

## Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco

### *Epidemiological profile of high risk pregnant women*

Leticia Gramazio Soares<sup>1,2</sup>, Ieda Harumi Higarashi<sup>1</sup>, Matheus da Cunha Paris<sup>2\*</sup>, Larissa Gramazio Soares<sup>3</sup>, Maicon Henrique Lentsck<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** Mundialmente, a saúde materna e neonatal tem sido motivo de preocupação e estudos, e no Brasil é considerada prioridade. **Objetivo:** traçar o perfil de gestantes de alto risco, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, histórico de saúde e assistência pré-natal. **Método:** transversal, observacional, descritivo, no período de janeiro a julho de 2017 com 314 gestantes de alto risco, dados coletados por meio de questionário estruturado e analisados por frequência absoluta e relativa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Unicentro. **Resultados:** 66,9% tinham de 20 a 34 anos; 48,4% eram brancas; 89,2% possuíam companheiro; 47,1% tinham escolaridade entre 5 e 9 anos; 54,5% eram desempregadas/do lar; 42% possuíam renda de 2 salários mínimos; 46,2% portavam doenças crônicas não transmissíveis; 56,1% referiram rara procura pelos serviços de saúde; 28% eram primigestas; 33,4% tiveram reincidência de alto risco; 48,4% não realizava planejamento familiar; 58,8% referiram gestações não planejadas; 36,7% tinham índice de massa corporal gestacional de obesidade; 19,3% tiveram Pré eclâmpsia; 78% não tinham acompanhamento da atenção primária; 76,1% não participaram de educação em saúde. **Conclusão:** o perfil revela que população feminina necessita de ações não somente no período gestacional, mas de promoção à saúde da mulher.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal; Enfermagem; Gravidez de Alto Risco; Saúde Materno-Infantil.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Maringá, Zona 7, Maringá - PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Centro Oeste, Santa Cruz, Guarapuava - PR, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Paraná, Centro, Curitiba - PR, Brasil.

#### Instituição:

Universidade Estadual do Centro Oeste, Santa Cruz, Guarapuava - PR, Brasil.

#### \* Autor Correspondente:

Matheus da Cunha Paris

E-mail: matheusparis91@gmail.com.

Recebido em: 23/11/2020

Aprovado em: 07/04/2021.

## ABSTRACT

**Introduction:** Worldwide, maternal and neonatal health has been a cause for concern and research and in Brazil it is considered a priority. **Objective:** to profile high-risk pregnant women considering demographic, socioeconomic, health history and prenatal care variables. **Method:** cross-sectional, observational, descriptive study, from January to July 2017 with 314 high-risk pregnant women, data collected through structured questionnaire and analyzed for absolute and relative frequency. The study was approved by the Research Ethics Committee Involving Humans. **Results:** 20 to 34 years (66.9%); white (48.4%); with partner (89.2%); education between 5 and 9 years old (47.1%); unemployed/housewife (54.5%); income of 2 minimum wages (42%); with chronic noncommunicable diseases (46.2%); rare demand for health services (56.1%); first-born (28%); high risk recurrence (33.4%); without family planning (48.4%) unplanned pregnancies (58.8%); gestational body mass index of obesity (36.7%); pregnancy-specific hypertensive disease (19.3%); unaccompanied by primary care (78%); did not participate in health education (76.1%). **Conclusion:** the profile reveals that the female population needs actions not only during pregnancy, but also to promote women's health.

**Keywords:** Prenatal care; Nursing; High risk pregnancy; Maternal and child health.

## INTRODUÇÃO E LITERATURA

Mundialmente, a saúde materna e neonatal têm sido motivo de preocupação e estudos, e no Brasil é considerada prioridade; entretanto, ainda assim, os índices de mortalidade relacionados a complicações decorrentes da gestação, parto e nascimento são elevados<sup>1</sup>.

Todos os dias ocorrem óbitos maternos evitáveis devido a complicações relacionadas à gravidez ou ao parto<sup>2</sup>. As complicações relacionadas à gravidez, parto e nascimento causam também óbitos infantis, a maior parte no primeiro mês de vida, decorrentes de causas perinatais evitáveis, o que evidencia a importância dos fatores relacionados à gestação e ao parto<sup>3</sup>. Em 2015, no Brasil, estas causas foram as principais desencadeantes de óbitos neonatais<sup>1</sup>.

