

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO¹

THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN SERVED IN A REFERENCE CENTER IN PRENATAL HIGH RISK

Joyce Carolina Silva dos ANJOS², Robert Rodrigues PEREIRA³, Pedro Ruan Chaves FERREIRA⁴, Taís Beltrão Paiva MESQUITA⁵ e Olavo Magalhães PIKANÇO JÚNIOR⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer o perfil das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco no município de Santarém, período de setembro de 2010 a setembro de 2011. **Método:** estudo realizado de modo quantitativo, descritivo e retrospectivo utilizando os prontuários das mulheres grávidas que realizaram consultas, no Centro de Referência em pré-natal de alto risco do Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna. **Resultados:** foram atendidas 94 pacientes, sendo 20% destas atendidas em julho de 2011; 70% foram referenciadas da própria região do hospital pesquisado; 17% encontravam-se em grupo de risco, já que 3% possuíam idade igual ou inferior a 15 anos e 14% tinham 35 anos ou mais; 43% das pacientes relataram possuir ou estar cursando o ensino fundamental; 42% eram casadas e 77% foram classificadas como pardas, segundo a sua etnia; 66% revelaram que não tiveram nenhum quadro de morbidade antes da gestação e 53% afirmaram não terem tido nenhum antecedente mórbido familiar; 59% das gestantes eram múltiparas e 67% já realizaram parto cesáreo. A principal causa do acompanhamento pré-natal de alto risco foi a hipertensão arterial, acometendo 40,5 % das gestantes e 94% das gestantes realizaram ultrassonografia obstétrica durante a internação hospitalar. **Considerações finais:** o incentivo e orientação das políticas públicas para o esclarecimento da população e dos profissionais da saúde sobre a importância do pré-natal, é a melhor forma de se obter resultados satisfatórios de diminuição do índice de morbimortalidade da gestante, feto e do recém-nascido e de fornecer à mulher oportunidade de uma gravidez sem intercorrências.

DESCRITORES: gestantes; cuidado pré-natal; indicadores de morbimortalidade.

INTRODUÇÃO

Atualmente a população mundial enfrenta sérios problemas na saúde pública, dentre eles a mortalidade

materno-infantil tem ganhado grande destaque no cenário social.

De acordo com dados divulgados em 2011 pelo

¹ Trabalho realizado no Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará. Santarém. Pará.

² Residente em Cirurgia Geral pela Universidade do Estado do Amapá. Macapá. Amapá. Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará. Santarém. Pará.

³ Residente em Clínica Médica pela Universidade do Estado do Amapá. Macapá. Amapá. Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará. Santarém. Pará.

⁴ Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Pará. Belém. Pará.

⁵ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará. Orientadora da pesquisa.

⁶ Coordenador do Programa de Residência médica da Universidade Federal do Amapá. Especialista em Cirurgia Geral/MEC. Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Fundo de População das Nações Unidas¹, a população mundial chegou a 7 bilhões de habitantes. Segundo estimativas da referida organização, o contingente populacional do planeta poderá atingir a marca de 10,6 bilhões de habitantes em 2050, e mais de 15 bilhões em 2100.

A população brasileira é de 190.732.694 habitantes². Segundo as estimativas, no ano de 2025, a população brasileira deverá atingir 228 milhões de habitantes.

A taxa de natalidade refere-se ao número de nascimentos a um dado período, usualmente, um ano. Expressa o número de crianças nascidas para cada grupo de mil pessoas. Ressalta-se que as taxas de natalidade variam de um grupo de país para outro e refletem as condições de existências de suas populações³.

Anualmente, ocorrem cerca de 7,6 milhões de mortes perinatais, das quais 98% nos países em desenvolvimento. Nesses, cerca de 57% são representadas pelos óbitos fetais, cuja queda tem sido muito lenta. Sabe-se que essa mortalidade originária do período perinatal, vem aumentando, consideravelmente no Brasil, onde em sua maioria, seriam evitáveis com uma participação mais efetiva do sistema de saúde⁴.

Na região norte e especialmente no Pará, por suas peculiaridades geográficas e demográficas, socioeconômicas e políticas, tem-se observado um elevado número de gestantes desenvolvendo gestações de alto risco, o que oferece perigo tanto materno, quanto fetal, necessitando de atendimento especializado e de referência⁵.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, seu desenvolvimento se dá na maioria das vezes sem anormalidades. Para que a gravidez transcorra sem intercorrências e com segurança, são necessários cuidados da gestante, do parceiro, da família e, especialmente dos profissionais de saúde.

