

Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado

High risk pregnancy: epidemiological profile and factors associated with referral to specialized service

Embarazo de alto riesgo: perfil epidemiológico y factores asociados a la referencia a servicio especializado

RESUMO

Objetivo: Verificar o perfil epidemiológico das gestantes e os fatores associados com o encaminhamento de gestantes para um serviço especializado. **Método:** Estudo transversal retrospectivo, realizado nos prontuários de gestantes classificadas em alto risco, período de janeiro a dezembro de 2019. Realizou-se análise descritiva, bivariada e multivariada. **Resultados:** Dos 405 prontuários, a média de idade foi 29 anos, 19% eram hipertensas crônicas, 14,2% desenvolveram diabetes gestacional. A diferença média entre a data da primeira consulta e a data do encaminhamento pela atenção primária foi de 4 semanas. A regressão logística mostrou que: gestantes de outros municípios, com baixa renda econômica e diferença no tempo de encaminhamento possuem interferência no início do pré-natal. **Conclusão:** As análises realizadas poderão contribuir para a elaboração de políticas intersetoriais em busca da promoção da saúde de gestantes.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Gravidez de Alto Risco; Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To verify the epidemiological profile of pregnant women and the factors associated with referring pregnant women to a specialized service. **Method:** Retrospective cross-sectional study, carried out on the medical records of pregnant women classified as high risk, from January to December 2019. A descriptive, bivariate and multivariate analysis was performed. **Results:** Of the 405 medical records, mean age was 29 years, 19% were chronic hypertensive patients, 14.2% developed gestational diabetes. The average difference between the date of the first consultation and the date of referral by primary care was 4 weeks. The logistic regression showed that: pregnant women from other cities, with low economic income and difference in referral time have interference in the beginning of prenatal care. **Conclusion:** The analyzes carried out may contribute to the development of intersectoral policies in search of health promotion for pregnant women.

Keywords: Prenatal Care; Pregnancy High-Risk; Quality of Health Care; Secondary Care; Nurse.

RESUMEN

Objetivo: Verificar el perfil epidemiológico de la gestante y los factores asociados a la derivación de gestantes a un servicio especializado. **Método:** Estudio retrospectivo, transversal, realizado sobre las historias clínicas de gestantes clasificadas como de alto riesgo, de enero a diciembre de 2019. Se realizó un análisis descriptivo, bivariado y multivariado. **Resultados:** De las 405 historias clínicas, la edad promedio fue de 29 años, el 19% eran hipertensos crónicos, el 14,2% desarrolló diabetes gestacional. La diferencia media entre la fecha de la primera consulta y la fecha de derivación por atención primaria fue de 4 semanas. La regresión logística mostró que: mujeres embarazadas de otras ciudades, con bajos ingresos económicos e diferencia en el tiempo de derivación tienen interferencia en el inicio de la atención prenatal. **Conclusión:** Los análisis realizados pueden contribuir a la elaboración de políticas intersectoriales en busca de promoción de la salud de la gestante.

Descriptores: Atención Prenatal; Embarazo de Alto Riesgo; Calidad de la Atención de Salud; Atención Secundaria de Salud; Enfermería.

Helisamara Mota Guedes¹

 [0000-0001-9848-4936](tel:0000-0001-9848-4936)

Andriene Adelha Sousa¹

 [0000-0003-0312-3885](tel:0000-0003-0312-3885)

Bárbara Ribeiro Barbosa¹

 [0000-0002-7694-4468](tel:0000-0002-7694-4468)

Liliane da Consolação Campos
Ribeiro¹

 [0000-0003-1828-8914](tel:0000-0003-1828-8914)

Juliana Augusta Dias¹

 [0000-0002-7482-2301](tel:0000-0002-7482-2301)

Endi Lanza Galvão¹

 [0000-0002-5648-3932](tel:0000-0002-5648-3932)

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina – MG, Brasil.

