



PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS PELO SUS NO ANO DE 2022

Resumo: A Rede de cuidado materno infantil prevê a qualidade do atendimento no período gravídico-puerperal, manejando ações e condutas de assistência ao binômio, para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Esta pesquisa objetivou identificar o perfil clínico, socioeconômico, demográfico, etário e étnico-racial das gestantes atendidas pelo SUS. Trata-se de uma pesquisa quantitativa. Foram coletados dados de 230 prontuários de gestantes que iniciaram e concluíram o pré-natal no ano de 2022, por amostragem aleatória e estratificada. Observou-se fragilidades no acompanhamento pré-natal, como falta de informações básicas nos prontuários, pouco aproveitamento da equipe multiprofissional e dos pontos de atenção à saúde, estratificação de risco incorreta, e falha nas ações de prevenção e planejamento familiar. Portanto, vê-se a importância da descentralização da assistência ao pré-natal, padronização da coleta de dados, capacitação profissional para observar os riscos e melhorar o acompanhamento, e o fortalecimento das estratégias de educação em saúde e planejamento familiar.

Descritores: Obstetrícia, Cuidado Pré-natal, Perfil de Saúde, Sistema Único de Saúde.

Profile of pregnant women assisted by SUS in 2022

Abstract: The Maternal and Child Care Network aims to ensure quality care during the prenatal and postpartum periods, managing actions and assistance measures for both mother and child, with the aim of reducing maternal and infant morbidity and mortality. This research aimed to identify the clinical, socioeconomic, demographic, age, and ethnic-racial profile of pregnant women treated by the Unified Health System (SUS). It is a quantitative study. Data were collected from 230 medical records of pregnant women who started and completed prenatal care in the year 2022, through random and stratified sampling. Weaknesses were observed in prenatal care, such as lack of basic information in medical records, underutilization of the multiprofessional team and health care points, incorrect risk stratification, and failures in prevention and family planning actions. Therefore, the importance of decentralizing prenatal care, standardizing data collection, professional training to observe risks and improve monitoring, and strengthening health education and family planning strategies is evident.

Descriptors: Obstetrics, Prenatal Care, Health Profile, Unified Health System.

Perfil de las mujeres embarazadas atendidas por el SUS en 2022

Resumen: La Red de Atención Materno-Infantil busca garantizar la calidad de la atención durante los períodos prenatal y postparto, gestionando acciones y medidas de asistencia para el binomio madre-hijo, con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Esta investigación tuvo como objetivo identificar el perfil clínico, socioeconómico, demográfico, etario y étnico-racial de las embarazadas atendidas por el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo. Se recopilieron datos de 230 historias clínicas de embarazadas que iniciaron y completaron el control prenatal en el año 2022, mediante muestreo aleatorio y estratificado. Se observaron debilidades en el seguimiento prenatal, como la falta de información básica en las historias clínicas, la subutilización del equipo multiprofesional y de los puntos de atención médica, una estratificación de riesgos incorrecta y fallas en las acciones de prevención y planificación familiar. Por lo tanto, se evidencia la importancia de descentralizar la atención prenatal, estandarizar la recopilación de datos, capacitar al personal para observar los riesgos y mejorar el seguimiento, y fortalecer las estrategias de educación en salud y planificación familiar.

Descritores: Obstetricia, Atención Prenatal, Perfil de Salud, Sistema Único de Salud.

Cintia Renata Leite

Enfermeira Residente do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR.

E-mail: enfcintialeite@gmail.com

Ana Vanessa Deffaccio Rodrigues

Professora Mestre em Enfermagem. Tutora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR.

E-mail: vanessa_deffaccio@hotmail.com

Suzana Martins de Oliveira

Professora Mestre em Enfermagem. Tutora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR.

E-mail: martinsuzana79@gmail.com

Submissão: 09/03/2024

Aprovação: 22/05/2024

Publicação: 13/06/2024



Como citar este artigo:

Leite CR, Rodrigues AVD, Oliveira SM. Perfil das gestantes atendidas pelo SUS no ano de 2022. São Paulo: Rev Recien. 2024; 14(42):352-366.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.352366>

Introdução

A organização da rede de cuidado materno infantil tem como objetivo a qualidade do atendimento no período gravídico puerperal, manejando ações e condutas como ferramentas de assistência ao binômio (mãe e filho) e família¹.

Com a construção da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense² e a sua constante revisão, foi possível ter uma conduta linear em todos os pontos de atenção, levando em consideração o atendimento, estratificação de risco, referência, fluxo de atendimento e competências de cada equipe e profissionais da saúde.

Um dos principais objetivos da organização do cuidado é a redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil, através da sistematização da assistência à gestante, ao recém-nascido e à puérpera³.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação observando seus aspectos fisiológicos e não fisiológicos, provendo assistência em todos os pontos de atenção, quando necessário, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna e englobando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas².

Um pré-natal de qualidade atende as orientações e condutas que envolvem os fatores ambientais e extrínsecos, assegurando a saúde fetal em sua plenitude. O resultado a longo prazo é favorável em termos socioeconômicos, com formação de indivíduos física e intelectualmente aptos⁴.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no Sistema Único de Saúde (SUS), pois é o ponto de atenção estratégico

para melhor atender as necessidades desta população, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado⁵.

A equipe precisa conhecer ao máximo a sua população adscrita, para que mesmo antes que a gestante acesse o serviço, esta mesma mulher tenha tido acesso às ações em saúde referente a linha de cuidado, como atividades de planejamento reprodutivo. Quanto maior o vínculo, maior a chance de detecção precoce da gravidez e início precoce no pré-natal.

