

GESTANTE DE ALTO RISCO: PEREGRINAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

HIGH-RISK MANAGER: PILGRIMAGE IN HEALTH SERVICES

Jeniffer Karolina Pereira Pietrzak

Izabel Dayana de Lemos Santos

Fabiana Fontana Medeiros

Tatiane Tokushima

Cátia Campaner Ferrari Bernardy

Alexandrina Maciel Cardelli

RESUMO

Objetivo: Conhecer o trajeto percorrido pelas gestantes de alto risco no encaminhamento aos serviços de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, recorte de uma coorte prospectiva sobre gestação de alto risco. Realizado com 319 puérperas em uma maternidade de uma instituição pública. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2016 a agosto de 2017. **Resultados:** Das puérperas participantes (93,5%) residiam em zona urbana, com companheiro fixo 86,9%, da raça branca (58,7%). As comorbidades mais frequentes foram a hipertensão (55,5%) e doenças infecciosas (16,9%), grande parte dessas mulheres receberam atendimento em serviços de referência para pré-natal de alto risco (76,9%), aguardaram até 15 dias para seu primeiro atendimento (colocar o percentual). **Conclusão:** Considera-se que mesmo recebendo acompanhamento da atenção primária a saúde e na atenção secundária de saúde, nota-se que ainda existe lacunas para a cobertura completa e para o alcance e esclarecimento dos anseios da mulher.

Descritores: Gravidez de Alto Risco, Encaminhamento e Consulta, Enfermagem Obstétrica

ABSTRACT

Objective: To know the path taken by high-risk pregnant women in the referral to health services. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive study of a prospective cohort on high-risk pregnancy. Performed with 319 mothers in a maternity ward of a public institution. Data collection took place from October 2016 to August 2017. **Results:** Of the postpartum participants (93.5%) lived in the urban area, with 86.9% of the white race (58.7%). The most frequent comorbidities were hypertension (55.5%) and infectious diseases (16.9%), most of these women received care at high-risk prenatal referral services (76.9%), and waited for up to 15 years. **Conclusion:** It is considered that even receiving primary health care and secondary health care follow-up, it is noted that there are still gaps for full coverage and for reaching and clarifying woman.

Keywords: High Risk Pregnancy, Referral and Referral, Obstetric Nursing

INTRODUÇÃO

Cerca de 15% de todas as gestantes podem desenvolver uma comorbidade e ser classificada de alto risco. O pré-natal (PN) tem como objetivo identificação de potenciais riscos, e em tempo hábil o encaminhamento da gestante para o serviço de referência para o pré-natal de alto risco (SRPNAR). A gestação de alto risco é caracterizada pela maior probabilidade de vir adoecer e necessitar de procedimentos mais complexos, o acompanhamento em SRPNAR tem como intuito a manutenção de uma gestação saudável ao binômio (BRASIL, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Para o manejo e agilidade da identificação de possíveis morbidades gestacionais, utiliza-se a classificação de risco, sendo possível identificação e classificação dos agravos, por meio da determinação do tipo de atendimento e tecnologia necessária para o atendimento à gestante (OLIVEIRA DC, MANDU ENT, 2015).

As gestantes de alto risco devem receber uma atenção integral e multidisciplinar, facilitando seu acesso ao serviço de saúde de atenção básica e avançada, evitando demora no atendimento e no diagnóstico de fatores que possam gerar algum tipo de risco ao binômio (LAFURIE MM; CASTAÑEDA KV; CASTRO DM; LAVERDE SM; BALAGUERA LY; LÓPEZ CM et al, 2011).

A equipe que realiza o pré-natal de alto risco (PNAR) deve instruir a paciente, assim como seus familiares sobre as condições de sua gestação, como também a conduta que deverá ser tomada para melhorar a saúde da gestante. A gestante pode ter dificuldade em falar da sua doença e necessidades, neste sentido o profissional de saúde deve atender a gestante de forma integral e com equidade (BRASIL, 2012; OLIVEIRA DC; MANDU ENT, 2015; (LIMA MRG; COELHO ASF; SALGE AKM; GUIMARÃES JV; COSTA OS; SOUSA TCC, ET AL, 2017).