A gestação de alto risco geralmente está associada ao aumento da morbidade e mortalidade, tanto para a mãe quanto para o feto, ou para ambos<sup>4</sup>. O conhecimento do perfil demográfico e epidemiológico da população da área de abrangência de um serviço de saúde contribui para a definição de ações voltadas à atenção das gestantes da região<sup>5</sup>. Portanto, a linha guia do Programa Rede Mãe Paranaense afirma ser imprescindível conhecer as características singulares e as doenças prevalentes da gestação no território de atuação<sup>5</sup>.

Estudos epidemiológicos sobre gestação de risco foram realizados em municípios da região Noroeste e Sudoeste do Paraná<sup>6-7</sup>, sendo escassos na região Centro-Oeste do Estado, fato que pode dificultar a leitura da realidade local. Deste modo, os resultados deste estudo poderão contribuir para

subsidiar a identificação precoce das gestantes de alto risco no município ao se conhecer o seu perfil previamente.

Diante da importância de conhecer o perfil das gestantes e da lacuna de conhecimento existente no município, torna-se de suma importância a compreensão do perfil epidemiológico desta população, como uma ferramenta para a prática assistencial e para a gestão dos serviços de saúde. Portanto, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil de gestantes de alto risco, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, histórico de saúde e assistência pré-natal.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, do qual participaram 314 gestantes de alto risco. Foi realizado na Clínica da Mulher, ambulatório especializado, pertencente ao nível secundário de atenção à saúde, localizado no município de Guarapuava-Paraná.

Os dados foram coletados no período de janeiro a julho de 2017, obtidos juntamente às gestantes de alto risco, por ocasião da consulta de pré-natal no referido ambulatório. No período, 493 gestantes foram encaminhadas ao serviço, das quais 129 residiam em outros municípios, 38 não comparecem e 12 se recusaram a participar da pesquisa, sendo esses os critérios de exclusão do estudo. Deste modo, 314 gestantes representaram a população total deste estudo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado, elaborado pelas pesquisadoras, para levantamento das variáveis relacionadas às condições

demográficas, socioeconômicas; antecedentes pessoais e obstétricos; e informações da gestação atual.

Para a análise dos dados, empregou-se estatística descritiva por meio de frequência absoluta e relativa para verificar as características gerais da população. O software R foi utilizado para as análises dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro), por meio do parecer número 2.073.461 e CAAE: 67756217.3.0000.0106. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Os resultados referentes às características demográficas evidenciou 66,9% (N=210) das gestantes tinha entre 20 a 34 anos; 48,4% (N=152) eram brancas; 89,2% (N=280) com companheiro; 47,1% (N=148) escolaridade entre 5 e 9 anos. Com relação às variáveis socioeconômicas, verificou-se 54,5% (N=171) das gestantes era desempregada/do lar; 42% (N=132) tinham renda de 2 salários mínimos; 41,1% (N=129) referiu residir com quatro ou mais pessoas na mesma casa e 78,7% (N=247) não recebe benefício social (Tabela 1).

Sobre o histórico de saúde das gestantes de alto risco, a análise do IMC pré-gestacional indicou que 37,6% (N=118) apresentou classificação normal, no entanto, uma parcela significativa (27,8%) (N= 87) foi classificada com obesidade, nos graus I, II ou III. Quanto a apresentação de problemas de saúde prévios à gestação, 145 (46,2%) mulheres referiram apresentar doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), contudo, sobre a utilização de serviços de saúde, 56,1% (N=176) referiu que procura raramente. Sobre os hábitos de vida, a maioria (78,3%) (N=247) referiu não realizar atividade física regularmente e 79% (N=248) não mantém restrição alimentar (79%) (N=248) (Tabela 2).

Das entrevistadas, 33,4% (N=105) afirmaram já ter tido gestação de risco previamente, sendo a maioria (21,7%) (N=68) pelo mesmo motivo que a gestação atual. Grande parte (20,1%) (N=63) referiu não ter recebido orientação quanto aos riscos nas próximas gestações e pouco mais da metade (51,6%) (N=162) realizava planejamento familiar (Tabela 2).

A maioria (58,9%) (N=185) das gestações não foi planejada, no entanto, no momento da entrevista 92% (N=289) das gestantes referiram que a gestação era desejada. Com relação ao IMC gestacional a maioria (36,7%) (N=115) apresenta obesidade (Tabela 2).