A caracterização desta população, como seu perfil epidemiológico, socioeconômico, étnico-racial, etário e demográfico se faz importante para traçar planos concretos de cuidado e assistência.

Na primeira consulta de pré-natal é realizado o acolhimento da gestante, na maioria das vezes conduzido por um enfermeiro, neste momento o profissional deve ter além de suas competências técnicas, a sensibilidade para entender o ser humano no seu modo de vida, utilizando a escuta e ação dialógica⁴.

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução ocorre na maioria das vezes sem intercorrências, porém, uma parcela dessas gestantes pode apresentar risco de desenvolver problemas durante a gestação, e apresentam maior probabilidade de uma evolução desfavorável de acordo com seus fatores de risco.

Os fatores de risco são descritos como condições e/ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais, categorizados de acordo com as características individuais, socioeconômicas, familiares, história reprodutiva anterior, comportamentos e estilos, condições de vida e de trabalho, acesso a serviços,

fatores econômicos e sociais⁴.

Para que haja o reconhecimento das reais necessidades das gestantes, utilizando meios técnicos-científicos e recursos apropriados, os profissionais de saúde devem conhecer o perfil socioeconômico, clínico e obstétrico das gestantes, utilizando corretamente a classificação de risco para que tenham acompanhamento adequado e acesso a serviços especializados⁶.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo identificar o perfil socioeconômico, demográfico, clínico e obstétrico das gestantes residentes no município de Apucarana-PR atendidas pelo SUS, no ano de 2022.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, retrospectiva e do tipo documental. Os dados foram coletados a partir de prontuários eletrônicos de gestantes residentes no município de Apucarana-PR, que utilizavam serviço SUS, de qualquer idade gestacional, que iniciaram e concluíram o pré-natal no ano de 2022, por meio do sistema de informação IPM utilizado pela Atenção Primária à Saúde no município.

De acordo com relatório do sistema IPM, no ano de 2022, foram atendidas por mês na assistência pré-natal das UBS e AAE do município, em média 1.937 gestantes. Apresentando também uma média de 126 nascidos vivos por mês no ano de 2022⁷.

Foram excluídas do estudo as gestantes que realizaram pré-natal exclusivamente na rede particular e/ou convênio e que não residiam no município de Apucarana-PR.

O tamanho da amostra foi definido por amostragem simples, considerando o total de gestantes cadastradas no pré-natal no período de

01/01/2022 a 31/12/2022, que de acordo com o relatório do sistema IPM foram 1.937 gestantes.

De 1.937 prontuários foram selecionados 245 de acordo com a Data da Última Menstruação (DUM) e a Data Provável do Parto (DPP), que indicassem início e término do pré-natal no ano de 2022. Participaram do estudo 30 Unidades Básicas de Saúde e 01 Unidade de Apoio, e a coleta foi estratificada por UBS, levando em consideração o seu território.

Durante a coleta 15 prontuários foram excluídos por não se encaixar nos critérios de inclusão da pesquisa. Foram coletados neste estudo 230 prontuários, através de amostra aleatória e estratificada por UBS, do período de janeiro a dezembro de 2022.

Para a coleta de dados dos prontuários selecionados foi utilizado um instrumento elaborado pela autora através da ferramenta *Google Forms* contendo 47 questões, sendo 25 abertas e 22 fechadas, que versam sobre os dados referente ao perfil socioeconômico e demográfico das gestantes e acompanhamento do pré-natal.

Os dados foram coletados no período de junho a outubro de 2023, utilizando o prontuário eletrônico das gestantes selecionadas no estudo, no sistema IPM. Os dados da pesquisa foram armazenados em uma planilha no *Google Drive* e posteriormente ao final da coleta foi realizado download desta planilha e deletado o banco de dados da “nuvem” de acordo com medidas de proteção de dados.

Após a coleta de dados da pesquisa, foi realizada a análise e interpretação dos dados, que ocorreu conforme os objetivos da pesquisa. Os resultados obtidos foram apresentados em tabelas e discutidos com a literatura científica atual a respeito do tema.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Apucarana (FAP), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 64493822.8.0000.5216.

Resultados e Discussão

O presente estudo teve como objetivo de conhecer o perfil socioeconômico, demográfico, étnico-racial e etário das gestantes, que é extremamente importante para um pré-natal de qualidade, pois estas características podem acarretar intercorrências durante a gestação, devendo ser levadas em consideração pelo profissional no momento de estratificar o risco e realizar o manejo da gestante. Ainda, com tal levantamento será possível o planejamento de ações locais para melhoria no atendimento desse grupo populacional.

Na primeira consulta pré-natal, além das informações cadastrais, recomenda-se a investigação de informações de idade, raça, estado civil, paridade, nível de escolaridade, ocupação profissional, renda familiar e quantidade de pessoas residentes no domicílio².

Com relação ao perfil socioeconômico, étnico-racial e etário, as gestantes em sua maioria possuem idade entre 21 e 25 anos (30,43%), seguido por 31 a 39 anos (26,52%) e de 26 a 30 anos (24,35%). De acordo com os critérios de características individuais, gestantes com idade extremas (<15 anos e >40 anos), devem ser estratificadas como risco intermediário, devendo realizar o acompanhamento pré-natal compartilhado entre a APS e o AAE².

Idades extremas aumentam o risco para o binômio (mãe e filho), pois, gestantes <15 anos de idade tendem a iniciar o pré-natal tardiamente e ter

menor adesão às consultas, além da baixa idade estar associada à natimortalidade, maior risco de nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, deficiências de micronutrientes e a Restrição de Crescimento intrauterino (RCIU), devido a imaturidade biológica e insuficientes cuidados pré-natais².

