 29 a 37 semanas

2.5 Qual o seu diagnóstico de risco?_____

2.6 No posto, quando você foi encaminhada para a triagem da maternidade, ficou em lista de espera?

- Sim
- Não

2.7 No posto (UBS), passou quanto tempo para conseguir a consulta de triagem na maternidade?

- 1 semana
- 2 a 3 semanas
- 1 mês
- 2 meses

- 2 a 3 meses
- Mais de 3 meses

2.8 Data da consulta triagem na maternidade _____

2.9 Data da primeira consulta do pré-natal alto risco _____ **24**

Calcular o intervalo entre as consultas dos itens 2.8/ 2.9 _____ 38 dias _____

3- DADOS SOBRE O ACESSO:

3.1 Como gestante de risco, você encontrou dificuldades para ser encaminhada a maternidade?

- Sim
- Não

3.1.1 Em caso positivo, qual a dificuldade? _____

3.2 Na maternidade, você encontrou alguma dificuldade?

- Sim
- Não

3.2.1 Se sim, a qual a dificuldade? _____

3.3 Como você considera o atendimento aqui recebido na maternidade?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Péssimo

3.4 Você enfrentou alguma dificuldade na relação com os profissionais do pré-natal alto risco?

- Sim
- Não

3.4.1 Em caso positivo, qual a dificuldade? _____

3.5 Você conhece alguma gestante de alto risco que não conseguiu atendimento nessa maternidade?

- Sim
- Não

3.5.1 Em caso positivo, por que ela(s) não foi(foram) atendida(s)? _____

3.6 Nessa gestação, quantas vezes foi atendida no pré-natal de alto risco na maternidade? _____

3.7 Quais os profissionais por quem você foi atendida na maternidade?

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Assistente Social
- Nutricionista
- Psicóloga
- Psiquiatra
- Endocrinologista
- Geneticista
- Outro

Profissional que realizou entrevista

- Enfermeiro

Alguma observação sobre a entrevista:

Informações:

Quanto tempo durou a entrevista _ _____
reações e estado emocional da gestante

Foi cooperativa?

Breve historia do fluxo da gestante na rede
cegonha, com seus relatos

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTANTE

Caro (a) participante,

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa ACESSO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA. PARA REDE CEGONHA: UMA INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA. O objetivo desse estudo é avaliar o acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão na dimensão moral, da vida cotidiana. Propomos assim como forma para diminuir esses possíveis riscos: manter o anonimato da identificação do participante bem como a garantia do sigilo de sua participação no estudo. E se houver algum problema ou desconforto durante a participação da pesquisa, estes serão acompanhados pelo pesquisador que dará todo o apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los.

As entrevistas realizadas serão feitas em ambiente que garanta a sua privacidade. As entrevistas serão registradas e as informações serão guardadas por cinco anos e após esse período serão incineradas para que todo o sigilo das informações seja garantido.

Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará, pois com as informações coletadas poderemos conhecer quem são as gestantes admitidas no pré-natal de alto risco, seu acesso ao serviço de saúde, seu percurso na rede Cegonha e as possíveis dificuldades encontradas.

Garantimos ainda a liberdade da gestante para retirar-se da pesquisa a qualquer momento. E esclarecemos que a recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

No momento em que a gestante desejar entender melhor a pesquisa ou se desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora Sandra Vasconcelos Rodrigues Paz pelo cel (85) 986043123 ou e-mail: sandvasco@yahoo.com.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade escola Assis Chateaubriand (33668569). Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pela pesquisadora de campo, o qual será preenchido em duas vias de igual teor.

Fortaleza, _____ de _____ de 2020

Assinatura da gestante

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
PROFISSIONAIS**

Documento Nº _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) participante,

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **ACESSO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA. PARA REDE CEGONHA: UMA INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA**. O objetivo desse estudo é avaliar o acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão na dimensão moral, da vida cotidiana. Propomos assim como forma para diminuir esses possíveis riscos: manter o anonimato da identificação do participante bem como a garantia do sigilo de sua participação no estudo. E se houver algum problema ou desconforto durante a participação da pesquisa, estes serão acompanhados pelo pesquisador que dará todo o apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los.

As entrevistas realizadas serão feitas em ambiente que garanta a sua privacidade. As entrevistas serão gravadas e as informações serão guardadas por cinco anos e após esse período serão apagadas para que todo o sigilo das informações seja garantido.

Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará, pois com as informações coletadas poderemos conhecer quem são as gestantes admitidas no pré-natal de alto risco, seu acesso ao serviço de saúde, seu percurso na rede Cegonha e as possíveis dificuldades encontradas.

Garantimos ainda a liberdade do profissional para retirar-se da pesquisa a qualquer momento. E esclarecemos que a recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

No momento em que o profissional desejar entender melhor a pesquisa ou se desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora Sandra Vasconcelos Rodrigues Paz pelo cel (85) 986043123 ou e-mail: sandvasco@yahoo.com.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade escola Assis Chateaubriand (33668569).

Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pela pesquisadora de campo, o qual será preenchido em duas vias de igual teor.

Fortaleza, _____ de _____ de 2020

Assinatura do Profissional