Conhecer o perfil dessa gestante de alto risco é mapear as dificuldades que contribuem para elevar o risco da gestação e suas consequências sociais. E dessa forma, facilitar o desenvolvimento de ações e de políticas públicas de saúde que possam minimizar os elevados índices de gestações de alto risco e mortalidade perinatais.

Os fatores norteadores para a realização desta pesquisa estão presentes na importância da implantação do pré-natal de alto risco do HRBA para a população do município de Santarém e dos demais municípios em torno.

No mundo, a cada ano, ocorrem 120 milhões

de gravidezes, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem em conseqüências de complicações, durante a gravidez ou o parto, e mais de 50 milhões sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas à gravidez⁶. De acordo com a Organização Mundial de Saúde OMS, a África Subsaariana é a região do mundo onde há o maior risco de morte por complicações durante a gestação.

A razão da mortalidade materna no Brasil, segundo o Ministério da Saúde MS, em 2002, 50,3 por cem mil nascidos vivos. A região Nordeste teve o maior índice, 60,8, seguida da região Centro-Oeste, com 60,3; região sul, com 56,6, e Norte 53,2; o menor índice foi encontrado na região Sudeste, com 45,9⁷.

Infere-se, portanto, a partir desses dados, que uma parcela significativa dessas gestantes morreria de causas direta ou indiretamente relacionadas com nosologias que poderiam ser tratadas ou acompanhadas durante o pré-natal. Diante desses dados, é constatável que a causa mais comum desta problemática tem sido, muitas vezes, a dificuldade de acesso a um atendimento mais especializado.

O Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará – Dr. Waldemar Penna por ser referência e por combater, diretamente, este problema no município de Santarém, se tornou alvo do estudo desta pesquisa que pretende demonstrar os resultados e consolidá-los em gráficos e tabelas, o perfil das gestantes atendidas em um centro de alta complexidade, pioneiro na região.

OBJETIVO

Conhecer o perfil das gestantes atendidas em um Centro de referência em pré-natal de alto risco, no município de Santarém, período de setembro de 2010 a setembro de 2011, intencionando-se identificar fatores de risco, que, possivelmente, contribuíram para o desenvolvimento de uma gestação de alto risco.

MÉTODO

O estudo foi realizado de modo quantitativo, descritivo e retrospectivo utilizando os prontuários das mulheres grávidas que realizaram consultas, no Centro de Referência em pré-natal de alto risco do Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará - Dr. Waldemar Penna, localizado no município de Santarém, durante o período de setembro de 2010 a setembro de 2011.

Após a análise dos prontuários definiu-se o perfil das gestantes atendidas e, posteriormente, foram classificadas quanto aos fatores de risco, a gestação segundo o Ministério da Saúde: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas⁸.

Os prontuários foram apresentados de forma anônima e quantitativa, sendo atribuído a cada um, uma numeração aleatória. O mesmo procedimento foi realizado quanto à apresentação dos resultados consolidados em tabelas e gráficos.

Foram obedecidos os critérios preconizados pelos princípios sobre pesquisas que envolvem seres

humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), Declaração de Helsinque (1954 e suas versões posteriores de 1945, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Prômédicas envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS/1991).

Este projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob o parecer de número 557.258.

RESULTADOS

Tabela I – Faixa etária das gestantes atendidas no Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna, período de setembro de 2010 a setembro de 2011

Faixa etária das gestantes	Nº casos
≤ 15 anos	3
16 - 25 anos	43
26 - 35 anos	35
> 35 anos	13
Total de casos	94