As gestantes com idade >40 anos apresentam taxas significativas de morbidades graves e potencialmente fatais, incluindo insuficiência renal, choque, morbidade cardíaca aguda, complicações graves de intervenções obstétricas e admissão em UTI².

Para o perfil étnico-racial foram consideradas cinco categorias padronizadas pelo IBGE⁸ que são: branca, preta, parda, indígena e amarela. No estudo, 20,87% se autodeclararam brancas, 15,22% pardas e 62,17% dos prontuários não apresentavam esta informação.

De acordo com a Linha Guia de Cuidado Materno Infantil do Paraná² a informação de identificação racial deve ser preenchida de acordo com a autoidentificação ou autodeclaração da usuária.

O perfil étnico-racial deve ser considerado, pois mulheres de etnia africana são mais propensas ao vício pélvico e a pré-eclâmpsia⁴.

Gestantes indígenas, quilombolas, migrantes, negras, pretas ou pardas, devem ser estratificadas como risco intermediário, pois, grupos étnicos específicos são mais propensos a desenvolver certas condições de saúde, relacionados com condições crônicas e status socioeconômico. A identificação racial deve ser utilizada para mapear situações e embasar políticas de atenção específicas aos grupos raciais².

No item ocupação, foram utilizados os critérios:

“estudante”, “do lar”, “trabalha fora” e “sem informação”. Sendo considerado dentro do critério “trabalha fora”: serviços autônomos, e serviços com e sem carteira assinada.

Trabalham fora 33,04% das gestantes, sendo que 40,78% trabalham como costureira, esta ocupação é predominante na região e importante marco econômico, e pode acarretar riscos durante a gestação. No mesmo item, 51,30% dos prontuários não continham esta informação.

A ocupação pode trazer repercussões negativas para a gestação, o esforço físico, levantar ou carregar peso, subir e descer escadas, caminhar por longos períodos, permanecer em pé ou sentada, e longos períodos de trabalho estático, estão associados a abortamentos, malformações fetais, antecipação do parto, fetos pequenos para a IG e doença hipertensiva na gestação⁹.

No item de renda, 22,17% das gestantes tinham uma renda de 1 a 3 salários-mínimos e 59,13% dos prontuários não continham esta informação. Com relação a quantidade de residentes na casa, 11,74% tinham dois residentes e 8,26% tinham três residentes e 69,13% dos prontuários não continham esta informação.

De acordo com as características individuais, condições socioeconômicas e familiares, as gestantes em situação de vulnerabilidade devem ser estratificadas como risco intermediário, devendo ter cuidado compartilhado entre a APS e o AAE².

No item estado civil, foi utilizado o critério “com companheiro” sendo consideradas gestantes casadas, em união estável e com companheiro fixo, e critério “sem companheiro”, sendo consideradas gestantes solteiras, viúvas e divorciadas.

Gestantes com companheiro são a maioria, sendo 46,52% do total e 44,35% dos prontuários não continham esta informação. O estado civil é uma informação relevante, pois estudos mostram maior morbidade e mortalidade materna e fetal em mulheres solteiras⁴.

No nível de escolaridade, 17,39% das gestantes possuíam ensino médio completo e 56,52% dos prontuários não continham esta informação. De acordo com as condições socioeconômicas e característica individuais, as gestantes com baixa escolaridade (<3 anos de estudo), devem ser estratificadas como risco intermediário, devendo ter o cuidado compartilhado entre o AAE e APS².

A baixa escolaridade, falta de rede de apoio, condições de renda e emprego, moradia e saneamento básico, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, transtornos mentais, podem ser considerados condições de vulnerabilidade social e econômica, devido ao menor acesso à informação e capacidade crítica, situação conjugal insegura, insuficiência financeira, que diminui o poder de compra e consequentemente as condições de cuidado, aumentando os índices de morbimortalidade materna e infantil e baixa adesão ao pré-natal¹⁰.

Devem ser colhidas na primeira consulta, também as informações de antecedentes obstétricos, como número de gestações, histórico de parto vaginal ou cesariana, histórico de abortos e perdas gestacionais, tais informações podem ter impacto na classificação de risco.

Com relação ao perfil obstétrico destas gestantes, 43,04% estavam na primeira gestação, no entanto 31,30% possuíam três gestações ou mais, 10,43% tinham um parto vaginal anterior e 19,57% tinham

uma cesárea anterior e 13,48% tiveram pelo menos um aborto.

Os perigos da gestação e parto para o binômio são maiores em primíparas e naquelas que já pariram mais de quatro vezes. Ainda, o intervalo recomendado entre partos é de no mínimo dois anos⁴.

De acordo com as características de história reprodutiva anterior, as gestantes com abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos), devem ser estratificadas como risco habitual. As gestantes com abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos), devem ser estratificadas como risco intermediário. As gestantes com abortos de repetição em qualquer idade gestacional (três ou mais abortos) devem ser classificadas como alto risco².

As gestantes com histórico de três ou mais cesáreas anteriores, devem ser estratificadas como alto risco².

A cesariana está associada a maior risco de infecção pós-parto, infecção urinária, cefaleia, dor, complicações anestésicas, maiores chances de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), hemorragia, necessidade de transfusão sanguínea, histerectomia, acretismo placentário, placenta prévia e morte^{11,12}.

As condições de estilo e hábitos de vida também devem ser coletadas, e a idade gestacional deve ser calculada já na primeira consulta, a partir da DUM ou da primeira USG obstétrica. Sem essas duas informações, a IG deve ser calculada de acordo com a altura uterina.

