



## ANÁLISE DO NÚMERO DE CONSULTAS DE GESTANTES EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

**Aridiane Alves Ribeiro**

[aridianeribeiro@gmail.com](mailto:aridianeribeiro@gmail.com)

Acadêmica do Curso de Enfermagem - UFMS

**Fabiana de Souza Orlandi**

Profa. Doutoranda do Curso de Enfermagem/Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

**Anecy de Fátima Faustino Almeida**

Profa. Dra. do Curso de Enfermagem - UFMS

### RESUMO

A gestação, embora seja um evento fisiológico, pode apresentar uma evolução desfavorável. As gestantes, por motivos específicos ou por algum agravamento, as quais estão mais propensas a apresentar complicações tanto para si quanto para o feto, fazem parte do grupo denominado gestantes de alto-risco. Esta parcela de grávidas demanda atenção especializada e diferenciada, inclusive com uma rotina de consultas mais criteriosa. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, no qual a coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a setembro de 2008, por meio de entrevistas realizadas no serviço de pré-natal de alto risco. As entrevistadas foram esclarecidas sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste estudo foram entrevistadas 100 gestantes maiores de 18 anos. Sendo assim, o artigo apresenta uma análise da assistência pré-natal, no tocante ao número de consultas, no programa de assistência ao pré-natal de alto-risco de uma cidade do interior do Estado de Mato Grosso do Sul.

**Palavras-chave:** Gestação, Gravidez de Alto-Risco, Assistência pré-natal

### INTRODUÇÃO

A gestação é um evento na vida da mulher pautado por alterações nos âmbitos físico, psicológico, emocional, interrelacional e sociocultural (Peixoto e Amorim, 2007; Lima, 2006; Conde e Figueiredo, 2003), tal fase está inserida em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência. (Tsunechiro e Bonadio, 1999).

Além disso, a gravidez é encarada sob diferentes perspectivas pelas mulheres, as quais se encontram cada qual, em uma conjuntura contextual peculiar. Mediante este contexto, a gestação pode ser classificada em gravidez de baixo ou de alto risco.

Logo no início do pré-natal, e durante toda a gestação, deve-se proceder a uma 'avaliação de risco' das gestantes de modo a identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que estão expostas (Ministério da Saúde, 2001).

No Brasil, por suas grandes dimensões e, principalmente pelas diferenças sócio-econômico-culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para as várias regiões (Ministério da Saúde, 2000). Mediante a ampla diversidade dos fatores gestacionais de risco, estes foram agrupados pelo Ministério da Saúde (2005) da seguinte maneira:

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis;
2. História reprodutiva anterior;

3. Intercorrências clínicas crônicas;
4. Doença obstétrica na gravidez atual.

As mulheres que apresentarem um ou mais fatores destes grupos em qualquer fase da gestação é considerada gestante de alto-risco. As gestantes que apresentarem fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, sejam eles biológicos, ambientais, psicológicos ou clínicos, constituem o grupo denominado gestantes de alto-risco (Ministério da Saúde, 2000; Benson, 2005).

“Quanto às causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas<sup>1</sup> (74%), e entre essas, a eclâmpsia, hemorragias, infecção puerperal e aborto. A maioria desses óbitos é evitável mediante uma boa assistência no pré-natal, parto, puerpério e urgências e emergências maternas (Rezende e Montenegro, 1999)

Cerca de 10% a 20% das grávidas podem ser consideradas de alto risco (Rezende e Montenegro, 1999; Dourado e Serafim, 2003). “As gestações de alto risco comprometem o conceito sendo responsáveis por 50% da mortalidade fetal ‘anteparto’” (Dourado e Serafim, 2003). “A gestação de alto risco é um período de crise que exigirá, por parte da gestante e de sua rede social, ajustamentos para enfrentar as mudanças desencadeadas pela gestação” (Lima, 2006).