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna

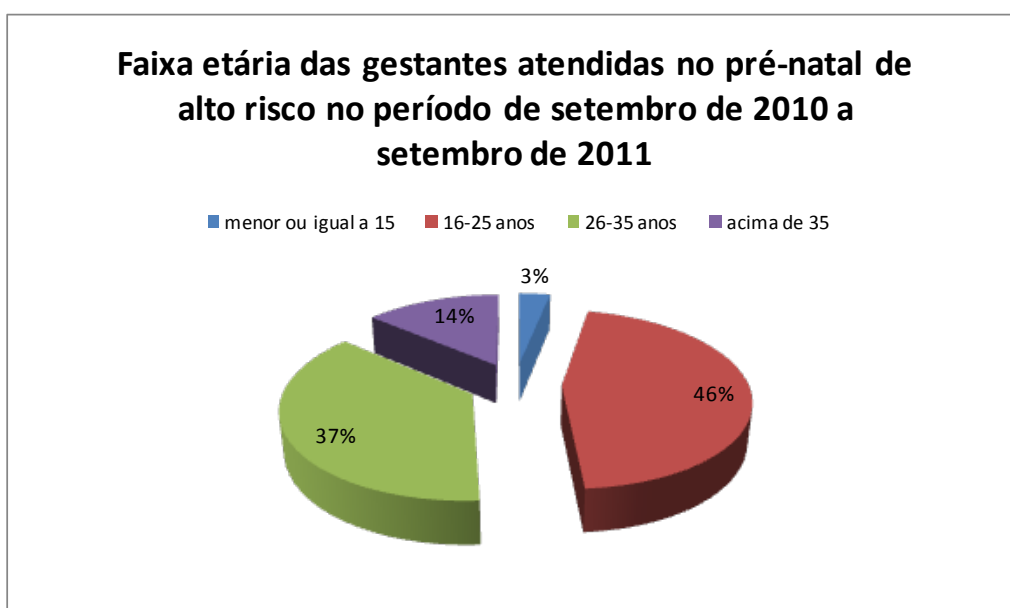


Figura 1 – Faixa etária das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna, período de setembro de 2010 a setembro de 2011.

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna

Tabela II – Cor/etnia das gestantes atendidas no Hospital Regional do Baixo Amazonas, período de setembro de 2010 a setembro de 2011

Cor/etnia das gestantes atendidas	Nº casos
Branca	9
Negra	10
Parda	72
Indígena	2
Total de casos	93

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna

Tabela III – antecedentes pessoais das gestantes atendidas no Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna, período de setembro de 2010 a setembro de 2011

Antecedentes pessoais das gestantes atendidas	Nº casos
Nenhuma	62
Hipertensão arterial sistêmica	13
Diabetes mellitus	6
Pneumopatia	4
Cardiopatía	3
Neuropatia	1
Infecção urinária	3
Cirurgia ginecológica anterior	19
Rubéola	1
Alergia	2
Total de casos	114

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna

Tabela IV – Antecedente obstétrico das gestantes atendidas no Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna, período de setembro de 2010 a setembro de 2011

Antecedente obstétrico das gestantes atendidas	Nº casos
Nulípara	39
Múltipara	55
Total de casos	94

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna

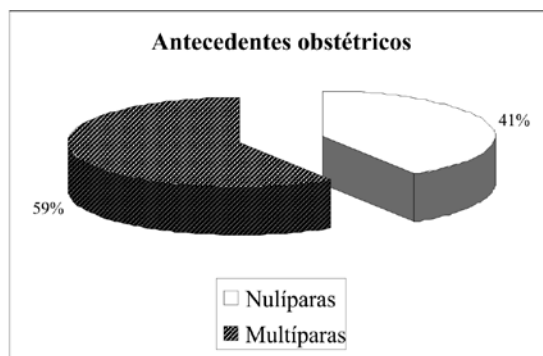


Figura 4 – Antecedentes Obstétricos das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna, período de setembro de 2010 a setembro de 2011.

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna

Tabela V – Tipos de parto realizados no Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna, período de setembro de 2010 a setembro de 2011

Tipos de parto realizados no HRBA	Nº casos
Normal	19
Cesáreo	39
Total de casos	58

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna

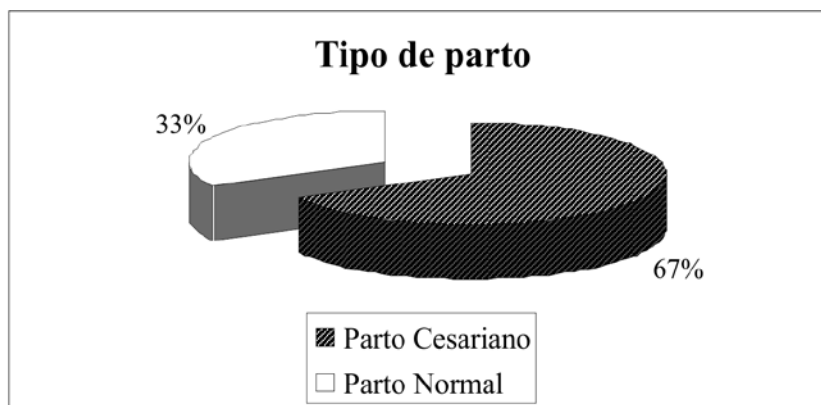


Figura 5 – Tipos de partos realizados nas gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna, período de setembro de 2010 a setembro de 2011.