O número total de consultas de pré-natal no período foi de 2.960, sendo uma média de 13 consultas e uma mediana de 12 consultas por

gestantes, sendo que variou de uma até 62 consultas. Deve ser levado em consideração o número de abortos, desfechos prematuros e pré-natal tardio e irregular.

Com relação ao início do pré-natal, 64,78% iniciaram com menos de 12 semanas de gestação. Apesar da pequena porcentagem de prontuários que não continham esta informação (8,70%), a ausência desta informação prejudica o acompanhamento pré-natal.

A APS precisa garantir o início precoce da assistência pré-natal até a 12ª semana de gestação e no mínimo sete consultas de pré-natal e uma de puerpério, intercalando entre profissional médico e enfermeiro¹.

O início tardio do pré-natal afeta diretamente o monitoramento e acompanhamento, pois impossibilita o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para prevenção de possíveis complicações gestacionais, além de dificultar o monitoramento do crescimento fetal, isso leva a baixa qualidade do processo de atenção pré-natal¹³.

O uso de substâncias lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas, podem desencadear efeitos adversos no desenvolvimento fetal. É importante conhecer estes hábitos e quantificar através de ferramentas como scores para planejar o cuidado e minimizar efeitos danosos ao binômio e referenciar ao AAE se necessário².

Neste item, 86,09% das gestantes não faziam uso de nenhuma substância que gere dependência, e 12,17% (28 gestantes) fazia uso de tabaco, destas, apenas de oito foi calculado o Teste de Fagerstrom. A somatória das gestantes que fizeram uso de substâncias é maior do que o número total da

amostra, devido ao fato de que algumas gestantes faziam uso de mais de uma substância lícita ou ilícita.

O Teste de Fagerstrom afere o grau de dependência à nicotina, deve ser aplicado a todas as gestantes tabagistas na primeira consulta e em consultas subsequentes quando necessário, a somatória final do teste determina o nível de dependência e a classificação de risco desta gestante².

As gestantes tabagistas que apresentem Teste de Fagerstrom <8 pontos devem ser classificados como risco habitual, e gestantes com dependência elevada (8 a 10 pontos) devem ser classificadas como risco intermediário e referenciadas ao AAE para cuidado compartilhado².

O uso de suplementos na gestação é um ponto extremamente importante, todas as gestantes devem fazer uso, levando em consideração também fatores individuais. Neste item, 83,91% fizeram uso de Ácido Fólico e 76,09% de Sulfato Ferroso, deve ser levado em consideração a idade gestacional no início do pré-natal, desfechos prematuros e abortos.

A suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação é recomendada como um cuidado pré-natal que reduz o baixo peso ao nascer, a anemia e a deficiência de ferro na gestante¹⁴.

A suplementação de ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias antes da concepção, para prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural, recomendados 400mcg diários para casos de baixo risco e 4mg para casos de alto risco¹⁵.

Outro fator importante é o pré-natal odontológico, deve ser realizado pelo menos uma consulta odontológica durante o pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, com agendamento de novas avaliações de acordo com

a necessidade da paciente².

Neste item, 57,83% das gestantes realizaram acompanhamento odontológico durante o pré-natal e 42,17% não realizaram acompanhamento. O que demonstra fragilidade na atenção odontológica do município.

Os problemas mais comuns na cavidade oral da gestante são: doença periodontal, carie, tumor gravídico e principalmente gengivite. Estas doenças são nocivas tanto para mãe quanto para o bebê, podendo até levar a um trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer, elevando também o risco de pré-eclâmpsia².

As informações sobre os métodos contraceptivos, uso regular e irregular, até o momento da decisão de engravidar ou da interrupção do uso, da descoberta de uma gestação não planejada, podem influenciar no dateamento da idade gestacional, sendo um fator importante na anamnese².

Neste item foram consideradas 43 mulheres (18,70%) que faziam uso de algum método contraceptivo, sendo que cinco delas faziam uso de dois métodos combinados e 47 (20,43%) mulheres que não faziam uso de método contraceptivo, totalizando 90 mulheres. Do total, 135 prontuários (58,70%) não continham esta informação.

Constata-se que 69,57% das gestantes que planejaram a gestação não faziam uso de métodos contraceptivos, e 53,73% das gestantes que não planejaram a gestação faziam uso de métodos contraceptivos. Sendo os métodos mais utilizados o preservativo externo (camisinha masculina), em 3,91% e o contraceptivo hormonal oral, em 13,91%.

Observa-se que 53,73% das gestantes que faziam uso de algum método engravidaram e 46,27% que não

desejavam uma gravidez, não utilizavam método contraceptivo, isso demonstra a falta de ações preventivas e educativas acerca do planejamento reprodutivo e informações sobre métodos disponíveis no SUS, que se enquadre no desejo daquela mulher, os Métodos Reversíveis de Longa ação (LARCs), como o DIU de Cobre que é ofertado no SUS tem pouca utilização de acordo com as pesquisas.

A gravidez não planejada é um problema de saúde pública mundial, estudos recentes mostram que 44% das gestações não foram planejadas, no Brasil, 55% das mulheres não planejaram a gestação, a despeito das atividades preventivas e educativas para os diversos segmentos da população serem previstos na legislação¹⁶.

A estratificação de risco é uma estratégia para identificar com antecedência os fatores de risco para o binômio durante a gestação, e para que gestantes, puérperas e neonatos tenham acesso à atendimento no local e com profissional qualificado.

Levando em consideração todo o período de pré-natal, 140 gestantes, cerca de 60,86%, realizaram acompanhamento compartilhado com o Ambulatório de Atenção Especializada.