Todo este manejo de encaminhamento e esclarecimento às gestantes de alto risco, têm como objetivo ajudar na diminuição da mortalidade materna e neonatal. O óbito materno pode estar relacionado por causa definida como diretas e indiretas. Indiretas ocorrem por comorbidades anteriores a gestação. As diretas surgem durante o processo gestacional, por meios de tratamentos incorretos ou mesmo intervenções desnecessárias (BRASIL,2014; VITÓRIA TO, MOREIRA RCR, 2017)

O encaminhamento precoce para o atendimento SRPNAR é importante para o início imediato do tratamento da mulher, assim como todas as gestantes devem manter o atendimento nas unidades de atenção primária a saúde, sendo que os recursos são ofertados

pelo Ministério da Saúde por meio de protocolos de atendimento, favorecendo a detecção de agravos em tempo hábil, para que as medidas necessárias sejam providenciadas à gestante (BRASIL, 2012).

Diante do exposto e tendo em vista que o encaminhamento em tempo hábil à gestante classificada de alto risco, proporciona uma conclusão da gestação de forma positiva com impacto significativo nos índices de mortalidade materna, surgiu a inquietação de conhecer o tempo de espera e os caminhos percorridos pela gestante para o atendimento em serviço de referência. Deste modo, o presente estudo teve como objetivo conhecer o trajeto percorrido pelas gestantes de alto risco no encaminhamento aos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal descritivo, recorte de uma coorte prospectiva sobre gestação de alto risco. A população do estudo constituiu-se por puérperas internadas na instituição, com diagnóstico de alto risco e que estavam em condições de responder o questionário e aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de livre consentimento.

A amostra foi definida com base nos atendimentos da instituição um ano antes da pesquisa, utilizando ferramentas estatísticas para sua definição. Desta maneira definiu o número amostral de 319 mulheres, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% (BARBETA PA, 2012).

Realizado em uma maternidade de uma instituição pública, vinculado a uma Universidade estadual e de referência para atendimento e intercorrências obstétricas e a partos de alta complexidade. Foi realizado estudo piloto para adequação dos dados, utilizou-se formulário semiestruturado para a transcrição dos registros do prontuário e cartão de pré-natal (CPN), seguida de entrevistas realizadas diariamente no setor até a composição da amostra proposta. A coleta de dados aconteceu nos meses de outubro de 2016 a agosto de 2017. Ao fim de cada material coletado, realizou-se conferência do formulário e entrevista por telefone nas situações de alta hospitalar.

Os dados foram digitados e analisados com estatística descritiva; frequência absoluta e relativa, no software IBM *SPSS Statistics 20*. Utilizou-se as seguintes variáveis: aspectos socioeconômicos demográficos, histórico obstétrico, morbidade, local de

realização do pré-natal, classificação de risco no CPN, tempo de espera para o primeiro atendimento no serviço de referência, local do serviço de referência e meio de transporte utilizado para a resolução da gestação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, com número do parecer 1.757.596 e CAAE 59935716.7.0000.5231. As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, permanecendo uma via com a participante e a outra com o pesquisador.

RESULTADOS

Das 319 mulheres entrevistadas 70,7% apresentavam idade de 20 a 35 anos, seguidas de 18,4 % entre 36 anos ou mais e 10,9% entre 14 a 19 anos. A maioria das participantes tinham o ensino médio completo 56,2%, seguido das que tinham ensino fundamental completo (28,5%) e posteriormente o ensino superior completo (15,3%).

Quanto a raça materna 58,7% das mulheres eram da raça branca e 41,3 % da raça negra, uma parcela significativa das mulheres tinham uma renda de três ou mais salários mínimos (48,7%), residiam em área urbana (93,5%), e tinham companheiro fixo (86,9%).