Autor correspondente:

Helisamara Mota Guedes

E-mail: helisamara.guedes@ufvjm.edu.br

Como citar este artigo:

Guedes HM, Sousa AD, Barbosa BR, et al. Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2022;12:e4219. [Acesso: ____]; Disponível em: _____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4219>

INTRODUÇÃO

A gestação de alto risco é aquela que possui qualquer condição que interfira ou possa interferir no bem-estar materno ou fetal⁽¹⁾. O alto risco está presente em cerca de 15,0% das gestações e pode referir-se a fatores pessoais, condições socioeconômicas desfavoráveis, doenças maternas anteriores, história reprodutiva anterior e/ou gravidez atual. O atendimento pré-natal de alta qualidade ajuda a identificar fatores não favoráveis à gravidez e permite a avaliação contínua do risco gestacional com base na intervenção precoce. Nesse caso, é importante entender as categorias que podem estar diretamente relacionadas às condições de saúde e doença⁽²⁾. As condições maternas mais comuns são pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus gestacional ou pré-existente, prematuridade, isoimunização materna pelo fator Rh, hepatites B e C, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros⁽³⁾.

O pré-natal tem um papel fundamental na detecção de patologias tanto maternas quanto fetais permitindo o desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos para as gestantes, ele permite a identificação de doenças silenciosas presentes no organismo, assim como a má formação fetal. O pré-natal é o momento em que a gestante será orientada em relação aos cuidados de que necessita para a gravidez e irá ter suas dúvidas sanadas⁽⁴⁾. A assistência pré-natal não pode prever as complicações do parto na maioria das mulheres, porém, a promoção da saúde e a identificação dos riscos poderão favorecer o prognóstico materno⁽⁵⁾.

A principal política implementada pelo governo no âmbito da gestação tem sido a Rede Cegonha instituída por meio da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que é um pacote de ações que busca oferecer atendimento de qualidade desde o planejamento reprodutivo até os primeiros dois anos de vida da criança dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é estruturada em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, e o sistema de transporte sanitário e regulação⁽⁶⁾.

É importante que as mulheres se beneficiem de recursos tecnológicos como medicamentos, exames e outros materiais médicos, além da atenção especializada, prevenindo agravos durante todo o momento reprodutivo⁽⁷⁾. Assim, o acesso a uma atenção especializada e a integração entre a atenção básica, que detecta as intercorrências e

encaminha as mulheres para o tratamento adequado, é uma intervenção com grande potencial de redução de morbimortalidade materna e fetal.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi verificar o perfil epidemiológico das gestantes e os fatores associados com o encaminhamento precoce de gestantes de alto risco para um serviço de saúde de referência no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, realizado por meio da análise de dados secundários dos registros do serviço de ginecologia e obstetrícia prestados no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Jequitinhonha (CISAJE). O CEAE é um programa estruturado pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, com o objetivo de ampliar o acesso das gestantes e crianças de alto risco a serviços de acompanhamento e atenção ambulatorial especializado.

O CEAE CISAJE tem sua sede em Diamantina, Minas Gerais (MG) e é referência para 15 municípios que integram a Região de Saúde de Diamantina (MG): Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro. Destina atendimento a uma população de 174.912 habitantes por meio de iniciativa autônoma dos municípios circunvizinhos que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações⁽⁸⁾.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri sob o parecer nº 4.048.757 e CAAE: 31501120.2.0000.5108, e obteve autorização prévia da instituição para realização da pesquisa, sendo garantido o anonimato das gestantes.

Foram incluídos no estudo, todas as gestantes classificadas em alto risco⁽⁹⁾, encaminhadas para atendimento no CEAE CISAJE no período de janeiro a dezembro de 2019, cuja amostra foi não probabilística. A coleta de dados ocorreu dos prontuários médicos e multidisciplinares. Os dados foram transcritos para instrumento de coleta de dados padronizado,

criado especificamente para este estudo. As variáveis de interesse coletadas e incluídas na análise foram os dados demográficos e socioeconômicos: idade em anos completos, escolaridade, estado civil, renda familiar, antecedentes clínicos e obstétricos, procedência, gestação e aborto prévio, exame citopatológico prévio, exames de Hepatite B, sífilis, HIV, toxoplasmose, uso de álcool, data da primeira consulta no serviço especializado e data de encaminhamento. Considerou-se o salário mínimo no Brasil no ano de 2020, cujo valor era de R\$1045,00.