Quanto às causas que desencadearam a gestação de alto risco, as condições clínicas pré-existentes à gestação foram as principais (48,7%) (N=153). As intercorrências clínicas causadas na gestação atual ocorreram em 39,5% (N=124) das gestantes e uma pequena parcela (11,8%) (N=37) apresentou as duas causas (Tabela 2).

As principais ocorrências que determinaram o alto risco gestacional na presente pesquisa foram: doença hipertensiva específica da gestação (19,3%) (N=63); hipertensão arterial crônica (15,3%) (N=46), doenças infecciosas causadas na gestação (13,5%) (N=44), endocrinopatias pré-existentes (9,7%) (N=29), doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (6,7%) (N=22) e obesidade (6%) (N=18) (Tabela 2).

**Tabela 1.** Características demográficas e socioeconômicas de gestantes de alto risco. Guarapuava, Paraná, Brasil, 2017. (N=314)

| Variáveis   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Idade (em anos)</b>                            |     |      |
| ≤ 19  | 49  | 15,6 |
| 20 a 34   | 210 | 66,9 |
| ≥ 35  | 55  | 17,5 |
| <b>Cor</b>  |     |      |
| Branca  | 152 | 48,4 |
| Parda   | 150 | 47,8 |
| Preta   | 12  | 3,8  |
| <b>Situação conjugal</b>                          |     |      |
| Com companheiro                                   | 280 | 89,2 |
| Sem companheiro                                   | 34  | 10,8 |
| <b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>           |     |      |
| ≤ 4   | 27  | 8,6  |
| 5 a 9   | 148 | 47,1 |
| 10 a 13   | 98  | 31,2 |
| ≥ 14  | 41  | 13,1 |
| <b>Religião</b>                                   |     |      |
| Católica  | 190 | 60,5 |
| Evangélica  | 86  | 27,4 |
| Sem religião                                      | 32  | 10,2 |
| Outra   | 6   | 1,9  |
| <b>Ocupação</b>                                   |     |      |
| Desempregada/Do lar                               | 171 | 54,5 |
| Empregada   | 122 | 38,9 |
| Estudante   | 21  | 6,6  |
| <b>Família recebe benefício do governo</b>        |     |      |
| Não   | 247 | 78,7 |
| Sim   | 67  | 21,3 |
| <b>Renda familiar (em nº de salários mínimos)</b> |     |      |
| ≤ 1   | 73  | 23,2 |
| 2   | 132 | 42   |
| 3   | 69  | 22   |
| ≥ 4   | 40  | 12,7 |
| <b>Nº pessoas que residem na mesma casa</b>       |     |      |
| Mora sozinha                                      | 3   | 1    |
| 2   | 76  | 24,2 |
| 3   | 106 | 33,8 |
| ≥ 4   | 129 | 41,1 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

**Tabela 2.** História de saúde de gestantes de alto risco. Guarapuava, Paraná, Brasil, 2017. (N=314)

| Variáveis   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Peso pré-gestacional</b>                           |     |      |
| Abaixo do normal                                      | 10  | 3,2  |
| Normal  | 118 | 37,6 |
| Sobrepeso   | 99  | 31,5 |
| Obesidade (grau I, II e III)                          | 87  | 27,8 |
| <b>Problema de saúde</b>                              |     |      |
| Não apresentava                                       | 155 | 49,4 |
| Doença crônica não transmissível                      | 145 | 46,2 |
| Outro   | 14  | 4,5  |
| <b>Utilização de serviços de saúde</b>                |     |      |
| Sempre  | 88  | 28   |
| Raramente   | 176 | 56,1 |
| Nunca   | 50  | 15,9 |
| <b>Cuidado com a alimentação/restrição alimentar</b>  |     |      |
| Não   | 248 | 79   |
| Sim   | 66  | 21   |
| <b>Gestação de risco prévia</b>                       |     |      |
| Sim   | 105 | 33,4 |
| Primigesta/não  | 209 | 66,5 |
| <b>Realizava planejamento familiar</b>                |     |      |
| Sim   | 162 | 51,6 |
| Não   | 152 | 48,4 |
| <b>Gestação atual planejada</b>                       |     |      |
| Sim   | 129 | 41,1 |
| Não   | 185 | 58,9 |
| <b>Classificação do IMC gestacional</b>               |     |      |
| Baixo peso  | 28  | 8,9  |
| Peso adequado   | 87  | 27,7 |
| Sobrepeso   | 84  | 26,8 |
| Obesidade IMC $\geq$ 30                               | 66  | 21   |
| Obesidade IMC $\geq$ 35                               | 30  | 9,6  |
| Obesidade IMC $\geq$ 40                               | 19  | 6,1  |
| <b>Fator que levou à gestação de alto risco atual</b> |     |      |
| Condição clínica pré-existente                        | 153 | 48,7 |
| Intercorrência clínica causada na gestação atual      | 124 | 39,5 |
| Os dois fatores anteriores                            | 37  | 11,8 |
| <b>Condição clínica pré-existente*</b>                |     |      |
| HAS   | 46  | 15,3 |
| Endocrinopatias                                       | 29  | 9,7  |
| Obesidade   | 18  | 6    |
| Pneumopatias  | 16  | 5,3  |

