

Gravidez de Alto Risco por Síndromes Hipertensivas: Análise do Pré-Natal no SUS

High-Risk Pregnancy Due to Hypertensive Syndromes: Analysis of Prenatal in the SUS

Gravidez de Alto Riesgo por Síndromes Hipertensivos: Análisis del Prenatal no SUS

RESUMO

Objetivo: Analisar a conformidade entre a organização da Rede Alyne e a realidade observada nos serviços de atenção à saúde da gestante com síndromes hipertensivas na cidade de Manaus, Amazonas. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e observacional, com base em visitas técnicas a unidades de saúde que integram os diferentes níveis de atenção do SUS: Unidade de Saúde da Família, Policlínica, Distrito de Saúde, Maternidade e Hospital Universitário. A análise foi orientada por parâmetros normativos do Ministério da Saúde e da Portaria GM/MS nº 5.350/2024. **Resultados:** Identificaram-se fragilidades na articulação entre os níveis de atenção, insuficiência de protocolos operacionais e lacunas na contrarreferência. Apesar de avanços estruturais e normativos, persistem desafios relacionados à comunicação intersetorial e à gestão territorial do cuidado. **Conclusão:** A Rede Alyne representa avanço na normatização do cuidado materno, porém sua efetivação prática ainda demanda investimento em integração, qualificação das equipes e monitoramento contínuo das ações assistenciais.

DESCRIPTORES: Gravidez de alto risco; Pseudo-hipoaldosteronismo; Cuidado pré-natal; Rede de atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the alignment between the organization of the Alyne Network and the reality observed in healthcare services for pregnant women in hypertensive syndromes in the city of Manaus, Amazonas. **Method:** A qualitative, descriptive and observational study based on technical visits to healthcare units that integrate the different levels of attention within the Brazilian Unified Health System (SUS): Family Health Unit, Polyclinic, Health District, Maternity Hospital and University Hospital. The analysis was guided by normative parameters established by the Brazilian Ministry of Health and Ministerial Ordinance GM/MS No. 5.350/2024. **Results:** Weaknesses were identified in the coordination between levels of care, insufficient operational protocols, and gaps in counter-referral mechanisms. Despite structural and regulatory advancements, challenges remain related to intersectoral communication and territorial management of care. **Conclusion:** The Alyne Network represents progress in standardizing maternal care, however its practical implementation still requires investment in integration, qualification of teams and continuous monitoring of assistance actions.

DESCRIPTORS: Pregnancy, High-Risk; Pseudohypoaldosteronism; Prenatal care; Delivery of health care.

RESUMEN

Objective: Analizar la conformidad entre la organización de la Red Alyne y la realidad observada en los servicios de atención a la salud de la gestante con síndromes hipertensivos en la ciudad de Manaus, Amazonas. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y observacional, basado en visitas técnicas a unidades de salud que integran los diferentes niveles de atención del SUS: Unidad de Salud de la Familia, Policlínica, Distrito de Salud, Maternidad y Hospital Universitario. El análisis fue orientado por parámetros normativos del Ministerio de Salud y de la Ordenanza GM/MS nº 5.350/2024. **Resultados:** Se identificaron fragilidades en la articulación entre los niveles de atención, insuficiencia de protocolos operativos y lagunas en la contrarreferencia. A pesar de los avances estructurales y normativos, persisten desafíos relacionados con la comunicación intersectorial y la gestión territorial del cuidado. **Conclusión:** La Red Alyne representa un avance en la normalización del cuidado materno, pero su implementación práctica aún demanda inversión en integración, capacitación de los equipos y monitoreo continuo de las acciones asistenciales.

DESCRIPTORES: Embarazo de alto riesgo; Seudohipoaldosteronismo; Atención prenatal; Atención a la salud.