Em relação ao número de gestações de 40,5% das mulheres estavam na sua primeira gestação, e as demais já tinham vivenciado a maternidade mais de uma vez, cerca de 30,7% tinham três ou mais gestações. Com intervalo interpartal maior que dois anos (53,9%).

A figura 1 apresenta as comorbidades mais frequentes entre as participantes da pesquisa, as quais contribuem para classificação do risco gestacional. Mais da metade das participantes apresentaram hipertensão durante a gestação (50,0%), seguida de doenças relacionadas ao metabolismo do corpo (22,3%).

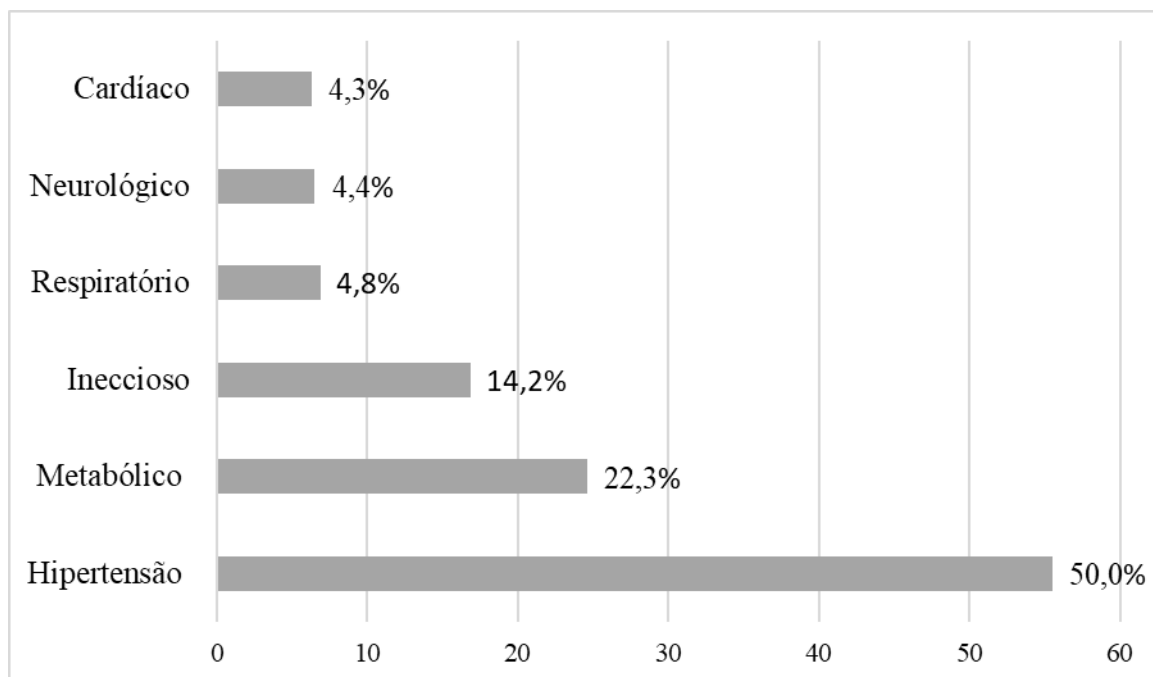


Figura 1: Distribuição das comorbidades mais frequentes entre as participantes da pesquisa. Londrina-PR, Brasil, 2017.

Das puérperas entrevistadas 76,9 % foram acompanhadas no serviço de referência para pré-natal de alto risco. Porém 21,3% mulheres foram atendidas pelas unidades básicas de saúde, e não foram atendidas no centro de especialidade, mas tiveram atendimento em uma maternidade de alto risco e apresentaram critérios de classificação para gestação de alto risco (FEBRASGO, 2011).