Os dados coletados foram inseridos no programa Microsoft Excel® e analisados no programa R, versão 3.6.2, com ativação dos pacotes coda e sandwich. Foram calculadas prevalências de encaminhamentos das gestantes de alto risco para o serviço de referência após 12 semanas de gestação nas categorias das variáveis selecionadas e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). As variáveis independentes incluem características sociodemográficas referentes às gestantes de alto risco e

características da atenção a gestação que poderiam exercer influência sobre o desfecho “início precoce do pré-natal em serviço especializado”. Em seguida, realizou-se análise bivariada e multivariada com regressão logística, que apresenta como medida de efeito o *odds ratio*. Foram calculadas os *odds ratios* brutos e ajustados com os respectivos IC95%.

RESULTADOS

Foram analisados 405 prontuários de mulheres encaminhadas como gestantes de alto risco para atendimento no CEAE CISAJE no ano de 2019. A média de idade foi 29,06 anos (DP ±6,67), variando entre 13 e 46 anos. Em relação ao perfil sociodemográfico, 35,5% das mulheres eram casadas, 37% possuíam ensino médio completo. Em relação ao perfil de morbidade, 19% das mulheres eram hipertensas quando engravidaram e 14,2% desenvolveram diabetes gestacional. A Tabela 1 apresenta as características sociais, econômicas e clínicas das gestantes incluídas neste estudo.

Tabela 1 - Características sociais e econômicas das gestantes atendidas no CEAE CISAJE. Diamantina-MG, 2019 (n=405)

Variável		n	%
Idade	13 a 19 anos	34	7,6
	20 a 29 anos	184	41,3
	30 a 39 anos	166	37,3
	40 anos ou mais	21	4,7
Escolaridade	Analfabeto	5	1,2
	Ensino Fundamental incompleto	59	14,6
	Ensino Fundamental completo	27	6,7
	Ensino Médio incompleto	67	16,5
	Ensino Médio completo	150	37,0
	Superior incompleto	32	7,9
	Superior completo	53	13,1
Renda familiar	Não declarada	12	2,9
	Sem rendimento	14	3,5
	Até 1 salário mínimo	160	39,5
	Mais de 1 a 2 salários mínimos	155	38,3
	Mais de 2 a 3 salários mínimos	37	9,1
	Mais de 3 a 5 salários mínimos	11	2,7
	Mais de 5 salários mínimos	2	0,5
	Bolsa família	8	2,0
Estado Civil	Não declarada	18	4,4
	Solteira	114	25,6
	Casada	158	35,5
	União estável	108	24,3
	Viúva	3	0,7
	Divorciada	6	1,3
	Não declarado	16	4

Variável	n	%
Antecedentes Clínicos		
Hipertensão Arterial Crônica	77	19
Tireoidepatias	33	8,1
Doença Psiquiátrica	28	6,3
Diabetes Mellitus	19	4,7
Outras causas	248	61,2
Condições Clínicas e Obstétricas		
Diabetes Gestacional	63	14,2
Toxoplasmose	23	5,7
Má formação fetal	24	5,9
Ginecopatias	21	5,2
Infecção do trato urinário	12	2,7
Sangramento	18	4,0
Pré-Eclâmpsia	14	3,1
Outras causas	230	56,7