Continua...

Continuação...

|                                |    |      |
|--------------------------------|----|------|
| Ginecopatias                   | 10 | 3,3  |
| Cardiopatias                   | 9  | 3    |
| Psicose e depressão grave      | 9  | 3    |
| Outras                         | 41 | 13,7 |
| <b>Intercorrência clínica*</b> |    |      |
| Pré eclâmpsia                  | 63 | 19,3 |
| Doenças infecciosas            | 44 | 13,5 |
| Doenças clínicas               | 22 | 6,7  |
| Sangramento                    | 10 | 3,1  |
| Retardo do crescimento uterino | 7  | 2,1  |
| Trabalho de parto prematuro    | 7  | 1,8  |
| Mal formação                   | 6  | 1,8  |
| Outros                         | 14 | 4,2  |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.\*aceita mais de uma resposta

Sobre o pré-natal atual, verificou-se que a maioria das gestantes (69,1%) (N=217) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre na Unidade Básica de Saúde (UBS), mas a estratificação de alto risco e encaminhamento para a Clínica da Mulher ocorreu no segundo trimestre (45,25%); grande parte (22%) (N=69) referiu que após o encaminhamento ao ambulatório não teve mais acompanhamento por parte da UBS. A maioria (78,3%) (N=246) refere dificuldade para ir ao pré-natal e mais da metade (57,6%) (N=181) refere ter recebido vale-transporte (Tabela 3).

Sobre atendimento por profissionais da saúde, metade (50,6%) (N=159) referiu ter sido atendida por médico de outras especialidades, que não obstetra; quanto ao atendimento por outros profissionais da saúde, 39,8% (N=125) referiram atendimento por nutricionista, 22,3% (N=70) por dentista e o atendimento por demais profissionais, como psicólogo e assistente social, tiveram frequência inferior a 5% (dados não apresentados em tabela). Quanto ao enfermeiro, a realização de consulta de pré-natal foi frequente (65,6%) (N=207). O convite para participar de grupo de gestante foi referido por 45,2% (N=142) das mulheres, mas apenas (23,9%) (N=75) participaram (Tabela 3).

Quanto vinculação da gestante à maternidade para realização do parto, a maior parte (96,5%) (N=303) referiu que tinha conhecimento, no entanto, apenas 34 (10,8%) tinham realizado visita guiada a maternidade. A participação do companheiro no pré-natal ocorreu poucas vezes (34,1%) (N=107) (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Este estudo analisou o perfil de 314 gestantes de alto risco residentes em Guarapuava. Em sua maioria as gestantes eram jovens, com predomínio da faixa etária de 20 a 34 anos, dado que concorda com estudo realizado também no Paraná<sup>7</sup>. Assim, a idade não foi um fator determinante para o risco gestacional nesse estudo, pois a prevalência de gestantes em risco ocorreu na faixa etária considerada segura e a maioria das gestações ocorrerem nesta faixa etária. Mesmo que a literatura, nacional e