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna.

Tabela VI – Motivo pelo qual a gestante participou do pré-natal de alto risco do Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna, período de setembro de 2010 a setembro de 2011.

Queixa principal pelo qual a gestante participou do pré-natal de alto risco	Nº casos
Hipertensão arterial sistêmica	38
Diabetes mellitus	7
Infecção urinária	5
Má formação	7
Incompatibilidade Rh	3
Gemelaridade	3
TORCHS - Toxoplasmose	1
Outros	30
Total de casos	94

Fonte: Prontuários das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do Hospital Regional Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna

DISCUSSÃO

O Serviço de Obstetrícia de Alto Risco do Hospital Regional do Baixo Amazonas teve início no segundo semestre de 2010, e foi criado no Plano de Ação de prioridades para o ano de 2010. Este projeto foi criado a partir de uma parceria do Governo do Estado do Pará, através da Secretaria de Estado de Integração Regional

(SIER) – Assessoria de Integração Territorial do Baixo Amazonas junto a Direção Geral do Hospital Regional de Santarém.

De acordo com os resultados pode-se observar que os atendimentos às gestantes cresceram ao longo dos meses, sendo que o mês onde houve o menor número de atendimentos (setembro de 2010) corresponde ao período

de início do Serviço de Obstetrícia de Alto Risco, ou seja, nos meses posteriores a setembro, prováveis medidas de melhoramento do serviço, bem como o conhecimento do serviço tanto por parte do público de pacientes alvo, como dos médicos obstetras e das instituições de saúde básica que realizam com frequência o serviço de Pré-natal, poderiam ter levado ao aumento do número de atendimento neste período.

A instituição de saúde que mais referenciou pacientes para o HRBA foi o Hospital Municipal de Santarém com 42 casos referenciados, representado pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM).

O HRBA foi o segundo local de maior referência com 29%. Explica-se este fato da seguinte maneira: muitas das pacientes que já realizavam o pré-natal no HRBA tiveram algum tipo de intercorrência durante a gestação que necessitava de internação. Deste modo estas pacientes ficavam internadas em observação (ou já aguardando cesáreas eletivas em alguns casos) e seus registros no arquivo do HRBA, foram identificados como “referenciadas do HRBA”.

O município de Santarém é detector da grande maioria dos casos com 66 em números absolutos, seguido do município de Monte Alegre com 10 casos e Itaituba com 8 casos, de um total de 94 registros.

A faixa etária das gestantes atendidas no Serviço de Pré-natal que prevaleceu no período estudado foi a de 16 a 25 anos com 43 casos. É provável que mulheres muito jovens apresentem mais riscos a gestação que mulheres adultas de mais idade. Em relação às adolescentes jovens existem evidências de que a gravidez representa um aumento da sobrecarga metabólica sobre o organismo materno conforme cita Ribeiro⁹ em sua revisão bibliográfica.

Quando a gestação ocorre antes dos dezesseis anos, complicações físicas e emocionais ocorrem com maior frequência. A imaturidade física, funcional e emocional da jovem predis põe o organismo a intercorrências⁵.

A maior parte das gestantes do período estudado, portanto, aparentemente não estariam enquadradas em uma faixa-etária de risco para a gestação mesmo somando-se as gestantes acima de 35 anos que também possuem risco aumentado em complicações durante a gestação assim como também maior probabilidade de malformações fetais ou cromossomais⁵. Têm-se que 17% das gestantes se encontram nos extremos das idades consideradas de maior risco, ou seja, a soma das gestantes com até 15 anos e acima dos 35 anos.

A maioria das jovens que se encontram grávidas não frequentam a escola, sendo que o abandono escolar ocorre em sua maior parte antes da gestação, afastando-as das informações básicas sobre prevenção de gravidez que poderiam ser ofertadas em ambiente escolar.

A soma das gestantes que não tem nenhuma escolaridade ou apresentam apenas o ensino fundamental representam a maioria dos casos com 52 em números absolutos.

É verificado um aumento das gestações na adolescência em países em desenvolvimento, inferindo assim que além da baixa escolaridade, o fator econômico também influencia de forma direta na gravidez precoce.

Cerca de 43% das pacientes do grupo pesquisado, possuíam apenas o Ensino Fundamental (completo/incompleto) como grau de escolaridade e 13% não apresentaram nenhum grau, demonstrando de fato que a escolaridade (e portanto de informações importantes sobre sexualidade) está intrinsecamente relacionada com a gravidez, seja ela precoce ou não¹⁰.