RECEBIDO EM: 16/10/2025 APROVADO EM: 04/11/2025

Como citar este artigo: Farias LFR, Perez JEM, Akutsu RCCA, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM. Gravidez de Alto Risco por Síndromes Hipertensivas: Análise do Pré-Natal no SUS. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(104):19110-19125. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i104p19110-19125



Lara Francisca Ribeiro Farias

Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3388-7246>



Julia Evan Mendes Perez

Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7064-1272>



Rita de Cássia Coelho de Almeida Akutsu

Doutora em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UNB) - campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, Distrito Federal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0699-7617>



Luiz Henrique Gonçalves Maciel

Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas, Universidade do Estado do Amazonas. Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1625-8255>



Fabiana Mânica Martins

Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4440-2680>



Jucyette da Silva Gomes Evaristo

Mestra em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amazonas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6935-9652>



Celsa da Silva Moura Souza

Doutora em Saúde Baseada em Evidência, Universidade Federal de São Paulo. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1669-1462>

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas da gestação (SHG) representam um dos principais desafios de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por grande parte das complicações maternas, fetais e neonatais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as síndromes hipertensivas da gravidez contribuem com cerca de 14% das mortes maternas globais. Sendo a mais prevalente a pré-eclâmpsia por envolver comprometimento multisistêmico⁽¹⁾.

A OMS destaca que o acesso a um pré-natal qualificado, com rastreamento precoce de fatores de risco, é uma das estratégias mais eficazes para reduzir a mortalidade materna associada a essas condições⁽¹⁾. Além disso, estima-se que 26% das mortes maternas na América

Latina e Caribe estejam diretamente relacionadas a essas síndromes, um dado que expõe falhas estruturais nos sistemas de atenção obstétrica e reforça a necessidade de ações integradas e efetivas de prevenção e cuidado⁽²⁾.

No Brasil, embora tenha havido redução na razão de mortalidade materna nas últimas décadas, os índices ainda se mantêm elevados. Estima-se que as causas hipertensivas, juntamente com as hemorragias e as infecções, respondam por até 75% das mortes maternas no mundo, sendo consideradas amplamente evitáveis com diagnóstico precoce, estratificação adequada do risco e intervenção oportuna⁽¹⁾.

Estudos apontam que a identificação precoce de gestantes com fatores de risco permite a introdução de estratégias profiláticas eficazes, como a prescrição de ácido acetilsalicílico em baixa dose

gem e suplementação de cálcio. Quando iniciadas antes da 16ª semana de gestação, essas medidas podem reduzir significativamente a gravidade da pré-eclâmpsia e os desfechos adversos⁽³⁻⁴⁾. Vale ressaltar que a pré-eclâmpsia é definida como a presença de hipertensão arterial de início recente, geralmente após a 20ª semana de gestação, associada à disfunção de órgãos-alvo como rins, fígado, cérebro ou sistema hematológico⁽¹⁾.

A saúde pública do Brasil é estruturada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. O SUS organiza seus serviços em redes regionalizadas e hierarquizadas, tendo como princípio a oferta de cuidado universal, integral e equânime à população⁽⁵⁻⁶⁾. Em resposta à persistência de mortes

maternas evitáveis e às desigualdades raciais no acesso ao cuidado obstétrico, foi instituída a Rede de Atenção Materna e Infantil Alyne pela Portaria GM/MS nº 5.350/2024, em substituição à Rede Cegonha. Essa nova política reforça o compromisso do SUS com a equidade, a humanização e a integralidade da atenção materna e neonatal⁽⁷⁾.

Em consonância com essas diretrizes, medidas como a Nota Técnica nº 012/2025, publicada pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, recomendam a prescrição regular de ácido acetilsalicílico (AAS) e de carbonato de cálcio + colecalciferol a gestantes com fatores de risco para pré-eclâmpsia, como parte da profilaxia medicamentosa fundamentada em evidências clínicas e em consonância com as diretrizes nacionais.

Contudo, na capital do estado do Amazonas, apesar da existência de protocolos clínicos específicos, gestantes ainda enfrentam barreiras de acesso, ausência de protocolos clínicos bem estabelecidos e falhas na comunicação entre os níveis de atenção, o que favorece a ocorrência das chamadas "três demoras" — para buscar atendimento, para chegar ao serviço e para receber atendimento adequado⁽¹⁾. Assim, reconhecer a hipertensão na gestação não apenas como um agravo clínico, mas como um problema de saúde pública com repercussões sociais, territoriais e estruturais, é fundamental para fortalecer as redes de cuidado.

Diante desse contexto, a presente pesquisa tem como objetivo analisar de

que maneira a rede de atenção à saúde do SUS está estruturada para o atendimento de gestantes com gravidez de alto risco decorrente de síndromes hipertensivas durante o pré-natal, com ênfase na efetividade da integração entre os níveis de atenção e na conformidade com as diretrizes nacionais e locais.