**Tabela 3.** Características do pré-natal de gestantes de alto risco. Guarapuava, Paraná, Brasil, 2017. (N=314)

|   |     |      |
|---|-----|------|
| <b>Trimestre de início do pré-natal na UBS</b>  |     |      |
| 1º  | 217 | 69,1 |
| 2º  | 87  | 27,7 |
| 3º  | 10  | 3,2  |
| <b>Trimestre de estratificação de risco e encaminhamento para a Clínica da Mulher</b> |     |      |
| 1º  | 131 | 41,7 |
| 2º  | 142 | 45,2 |
| 3º  | 41  | 13,1 |
| <b>Dificuldade para ir à clínica da mulher</b>  |     |      |
| Sim   | 68  | 21,7 |
| Não   | 246 | 78,3 |
| <b>Recebe vale transporte para ir à clínica da mulher</b>                             |     |      |
| Sim   | 181 | 57,6 |
| Não   | 133 | 42,4 |
| <b>Consulta com médico especialista</b>   |     |      |
| Sim   | 159 | 50,6 |
| Não   | 155 | 49,4 |
| <b>Adequação de exames realizados no pré-natal</b>                                    |     |      |
| Sim   | 254 | 80,9 |
| Não   | 60  | 19,1 |
| <b>Adequação de vacinas no pré-natal</b>  |     |      |
| Sim   | 228 | 72,6 |
| Não   | 86  | 27,4 |
| <b>Acompanhamento na UBS de referência</b>  |     |      |
| Sim   | 69  | 22,0 |
| Não   | 245 | 78,0 |
| <b>Atendimento por enfermeiro</b>   |     |      |
| Sim   | 207 | 65,9 |
| Não   | 107 | 34,1 |
| <b>Participou do grupo de gestantes (gestação atual)</b>                              |     |      |
| Sim   | 75  | 23,9 |
| Não   | 239 | 76,1 |
| <b>Sabe qual a maternidade em que o parto será realizado</b>                          |     |      |
| Sim   | 303 | 96,5 |
| Não   | 11  | 3,5  |
| <b>Fez visita guiada à maternidade</b>  |     |      |
| Sim   | 34  | 10,8 |
| Não   | 280 | 89,2 |
| <b>Companheiro foi convidado a participar do pré-natal</b>                            |     |      |
| Sim   | 107 | 34,1 |
| Não   | 207 | 65,9 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

internacional, relate que um risco aumentado é observado nos extremos de idade, menor que 15 anos, bem como para mulheres acima de 35 anos<sup>8-9</sup>.

Os dados socioeconômicos das gestantes de alto risco estão relacionados ao perfil do serviço e revelam um perfil desfavorável, com poucos anos de estudo, renda precária, baixa inserção no mercado de trabalho, famílias com quatro ou mais pessoas, porém poucas recebem benefício social. Estes resultados são semelhantes aos encontrados em estudos realizados em mais de um a capital<sup>10</sup>, no Nordeste<sup>11</sup>, e também em Santa Catarina<sup>12</sup> e no Paraná<sup>6</sup>. O perfil demográfico e socioeconômico das gestantes pode influenciar a saúde obstétrica e neonatal, pois estudos associam estas características com desfechos maternos e neonatais desfavoráveis<sup>13-14</sup>.

Resultado importante deste estudo chama a atenção para a história de saúde prévia à gestação das participantes. Grande proporção apresentou sobrepeso, obesidade e DCNT, assim como estudo realizado no Paraná, que evidenciou 54,2% de antecedentes pessoais de doenças crônicas<sup>7</sup>. Estudos afirmam que estas doenças têm aumentado consideravelmente entre mulheres em idade fértil<sup>15-16</sup>, o que inevitavelmente, refletirá em um perfil cada vez maior de gestantes com DCNT sob cuidado pré-natal.

Complementado o perfil de saúde das gestantes, a maioria apresentou fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, justificados pelos hábitos de vida, tais como: irregularidade na realização atividade física; falta de cuidados com a alimentação; frequência baixa de utilização dos serviços de saúde. Este cenário revela um perfil de mulheres que tem pouca preocupação com a saúde. Contudo, entre as gestantes que o possuem os fatores de risco para desenvolvimento de DCNT, o risco de haver óbito neonatal é duplicado<sup>13</sup>.

O enfrentamento das DCNT na população feminina em idade fértil do município é crucial e deve ser realizada por meio de ações de promoção à saúde, mas é essencial articular ações intersetoriais e, especialmente, empenhar-se na redução das disparidades<sup>17</sup>.

A reincidência de gestação de alto risco identificada neste estudo foi de 33,4%, entre as multigestas, tendo sido causada pelo mesmo motivo que a gestação atual e poucas receberam orientação quanto risco em gestações futuras. Nesse sentido, estudo realizado no Tocantins também demonstrou que a maioria das gestantes de alto risco são multigestas e que destas, a maioria tiveram complicações que caracterizavam gestação de alto risco em gestações anteriores<sup>18</sup> e outro estudo, desenvolvido também no Paraná, complementa que há uma falta de orientação às gestantes de alto risco, diminuindo a qualidade do seguimento pré natal<sup>19</sup>.