Dessa forma, a assistência pré-natal se torna crucial no controle da saúde da gestante e do futuro nascituro. “Por isso, é reconhecida como um componente essencial para a redução significativa da taxa de mortalidade materna e perinatal”(Ministério da Saúde, 2006). A assistência pré-natal constitui-se de um conjunto de ações aplicadas à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas (Rezende e Montenegro, 1999), e:

“(…) de orientação quanto aos hábitos de higiene, assistência psicológica e preparo para a maternidade dentre outros, além de também fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou nela intercorrentes (Bonadio e Tsunechiro, 2003). A Assistência pré-natal também deve incluir o âmbito sociocultural, pois ao proporcionar na assistência, além do controle biológico, continente ou chão seguro à mulher e sua família, é um fator de coesão social, pois viabiliza o cuidado de enfermagem humanizado e integral que se pode tornar um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna e perinatal. Assim, transforma a realidade em qualidade”(Buchabqui *et al.*, 2006).

As necessidades peculiares do pré-natal<sup>2</sup> de grupos de gestantes de baixo risco são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no atendimento primário de assistência. Já as dos grupos de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas (Ministério da Saúde, 2005). O pronto reconhecimento das gestações de alto risco associado à existência de retaguarda de serviços com maior complexidade para o adequado acompanhamento é decisivo para a manutenção da vida dessas mulheres (Rezende e Montenegro, 1999).

---

<sup>1</sup> Causa obstétrica direta de morte materna é aquela resultante de complicações obstétricas do estado gestacional, de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações.

<sup>2</sup> Entre as necessidades próprias do pré-natal de baixo risco, pode-se citar aferição da pressão arterial, antropometria (medidas da altura uterina e circunferência abdominal), exames laboratoriais e de imagem, vacinação e orientações quanto ao parto e puerpério, e outras mais.

“A identificação de indivíduos de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada”(Kotelchuck *et al*, 1984).

No tocante à assistência à gestação, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2000) visa adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Concernente aos parâmetros de acesso e frequência do atendimento e o requerimento de exames complementares básicos, o Ministério da Saúde (2005) preconiza que:

“O número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. (...) nas pacientes de alto risco, o intervalo das consultas deve ser avaliado individualmente e de acordo com a gravidade de sua doença.”

O número de consultas realizadas durante o pré-natal também está diretamente relacionado com melhores indicadores de saúde materno-infantil, ou seja, parece haver um efeito ‘dose-resposta’ na atenção pré-natal (Kotelchuk *et al*, 1984).

“O aumento no número de consultas de pré-natal é inversamente proporcional a taxas de mecônio no líquido amniótico, de índices de Apgar menores que 7 no primeiro minuto e quinto minutos, de natimortalidade, bem como na incidência dos nascimentos pré-termo e de fetos de baixo. (Morais *et al*, 1988)O pré-natal não-adequado conferiu uma chance aumentada de ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer [...] evidenciando que a frequência adequada ao pré-natal, sem dúvida, confere proteção à ocorrência de complicações da gravidez, em geral” (Goldenberg *et al*, 2005).

Pelo exposto, fica claro que o número de consultas pré-natais é um dos indicadores da saúde materno-infantil sendo sua análise o objetivo deste estudo. Quer referir-se ao número de consultas realizadas por gestantes de alto risco atendidas na rede pública de Três Lagoas – Mato Grosso do Sul (MS).

## **METODOLOGIA**

O presente estudou utilizou os dados parciais da pesquisa: “Avaliação de Perfil Psicossocial de gestantes em pré-natal de alto risco” (Orlandi, 2008), que se referem à caracterização dos sujeitos. A referida pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil psicossocial de gestantes assistidas em um serviço de pré-natal de alto risco do município de Três Lagoas/MS.

Realizou-se um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, no qual a coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a setembro de 2008, por meio de entrevistas realizadas no serviço de pré-natal de alto risco.

Quanto às considerações éticas, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo número 1122/2008. Os aspectos éticos da pesquisa relativos à garantia de sigilo das informações foram seguidos para a realização do estudo. As entrevistadas foram esclarecidas sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram entrevistadas 100 gestantes maiores de 18 anos e foi verificado o número de consultas nos respectivos Cartões da Gestante.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram entrevistadas 100 gestantes maiores de 18 anos. Os seguintes dados são apresentados na tabela 1. A idade prevalente entre elas (35%) ficou compreendida entre 23 a 29 anos, o que sugere uma responsabilidade mais relevante, já que, por exemplo, as jovens, de 10 a 19 anos encaram a gravidez sob uma perspectiva diferente da mulher adulta, devido ao período conturbado no qual se encontram, a adolescência. Em seus estudos, Goldenberg e colaboradores (2005) averiguaram que mulheres com idade acima de 20 anos apresentaram um pré-natal com um número maior de consultas se comparadas às gestantes adolescentes. Assim, pode-se considerar que as gestantes deste estudo na faixa etária entre 23 e 29 anos tem uma ciência maior da importância da assistência pré-natal e/ou melhores condições de acesso ao pré-natal.