MÉTODO

É um relato de experiência com abordagem qualitativa, de natureza descritiva e analítica⁽⁸⁾, desenvolvido por estudantes de graduação do curso de Medicina. O presente trabalho foi construído com base nas vivências de campo realizadas no município de Manaus (AM), entre os meses de março e junho de 2025, tendo como foco a análise da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para o cuidado pré-natal de gestantes com gravidez de alto risco, especialmente por síndromes hipertensivas.

As visitas observacionais ocorreram em cinco campos distintos, a saber: uma unidade de saúde da família (USF), uma Policlínica, a sede administrativa de um distrito de saúde, uma maternidade municipal de referência e um hospital universitário. A seleção dessas instituições visou observar a atuação do SUS desde a porta de entrada do cuidado até os serviços de maior complexidade, conforme diretrizes da atual Rede de Atenção Materna e Infantil Alyne, instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350/2024, que revogou e substituiu a antiga Rede Cegonha, ampliando o foco para a equida-

de e o combate à mortalidade materna evitável.

Para o registro das experiências e coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos principais: um diário de campo reflexivo e um roteiro estruturado, elaborado pelos próprios autores do estudo. O roteiro foi aplicado em cada cenário de visita observacional pelos discentes, contendo perguntas que buscavam compreender: o fluxo de acolhimento de gestantes com risco hipertensivo, a aplicação de protocolos clínicos, a disponibilidade de insumos e medicamentos profiláticos, a articulação entre os pontos da rede e os principais desafios enfrentados pelos profissionais no acompanhamento dessas gestantes. Enquanto o diário de campo, por sua vez, foi utilizado para registrar impressões subjetivas, interações observadas, infraestrutura disponível e a coerência entre a normativa e a prática vivenciada.

A análise do material foi realizada por meio do confronto entre as observações de campo e os marcos teóricos e normativos que regem a atenção obstétrica no SUS, em especial o Manual de Gestação de Alto Risco⁽¹⁾, a Nota Técnica nº 012/2025 da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, e as diretrizes da Rede Alyne. As informações coletadas foram interpretadas de forma descritiva e reflexiva, buscando evidenciar as potencialidades, fragilidades e contradições presentes na operacionalização da linha de cuidado à gestante com síndromes hipertensivas. Por fim, a tabela 1 a seguir, resume o que se esperava encontrar em cada local visitado.

Tabela 1 - Descrição das Unidades de Saúde e Foco da Observação na Rede de Atenção à Gestante de Alto Risco. Manaus, Amazonas, Brasil, 2025.		
Unidade visitada	Expectativas conforme diretrizes	Foco da observação
Unidade de Saúde da Família (USF)	A porta de entrada bem alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica: captação da gestante de alto risco até a 12ª semana, com pelo menos sete consultas intercaladas entre médico e enfermeiro, realização dos exames de rotina e de rastreamento de hipertensão, e ações de acolhimento e classificação de risco. A APS deve identificar precocemente as síndromes hipertensivas, fornecer orientações de saúde bucal, vacinas e rastreamento de doenças infectocontagiosas, e garantir que a gestante saia vinculada ao local de parto de referência.	Realizou-se a busca da execução dessas atividades pela Equipe de Saúde da Família (ESF), de modo a confirmar se a equipe possuía o conhecimento de como e quando realizar o encaminhamento ao ambulatório especializado ou à policlínica em caso de intercorrências.