Quanto ao estado civil, o fato da mãe ser solteira é um aspecto importante a ser considerado, pois além da desvantagem psicológica, a ausência do pai traz menor estabilidade econômica para a família, podendo se constituir em fator de risco para o baixo peso ao nascer^{11,12}.

Dentre as 94 pacientes da pesquisa 42 são casadas, ou seja, teria em sua família a presença de uma figura masculina que é fundamental para o desenvolvimento biopsicossocial da criança, bem como para servir de apoio à mãe que se sente segura emocionalmente, além da base financeira da família ser menos comprometida com a chegada do novo membro⁷.

As mudanças provocadas pela chegada do bebê não se resume apenas as variáveis psico-biológicas, mas também a fatores socioeconômicos que são fundamentais neste processo de mudança. Numa sociedade em que, sobretudo nas áreas urbanas a mulher costumeiramente trabalha fora, sendo responsável também pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos, sejam eles profissionais ou sociais, o fato de ter um filho acarreta consequências bastante significativas.

A gestação aumenta os níveis de integração e aprofundamento no relacionamento de um casal, mas poderá, porém, romper uma estrutura frágil e neuroticamente equilibrada¹³. Dentre as pesquisadas, 34% eram Solteiras sem união estável.

Em relação à etnia dos pacientes o resultado foi bastante subjetivo com 72 das mulheres atendidas sendo

referidas como pardas. Atenta-se que estes dados são subjetivos ou mesmo não fidedignos porque pardos e negros são opções de classificação da cor da pele tomadas a partir da auto-declaração do indivíduo que responde a pergunta do entrevistador.

A associação de etnia com intercorrências gestacionais e até com mortalidade infantil é muito estudada em países desenvolvidos como os EUA. Neste país, por exemplo, existe uma alta taxa de mortalidade neonatal entre recém-nascidos negros, devido a um excesso de nascimentos prematuros e restrição de crescimento fetal¹⁴.

Sabe-se que mulheres negras apresentam maior predisposição para Hipertensão Arterial Sistêmica do que mulheres brancas e, portanto trazem um maior risco para sua gestação e seu feto. A maioria (89%) das gestantes atendidas no HRBA são negras ou pardas¹⁵.

Em relação a antecedentes patológicos 66% das gestantes referiram que não apresentaram nenhum tipo de patologia antes e/ou durante a gestação, ou seja, não apresentaram fator de risco a mais para a gestação. Porém 20% das pacientes relataram cirurgia ginecológica anterior sendo a maioria correspondendo a cesáreas, ou seja, este grupo apresenta uma informação significativa em sua anamnese, já que a iteratividade é considerada o principal fator de risco para a realização de cesáreas, sendo que este procedimento cirúrgico aumenta a morbimortalidade materna, a incidência de prematuridade e a morbimortalidade neonatal¹⁶.

É importante informar que a amostra nessa variável (114), ultrapassa o número informado nas variáveis anteriores (94 pacientes), já que algumas pacientes apresentavam mais de duas comorbidades.

Analisando os antecedentes familiares, também podemos inferir que as informações colhidas podem não ser fidedignas: mais de 50% das gestantes da pesquisa, referem não ter tido nenhum antecedente familiar ou simplesmente não souberam referir, já que a paciente pode ter esquecido de alguma patologia que ela tenha presenciado em um familiar, ou ela pode mesmo não ter conhecimento sobre morbidades de parentes de 1º grau.

É importante observar também que 31% das pacientes pesquisadas referiram ter tido parentes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o que pode ser considerado fator de risco válido, já que a gestante terá maior tendência a desenvolver HAS e assim trazer complicações para ela e para o feto³.

Sobre o antecedente obstétrico relacionado ao número de nulíparas e múltiparas, verificou-se que no

pré-natal de alto risco do HRBA a maioria das gestantes atendidas são de múltiparas (59% dos casos).

Grandes múltiparas (com paridade superior a quatro gestações anteriores) representaram número importante de mulheres (37,3). Encontrou-se porcentagem de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) cerca de duas vezes maior no grupo de múltiparas com idade igual ou superior a 35 anos em comparação com as múltiparas mais jovens (15,2 e 6,7%, respectivamente) e quatro vezes maior no grupo de nulíparas (20 e 5,6%, respectivamente)¹⁷.

A importância desta variável tem como objetivo orientar o número de consultas mínimas durante o pré-natal. Para nulíparas, o ideal seria 10 consultas. Já para as múltiparas, sete. Porém, recomenda-se no mínimo seis consultas de pré-natal assim distribuídas: uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre, três consultas no terceiro trimestre⁸.