Em torno de 28,5% das mulheres não possuíam no seu CPN anotação e a classificação do risco gestacional, e outros 71,5% já continham essa informação. Em relação ao tempo de espera para o primeiro atendimento ao serviço de referência, 33,8 % das gestantes esperaram até 15 dias, 28,5% foram atendidas em até 60 dias, 7,5% atendidas em até 120 dias 7,2% esperaram mais de 120 dias e 22,5% não foram encaminhadas.

Tabela 2: Informações sobre o acompanhamento pré-natal e desfecho da gestação, Londrina- PR, Brasil, 2017.

Variáveis	Nº	%
Local pré-natal		
Serviço primário	68	21,3
Serviço secundário	245	76,9
Serviço particular	6	1,8

**Classificação de risco
anotada CPN***

Sim	228	71,5
Não	91	28,5

**Espera para atendimento
no serviço de referência em
dias**

Até 15	108	33,8
16-60	92	28,5
61-120	24	7,5
Mais que 120	23	7,2
Não foi encaminhada	72	22,5

**Informação que hospital
procurar em emergência**

Hospital de alto risco	210	65,8
Hospital da cidade de origem	18	5,6
Hospital de baixo risco	14	4,3
Não receberam a informação	77	24,1

Meio de transporte

Ambulância	122	38,2
Meios próprios	197	61,8

Tipo de parto

Normal	125	39,1
Cesárea	194	60,8

Total	319	100
--------------	------------	------------

*Cartão de pré-natal

Quanto a informação de qual serviço deveria ser procurado no aparecimento de alguma intercorrência ou sinais ou sintomas de parto 65,8% das participantes tinham o

conhecimento de procurar um hospital de referência e 4,3% das mulheres procurariam serviço de referência para parto de baixo risco, 5,6 % foram orientadas a procurar inicialmente o hospital da cidade e 24,1% não receberam a informação de qual serviço procurar.

Com relação ao meio de transporte utilizado para chegar até o serviço para resolução do parto, 61,8% das participantes chegaram à instituição por meios próprios e 38,2% utilizaram ambulância. A respeito da resolução da gestação a grande maioria foi finalizada com cesariana 60,8%.

DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico demográfico predominante na pesquisa foi de mulheres jovens-adultas, com ensino médio completo, da raça branca, com renda maior que três salários mínimos, moradoras da zona urbana, com companheiro fixo, primíparas ou mulheres com intervalo interpartal maior que dois anos. Essa descrição é diferente do encontrado na literatura sobre gestantes classificadas como de alto risco, reforçando as recomendações do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a importância de um atendimento universal com equidade (FERNANDES KG, SOUSA MH, CECATTI JG, 2017; NORONHA JC, PEREIRA TR, 2013).

No entanto em relação as comorbidades mais frequentes na amostra estudada, estas corroboram com a literatura dos últimos anos, sendo que a maior parte das gestantes tinham como comorbidade hipertensão arterial, seguido por patologias relacionadas ao metabolismo e infecciosas (SANTOS IDL, MEDEIROS FF, FERRARI RAP, SERAFIM D, MACIEL SM, CARDELLI AAM, 2018; FEITOSA ACR, BARRETO LT, SILVA IM, SILVA FF, FILHO GSF, 2017)

Sabe-se que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco do sistema circulatório, que pode chegar ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, além de outras comprometer outros sistemas maternas como renal, hepático e neurológico. Quanto ao risco neonatal, a hipertensão destaca-se por ser uma das principais causas de risco de prematuridade infantil (SANTOS IDL, MEDEIROS FF, FERRARI RAP, SERAFIM D, MACIEL SM, CARDELLI AAM, 2018; RAMOS JGL, SASS, N, COSTA S, HOFMEISTER M, 2017).