No presente estudo praticamente metade das mulheres não utilizava nenhum método de planejamento familiar e a maioria referiu que a gestação não tinha sido planejada. Outro estudo, apesar de que americano, também evidenciou alta porcentagem de gravidezes não intencionais na população de alto risco<sup>20</sup>, o que representa uma área que requer melhoria na assistência e exige uma análise mais aprofundada sobre as barreiras enfrentadas por essa população para o planejamento familiar

A Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG) seja pela Hipertensão Arterial Crônica ou pela pré eclâmpsia foram as principais determinantes das gestações de alto risco. Assim como no mundo<sup>21</sup>, no Brasil<sup>14</sup> e no Paraná<sup>7</sup>.

Evidencia-se, portanto, a importância do manejo adequado da Pré Eclâmpsia (PE), pela grande chance que a doença tem de causar desdobramentos indesejáveis para gestantes e fetos<sup>21</sup>.

Outro dado relevante, encontrado na presente pesquisa, refere-se ao número de ocorrências de doenças infecciosas vivenciadas na gestação atual, sendo a sífilis gestacional, infecção do trato urinário e a toxoplasmose as principais causas. Resultado semelhante evidenciado em outros estudos realizados no norte<sup>6</sup>.

Apesar de que o desfecho neonatal não foi verificado no presente estudo, a literatura adverte que estas infecções maternas podem causar aborto, ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, prematuridade, malformações congênitas, corioamnionite, baixo peso ao nascer, sepse e óbito neonatal<sup>14</sup>.

O diagnóstico de infecções maternas não sugere melhoria na qualidade do pré-natal, mas sim da assistência pré-concepcional (com exceção da infecção do trato urinário). A falta do diagnóstico ou a falta da terapêutica adequada diante do diagnóstico sugere melhoria na qualidade da assistência pré-natal<sup>14</sup>, neste estudo foi possível verificar a adequação dos exames, conforme o trimestre gestacional.

No que diz respeito ao início do pré-natal, os resultados de 69,1% apontaram para o início no primeiro trimestre, assim como estudo realizado na 10ª Regional de Saúde do Paraná, o qual incluiu todas as gestações, mas verificou média inferior a 70% de gestantes que o iniciaram no primeiro trimestre<sup>22</sup>.

No Paraná, a linha guia prevê no mínimo sete consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo, três no terceiro e uma no puerpério<sup>5</sup>. Neste estudo não foi possível concluir a cobertura do pré-natal, tendo em vista que a pesquisa foi realizada ainda na gestação, todavia, verificou-se que a maioria das gestantes já havia realizado mais que quatro consultas, dado que responde as determinações legais<sup>5</sup>. Destarte os resultados favoráveis apontados, a literatura pondera que mais importante que a quantidade de consultas, é a qualidade do pré-natal<sup>3</sup>.

A gestação de alto risco, pela sua complexidade, requer cuidados disponibilizados por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional<sup>14</sup>. A linha guia preconiza pelo menos cinco atendimentos multiprofissionais durante o período gestacional de alto risco, com obstetras, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e outros<sup>5</sup>. Tais atendimentos não foram relatados satisfatoriamente no contexto assistencial, onde se constatou o predomínio de consultas médicas, além do obstetra, cardiologista e endocrinologista, com citação considerável somente do nutricionista.

Semelhantemente, em pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro-RJ, o cuidado às gestantes com SHG foi insuficiente, centrado na consulta obstétrica, revelou-se fragmentado e descontinuado, não contemplando as necessidades de saúde da clientela<sup>22</sup>. Revela-se um cuidado centrado na assistência médica, com forte tendência medicalizadora, fato evidenciado em outros estudos<sup>22</sup>. Todavia, acredita-se que as especialidades médicas são de fundamental importância no contexto assistencial, mas não podem sobrepujar os demais profissionais da saúde.

No tocante às gestantes com sobrepeso e obesas, que apresentaram frequência de 63,5% da população total, 39,8% referiram terem sido atendidas por nutricionista. A obesidade materna está significativamente associada a

um risco de SHG, diabetes gestacional, parto prematuro, cesariana e infecção materna<sup>16</sup>. No entanto, as recomendações atuais refletem que as intervenções mais eficazes são ações desenvolvidas antes da gestação.