Pode-se observar que 52,61% das gestantes não foram estratificadas na primeira consulta de pré-natal, o que pode acarretar um risco ao binômio e um atraso ao acesso a serviços especializados, a diagnósticos e a tratamentos. Este número reduziu para 20,87% na última consulta. No primeiro momento a maioria das gestantes são de risco habitual, já na última consulta o número de gestantes de alto risco passa a predominar.

A estratificação de risco deve ocorrer em todas as consultas de pré-natal, para que a gestante seja

encaminhada a serviços adequados em cada momento da gestação, o cuidado deve ser compartilhado entre a APS, AAE, e outros pontos de atenção, isto deve seguir até a segunda consulta puerperal, cerca de 30 a 42 dias pós-parto, ou mais se necessário².

Os antecedentes pessoais são de extrema importância na anamnese obstétrica, devendo ser levado em consideração quaisquer intercorrências clínicas passadas ou doenças prévias e atuais, tratamentos de longo prazo, uso de medicamentos contínuos e cirurgias prévias como bariátrica, por exemplo.

No histórico obstétrico e clínico, apenas 18,26% das gestantes negaram ter histórico de comorbidades e 10,43% dos prontuários não possuíam essa informação.

As principais comorbidades/intercorrências que surgiram foram as Síndromes Hipertensivas em gestações anteriores e o trabalho de parto prematuro. Já no histórico clínico foram Transtorno de Ansiedade e Covid-19.

A pandemia da Covid-19 impactou fortemente a Razão de Morte Materna (RMM) no Paraná nos anos 2020 e 2021. As gestantes e puérperas constituem um grupo de risco frente a Covid-19, devem ser consideradas grupo de risco para o seu agravamento².

O histórico obstétrico e clínico foi utilizado pelo profissional para estratificar o risco da gestante na primeira consulta de pré-natal.

Como já apresentado, 52,61% das gestantes não foram estratificadas na primeira consulta de pré-natal, 23,48% foram estratificadas como risco habitual sem descrição dos critérios, 5,65% foram estratificadas como risco intermediário e 18,26% como alto risco.

A totalização dos critérios utilizados para a estratificação de risco é maior que o número da amostra, já que algumas gestantes apresentavam mais de um fator de risco para estratificação. Devendo lembrar que em casos de mais de um fator de risco, a estratificação de maior risco deve prevalecer.

Gestantes pardas e de idade materna avançada devem ser estratificadas como risco intermediário, o pré-natal tardio não entra como critério para classificação de risco, apesar de ser um aspecto relevante para o desfecho da gestação².

Observa-se que apenas três das 35 mulheres que se autodeclararam pardas foram estratificadas como risco intermediário, das oito mulheres com idade acima 40 anos, apenas quatro foram estratificadas como risco intermediário, e das duas gestantes com idade abaixo de 15 anos, apenas uma que está inclusa no critério “outros” foi estratificada como risco intermediário.

Analisando os critérios para estratificação de alto risco, observa-se que várias gestantes foram estratificadas de forma errônea. Gestantes tabagistas devem ser classificadas como risco habitual ou intermediário de acordo com a pontuação no Teste de Fagerstrom, pois podem trazer desfechos desfavoráveis a gestação, como abortos, gestações ectópicas, RCIU, RPM e partos prematuros¹⁷.

O pré-natal tardio e irregular, apesar de representarem um risco para o binômio, podendo culminar em desfechos desfavoráveis, não estão descritos como fatores de risco para a estratificação da gestante.

Pacientes que apresentaram diabetes gestacional na gestação atual, podem ser classificadas como risco intermediário se não forem insulíndependentes ou

alto risco quando insulíndependente.

A idade materna avançada, ou seja, gestantes com mais de 40 anos, são classificadas como risco intermediário, oito gestantes estão nessa faixa etária, e somente quatro delas foram classificadas corretamente como risco intermediário, quatro como alto risco e uma gestante com idade menor que 40 anos foi considerada com idade avançada e estratificada erroneamente.

Gestantes com hipotireoidismo devem ser classificadas como risco habitual e gestantes em vulnerabilidade social devem ser classificadas como risco intermediário, diferente do que as informações coletadas nos prontuários apresentam.

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução ocorre na maioria das vezes sem intercorrências, porém, algumas gestantes podem apresentar e desenvolver problemas durante a gestação, e assim apresentam maior probabilidade de uma evolução desfavorável de acordo com seus fatores de risco⁴.

A principal intercorrência na gestação foi a infecção de trato urinário (ITU) 16,49%, seguida das vaginoses e diabetes gestacional, ambas com 11,04%. As infecções de vias aéreas também foram intercorrências recorrentes durante a gestação (10,73%).

Em uma metanálise, estimou-se uma prevalência de bacteriúria na gestante, na América Latina de 18,36%, e um estudo brasileiro com uma mostra de 19.181 gestantes, onde a prevalência foi de 23,62%¹⁸.

O rastreamento com urocultura deve ser obrigatório para todas as gestantes durante os três trimestres de gestação, pois é comum em gestantes a bacteriúria assintomática, que se não tratada pode

progredir para pielonefrite, uma condição grave que pode levar a sepse e ao trabalho de parto prematuro¹.

As leucorreias patológicas mais prevalentes na gestação são a candidíase vaginal e a vaginose bacteriana, que se apresentam clinicamente similar a população não gestante⁴.

As infecções do trato reprodutivo durante a gravidez, podem levar ao parto prematuro, aborto espontâneo, doença inflamatória pélvica, baixo peso ao nascer, infertilidade, ruptura prematura de membrana, infecções crônicas e até morte¹⁹.

Neste estudo, 11,04% das gestantes apresentaram diabetes gestacional, a prevalência a nível mundial varia entre 1% e 28%, no Brasil a prevalência é em torno de 18% no SUS²⁰.