Fonte: Dados da pesquisa

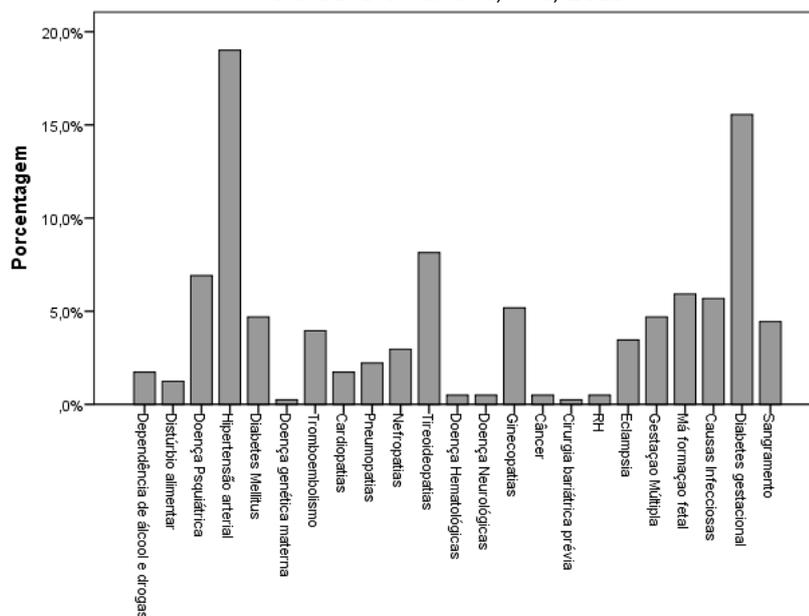
O mês do ano que apresentou maior número de encaminhamentos de gestantes de alto risco foi o mês de abril com 53 gestantes (13,1%), seguido do mês de setembro com 41 gestantes (10,1%), sem diferença estatística. No que se refere ao tempo de espera pelo atendimento especializado, a diferença média entre a data da primeira consulta no CEAE CISAJE e a data do encaminhamento pela atenção primária foi de 4,23 semanas (DP \pm 3,87).

A maior prevalência tanto de HIV quanto de sífilis ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos (45%) e de 30 a 39 anos (41%). Dentre as mulheres com HIV e sífilis, 69% eram casadas ou estavam em uma união estável. Houve associação estatisticamente

significativa entre estas duas infecções sexualmente transmissíveis ($p < 0,001$). A cobertura vacinal contra o tétano e contra a hepatite B entre as gestantes de alto risco foi de 72,8% e 74,1%, respectivamente. Entretanto, 47,4% das mulheres avaliadas não estavam imunizadas pela vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto (dTpa).

A maior causa de encaminhamento para o serviço de referência foi a hipertensão arterial (17,3%) seguida do diabetes gestacional (14,2%), enquanto os menores fatores que contribuíram para este encaminhamento foram cirurgia bariátrica prévia e doença materna genética (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição dos fatores que compõem o encaminhamento para o serviço de referência CEAE CISAJE. Diamantina, MG, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada dos fatores associados ao desfecho “início precoce do pré-natal no serviço especializado”.

Tabela 2 - Análise bivariada das variáveis relacionadas ao atendimento precoce das gestantes de alto risco no serviço de referência (CEAE CISAJE, ano de 2019) e variáveis socioeconômicas e clínicas (n=405)**.

Diamantina-MG, 2019.

Variável	Atendimento precoce no CEAE		OR bruta	IC95%
	Não	Sim		
Faixa etária (anos) *				
13 – 19	3 (8,8)	31 (91,2)	1	-
20 - 29	32 (17,6)	150 (82,4)	0.45	0.10 - 1.37
30 - 39*	48 (29,6)	114 (70,4)	0.22	0.05 - 0.68
40 ou mais	4 (19,0)	17 (81,0)	0.41	0.07 - 2.07
Escolaridade *				
Até ensino fundamental *	13 (14,8)	75 (85,2)	2.68	1.29 - 5.80
Até ensino médio	46 (21,4)	169 (78,6)	1.71	0.96 - 2.98
Ensino superior completo ou em curso	27 (31,8)	58 (68,2)	1	-
Renda familiar *				
Até um salário mínimo *	54 (26,7)	148 (73,3)	1.98	1.19 - 3.33
Acima de um salário mínimo	28 (15,6)	152 (84,4)	1	-
Estado Civil				
Casada ou em união estável	56 (21,3)	207 (78,7)	1	-
Solteira	27 (24,1)	85 (75,9)	0.85	0.50 - 1.45
Viúva ou Divorciada	2 (22,2)	7 (77,8)	0.94	0.22 - 6.47
Procedência*				
Diamantina	52 (29,5)	124 (70,5)	1	-
Outros municípios	35 (15,7)	188 (84,3)	2.25	1.39 - 3.68
Gestação prévia				
Não	26 (19,8)	105 (80,2)	1	-
Sim	61 (22,8)	207 (77,2)	0.84	0.49 - 1.39
Aborto prévio				
Não	65 (20,7)	249 (79,3)	1	-
Sim	22 (25,9)	63 (74,1)	0.74	0.43 - 1.32
Exame citopatológico prévio*				
Não	49 (17,7)	228 (82,3)	1	-
Sim	38 (32,2)	80 (67,8)	0.45	0.27 - 0.74
Uso de álcool durante a gestação				
Não	49 (19,4)	203 (80,6)	1	-
Sim	8 (22,2)	28 (77,8)	0.84	0.37 - 2.08
HIV*				
Não	4 (11,8)	30 (88,2)	1	-
Sim	83 (22,7)	282 (77,3)	0.45	0.13 - 1.18
Sífilis*				
Não	2 (9,1)	20 (90,9)	1	-
Sim	85 (22,6)	291 (77,4)	0.34	0.05 - 1.20
Hepatite B*				
Não	5 (13,2)	33 (86,8)	1	-
Sim	82 (22,8)	278 (77,2)	0,51	0.17 - 1.24
Toxoplasmose				
Não	41 (19,9)	165 (80,1)	1	-
Sim	45 (23,7)	145 (76,3)	0.80	0.49 - 1.29
Diferença entre a IG de admissão no serviço especializado e o encaminhamento*	4,23 (±3,87)		1.31	1.16 - 1.52