Problemas de acesso não foram verificados, pois muitas referiram não ter dificuldades para ir até o serviço, possivelmente pelo fornecimento de vale-transporte, estratégia preconizada pelo Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP)<sup>5</sup>. Contraditoriamente, outras pesquisas realizadas em contextos diferentes, que evidenciaram problemas de acesso principalmente em regiões menos favorecidas econômica e socialmente<sup>3</sup>.

Quanto ao acesso à maternidade, a maioria das gestantes já tinha conhecimento do local onde iria realizar o parto. A vinculação da gestante à maternidade é realizada já na primeira consulta de pré-natal, pela Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de evitar a peregrinação por ocasião de tratamentos obstétricos e parto. O PRMP incentiva a visita guiada à maternidade para que a gestante conheça o local, facilite o acesso<sup>5</sup>.

Quanto ao profissional enfermeiro, a maioria refere já ter sido atendida por este profissional. Nesse sentido, estudo realizado com enfermeiros da 10ª Regional de Saúde do Paraná identificou avanços na prática profissional após a implantação do PRMP, constatou-se mais autonomia nas ações de prevenção, cuidado e promoção à saúde no atendimento à mulher em todo o ciclo gravídico puerperal e no cuidado ao RN e à criança<sup>23</sup>.

Mesmo sendo previsto por lei o direito à presença de um acompanhante durante todo o ciclo gravídico-puerperal, pois além de transmitir mais segurança para a gestante, contribui para melhores desfechos maternos e neonatais<sup>24</sup>, este estudo demonstrou que apenas 31% das mulheres relataram a presença de um acompanhante durante a consulta pré-natal, diferentemente de um estudo realizado em Santa Catarina onde 61% das gestantes tinham um acompanhante durante a consulta<sup>25</sup>.

A educação em saúde, também é reiterada neste estudo, pelo fato da maioria das gestantes ser primigesta ou secundigesta, as quais geralmente necessitam de orientações gerais, tanto para amamentação quanto preparo para o parto.

Logo, para uma mudança nos resultados de saúde, há necessidade da atuação de todos os pontos que compõem a RAS Materno Infantil, especial da APS, investir esforços não somente no período gestacional, mas na saúde feminina, abrangendo promoção à contracepção efetiva e planejamento familiar.

---

## CONCLUSÃO

Conclui-se, quanto ao perfil das gestantes de alto risco, que se trata de um grupo jovem, primigestas ou na vigência da segunda gestação, com poucos filhos casadas, de cor branca, residentes na área urbana, com poucos anos de estudo, renda de dois salários mínimos, desempregadas/do lar, que residem com famílias de quatro ou mais pessoas.

Quanto ao perfil de saúde, conclui-se tratar de um grupo de mulheres com alto índice de DCNT, IMC elevado - sobrepeso e obesidade, com hábitos de saúde inadequados, que procuram raramente os serviços de saúde, boa parte sem realizar planejamento familiar, na afirmativa de gestação atual não planejada. Portanto, são mulheres que estão engravidando, mesmo expostas a vários fatores de risco,

e, sobretudo que estão distantes do serviço, deste modo necessitam de estratégias de acolhimento para estabelecer e/ou fortalecer o vínculo com a unidade de saúde.

Quanto às principais causas do risco gestacional destacam-se a SHG, seja pela hipertensão arterial crônica ou PE, seguidas de doenças infecciosas atuais, endocrinopatias pré-existentes, doenças clínicas diagnosticadas na gestação atual e obesidade.

Os dados referentes às características da assistência pré-natal atual permitem concluir que o município apresenta pontos positivos, número de consultas; vacinas e exames; facilidade de acesso; e vinculação à maternidade de alto risco. Contudo, alguns resultados precisam ser reavaliados pelos profissionais e gestores municipais. Duas limitações devem ser consideradas, uma se refere ao viés recordatório, já que algumas questões exigiam que as mulheres rememorassem situações, e outra a escassez de estudos sobre perfil da gestação de alto risco, o que limitou as comparações.

Dessa forma, os resultados obtidos incentivam a realização de outras pesquisas em diferentes locais, para fins de comparação e investigação de objetos afetos a este estudo. Sugere-se ainda a utilização de desenhos de pesquisas diferenciados que permitam avaliar os desfechos das gestações de alto risco, e ainda, estudos avaliativos quanto à qualidade do pré-natal.