Os índices encontrados pertinentes à raça das entrevistadas foram equilibrados, sendo 45% da raça branca e 42% da raça negra, tais dados demonstram que não houve distinção racial quanto ao acesso às políticas públicas de atenção ao pré-natal. No tocante à situação conjugal, a grande maioria (91%) relatou ter parceiro fixo, o que supõe um relacionamento estável e, conseqüentemente, uma menor exposição e uma maior proteção às doenças sexualmente transmissíveis, garantido assim, uma maior proteção ao futuro bebê.

Em relação à escolaridade, 39% das mulheres referiram ter mais de nove anos de estudo, ou seja, 61% das gestantes não completaram sequer o ensino fundamental. A escolaridade esta relacionada à adesão ao pré-natal, pois, quanto maior a escolaridade da gestante, mais precoce é a busca pelo acompanhamento pré-natal e maior o número de consultas realizadas (Trevisan *et al.*, 2002). Além disso, é válido salientar que grande parte (61%) das grávidas em questão apresentou um nível razoável de escolaridade para aprendizagem das informações relacionadas ao cuidado pré-natal, oferecidas nas unidades de saúde, o que, invariavelmente, as tornam mais vulneráveis aos riscos da gravidez.

Concernente à profissão, a maioria (71%) das gestantes referiram ter como ocupação as atividades do lar, tal fato alude que essas mulheres tem tempo disponível nos horários de atendimento das unidades de saúde, normalmente em período comercial, o que favorece a ida das mesmas ao serviço de pré-natal. Diferentemente da outra parcela (24%) das entrevistadas, a qual possui trabalho remunerado, no qual geralmente encontra dificuldades para obter do empregador, liberação para as consultas pré-natais, e assim, o emprego se torna um obstáculo no cumprimento do atendimento pré-natal adequado.

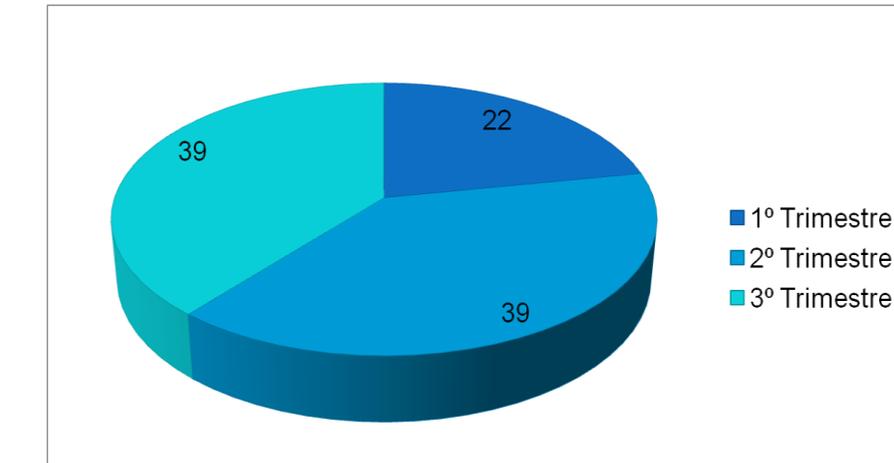
Tabela 1

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS			
IDADE			
18 – 22: 23%	23 – 29: 35%	30 – 36: 28%	36 – 42: 14%
RAÇA			
Branca: 45%	Negra: 42%	Amarela: 3%	Parda: 10%
SITUAÇÃO CONJUGAL			
Com parceiro fixo: 91%		Sem parceiro fixo: 9%	
ESCOLARIDADE			
0 – 4 anos: 17%	5 – 8 anos: 44%	9 – 12 anos: 33%	Acima de 12: 6%
OCUPAÇÃO			
Atividades do lar: 71%		Trabalho remunerado: 24%	
Estudante: 0%		Sem atividade remunerativa: 2%	