* Valor de $p < 0,20$ referente ao teste do qui-quadrado **dados não declarados ou omissos nos prontuários foram desconsiderados nas análises, ocasionando frequência menor para algumas variáveis.

Fonte: Dados da pesquisa

Na análise bivariada, verificou-se que a proporção de mulheres que encaminhadas para o serviço de saúde especializado para gestantes após 12 semanas de gestação foi maior entre aquelas com escolaridade até o ensino fundamental, com

renda familiar de até um salário mínimo, provenientes de outros municípios fora da sede do CEAE CISAJE, e que apresentaram maior diferença entre a idade gestacional de admissão no serviço especializado e a idade gestacional em que ocorreu

o encaminhamento para o serviço especializado. A menor chance de encaminhamento para o serviço especializado após 12 semanas de gestação ocorreu entre mulheres com idade entre 30 e 39 semanas e entre mulheres com exame citopatológico prévio.

Foram selecionadas para compor a análise multivariada as seguintes variáveis: idade entre 30 e 39 anos ($p = 0,019$), escolaridade ($p = 0,025$),

renda familiar de até um salário mínimo ($p = 0,008$), município de procedência ($p = 0,001$), exame citopatológico prévio ($p = 0,001$), presença de HIV ($p = 0,138$), sífilis ($p = 0,136$) e hepatite ($p = 0,172$), além do tempo entre a idade gestacional de admissão no CEAE e encaminhamento pela atenção primária ($p < 0,001$). A Tabela 3 apresenta as variáveis que compuseram o modelo final.

Tabela 3 - Modelo de regressão logística múltipla das variáveis relacionadas aos desfechos “início precoce do pré-natal” na atenção à gestação em serviço especializado em gestação de alto risco, CEAE CISAJE. Diamantina-MG, 2019.

Variáveis	OR (ajustado)	IC95%	Valor de p *
Desfecho “início precoce do pré-natal no CEAE”			
Procedência do paciente			
Diamantina	1,000	-	0,036
Outros municípios	2,026	1,06 – 3,913	
Diferença no tempo de encaminhamento/atendimento	1,293	1,143 – 1,497	0,017
Renda			
Até um salário mínimo	2,189	1,140 – 4,338	0,023
Mais de um salário mínimo	1,000	-	

* Regressão logística múltipla.

Fonte: Dados da pesquisa

O modelo de regressão logística mostrou que gestantes provenientes de outros municípios fora da sede do CEAE CISAJE apresentaram chance 2 vezes maior de iniciar o pré-natal tardiamente (> 12 semanas) no serviço especializado quando comparado com as gestantes residentes no município de Diamantina. Além disso, a cada semana gestacional acrescida no tempo de encaminhamento para o serviço especializado e o tempo de admissão neste serviço aumentou em 1,2 vezes a chance do início tardio do pré-natal no serviço especializado. Outra variável significativa no modelo foi a renda familiar de até um salário mínimo, que aumentou a chance da gestante de alto risco ser atendida após as primeiras 12 semanas de gestação em 2,1 vezes comparado com gestantes com maior renda.