Policlínica	Atua na atenção especializada de média complexidade. Esperava-se encontrar suporte clínico e multiprofissional para o pré-natal de alto risco, com ambulatorios de gestação de alto risco (AGPAR) e serviços de apoio diagnóstico - como ultrassonografia e exames laboratoriais específicos.	Observou-se a fluidez da articulação entre a policlínica e a USF, com presença ou ausência de protocolos claros de retorno à APS em caso de estabilidade, ou se as vulnerabilidades geradas por limitações de recursos impediam um cuidado contínuo.
Distrito de Saúde	Unidade responsável pelo planejamento regional, definindo vagas de referência para gestantes de alto risco e organizando o transporte inter-hospitalar em emergências, além de monitorar indicadores de mortalidade materna e infantil.	Conferir a atividade destas ações de gestão, de reuniões periódicas entre gestores para manutenção do fluxo de atendimento e presença de acordos claros para situações de sobrecarga de leitos ou falta de ambulâncias.
Maternidade	Compõe o ponto central da atenção obstétrica na rede assistencial. Esperava-se encontrar capacidade resolutiva adequada, estrutura física segura, equipe multiprofissional capacitada, e protocolos bem definidos para o manejo de síndromes hipertensivas, especialmente a pré-eclâmpsia.	Observar a efetividade do vínculo entre o pré-natal e o local de parto, a prontidão para urgências obstétricas, a fluidez na comunicação com os demais pontos da rede e a capacidade de resposta diante de intercorrências graves.
Hospital Universitário	Referência de alta complexidade, abriga o serviço de Telessaúde. Esperava-se encontrar estrutura para recebimento imediato de gestantes com complicações hipertensivas, leitos de UTI obstétrica e neonatal, além de protocolos de acolhimento e intervenções de urgência.	Verificou-se a integração tecnológica (monitoramento remoto, discussões de caso via vídeo) facilitava o suporte ao atendimento nos demais níveis de atenção.

Fonte: Elaboração própria com base nas diretrizes do Ministério da Saúde (Portarias nº 5.350/2024 e nº 4.279/2010).

Além disso, sites com dados importantes, como as questões epidemiológicas, informações sobre territórios e limitação das características dos indivíduos também foram incorporados à pesquisa: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e TABNET (DATASUS). As pesquisas realizadas com a base de dados TABNET (DATASUS) utilizaram o código CID 010-016, relativo a edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério.

RESULTADOS

A Atenção Primária à Saúde (APS), representada pelas Unidades de Saúde da Família, desempenha papel essencial como porta de entrada preferencial do SUS. A USF visitada demonstrou or-

ganização estruturada no pré-natal de risco habitual, com consultas médicas e de enfermagem, realização de exames básicos, escuta fetal e acompanhamento puerperal. A unidade conta com quatro Equipes de Saúde da Família, que atuam de maneira territorializada, com apoio direto dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais exercem função estratégica ao realizar visitas domiciliares, identificar gestantes, monitorar condições de risco e atualizar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). O acompanhamento de gestantes de alto risco ocorre de forma compartilhada com centros especializados por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), possibilitando consultas intercaladas entre os diferentes níveis de atenção.

Após o parto, destaca-se a realização da consulta binômio (mãe-bebê) até o sétimo dia, além do acompanhamento por, no mínimo, três meses, com visitas domiciliares reforçadas para mulheres em vulnerabilidade social. A identificação de gestantes em risco para síndro-

mes hipertensivas baseia-se em critérios clínicos e sociais: antecedentes pessoais ou familiares de hipertensão e diabetes, idade materna extrema, obesidade, histórico de pré-eclâmpsia, e pertencimento a grupos étnico-raciais mais suscetíveis, como negras e indígenas. Em caso de intercorrências, como crises hipertensivas, as pacientes são estabilizadas na USF e reguladas com urgência via SISREG. Apesar dos avanços, foram observadas dificuldades relacionadas à interoperabilidade dos sistemas de informação — o PEC municipal não é integrado com plataformas estaduais como o SALUX —, o que compromete a continuidade do cuidado para gestantes provenientes de outras localidades. Também foram relatadas resistências por parte de usuárias com plano de saúde privado e inconsistências no preenchimento de prontuários por alguns profissionais.

A Policlínica visitada atua como ponto de apoio especializado à APS, oferecendo exames complementares e atendimento ambulatorial em algu-