A DMG está associada a macrosomia fetal, a partos traumáticos, a hipoglicemia neonatal, a obesidade e diabetes na vida adulta do bebê, a malformações congênitas, a partos pré-termo, a síndromes hipertensivas na gestação, a aumento das taxas de cesariana, a longo prazo ao desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, a síndrome metabólica e a doença vascular²¹.

Outro fator importante durante o acompanhamento da gestante, são os rastreamentos de neoplasias, dentro da amostra coletada tiveram duas gestantes com diagnóstico de neoplasia durante o pré-natal, uma de câncer de mama e outra de câncer de colo do útero, rastreados através do exame físico e de citologia oncótica respectivamente.

A maioria das gestantes, devido a faixa etária, não apresentam antecedentes pessoais de doenças oncológicas, entretanto, podem ser portadoras de neoplasias ou lesões precursoras. Portanto, informações sobre a realização de rastreamento de

câncer de colo do útero e câncer de mama, são obrigatórias, pois, a gestante segue os critérios e calendários de mulheres não gestantes².

Com o surgimento de novas doenças epidêmicas e pandêmicas e o ressurgimento de agravos anteriormente controlados por vacinas, é de extrema importância conhecer o estado vacinal da gestante para a atualização com vacinas permitidas durante este período².

Neste item foram considerados esquemas completos de vacinação os seguintes: vacina dT, 03 doses ou 02 doses com 01 reforço de dTpa; vacina dTpa, 01 dose >20 semanas de gestação; vacina de Hepatite B, 03 doses; vacina de Influenza, 01 dose durante a gestação ou puerpério; vacina de Covid-19, 02 doses.

Observa-se que a maioria das gestantes não possuíam esquema completo de vacinação em nenhuma das vacinas preconizadas durante a gestação.

As vacinas com vírus inativos são seguras na gestação, sendo recomendadas: dTpa, dT, Hepatite B e Influenza. O impacto da vacinação contra Covid-19 pode ser observado no decréscimo dos casos de morte materna pelo agravo a partir de agosto de 2021^{2,4}.

Os pontos de atenção são locais em que a assistência à saúde da população é realizada, eles diferem entre si de acordo com a população assistida e a complexidade do cuidado. Os componentes da Linha de Cuidado Materno Infantil são, a Atenção Primária a Saúde (APS), a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), a Atenção Hospitalar (AH), Sistemas Logísticos e Ferramentas de apoio².

Com relação aos serviços de saúde aos quais as

gestantes foram referenciadas e os profissionais de saúde aos quais elas foram encaminhadas durante o pré-natal. O número total de encaminhamentos é maior que o número total da amostra, pois 141 (61,30%) gestantes foram encaminhadas para mais de um serviço de saúde.

Observa-se que 64,78% das gestantes foram referenciadas para cuidado compartilhado com o AAE, 50,43% foram encaminhadas à maternidade devido a intercorrências na gestação, observa-se também pouco uso de outros pontos de atenção da rede, tais como CRAS e CTA.

Com relação a equipe multiprofissional, 34,35% das gestantes foram encaminhadas ao nutricionista, este foi o profissional com maior número de encaminhamentos, o que corrobora com o número de gestantes com IMC inadequado e diabetes gestacional.

Os profissionais da área de Saúde Mental também foram bastante requisitados, como Psicólogos, Psiquiatras e a Equipe do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da AMS, que no ano de 2022 prestava atenção psicossocial no Ambulatório de Atenção Especializada.

O profissional Enfermeiro (a) não foi citado, pois o mesmo atua no acompanhamento pré-natal de forma compartilhada com o profissional médico, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde⁵.

Um dos fatores acompanhados no pré-natal é o estado nutricional, verificado através do IMC da gestante, devendo ser registrado em prontuário e na caderneta da gestante. A curva de IMC corresponde a um dos parâmetros de avaliação nutricional da gestante, conforme idade gestacional. O resultado pode indicar a gestante como baixo peso, peso

adequado, sobrepeso ou obesidade. O ideal seria a manutenção do peso adequado durante a gestação, fornecendo nutrientes para o bom crescimento fetal. Nos casos de pesos extremos, há necessidade de investigar o histórico familiar e as patologias, ainda, orientar uma alimentação saudável e controlada, evitando patologias fetais².

As recomendações de ganho de peso total na gestação⁵:

- Baixo peso: 12,5 a 18,0 Kg;
- Peso adequado: 11,5 a 16,0 Kg;
- Sobrepeso: 7 a 11,5 Kg;
- Obesidade: 5 a 9 Kg;

Apenas 29,13% das gestantes iniciaram o pré-natal com peso adequado, comparado com os dados apresentados de acompanhamento do peso durante o pré-natal, onde somente 36,07% ganharam peso de acordo com o recomendado, acende um alerta sobre os cuidados nutricionais e o acompanhamento dessa paciente durante o pré-natal.

No item de ganho de peso durante do pré-natal, foram descartados os dados de gestantes sem a informação de peso final e/ou inicial, e/ou altura totalizando 23 e as com desfecho da gestação < 37 semanas totalizando 85, desta forma, foram utilizados os dados de 122 gestantes.

Apenas 36,07% ganharam peso conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde, 36,07% ganharam menos peso do que o recomendado e 27,87% ganharam mais peso do que o recomendado, de acordo com o IMC da primeira consulta.