DISCUSSÃO

Uma assistência pré-natal adequada com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência e atenção especializada para as gestantes de alto risco é um importante fator para a melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e fetal. No presente estudo, além de identificarmos o perfil sociodemográfico e clínico das gestantes de alto risco referenciadas para um centro de atenção especializado no Vale do Jequitinhonha (MG), identificamos fatores associados ao tempo

decorrido entre o encaminhamento pela atenção primária e a primeira consulta no serviço de referência. Estes resultados representam indicadores de saúde materna que têm o potencial de respaldar políticas públicas de saúde na região estudada.

O Vale do Jequitinhonha representa uma região de alta vulnerabilidade econômica e social no estado de Minas Gerais⁽⁸⁾. No entanto, poucos estudos foram publicados até o momento no sentido de identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população adscrita nesta região.

A influência de características individuais como a idade, sobre o início precoce do atendimento especializado, exerce influência significativa sobre o desfecho avaliado. Neste contexto epidemiológico e considerando que o maior tempo entre o encaminhamento pela atenção primária e o atendimento da gestante pela atenção especializada, apresenta-se um risco potencial para o quadro de saúde das gestantes de alto risco⁽¹⁰⁾, nossos resultados indicam que é fundamental ampliar a atenção e o acesso à saúde das gestantes de 30 a 39 anos nesta região estudada.

Neste estudo, prevaleceram mulheres com renda de até um salário mínimo e com formação escolar até o ensino médio. A condição socioeconômica materna tem sido apontada como

fator associado a complicações obstétricas⁽²⁾. Neste mesmo sentido, nossos resultados mostraram que mulheres com baixa renda apresentaram maior chance de atraso no acesso ao serviço de saúde especializado quando comparado a mulheres com renda mensal igual ou maior que dois salários mínimos. Apesar de não ser possível verificar a universalidade do acesso ao serviço de saúde neste estudo, já que o delineamento exigiria verificação de todos os encaminhamentos realizados pela atenção primária à saúde, este resultado reforça a necessidade de uma assistência mais equitativa na região estudada.

No presente estudo, observou-se também que a oportunidade de acesso precoce ao serviço foi maior entre as mulheres residentes no município que sedia o centro especializado. Um importante fator que pode estar relacionado a este achado é a dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços, em decorrência de dificuldades financeiras para arcarem com custos diretos não-médicos como passagens, alimentação e custos com acompanhantes⁽¹¹⁾. A fragilidade também pode estar presente no sistema de regulação de acesso à assistência, que deve oferecer equilíbrio entre oferta e demanda de modo eficiente, em momento oportuno, equânime e pautado por critérios de priorização de riscos⁽¹²⁾. Compete a enfermagem participar do sistema logístico de organização da rede de serviços pactuados pelos municípios buscando minimizar os entraves que dificultam o acesso precoce ao serviço de saúde secundário.

O atraso no encaminhamento da atenção primária para o serviço de referência foi outro fator determinante no início tardio do pré-natal no serviço especializado. A qualidade do pré-natal é influenciada por vários fatores, dentre eles pelo número de consultas, número de ultrassonografias no primeiro trimestre, e intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto⁽¹³⁾. Assim, é fundamental que a avaliação e a estratificação de risco da gestante aconteçam a cada consulta do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em momento oportuno da gravidez.

Este trabalho reforça a necessidade da prática das recomendações estabelecidas pelas diretrizes implementadas pelo Ministério da Saúde e secretaria estadual de saúde, sobretudo compreendidas nos parâmetros que compõem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e

assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos⁽¹⁴⁾. Alguns parâmetros epidemiológicos levantados podem colaborar com a definição de estratégias.

As comorbidades mais prevalentes entre as gestantes de alto risco foram a hipertensão arterial sistêmica seguida do diabetes gestacional. A hipertensão arterial sistêmica pode desencadear danos maternos e infantis, principalmente quando acompanhada de condições socioeconômicas desfavoráveis, doenças obstétricas anteriores ou outras complicações clínicas, durante o período fetal⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Já o diabetes gestacional pode afetar a mulher ao predispor-la a uma maior incidência de cesariana, o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e o risco de desenvolvimento de diabetes após o parto. Para o conceito, essa doença pode causar a prematuridade, a macrossomia, a distocia de ombro, hipoglicemia e a morte perinatal⁽¹⁷⁾.