Relato de Experiência

Farias LFR, Perez JEM, Akutsu RCCA, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM
Gravidez de Alto Risco por Síndromes Hipertensivas: Análise do Pré-Natal no SUS

mas especialidades médicas. Contudo, observou-se que a unidade não realiza atendimento ginecológico nem o acompanhamento direto de pré-natal. Além disso, o serviço de coleta laboratorial estava suspenso devido a processo licitatório, o que impactou negativamente a realização de exames essenciais para o monitoramento da saúde materna. Os serviços oferecidos se concentram em dermatologia, otorrinolaringologia, ortopedia, neurologia e endocrinologia, além de assistência social e psicologia. Os atendimentos são exclusivamente agendados, sem acolhimento de demandas espontâneas, e seguem metas de produção com limite diário de pacientes. A estrutura física é adequada, mas a escassez de recursos humanos e a sobrecarga da demanda comprometem a fluidez entre a policlínica e a APS. Ainda que exista um fluxo formal de referência e contrarreferência, foram observadas devoluções de pedidos de exames por falhas no preenchimento, além da ausência de justificativas clínicas consistentes. A limitação estrutural da unidade, agravada pela falta de um laboratório próprio, reforça a necessidade de maior qualificação profissional e investimentos que assegurem o funcionamento pleno da rede especializada.

A visita ao Distrito de Saúde teve como foco a atuação da vigilância epidemiológica sobre os dados do pré-natal. De acordo com as diretrizes teóricas, os registros clínicos devem alimentar o sistema de vigilância para identificar padrões de risco e subsidiar ações preventivas. No entanto, a realidade observada apontou dificuldades na utilização eficaz desses dados. As deficiências nos registros e a falta de integração entre os sistemas municipal e estadual resultam em bases de dados frágeis, dificultando a análise epidemiológica das síndromes hipertensivas. Esse cenário compromete o planejamento territorial e a formulação de estratégias regionais voltadas à redução da morbimortalidade materna.

A maternidade observada é classificada como unidade de atenção a partos

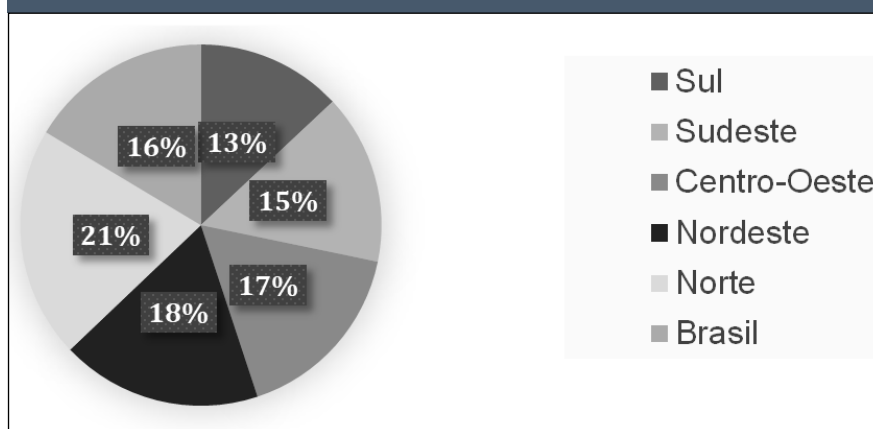
de baixo e médio risco, sem disponibilidade de UTI materna. Contudo, possui protocolos de acolhimento e estabilização em casos graves, como as síndromes hipertensivas. A equipe multiprofissional está capacitada para atendimento emergencial, utilizando classificação de risco com protocolo de cores e início imediato de cuidados, como administração de sulfato de magnésio e controle da pressão arterial. Em casos de trabalho de parto, o critério clínico adotado para internação é a dilatação cervical ≥ 4 cm. Há setor de transição para cuidados iniciais e organização de fluxos de encaminhamento. O vínculo entre a unidade e os demais pontos da rede, especialmente a APS e o hospital de referência, mostrou-se essencial para garantir a continuidade do cuidado em situações críticas. Apesar de não ser referência para alto risco, a maternidade cumpre papel estratégico ao estabilizar casos graves até a transferência para serviços de maior complexidade, demonstrando a importância da integração e da prontidão no atendimento obstétrico.

No Hospital Universitário, o destaque foi a apresentação do projeto Telemonitoramento de Pré-natal de Alto Risco (TelePNAR), desenvolvido pela UFAM em parceria com o Ministério da Saúde. A iniciativa visa reduzir a mortalidade materna em regiões remotas do

Amazonas, oferecendo teleconsultorias e telemonitoramento de gestantes com risco elevado, por meio de tecnologia aplicada ao cuidado. O projeto propõe a manutenção da gestante em seu território, respeitando os vínculos comunitários e evitando a “peregrinação” por maternidades, especialmente em contextos indígenas ou de áreas isoladas. O protocolo de estratificação de risco utilizado permite classificar a gravidade do caso e direcionar os encaminhamentos com base em critérios clínicos bem definidos. Reconhecido como estratégia nacional, o TelePNAR já apresenta evidências preliminares de impacto positivo na redução da morbimortalidade materna, embora os dados ainda não tenham sido oficialmente divulgados. Sua consolidação reforça o papel das tecnologias digitais como aliadas na ampliação do acesso e na qualificação da atenção obstétrica em territórios de difícil acesso.