Dentre as gestantes estudadas, 22% estavam no primeiro trimestre da gravidez, 39% se encontravam no segundo, e 39% estavam no terceiro trimestre. Como pode ser visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1

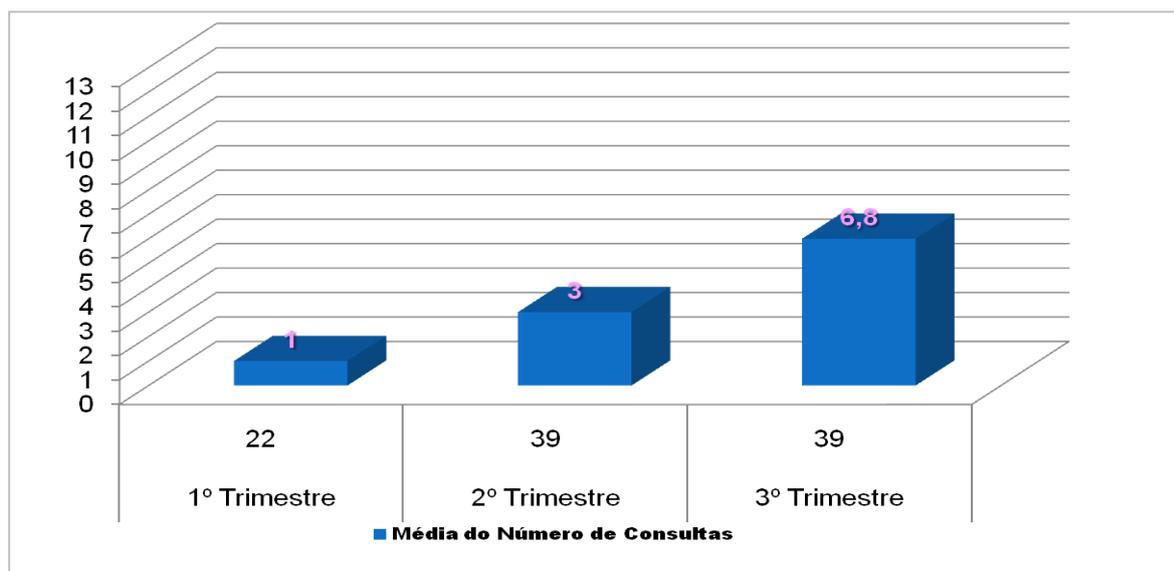
**Distribuição por trimestre das gestantes atendidas no Programa de Assistência Pré-natal de Alto Risco, Três Lagoas/MS**



Em relação ao número de consultas pré-natais, verificou-se que a média por trimestre de consultas das gestantes foi de uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas até o segundo trimestre e aquelas gestantes que estavam no último trimestre realizaram 6, 8 consultas em média durante a gravidez. Tais resultados são apontados no gráfico 2.

Gráfico 2

**Média por trimestre de consultas das gestantes atendidas no Programa de Assistência Pré-natal de Alto Risco, Três Lagoas/MS**



O Ministério da Saúde (2006), como já mencionado, preconiza na gestação de baixo risco uma média de uma consulta durante os três primeiros meses, três consultas no segundo trimestre e seis no último. No presente estudo, foram encontrados valores dentro dos

padrões mínimos, exceto no terceiro trimestre, cuja média foi de 6,8 consultas, ou seja, acima do recomendado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 2

**Comparação entre o número mínimo de consultas pré-natais recomendadas pelo MS e o índice encontrado nas gestantes deste estudo**

	<b>Ministério da Saúde (2005)</b>	<b>Neste estudo</b>
<b>1º Trimestre</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>2º Trimestre</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>3º Trimestre</b>	<b>6</b>	<b>6,8</b>

Todavia, é importante ressaltar que as entrevistadas faziam do grupo de gravidez de alto-risco, condição que inspira maiores cuidados. Para a gestação de alto-risco, não é estabelecido pelo Ministério da Saúde um número exato de consultas, porém é indicado que as consultas sejam estabelecidas de acordo com as necessidades das gestantes. Logo, as gestantes em questão poderiam ter tido acesso a uma média maior de consultas pré-natais, haja vista seus fatores e situação de risco, e suas possíveis implicações. Dourado e Serafim (2003) corroboram que “é inegável a importância da assistência pré-natal, principalmente para as gestantes de alto risco”.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O índice de consultas obtido no município em estudo demonstrou estar de acordo com os parâmetros mínimos recomendados pelos órgãos nacionais de saúde, Entretanto a média de consultas poderia ter sido maior diante do grupo de risco, no qual as gestantes encontravam.