Em longo prazo, pacientes nulíparas que desenvolvem pré-eclâmpsia no final da gestação, não parecem ter evidência de aumento de risco para doença cardiovascular. Entretanto, nas que tiveram síndrome de HELLP, pré-eclâmpsia de início precoce, ou múltiparas com pré-eclâmpsia, o risco cardiovascular parece estar aumentado¹⁸.

Esta variável também está intimamente ligado a progressão do parto e sua duração, a progressão normal da dilatação é de 1,2 cm/h em primíparas e 1,5 cm/h em múltiparas¹⁹⁻²³.

Somente 58 das 94 gestantes que foram atendidas no pré-natal do HRBA realizaram seu parto no local. Deste grupo 67% tiveram parto cesáreo, contra 33% que tiveram parto normal. Nos últimos anos a taxa de cesárea no Brasil diminuiu discretamente de 40,3 em 1996 para 38,6 em 2002 e 26,4% em 2003²⁴. Para a OMS a taxa de cesárea deve estar entre 10 a 15% do total de partos anualmente.

O aumento de cesarianas justificou-se nos possíveis benefícios para a saúde do recém-nascido e da mãe como, por exemplo, sua importância em casos de placenta prévia, parto com desproporção céfalo-pélvica verdadeira e da eclâmpsia, dentre outras intercorrências obstétricas. Porém, o aumento da frequência de parto cesáreo não apresentou uma associação positiva com o aumento dos benefícios para a mãe e recém nascido, fato que se relacionam de forma positiva com dados da OMS, que identifica o parto cesáreo como uma das práticas mais frequentes e utilizada de modo inadequado na prática médica.

Em relação à queixa principal, ou seja, o principal motivo das pacientes, que as levou ao atendimento de Pré-

natal de Alto Risco do HRBA, a intercorrência mais comum foi a Hipertensão Arterial na Gestação. Em que 40% das gestantes atendidas no período estudado, apresentaram algum tipo de Hipertensão arterial (pressão arterial igual ou maior que 140/90mmhg) durante a gestação. Entende-se por “tipos de hipertensão arterial” a classificação desta importante nosologia em: pré-eclâmpsia leve, eclâmpsia, crise hipertensiva, síndrome HELLP, hipertensão crônica na gravidez e hipertensão gestacional.

Vale ressaltar que esta classificação da hipertensão arterial não foi adotada nesta pesquisa, por falta de informações nos prontuários das pacientes, tais como o tipo de hipertensão arterial identificado nas mesmas, exames laboratoriais e registros de mensurações da PA.

A hipertensão afeta 7-10% de todas as mulheres grávidas e complica cerca de 20-40% na gravidez que é acompanhada de doenças vascular ou renal. Segundo a OMS a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é mais frequente no último trimestre de gestação e está estreitamente relacionada com a morte materna e neonatal. No Brasil a morte materna por DHEG chega a 37% e nos países onde não há realização de pré-natal adequado a mortalidade chega a atingir 40 a 80%⁸.

Em relação a exames realizados, o ultrassom obstétrico (US-obstétrico) foi realizado em mais de 93% das gestantes durante sua internação no HRBA. O US-obstétrico apesar de não ser o melhor exame para avaliação da vitalidade fetal (como a cardiotocografia) e não apresentar elementos definitivos para indicação da maturidade é fundamental para diagnosticar alterações do sistema nervoso central e malformações bem como avaliar algum grau de maturidade (mesmo que não seja fidedigno) a partir do diâmetro bi-parietal, e avaliação da placenta, se esta apresenta ou não cotilédones e/ou calcificações⁸.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa revelam que no período de setembro de 2010 a setembro de 2011 no Serviço de Pré-natal de Alto Risco do Hospital Regional do Baixo Amazonas – Dr. Waldemar Penna no município de Santarém, foram atendidas 94 pacientes sendo que destas a maioria foram atendidas em julho de 2011, e destas mulheres, predominantemente, foram referenciadas do Hospital Municipal de Santarém, referenciadas da própria região local, da faixa etária das gestantes, a maioria não estava em grupo de risco, cursava ou havia concluído o ensino fundamental, casadas, pardas, sem antecedente mórbidos antes da gestação e sem nenhum antecedente

mórbido familiar, múltiparas, relato de parto cesáreo prévio. O principal motivo da participação das gestantes no pré-natal de alto risco foi hipertensão arterial e a maioria das pacientes realizou ultrassonografia obstétrica, durante a internação no HRBA.