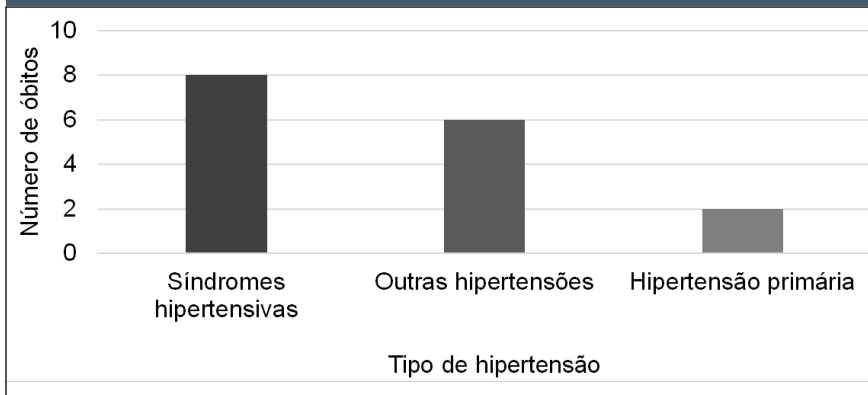
Por fim, após pesquisas feitas nos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Sistema Universidade Aberta do SUS e TABNET (DATA-SUS), nota-se as seguintes informações demonstradas nas figuras 1, 2, 3 e 4.

Figura 1. Porcentagem de óbitos de recém-nascidos por nascidos vivos por região - Brasil, 2023



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

Figura 2. Óbitos em mulheres de idade fértil segundo tipo de hipertensão. Manaus, Amazonas. Brasil, 2023



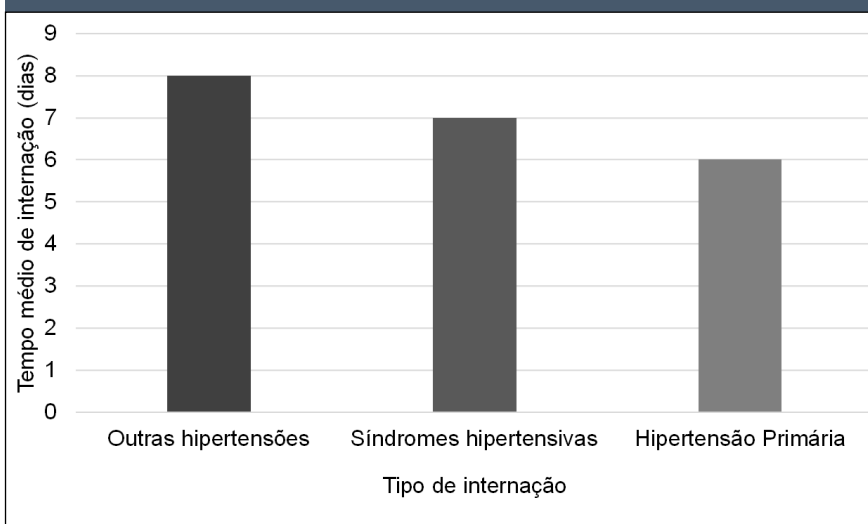
Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

Figura 3. Internações em mulheres em idade fértil segundo tipo hipertensão, Manaus, Amazonas, Brasil, 2023.



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

Figura 4. Tempo médio de internação (em dias) por tipo de hipertensão. Manaus, Amazonas, Brasil, 2023



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam um quadro complexo e desafiador para a atenção à gestante de alto risco por síndromes hipertensivas no contexto amazônico, refletindo fragilidades estruturais e de coordenação da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a Atenção Primária à Saúde (APS), representada pelas Unidades de Saúde da Família (USF), tenha papel fundamental como porta de entrada e coordenadora do cuidado, observou-se baixa integração entre os níveis de atenção, especialmente no retorno das informações dos serviços especializados à equipe da APS, o que compromete a continuidade e a integralidade do cuidado.