Em patologias relacionadas ao sistema metabólico, a obesidade e o sobrepeso são um dos fatores de risco para outras doenças, como diabetes gestacional. A Diabetes gestacional é caracterizada pelo aumento de glicemia durante a gestação, podendo

apresentar como consequência a macrosomia fetal. O diagnóstico precoce de doenças na gestação pode impedir que ocorra desfechos negativos tanto para mãe quanto para o feto no momento do parto. As doenças relacionadas algum tipo de infecção também pode contribuir para um desfecho negativo tanto para mãe quando para o recém-nascido. A infecção puerperal atualmente tem sido um motivo significativo para desenvolvimento de sepse e culminar em óbito materna (FEITOSA ACR, BARRETO LT, SILVA IM, SILVA FF, FILHO GSF, 2017; ANA CM, RICARDO R, MANUELA C, ANA C, 2015).

Diante do exposto, quanto ao atendimento, este deve ser realizado em tempo hábil e de acordo com o nível de complexidade exigida. A gestação de alto risco requer cuidados especiais como o uso de procedimentos específicos, uso de insumos indispensáveis, número de consultas necessárias e exames imprescindíveis para manutenção do bem-estar materno-fetal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; BRASIL, 2012; LONDRINA, 2016).

O serviço de atenção primária deve ser porta de entrada e para encaminhamento das gestantes com algum tipo de complicação. Grande parte das mulheres do estudo tiveram a identificação e encaminhamento dos agravos, no entanto algumas mulheres não receberam atendimento nos SRPNAR, mas tiveram a resolução da gestação em instituição de alta complexidade (COSTA LD, CURA CC, PERONDI AR, FRANÇA VF, BORTOLOTTI DS, 2016).

Mesmo com atendimento em SRPNAR, o vínculo com a atenção primária é muito relevante para seguimento desta gestante, neste sentido a comunicação entre os serviços é muito importante para conhecimento de todos os eventos e procedimentos pelos quais essa gestante passou, muitas vezes este canal de comunicação é estabelecido pelo CPN. Nesta pesquisa a maior parte das mulheres tinham a classificação de risco anotado no CPN, contudo algumas participantes não apresentaram esta informação na CPN (BARRETO FDFP, ALBUQUERQUE RM, 2012; PARANÁ, 2018).

A maioria das participantes esperaram até 15 dias para o primeiro atendimento nos SRPNAR, ainda sim houveram gestantes que esperaram mais de 120 dias e algumas não foram encaminhadas ao serviço. Essa demora no encaminhamento para o primeiro atendimento da gestante nos SRPNAR, prejudica o diagnóstico e tratamento de comorbidades, que podem interferir no progresso da gestação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Além do seguimento em SRPNAR é indispensável que a gestante tenha o direcionamento do hospital com suporte para atendimento a intercorrências, ou ao parto da gestante de alto risco. No presente estudo, algumas mulheres receberam esta informação, entretanto houve gestantes que não tiveram o recebimento desta orientação. A não informação ao serviço de referência, pode interferir no tempo substancial para uma conduta e assistência rápida, resultando em maiores desfechos negativos para o binômio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Em casos de intercorrências quanto aos sinais e sintomas de trabalho de parto, é garantido às gestantes o direito de transporte, via sistema de atendimento móvel de urgência (SAMU), ou ambulância do município, mesmo assim a minoria das entrevistadas utilizou ambulância. O transporte de gestantes por meio de ambulância é uma forma de atenuação da situação em que a gestante se encontra no momento, retardando resultados negativos até a chegada ao hospital (FEITOSA ACR, BARRETO LT, SILVA IM, SILVA FF, FILHO GSF, 2017).

A resolução da gestação foi prevalentemente cesariana, porcentagem que ultrapassa a recomendações da OMS, no entanto estudos recentes recomendam a utilização de escalas como a de Robson para definir e respaldar a indicação necessária da cesariana, ainda que as participantes não tenham sido classificadas com escala de Robson ou qualquer outra ferramenta, as cesarianas foram justificadas em prontuário e partograma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; SOUSA AMM, SOUZA KV, REZENDE EM, MARTINS EF, CAMPOS D, LANSKY S, 2016).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A falta do registro de informações cruciais na CPN sobre o seguimento do ciclo gravídico, dificultou a coleta de dados, assim como o déficit de entendimento das puérperas acerca de suas condições de saúde e os agravos envolvidos nesse processo no momento da entrevista. Fatos que auxiliaram no diagnóstico das lacunas ainda existentes na assistência a gestantes.

CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A pesquisa contribui para o conhecimento dos profissionais e gestores em relação a lacunas estabelecidas na assistência materna-infantis e assim dar base para estruturação

de medidas assertivas para suprir as demandas diagnosticadas, favorecendo uma assistência segura e de qualidade para a população.

CONCLUSÃO

Mesmo as mulheres sendo acompanhadas pela atenção primária, nota-se ainda lacunas para a cobertura completa quanto aos anseios da mulher, relacionado a falta de informações indispensáveis no pré-natal à gestante de alto risco, como agilidade no agendamento para a primeira consulta no SRPNAR, assim como a importância do preenchimento da CPN, o recebimento de informação sobre qual serviço buscar em casos de intercorrências.

Apesar de implementadas ações em políticas de saúde às gestantes, são necessárias estratégias que contemple os direitos e a individualidade de cada mulher na gestação de alto risco.

Referências

- ANA CM, RICARDO R, MANUELA C, ANA C. Diabetes Gestacional e o Impacto do Actual Rastreio. **Acta Med Port.** 2015; v.28(1): 29-34.
- BARBETA PA. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. Estatística aplicada às ciências sociais. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320.
- BARRETO FDFP, ALBUQUERQUE RM. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2012; v.34(6): 259-267.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. Brasília; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –: ANVISA. Brasília; 2014.
- COSTA LD, CURA CC, PERONDI AR, FRANÇA VF, BORTOLOTTI DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm.** 2016; v. 21(2): 01-08.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Gestação de Alto Risco. 2011: 220.
- FERNANDES KG, SOUSA MH, CECATTI JG. Skin Color and Maternal Near Miss: Exploring a Demographic and Health Survey in Brazil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2017; v.39(5): 209-216.
- FEITOSA ACR, BARRETO LT, SILVA IM, SILVA FF, FILHO GSF. Impact of the Use of Different Diagnostic Criteria in the Prevalence of Dyslipidemia in Pregnant Women. **Arq. Bras. Cardiol.** 2017; v. 109(1): 30-38.
- LAFABRIE MM, CASTAÑEDA KV, CASTRO DM, LAVERDE SM, BALAGUERA LY, LÓPEZ CM et al. Vivências de gestantes com embarazo de alto riesgo. **Rev colomb enferm.** 2011; v. 6(6): 15-28.
- LIMA MRG, COELHO ASF, SALGE AKM, GUIMARÃES, JV, COSTA OS, SOUSA, TCC, et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cad. Saúde colet.** 2017; v. 25 (3): 324-331.
- LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em Saúde – 2. ed. – Londrina: SMS. 2016.
- NORONHA JC, PEREIRA TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. 2013; v3.19-32.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra; 2014.
- OLIVEIRA DC, MANDU ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Esc. Anna Nery.** 2015; v19 (1): 93-101.
- PARANÁ. Governo do Paraná / Secretaria de saúde. Linha guia do protocolo mãe paranaense. 7ª Edição. 2018: 59.
- RAMOS JGL, SASS, N, COSTA S, HOFMEISTER M. Pre eclampsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2017; v. 39(9): 496-512.
- SANTOS IDL, MEDEIROS FF, FERRARI RAP, SERAFIM D, MACIEL SM, CARDELLI AAM. Maternal near-miss in labor and delivery in the light of technologies in health. **Rev Esc Enferm USP.** 2018; v. 52.
- SOUZA AMM, SOUZA KV, REZENDE EM, MARTINS EF, CAMPOS D, LANSKY S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery.** 2016; v.20(2): 324-331.
- VITÓRIA TO, MOREIRA RCR. Acessibilidade de gestantes ao pré-natal de alto risco. **Rev. Saúde Col. UEFS.** 2017; v.7(3): 45-51.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva; 2000.