A média de ganho de peso das gestantes com baixo peso foi de 19,9Kg, sendo o intervalo de 18,2 a 21,6Kg. A média de ganho de peso das gestantes com peso adequado foi de 11,91Kg, sendo o intervalo de 0

a 21,1Kg. A média de ganho de peso de gestantes em sobrepeso foi de 9,5Kg, sendo o intervalo de -1,25 a 19,7Kg. A média de ganho de peso de gestantes obesas foi de 6,94Kg, sendo o intervalo de -9,5 a 16,1Kg.

As gestantes com obesidade mórbida (IMC > 40), devem ser estratificadas como alto risco e referenciadas para o AAE para cuidado compartilhado².

O IMC deve ser anotados no gráfico de acompanhamento nutricional da caderneta de gestante de acordo com a idade gestacional, para que todo profissional consiga identificar quedas ou elevações abruptas que possam indicar intercorrências na gestação como polidrâmnio, macrosomia fetal, miomatose, óbito fetal, oligodrâmnio ou RCIU².

Com relação aos exames solicitados às gestantes durante o pré-natal, seguindo os trimestres de gestação, devem ser de acordo com o preconizado².

Observa-se que alguns profissionais solicitam os exames como “rotinas de 1º, 2º e 3º trimestre”, não especificando quais exames constam nesta rotina, não sendo possível então quantificar cada exame preconizado².

Alguns exames são preconizados para todas as gestantes de risco habitual, risco intermediário e alto risco, dentro do AAE são preconizados exames para gestantes de risco intermediário e alto risco, que podem ser solicitados à critério médico de acordo com a necessidade de cada paciente. Ainda, de acordo com a Grade de Referência das Gestantes do Município²² fica definido como protocolo a pesquisa de *Streptococcus Agalactiae* (SGB) para todas as gestantes SUS dependentes a partir da 35ª a 37ª

semana de gestação, exame não preconizado pelo estado.

Nos exames complementares solicitados as gestantes durante o pré-natal, o mais solicitado foram os testes rápidos para detecção de Covid-19, o que corrobora com as intercorrências durante a gestação, onde umas das mais recorrentes foram as Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS) e Covid-19.

Devido a recente pandemia de Covid-19, os estudos mudam constantemente, sabe-se das relações de infecções virais com repercussões e prejuízos à saúde materna e fetal. De acordo com a infecção por Covid-19 está associado a necessidade de UTI, pneumonia, morte materna, pré-eclâmpsia e parto prematuro²³.

O desfecho das gestações mostra a realidade do país, onde a maioria dos nascimentos ocorrem via cesárea, no presente estudo observa-se que 59,13% dos nascimentos com nascidos vivos foram por esta via e somente 9,57% foram partos vaginais. Analisando a via de nascimento, o Paraná apresentou na última década, uma média de 62% dos nascimentos via cesariana e 37% por partos normais².

Com relação aos natimortos, houve dois casos e ambos pela via cesariana, 8,70% de abortos espontâneos e 21,74% dos prontuários não continham esta informação.

O Paraná possui a Lei nº 20.127 de 15 de janeiro de 2020²⁴, que dispõe sobre a participação da gestante no processo de decisão acerca da modalidade de parto. Onde a gestante de risco habitual pode optar pela realização da cesárea a partir da 39ª semana de gestação, desde que tenha recebido todas as informações acerca das duas vias, seus riscos e benefícios, sendo a decisão registrada em um Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A OMS²⁵ considera que a taxa ideal de cesariana seja entre 10% e 15%, porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes em todo o mundo. A cesárea quando bem indicada por razões médicas reduz a mortalidade e morbidade materna e perinatal, no entanto, não existem evidências de que traga benefícios quando realizadas em mulheres que não necessitem desta intervenção.

Neste estudo foi constatada uma morte materna que ocorreu no puerpério 20 dias pós cesárea, em uma paciente com histórico de trombose. Uma das metas do Cuidado Materno Infantil² é reduzir a morbimortalidade materna e infantil, a melhoria dos indicadores está relacionada ao acesso a assistência qualificada e educação em saúde.

Considerações Finais

O objetivo do presente estudo foi identificar o perfil socioeconômico, demográfico, étnico-racial e etário das gestantes residentes no município de Apucarana-PR no ano de 2022, e como se dá o acompanhamento de pré-natal destas gestantes no município.

Os dados encontrados na pesquisa são similares ao do restante do Estado do Paraná, onde a faixa etária é de 20 a 39 anos, a raça predominante é branca, seguida de parda, a via de nascimento é uma média de 62% via cesariana e 37% via parto vaginal².

Apesar de ser um município com pontos fortes de atenção à saúde, grande equipe multiprofissional e sistemas de informação de qualidade, apresenta fragilidades, a falta de informações básicas no prontuário da paciente, o que foi uma barreira no levantamento de dados da pesquisa, e prejudica no próprio andamento do pré-natal, podendo trazer

riscos à gestação.

Com base nos registros, observa-se uma falha nas ações educativas e de planejamento reprodutivo, devido ao alto número de gestações não planejadas, principalmente com uso de métodos contraceptivos.

Nota-se que o acompanhamento do pré-natal ainda é médico centrado, com pouco uso da equipe multiprofissional e dos pontos de assistência disponíveis, muito disso se deve também a recente descentralização do pré-natal no município.

A base de um pré-natal de qualidade é o acompanhamento correto em tempo oportuno, pode-se perceber que a maioria não é estratificada na primeira consulta ou são estratificadas incorretamente, além de pouco acompanhamento de testes rápidos, vacinas e pré-natal odontológico que são essenciais durante a gestação.

Portanto, vê-se a importância da descentralização da assistência ao pré-natal, a padronização da primeira consulta em todas as UBS do município, para melhorar na coleta de dados, a capacitação profissional para observar os riscos e estratificar corretamente, a melhora do acompanhamento, a busca ativa das gestantes faltantes às consultas e exames, e a realização de consulta puerperal, tudo isso para evitar desfechos desfavoráveis na gestação e puerpério.