O objetivo desta pesquisa, que foi a de revelar o perfil das pacientes atendidas no pré-natal de alto risco do HRBA, reflete que estas apresentam características similares com as gestantes do Nordeste brasileiro: mulheres jovens, múltiparas e com pouco grau de escolaridade, ou seja, um perfil que já não é encontrado com frequência em regiões mais desenvolvidas do país como o Sul e Sudeste. Portanto, podemos inferir que não só as pacientes da pesquisa, como outras milhares de gestantes dos demais municípios da região oeste do Pará, precisam de uma maior atuação dos profissionais de obstetrícia na atenção básica de saúde, no que diz respeito a assuntos como anticoncepção, sexualidade e mesmo a importância do pré-natal, embora acreditemos que estes temas sejam bastante divulgados pela mídia (TV, internet e etc.). Grande parte da população não consegue ter acesso a essas informações que são fundamentais para as mulheres terem uma vida saudável, planejada e emocionalmente equilibrada.

O conhecimento do Programa de Pré-natal pelo profissional de saúde é importante e as informações e pré-requisitos contidas na carteira de pré-natal devem ser corretamente preenchidos e analisados à risca, para um acompanhamento fidedigno da saúde do feto bem como uma melhor compreensão do quadro clínico, em que a paciente se encontra no momento do parto, tanto pelo médico obstetra quanto pelos demais componentes da equipe de obstetrícia, além de, obviamente, das identificações das intercorrências que podem aparecer neste período. O incentivo das consultas (mínimo de 6) de pré-natal devem ser feitas com vigor e sempre ser registradas na carteira a data do retorno de maneira fácil e compreensível para a gestante, para a próxima consulta com o médico ou enfermeiro.

Em relação ao Serviço de pré-natal realizado no HRBA, são visíveis as vantagens e melhoras que o serviço trouxe para a região: novos exames como a cardiotocografia, para avaliação da vitalidade fetal, os profissionais qualificados e o encaminhamento para o serviço de Pediatria para aquelas crianças que nasceram com alguma seqüela. Entretanto, ressaltam-se alguns fatores que poderiam ser melhorados no serviço, tais

como, falta de preenchimento correto dos dados referentes ao prontuário, ausência de impresso específico para acompanhamento médico ambulatorial de obstetrícia e padronização de impressos dos prontuários das gestantes, já que durante a pesquisa, não foram encontrados alguns documentos como a ficha do RN, cadastro importante, para a identificação de possíveis nosologias do recém-nascido. A falta de uma ficha específica para acompanhamento de pacientes grávidas durante o atendimento ambulatorial das consultas de pré-natal, poderia prejudicar a qualidade do serviço, bem como, a compreensão do quadro clínico da paciente, durante as próprias consultas subsequentes

ambulatoriais, ou no momento do parto, principalmente para as pacientes que não levam consigo a carteira de pré-natal.

O incentivo e orientação das políticas públicas para o esclarecimento da população e dos demais profissionais da saúde sobre a importância do pré-natal, sem dúvida, ainda é a melhor forma de se obter resultados satisfatórios de diminuição do índice de morbimortalidade da gestante, do feto e dos recém-nascidos, bem como de fornecer à mulher uma oportunidade de aproveitar com maior entusiasmo esse maravilhoso fenômeno fisiológico, que se chama gravidez.

SUMMARY

THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN SERVED IN A REFERENCE CENTER IN PRENATAL HIGH RISK IN SANTARÉM IN THE PERIOD OF SEPTEMBER 2010 TO SEPTEMBER 2011

Joyce Carolina Silva dos ANJOS, Robert Rodrigues PEREIRA, Pedro Ruan Chaves FERREIRA, Tais Beltrão Paiva MESQUITA e Olavo Magalhães PIKANÇO JÚNIOR.

This is a quantitative research, descriptive and retrospective of pregnant women who underwent prenatal care of high risk in a Regional Hospital in the Brazilian Amazon in the period of September 2010 to September 2011. 94 patients were attended, with 20% of these met in July 2011. As the origin: 70% were referred from the region of the studied hospital. In relation to age group 17% of pregnant women were at risk group, as 3% were aged below 15 years and 14% were 35 or older. Regarding education, 43% of patients reported to possess or be studying Elementary Education. Only 42% were married and 77% were classified as mulatto by the interviewer, according to their ethnicity. Of women attended 66% said they had no frame of morbidity before pregnancy and 53% said they had no family morbid history. 59% of pregnant women were multiparous and 67% have already performed cesarean parturition. The major cause of the monitoring of high risk prenatal was Arterial Hypertension affecting 40.5% of pregnant women. Approximately 94% of pregnant realized obstetric ultrasound performed during hospitalization. The encouragement and guidance of public politics to educate the public and health professionals about the importance of prenatal undoubtedly is still the best way to obtain satisfactory results index decrease morbidity and mortality of the pregnant women, fetus and newborn, as well as provide for a woman the opportunity of a uneventful pregnancy.

