



PRÉ-NATAL NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Pâmella Pluta², Cátia Cristiane Matte Dezordi³, Luciane Ritter Silva Possamai⁴, Júlia Nunes Mallmann⁵, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁶

¹Relato de experiência desenvolvido na disciplina de Estágio em Enfermagem I da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

²Enfermeira. Residente em Saúde da Família. E-mail: pamella.pluta@sou.unijui.edu.br.

³Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUI. Professora Orientadora e Supervisora da disciplina de Estágio em Enfermagem I. E-mail: catia.matte@unijui.edu.br

⁴Enfermeira. Atua em uma Estratégia de Saúde da Família. E-mail: lucianeritter.enf@gmail.com

⁵Médica. Mestre em Saúde da Família. Atua em uma Estratégia de Saúde da Família. E-mail: julianmallmann@gmail.com

⁶Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUI. Professora Orientadora e Supervisora da disciplina de Estágio em Enfermagem I. E-mail: adriane.bernat@unijui.edu.br

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para os usuários, buscando oferecer um cuidado longitudinal e integral. Além disso, no pré-natal realizado na APS é necessário uma assistência qualificada e multidisciplinar, a fim de detectar e intervir precocemente nas situações de risco. **Objetivo:** descrever a experiência do atendimento a uma gestante de alto risco e demonstrar o cuidado integral e longitudinal na APS. **Resultado:** durante estágio curricular foi acompanhado de maneira multidisciplinar um pré-natal de gestante faltosa que evoluiu para pré-natal de alto risco devido à pré-eclâmpsia. Foram desenvolvidas estratégias através de materiais educativos a fim de melhorar a adesão e qualificar a assistência pré-natal. **Conclusão:** Neste trabalho foi possível aprofundar o conhecimento da estudante em relação às rotinas do pré-natal e também referente às patologias apresentadas na gestação de alto risco, como a pré-eclâmpsia, além da criação dos materiais educativos.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. Visto que é um local estratégico capaz de melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e integral, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2013).

Sendo assim, o pré-natal se caracteriza-se como uma estratégia fundamental para uma assistência adequada, a fim de detectar e intervir precocemente nas situações de risco, além de qualificar a assistência ao parto. Estes são determinantes dos indicadores de saúde



relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (NOVA LIMA, 2020). Nesse sentido, as síndromes hipertensivas são a intercorrência clínica mais comum da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo (BRASIL, 2022).

Quando se trata de gestações de alto risco é necessário suporte do território a qual a gestante pertence, cuidados da equipe de saúde especializada e multiprofissional e eventualmente serviço de referência secundário ou terciário. Porém, o pré-natal, ainda que compartilhado com outros serviços de saúde, deve continuar a ser ofertado pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de consultas da equipe multiprofissional e de visitas domiciliares, o que garante a responsabilidade sobre o cuidado para com a gestante e a continuidade da assistência (BRASIL, 2022).

Além do mais, o atendimento multiprofissional na APS permite um olhar diferenciado ao cuidado materno-infantil, visa a integralidade e melhora da resolutividade (NOVA LIMA, 2020). O pré-natal qualificado e iniciado em tempo oportuno tem sido destaque no que diz respeito aos indicadores de desempenho da APS, a fim de atender os atributos essenciais e derivados (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), necessitando de estratégias para seu alcance (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b).

A partir deste contexto, o objetivo deste estudo é descrever a experiência do atendimento a uma gestante de alto risco e demonstrar o cuidado integral e longitudinal e multidisciplinar na APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, que pautou-se na vivência da prática acadêmica do Estágio Supervisionado Curricular I do 9º semestre de Enfermagem, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) em uma ESF, de maio a julho de 2022.

Nesse sentido, durante o período prático os estudantes foram instigados a relatar experiências que despertassem seu interesse e buscar aprofundar o conhecimento nas patologias, processos e cuidados presenciados.



RESULTADOS

Durante o estágio foi possível vivenciar a rotina da APS, um dos atendimentos mais realizados foi o acompanhamento do pré-natal, na unidade em que foi desenvolvido o estágio, uma realidade era o grande número de gestantes de alto risco.