Infecções sexualmente transmissíveis que impactam tanto na saúde materna quanto na fetal⁽¹⁸⁾ foram encontrados em alta prevalência nas gestantes avaliadas: HIV, sífilis, hepatite, além da falta de exame citopatológico prévio. No Brasil, as infecções sexualmente transmissíveis persistem como um grave problema de saúde pública, principalmente entre mães e bebês. Somente em 2016, foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes, 20.474 casos de sífilis congênita e 185 óbitos em menores de um ano⁽¹⁹⁾. Neste mesmo contexto, destaca-se a importância da solicitação de exames, já que a não detecção do HIV durante o exame pré-natal é uma oportunidade perdida de intervenção em gestantes com o vírus, reduzindo assim a chance de diminuição da taxa de transmissão vertical. A maioria das gestantes não consegue realizar o teste anti-HIV durante o pré-natal devido às suas condições sociais, por falha na assistência do SUS, por falta de pré-natal ou por pré-natal com menos de seis consultas⁽²⁰⁾. A realização do exame citopatológico pode reduzir a incidência e mortalidade de mulheres por câncer cervical. É um teste de baixo custo, fácil de implementar, sem nenhum ônus para o paciente. A experiência de alguns países com sistemas de saúde abrangentes mostra que, desde que seja realizado um rastreamento citológico de alta qualidade e as mulheres sejam devidamente e prontamente monitoradas, e um bom monitoramento seja realizado, a incidência de câncer cervical pode ser reduzida em cerca de 80%⁽²¹⁾.

Embora este estudo forneça informações importantes sobre a saúde da gestante, limitações

devem ser consideradas. É preciso destacar que a prevalência de gestantes de alto risco encontrada neste estudo é representativa apenas das pessoas que buscaram atendimento no CEAE CISAJE, tratando-se de uma população altamente selecionada. Estas mulheres representam apenas uma parcela dos atendimentos públicos de saúde que são referenciadas por outros níveis de atenção à saúde ou que conseguem acesso ao serviço prestado. Como as gestantes estavam em acompanhamento, a prevalência de cobertura vacinal pode estar enviesada pela chance de vacinação em momento posterior à coleta dos dados. Ponderadas as limitações, os resultados deste estudo podem contribuir com o planejamento regional de saúde, já que as ações de acompanhamento do binômio gestante e bebê podem reduzir a ocorrência de agravos evitáveis, a partir do início precoce do pré-natal adequado e o compartilhamento do cuidado integral e de qualidade⁽²²⁻²³⁾, além de reduzir os sentimentos de medo relacionados à gestação e à morte⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

Recomenda-se o incentivo ao pré-natal e a conscientização da equipe de saúde na assistência prestada durante a gestação para sensibilizar as pacientes. Vale ressaltar que as ações de conscientização e educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde podem ser estratégias para proporcionar conhecimento e autocuidado. Também há indícios de que, com a consulta de equipe multiprofissional, o acompanhamento adequado da gestante pode estar relacionado à redução do número de novas complicações na gravidez.

Mediante o entendimento de que o alto risco gestacional decorre de diversos fatores, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, desde as condições individuais, até as distais, fornecem subsídios para alcançar uma assistência integral à mulher, identificar vulnerabilidades, fomentar novas políticas, com vista a alcançar melhores resultados materno-fetais, reduzindo as taxas de morbimortalidade dessa população.

Este estudo traz como contribuição para a enfermagem a necessidade de organização, junto com os gestores, de um fluxo em rede que se atente para as gestantes de alto risco encaminhadas de outros municípios e as que possuem baixa renda econômica. Além disto, vale ressaltar a importância da realização e dos registros das consultas de enfermagem e dos

outros profissionais da equipe multiprofissional como forma de garantir uma assistência de qualidade e holística.