Mesmo que o encaminhamento das gestantes com indicadores de alto risco seja realizado pela equipe da USF via SISREG, os relatos apontaram ausência de contrarreferência estruturada após as consultas especializadas, impedindo o acompanhamento longitudinal previsto pela Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Alyne). Tal fragilidade evidencia o descumprimento de diretrizes que preveem fluxo bidirecional entre os pontos de atenção, com compartilhamento de informações clínicas e corresponsabilização entre os profissionais envolvidos. Segundo a Portaria GM/MS nº 5.350/2024, é obrigação dos serviços de saúde garantir o retorno da informação ao serviço de origem, especialmente no acompanhamento de gestantes de alto risco, sendo a APS responsável por coordenar o cuidado mesmo quando houver necessidade de atenção especializada⁽⁷⁾.

A ausência desse retorno contraria também o disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽⁹⁾, que estabelece a necessidade de articulação entre os pontos de atenção e continuidade do cuidado por meio de fluxos de referência e contrarreferência. Observou-se também limitação na qualificação profissional e escassez de recursos

tecnológicos, que afetam diretamente a qualidade do pré-natal de alto risco. A dependência do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como ferramenta central na APS é importante, porém insuficiente, dado que não há integração com os sistemas estaduais (como SALUX e SISREG), o que compromete diretamente a continuidade da atenção, especialmente em situações que demandam atenção especializada.

Essa lacuna inviabiliza a plena longitudinalidade do cuidado, um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que define a longitudinalidade como a oferta de atenção contínua e regular ao longo do tempo. Essa diretriz especifica também a APS deve atuar de maneira coordenada com os demais pontos da rede, mesmo quando o usuário necessita de outros serviços no sistema de saúde.

Além das fragilidades na coordenação e nos fluxos assistenciais, destaca-se um componente crítico da atenção à saúde: a estrutura dos serviços. De acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS, os pontos de atenção à saúde devem dispor de estrutura física, recursos humanos, insumos e equipamentos adequados para atender às necessidades da população. No entanto, a investigação realizada em unidades de saúde de Manaus evidenciou limitações estruturais recorrentes, como ausência de laboratório em funcionamento na Policlínica, falta de integração entre sistemas eletrônicos de informação, e indisponibilidade de especialidades essenciais para o cuidado pré-natal. Essas falhas comprometem diretamente a resolutividade e a integralidade do cuidado, contrariando o que é preconizado pelas normativas do SUS.

A vigilância epidemiológica também se mostrou fragilizada, impactada negativamente pela baixa qualidade dos registros clínicos e pela falta de integração entre os sistemas de informação,

difícultando a formulação de estratégias de prevenção e intervenção. Essa lacuna compromete diretamente o enfrentamento das síndromes hipertensivas, uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil.

Apesar das limitações metodológicas do estudo, os achados destacam que, mesmo com avanços normativos, ainda há lacunas importantes a serem preenchidas na efetivação da integralidade do cuidado. As visitas evidenciaram que a integração entre os serviços, a valorização do vínculo territorial e a qualificação das equipes são fundamentais para promover um cuidado mais eficaz às gestantes com risco hipertensivo.

Quanto às figuras utilizadas no estudo, elas reforçam e contextualizam os achados empíricos com base em dados epidemiológicos recentes. A Figura 1 retrata a realidade da mortalidade materna por causas hipertensivas na região Norte, evidenciando que, embora as síndromes hipertensivas representem menor número absoluto de óbitos em comparação à hipertensão primária, seu impacto na população gestante é desproporcionalmente elevado. A Figura 2 mostra que, entre mulheres em idade fértil no Brasil, as síndromes hipertensivas gestacionais foram responsáveis por 2 óbitos em 2023, número que, embora aparentemente pequeno, representa risco elevado dentro do grupo obstétrico.

Já a Figura 3 destaca que as síndromes hipertensivas constituíram a principal causa de internações hospitalares em mulheres em idade fértil, totalizando 826 casos, o que evidencia a elevada morbidade associada a essas condições. Esse contraste entre internações frequentes e mortalidade relativamente baixa pode indicar avanços no cuidado hospitalar, mas também aponta para a alta demanda de recursos e vigilância contínua. Por fim, a Figura 4 reforça que a hipertensão crônica, especialmente a primária, continua sendo um fator de risco relevante para mortalidade feminina, exigindo ações preventivas antes e durante a gestação.