Nesse sentido optou-se por descrever o acompanhamento a uma das gestantes de alto risco, sendo esta primigesta, com 20 anos, possuía ensino médio incompleto, tendo interrompido este devido a gestação, residia com a família do parceiro e o casal não havia planejado a gestação.

Com 4 semanas e 6 dias, apresentou sangramento intenso, sendo examinada na unidade e solicitado ecografia transvaginal para avaliação, esta confirmou a gestação em andamento sendo sugerido acompanhamento com mais ecografias. Os demais exames do 1º trimestre evidenciaram uma infecção urinária, a mesma realizou tratamento conforme protocolo municipal. Possuía no início do pré-natal pressão arterial de 90/60 mmHg, peso de 51,400Kg, estatura de 1,66 metro e IMC de 18,65 Kg/m², abaixo do peso ideal .

Nas próximas duas consultas a gestante não compareceu, quando retornou, não havia realizado os exames solicitados, estes foram solicitados novamente e se iniciou o esquema das vacinas em atraso, 3 doses de Hepatite B, uma dose de dT e dose reforço da COVID-19. Apresentou segundo sangramento, com 14 semanas e 4 dias, foi à maternidade, sendo orientada a realizar repouso e a utilizar progesterona via vaginal, dando continuidade no pré-natal normalmente

Com 22 semanas e 6 dias a gestante veio para acompanhamento do pré-natal sem queixas, porém a mesma não havia realizado os exames de rotinas solicitados em consulta anterior. Conforme protocolo municipal a gestante deveria realizar exame qualitativo de urina e urocultura mensal devido quadro de infecção urinária anterior e também teste de COOMBS indireto devido tipagem sanguínea discordante do casal, estes foram solicitados novamente, sendo enfatizado a importância da sua realização.

Na próxima consulta, já com 31 semanas e 1 dia, a gestante referiu contrações, dor abdominal e escotomas mais de duas vezes. Apresentava os seguintes sinais vitais batimentos cardíacos fetais de 150bpm, altura uterina de 33 centímetros, pressão arterial de 130/100 mmHg, temperatura de 36.5 °C, peso de 71.800 Kg, frequência cardíaca de 102 bpm e



saturação de 98%. Neste momento, ela foi encaminhada novamente à maternidade para avaliação devido a suspeita de pré-eclâmpsia. Questionou-se sobre histórico familiar e a mesma referiu que a mãe teve pré-eclâmpsia e alterações de pressão arterial em uma gravidez, alterou-se assim a classificação de gravidez de risco habitual para gravidez de alto risco e a gestante foi encaminhada também para consulta com nutricionista visto que teve aumento de 20 kg durante gravidez e havia realizado somente uma consulta nutricional.

Na maternidade a paciente foi testada para COVID-19 e teve resultado positivo, iniciou uso de metildopa 250mg, três vezes ao dia, sendo liberada após exame de proteinúria sem alterações para isolamento. Devido ao caso a unidade de saúde entrou em contato via telefone para verificar o estado da paciente, a mesma referiu estar melhor, com movimentos fetais presentes e sem dinâmica uterina.

Com 37 semanas, acompanhada do parceiro, a gestante retornou para consulta novamente relatando estar com contrações, sem dor, negando perdas vaginais, com pressão arterial de 130/90 mmHg em ambos os membros superiores, com peso de 77,500 kg, aumento de 26 kg do início do pré-natal, sem edema, com altura uterina de 31cm, batimentos fetais de 140bpm, e colo com 2 centímetros de dilatação, com apresentação cefálico. Sendo orientada a retornar semanalmente devido a idade gestacional, solicitado para realizar controle diário da pressão arterial na unidade, além disso foi entregue um folder sobre aumento da pressão arterial na gestação com tabela de controle e um plano de parto para o casal construir e levar na maternidade no momento do parto.