## REFERÊNCIAS

1. França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira Renato et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2017 [Acesso em: 29 Sep 2019]; 20 (Suppl 1): 46-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>.
2. Carlo WA, Travers CP. Mortalidade materna e neonatal: hora de agir. *J. Pediatr.* [Internet]. 2016 [Acesso em 21 Sep 2019]; 92(6): 543-545. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.08.001>.
3. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [Acesso em 20 Sep 2019]; 30 (Suppl 1): S192-S207. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
4. Altinbas KS, Tekin YB, Dilbaz B, Kilic S, Khalil SS, Kandemir O. Impact of having a high-risk pregnancy on future postpartum contraceptive method choice a Impact of having a high-risk pregnancy on future postpartum contraceptive method choice. *Women and Birth* [Internet]. 2014 [Acesso em 29 Sep 2019]; 27(4): 254-258. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.006>
5. Secretaria de Estado da Saúde (PR). Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia Rede Mãe Paranaense 6º edição*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2017.
6. Melo WA, Alves JI, Ferreira AAS, Souza VS, Maran E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense. *Rev. Saúde Pública Paraná* [Internet]. 2016 [Acesso em 29 Sep 2019]; 17(1): 82-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n1p83>
7. Dalla Costa L, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2016 [citado 2019 Sep 01]; 21(2): 1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.44192>
8. Sampaio AFS, da Rocha MJF, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Internet]. 2018 [citado 2021 fev 17]; 18(3):559-566. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300007>.
9. Davis NL, Hoyert DL, Goodman DA, Hirai AH, Callaghan WM. Contribution of maternal age and pregnancy checkbox on maternal mortality ratios in the United States, 1978-2012. *Am. J. Obstet. Gynecol.* [Internet]. 2017 [citado 2019 Sep 01]; 217(3): 352.e1-352.e7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.042>
10. Fernandes JA, Campos GWS, Francisco PMSB. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde debate* [Internet] 2019 [citado 2021 Fev 17]; 43(121). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109>.
11. Santos BT, Monteiro BKS, Santos JGC, Silva RSS, Lemos LMD, Dias JMG. Condições socioeconômicas, risco gestacional e importância da relação entre pré-natalista e gestantes de alto risco. *Rev. Enferm. UFPI* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jul 04]; 5(3): 36-41; Doi: 10.26694/reufpi.v5i3.5441.
12. Silva MS; Rosa MMRQP. Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. *R. Interd.* [Internet]. 2014 [citado 2019 Jun 25]; 7(2): 95-102. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/394>
13. Santos EP, Ferrarri RAP, Bertolozzi MR, Cardelli AAM, Godoy CB, Genovesi FF. Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2016 [citado 2019 Sep 25]; 50 (3): 390-398. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400003>
14. Rodrigues NCP, Monteiro DLM, Almeida AS, Barros MBL, Pereira Neto A, O'Dwyer G. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997-2012. *J Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 2019 Sep 05]; 92(6): 567-573. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.03.004>
15. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 27]; 18 (Suppl 2): 3-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.
16. Poston L. Obesity in pregnancy; Where are we, where should we go? *Midwifery* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 30 01]; 49: 4-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.007>
17. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 27]; 25(2): 373-390. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200016>.

18. Brito LS, Lopes LF, Barros LCS. Epidemiological profile of high risk pregnant women and monitoring by nurses in the regional Bananal Island in Tocantins. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 16]; 8 (1): 66-77. Disponível em: <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.scihealth.v8n1p66-77>.
19. Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Acompanhamento pré-natal de gestação de alto risco no serviço público. [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 16]; 72(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>.
20. French M, Albanese A, Gossett DR. Postpartum contraceptive choice after high-risk pregnancy: a retrospective cohort analysis. *Contraception* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 27]; 94 (2): 173-180. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.04.004>
21. Dadelsen VP, Magee L. Preventing deaths due to the hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet. Gynaecol* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jul 02]; 36:1 (4): 83e102. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.bpobgyn.2016.05.005>.
22. Xavier RB, Janotti CB, Martins AC, Silva KS. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online Braz. J. Nurs* [Internet]. 2013 [citado 2019 Sep 08]; 25(2): 271-280. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20134249>
23. Baggio MA, Pereira FC, Guimarães ATB. Programa rede mãe paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 30]; 21(3): 1-08. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45301>.
24. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2021 fev 17]; 30(suppl 1):S140-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.
25. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovo CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Santa Catarina, 2019. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2021 [2021 fev 17]; 30(1):e2020383. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>.