Realizar estimativas sobre o índice de consultas pré-natais, especialmente no pré-natal de alto-risco, é de suma importância para avaliar o serviço prestado, bem como, utilizá-lo como norte para equipe de saúde responsável pelo atendimento, para assim proporcionar uma assistência mais adequada frente às peculiaridades da clientela em questão, e avaliar as políticas locais de atenção ao pré-natal.

### **REFERÊNCIAS**

BENSON, Ralph. **Manual de obstetrícia e ginecologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. P. 678.

BONADIO, Isabel Cristina; TSUNECHIRO, Maria Alice. **A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal**. In. Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 81-9.

BUCHABQUI, José Alberto; CAPP, Eddison; FERREIRA, Jair. **Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Recife: Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6: 23-29.

CONDE, Ana; Figueiredo, Barbara. **Ansiedade na Gravidez: Fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe**. São Paulo: Psiquiatria Clínica, 2003; 24: 197-209.

DOURADO, Viviani Guilherme; SERAFIM, Deise. **Gestação de alto risco: motivo do agendamento em ambulatório pré-natal de um hospital universitário.** 2003. Disponível em: < [http://www.pec.uem.br/dcu/VII\\_SAU/Trabalhos/6-laudas/DOURADO,Viviani%20Guilherme.pdf](http://www.pec.uem.br/dcu/VII_SAU/Trabalhos/6-laudas/DOURADO,Viviani%20Guilherme.pdf). Acesso em 28 de mar de 2009.

GOLDENBERG, Paulete; FIGUEIREDO, Maria do Carmo Tolentino; SILVA, Rebeca de Souza. **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005; 21(4):1077-1086.

LIMA, Marlice de Oliveira Pimentel. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com nível socioeconômico.** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo : Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

MORAIS, Edson Nunes; ALFLEN, Taciana; SPARA, Patricia; BEITUNE, Patrícia E. I. **Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo.** RBGO 1988; 20: 25-32.

ORLANDI, Fabiana de Souza. **Avaliação do perfil psicossocial de gestantes em pré-natal de alto risco.** [Pesquisa]. Mato Grosso do Sul. Pró-reitoria de Programa de Pesquisa.- UFMS. 2008.

PEIXOTO, Daniele Fernandes; AMORIM, Vera Christina de Oliveira. **Da psicoembriologia ao puerpério: sensibilização à relação mãe-bebê.** Revista Eletrônica de Psicologia, 2007; 1. Disponível em: <<http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/daniele.htm>>. Acesso em 24 de abril de 2008.

REZENDE J, Montenegro C. A. B. **Obstetrícia fundamental.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. **Gestante de alto risco: sistema estaduais de referência à gestante de alto risco.** Brasília (DF); 2001.

Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestação de Alto Risco. 3ª ed. Brasília (DF); 2000.

Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília (DF); 2005.

Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** Brasília (DF); 2000.

Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde. **Glossário temático: DST e AIDS.** Brasília (DF); 2006.

Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).** Brasília (DF); 2000.

TREVISAN, Maria do Rosário; LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAÚJO, Natacha Machado; KHADDOUR, Ésber. **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** RBGO, 2002, 24 (5): 293-299.

TSUNECHIRO, Maria Alice; BONADIO, Isabel Cristina. **A família na rede de apoio da gestante.** Paraná: Fam Saúde Desenvol. 1999; 1:103-6.

KOTELCHUCK, Milton; SCHWARTZ, Janet; ANDERKA, Marlene; FINISON, Karl. WIC participation and pregnancy aoutcomes: Massachusetts statewide evaluation project. American Journal of Public Health, 1984; 74: 1086-1092.