KEY WORDS: pregnant women; prenatal care; indicators of morbidity and mortality.

REFERÊNCIAS

1. UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. Relatório sobre a situação da população mundial 2011. Produzido pela Divisão de Informações e Relações Externas do UNFPA. Disponível em [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2011.pdf]. Acessado em 07 de maio de 2014.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010: população do Brasil é de 190.732.694 pessoas. Disponível

em <<http://cod.ibge.gov.br/1Y2UV>>. Acesso em 11 de maio de 2014.

3. Rezende J. *Obstetrícia*. 10ª edição. Guanabara Koogan; RJ. 2005.
4. Fonseca SC, Coutinho ESF. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: Revisão da metodologia e dos resultados. *Cad. de Saúde Pública* Vol.20 suppl.1, Rio de Janeiro 2004.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. Macdonald M, Starrs A. La atención calificada durante El parto. Um cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York: Family Care International, 2003.
7. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: informe da atenção básica. Brasília (DF); 2004.
8. Ministério da Saúde (MS). Manual gestação de alto risco. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, MS; 2010.
9. Ribeiro NCL. Gravidez na adolescência e obesidade: uma revisão bibliográfica acerca de duas questões complexas para a saúde da mulher. Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG. Campos Gerais, MG. 2013.
10. Duncan BB. *Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção Primária*. 3ª edição. Artes Médicas, Porto Alegre: 2004.
11. Victora CG, Barros FC, Vaughan J. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo: Hucitec, 1989.
12. Stusser R, Paz G, Ortega M, Pineda S, Infante O, Martin P, Ordóñez C. Riesgo de bajo peso al nacer en el área plaza de la Habana. *Bol Ofic Sanit Panam* 1993; 3: 228-40.
13. Maldonado MT. *Psicologia na gravidez. Parto e puerpério*. 15ed. São Paulo: Saraiva, 2000.
14. Lu MC, Halfon N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Matern Child Health J* 2003; 7:13-30.
15. Enkin MW, Keirse MJNC, Neilson JP, Crowther CA, Duley L, Hodnett ED, Hofmeyr GJ. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto: rastreamento da pré-eclâmpsia, p.39 a 42, 3ª edição, Rio de Janeiro, 2005.
16. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*, 22ª ed. Ed Mc Graw Hill, 2005.
17. Senesi LG, Tristão EG, Andrade RP, Krajden ML, Oliveira Junior FC, et al. Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2004;26(6): 477-482.
18. Costa SHM, Ramos JGL, Vettori DV, Valério EG. Hipertensão crônica e complicações na gravidez. *Rev da Soc de Cardiologia do Rio Grande do Sul*. 2005;Ano XIV(5):1-3.
19. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção à Saúde da Mulher. Comitê Municipal de Estudos sobre Mortalidade Materna do Recife. Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal: pauta de obstetrícia / Secretaria de Saúde. – Recife, 2008. 75f.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dystocia and the augmentation of labor. *ACOG Technical Bulletin* 1995; 218.
21. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Dystocia: abnormal labor. In: *Williams obstetrics*. 22 ed. New York: McGraw-Hill, 2005. p. 495-524.
22. Friedman EA. Dysfunctional labor. In: Quilligan EJ. *Current therapy in obstetric and gynecology*. Philadelphia: Saunders, 1980. p. 15-38.
23. Passini Jr R. Parto: fenômenos maternos. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2005. p. 157-65.
24. Ministério da Saúde. Número e proporção de nascidos vivos por tipo de parto cesáreo, segundo Regiões e Estado de Residência da Mãe em 2002. [serial on line] 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_cesareo_sinasc.pdf.

Endereço para correspondência:

Joyce Carolina Silva dos Anjos

Endereço: Av. FAB, nº 1862. Apt 02.

Bairro: Centro Macapá/AP CEP: 68900-073

Tel: (96) 8109-2022

E-mail: joyceoceano@gmail.com

Recebido em 28.05.2014 – Aprovado em 23.07.2014