A análise demográfica e epidemiológica da cidade de Manaus também oferece subsídios para compreender a complexidade do cenário. A população é jovem, com escolaridade e renda média abaixo da média nacional, o que agrava desigualdades no acesso à saúde. Doenças endêmicas, urbanização desordenada e vulnerabilidades sanitárias elevam ainda mais os desafios do cuidado obstétrico. Condições como malária, dengue, leishmaniose, tuberculose e hepatites coexistem com a elevada taxa de gravidez de risco, exigindo políticas públicas territorializadas e sensíveis à realidade amazônica.

Assim, estratégias integradas que articulem tecnologia (como o TelePNAR), protocolos clínicos atualizados, educação permanente das equipes e participação comunitária são essenciais para reverter os indicadores desfavoráveis e garantir atenção qualificada às gestantes de alto risco, sobretudo aquelas afetadas por síndromes hipertensivas.

CONCLUSÃO

A priori, a Atenção Primária à Saúde, reconhecida como porta de entrada do sistema, demonstrou-se o engajamento das equipes e o uso de ferramentas como o prontuário eletrônico. Contudo, a desarticulação com os demais níveis de atenção, a sobrecarga dos serviços e as limitações na comunicação e regulação dificultam a resolutividade do cuidado.

As unidades especializadas e hospitalares, por sua vez, apresentam estruturas desiguais e, por vezes, insuficientes para lidar com as demandas específicas das síndromes hipertensivas, enquanto a vigilância epidemiológica ainda enfrenta desafios na qualidade e uso dos dados. Afinal, apesar de avanços pontuais – como o projeto TelePNAR, que representa uma inovação importante no cuidado a gestantes em áreas remotas –, ainda se observa a persistência de lacunas na integração de sistemas, na qualificação profissional e na garantia

de acesso equitativo a serviços de saúde adequados.

Portanto, a pesquisa revelou que, embora a rede esteja formalmente estruturada, sua funcionalidade efetiva depende crucialmente da articulação entre gestão, equipe e território. É im-

portante reconhecer, como limitação do presente estudo, que ele abarcou um número restrito de unidades e não contemplou dados quantitativos que poderiam reforçar os achados qualitativos. Sugere-se investigações futuras que ampliem o escopo amostral, incorpore

métodos mistos e explorem a efetividade de programas de telemonitoramento e intervenção precoce, com vistas à melhoria contínua da saúde materna na região amazônica.

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de gestação de alto risco - 2022 . [citado 31 de maio de 2025]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
2. Carrion-Nessi FS, Omana-Avila OD, Romero SR, Mendoza DL, Lahoud AC, De J. de Marchis M, et al. Hypertensive syndromes of pregnancy: updated guidelines for clinical behavior. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1o de abril de 2022;82(2):242–63. Disponível em: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/13-R-82-2-Sindromes-hipertensivos-del-embarazo-pautas-actualizadas-para-la-conducta-clinica.pdf>.
3. Jc P, MI C, Rc C, Lg O, Ha K, Jgl R, et al. PRÉ-ECLAMPSIA PROTOCOLO 03-2023 Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez [citado 31 de maio de 2025] Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2023/08/PROTOCOLO-2023-FINAL.pdf>.
4. Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1o de março de 2018 [citado 3 de julho de 2025];218(3):287–293.e1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29138036/>.
5. BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. [citado 31 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
6. BRASIL. Lei n. 8.142, de 18 de dezembro de 1990 [Internet]. [citado 31 de maio de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.
7. BRASIL. Portaria GM/MS n. 5.350, de 12 de setembro de 2024 [Internet]. [citado 31 de maio de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.
8. Thompson Burdine J, Thorne S, Sandhu G. Interpretive description: A flexible qualitative methodology for medical education research. *Med Educ* [Internet]. 1o de março de 2021 [citado 3 de julho de 2025];55(3):336–43. Disponível em: [/doi/pdf/10.1111/medu.14380](https://doi.org/10.1111/medu.14380).
9. BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. [citado 11 de junho de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.