O fortalecimento das estratégias de educação, prevenção e planejamento familiar, pode ser fortalecido nas ações sobre métodos contraceptivos, e na intensificação da promoção de métodos reversíveis de longa ação, como o DIU de Cobre disponível no SUS.

Vê-se a importância da APS neste contexto, sendo ordenadora e coordenadora do cuidado, sendo a porta de entrada principal do SUS, e onde se

constrói um melhor vínculo com o usuário. Vincular a mulher em idade fértil e seu (sua) parceiro (a), incluindo-os em ações educativas e de planejamento familiar, diminuindo as gestações não desejadas, aumentando as chances de uma gestação saudável e segura, promovendo conjuntamente com os outros pontos de atenção, um acompanhamento integral e de qualidade ao binômio.

Referências

1. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Rede Mãe Paranaense. Caderno de Atenção ao Pré-natal: Risco Habitual. 2015; 1-44.
2. Paraná. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à saúde da Mulher. Linha Guia – Atenção Materno Infantil: Gestação. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba: SESA. 2022; 1-80.
3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Rede Mãe Paranaense. Caderno de Atenção ao Pré-natal: Alto Risco. 2015; 1-44.
4. Rezende Filho J. Rezende Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2022; 94-1.044.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Cadernos de Atenção Básica nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013; 13-239.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010; 5:1-44.
7. SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2022. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/>>. Acesso em 19 jul 2022.
8. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cor ou Raça. 2015. Disponível em: <<https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/article.html?catid=0&id=18319&Itemid=6160>>. Acesso em 21 out 2023.
9. SOGESP. A grávida e o trabalho. 2019. Disponível em: <<https://www.sogesp.com.br/noticias/a-gravida-e-o-trabalho/#:~:text=ocupacional%20a%20riscos.,hipertensiva%20da%20gesta%C3%A7%C3%A3o%20entre%20outros>>. Acesso em 03 nov 2023.
10. Silva CA, Sommer JAP, Silveira EF, Vivian AG. Gestação de alto risco: vulnerabilidade social e fatores socioeconômicos. Conjecturas. 2021; 21(3):1-18.
11. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF. Complicações Puerperais Precoces e Tardias Associadas à Via de Parto em uma Coorte no Brasil. Rev Bras Epidemiologia. 2018; (21):1-13.
12. SOGESP. Repetir cesáreas implica aumento de riscos. 2019. Disponível em: <<https://www.sogesp.com.br/saude-mulher/blog-da-mulher/repetir-cesareas-implica-aumento-de-riscos/>>. Acesso em 03 nov 2023.
13. Bischof T, Oliveira AM. Fatores e consequências de se iniciar um pré-natal tardio. trabalho de conclusão de curso. Repositório Guairacá. 2021; 1-32. Disponível em: <<http://www.repositorioguiraca.com.br/jspui/handle/23102004/371>>. Acesso em 03 nov 2023.
14. World Health Organization (WHO). Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva. 2012; 1-32. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77770/9789241501996_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 21 out 2023.
15. FEBRASGO. Prevenção de defeitos abertos do tubo neural - DTN. 2.ed. Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal. Comissão Nacional Especializada em Perinatologia. Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-natal. São Paulo: FEBRASGO. 2020; 1-24. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Serie-DTN-2a-ed-web.pdf>>. Acesso em 21 out 2023.
16. Wender MCO, Machado RB, Politano CA. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. Femina. 2022; 134-141.
17. Tamashiro EM, Milanez HM, Azevedo RCS. “Por causa do bebê”: redução do uso de drogas por gestantes. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2020; 20(1):319-323.
18. Souza HD. Bacteriúria e infecção urinária em gestantes adolescentes: fatores de risco, modelos preditivos, desfechos obstétricos e perfil bacteriano comparativo. Tese de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São

Paulo. 2023; 1-198. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-19062023-105305/publico/HenriqueDiorio deSouza.pdf>>. Acesso em 03 nov 2023.

19. Medeiros BLR. Prevalência de vulvovaginites em mulheres grávidas: uma análise de dados. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2022; 1-33. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/50049>>. Acesso em 03 nov 2023.

20. Santos WMS, Meireles Junior PL, Oliveira JPP, Halboth NV, Santos JS, Andrade RD. Medidas para proteger o feto e mãe diabética: revisão integrativa. Rev Bras Pesquisas em Ciências da Saúde. 2019; 6(12):35-41.

21. Santos TL, Costa CV, Amorim ES, Gomes EB, Fonseca HTA, Souza LCA, et al. principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de diabetes gestacional. Rev Eletr Acervo Enferm. 2021; 16:1-9.

22. Apucarana. Secretaria Municipal de Saúde. Grade de Referência das Gestantes de Apucarana. 1. ed. 2019; 1-22.

23. Ribeiro EA, Oliveira AS, Silva ACA, Rocha MJ. Possibilidades de repercussões clínicas decorrentes da ocorrência de Covid-19 durante a gestação: revisão integrativa. Rev Bras Pesquisa em Saúde. 2023; 25(1):1-10.

24. Paraná. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Lei 20.127 de janeiro de 2020, dispõe sobre a participação da gestante no processo de decisão acerca da modalidade de parto. 2020a. Disponível em: <https://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=52034&tplei=0&tipo=L>. Acesso em 19 out 2023.

25. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015; 1-8. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=C2882E9A2EB6189982E8AC3395851D51?sequence=3>. Acesso em 19 out 2023.