As análises realizadas poderão contribuir para a elaboração de políticas intersetoriais, que englobem diversos contextos em busca da promoção da saúde, mediante a melhoria das condições de vida das gestantes de alto-risco.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Gadelha IP, Diniz FF, Aquino PS, Silva DM, Balsells MMD, Pinheiro AKB. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. *Rev Rene*. 2020;21:e42198. DOI: [10.15253/2175-6783.20202142198](https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142198).
3. Boff C, Delziovo CR, Silva DE, Rossa GDB, Hechrath MC. Atualização em pré-natal para profissionais da atenção básica. Disponível em: <https://bitly.com/blwPJ>.
4. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Importância do pré-natal [acesso em 10 dez 2020] Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/dicas-em-saude/2198-importancia-do-pre-natal>.
5. Sampaio AFS, Rocha MJF da, 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*. 2018;18(3):559-566. DOI: [10.1590/1806-93042018000300007](https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300007).
6. Brasil. Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*; 2011.
7. Mendes RB, Santos JM de J, Prado DS, et al. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations prenatal and birth Humanization Program. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(3):793-804. DOI: [10.1590/1413-81232020253.13182018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018).
8. Galvão EL, Bodevan EC, Santos DF. Gestão regionalizada dos serviços de saúde no estado de Minas Gerais [Internet]. *Rev APS*. 2015. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2362/883>.

9. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.
10. Silveira MSD, Cazolo LHO, Souza AS, Pícoli RP. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde Debate*. 2018;42:63-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811605>.
11. da Silva EN, Silva MT, Pereira MG. Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016;25(2):437-439. DOI: [10.5123/S1679-49742016000200023](https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200023).
12. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate*. 2012;36(95):640-647. DOI: [10.1590/S0103-11042012000400016](https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016).
13. Medeiros FF, Santos ID de L, Ferrari RAP, et al. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. *Rev Bras Enferm*. 2019;72:204-211. DOI: [10.1590/0034-7167-2018-0425](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425).
14. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciênc Saúde Colet* 2020;25(3):793-804. DOI: [10.1590/1413-81232020253.13182018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018).
15. de Aquino PT, Souto BGA. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária [Internet]. *Rev Med Minas Gerais*. 2015 [acesso em 10 dez 2020];25(4). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=774707&indexSearch=ID>.
16. de Oliveira ACM, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados [Internet]. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):441-451. DOI: [10.5123/S1679-49742015000300010](https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300010).
17. Guerra JVV, Alves VH, Valete COS, Rodrigues DP, Branco MBLR, dos Santos MV. Diabetes gestacional e assistência pré-natal no alto risco. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13(2):449-54. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235033/31430>.
18. Silva GM., Pesce GB., Martins DC., Prado CM, Fernandes CAM. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. *Enfermeira Global*. 2020;57:122-136. DOI: [10.6018/eglobal.19.1.358351](https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.358351).
19. Maschio-Lima T, Machado IL de L, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras Saúde Mater. Infant*. 2019;19(4):865-872. DOI: [10.1590/1806-93042019000400007](https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007).
20. Araújo E da C, Monte PCB, Haber ANC de A. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 2018;9(1):33-39. DOI: [10.5123/s2176-62232018000100005](https://doi.org/10.5123/s2176-62232018000100005).
21. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, de Almeida PF, dos Santos AM. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(10). DOI: [10.1590/0102-311x00234618](https://doi.org/10.1590/0102-311x00234618).
22. Sanine PR, Venancio SI, Gonzaga FLS, Aratani N, Garcia MML, Tanaka OY. Prenatal care in high-risk pregnancies and associated factors in the city of São Paulo, Brazil [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(10). DOI: [10.1590/0102-311x00103118](https://doi.org/10.1590/0102-311x00103118).
23. da Silva JR, de Oliveira MBT, Santos FDRP, Santos Neto M, Ferreira AGN, Santos FS. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré- Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública [Internet]. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2018:109-116. DOI: [10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n2.31252](https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n2.31252).
24. Ferreira SN, Lemos MP, Santos WJ. Representações sociais de gestantes que frequentam serviço especializado em gestações de alto risco. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2020;10:e3625. DOI: [10.19175/RECOM.V10I0.3625](https://doi.org/10.19175/RECOM.V10I0.3625).

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga

Kellen Rosa Coelho

Nota: Este artigo na íntegra faz parte do trabalho de conclusão de curso: "Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado" do curso de bacharelado em enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

Recebido em: 09/02/2021

Aprovado em: 27/07/2021