No dia seguinte gestante acessa unidade para controle de pressão, com parceiro, tendo valor de 130/100 após 3 aferições, com edema em mãos e membros inferiores, a mesma foi encaminhada novamente à maternidade referência, tendo parto vaginal induzido para segurança da mãe e do bebê, visto que exame de proteinúria, mostrou-se alterado.

Diante deste acompanhamento pode-se instigar a estudante a procurar alternativas para uma melhor adesão ao pré-natal, no quesito rotinas e controle da pressão arterial na gestação. Sendo assim elaborou-se um plano de orientações à gestante- “Rotinas do pré-natal”, que aborda sobre: periodicidade das consultas, avaliações que devem ser feitas em cada atendimento, principais sintomas, exames necessários e tempo oportuno para realizá-los e principais orientações, medicações em uso e um espaço extra para anotações individualizadas.



Visando fazer com que a gestante compreenda e empodere-se da sua gestação e das rotinas do pré-natal. Também foram desenvolvidos um folder de orientações sobre aumento da pressão arterial na gestação com ficha de controle e um plano de parto, todos os materiais ficaram disponíveis para a equipe utilizar com as demais gestantes.

DISCUSSÃO

O pré-natal tem como objetivo garantir o desenvolvimento e acompanhamento adequado da gestação, contribui para o parto de um recém-nascido saudável, não causando complicações para mãe e abordando a gestante de forma holística (BRASIL, 2013). Apesar dos avanços no pré-natal, ainda é elevada a incidência de mulheres que morrem como resultado de complicações que ocorrem durante ou depois da gestação e do parto, sendo a maior parte delas evitáveis. As complicações como hipertensão arterial sistêmica (pré-eclampsia e eclampsia), atualmente são a maior causa de morbimortalidade materna no Brasil, o que evidencia lacunas no cuidado à gestante (OMS, 2020; BRASIL, 2013).

A organização dos processos de atenção durante o pré-natal, que inclui a estratificação de risco obstétrico, é um dos fatores determinantes para a redução da mortalidade materna. Essa iniciativa deve estar organizada a partir de um pensamento sistêmico que busca, acima de tudo, a colaboração entre todos os envolvidos no cuidado à saúde dos binômios. Nesse sentido, a estratificação de risco gestacional busca que cada gestante receba o cuidado necessário às suas demandas, por equipes com nível de especialização e de qualificação apropriados (BRASIL, 2022).

Em relação às patologias, a infecção do trato urinário (ITU) na gravidez é uma intercorrência muito comum, acometendo cerca de 10%-12% das gestantes. a principal complicação ao recém-nascido relacionada à ITU gestacional é a prematuridade, a corioamnionite, baixo peso ao nascer, internação dos recém-nascidos e óbito fetal. As mulheres entre a faixa etária 18-34 anos, com baixa renda e pouca escolaridade são as que mais apresentam casos de ITU gestacional, conseqüentemente é a população materna que mais apresenta complicações nos RNs (BRASIL, 2022; OLIVEIRA, 2021). A Bacteriúria assintomática, que foi vista neste estudo de caso, é diagnosticada durante a rotina de exames



laboratoriais do pré-natal. Na gravidez sempre deve ser tratada, caso contrário, em cerca de 30% dos casos haverá progressão para cistite ou pielonefrite (BRASIL, 2022).

Junto a isto, o número de casos da covid-19 em gestantes e puérperas foi extremamente elevado no Brasil, de modo que, até outubro de 2021, haviam sido contabilizados 1.901 casos de mortes de gestantes ou puérperas. Gestantes que possuem comorbidades associadas como distúrbios hipertensivos e obesidade tendem a evoluir para um agravamento de sinais e sintomas, podendo levar à comorbidades relacionadas à insuficiência placentária. Assim, os desfechos gestacionais são positivos, o prognóstico de feto e gestante geralmente são bons, desde que sejam acompanhados de forma rigorosa e correta, com acompanhamento adequado de pré-natal, e que se faça uso da imunização que já está disponível para as gestantes, esta pode ser aplicada em qualquer trimestre da gravidez e tem-se mostrado eficaz na redução da gravidade (BRASIL, 2022; REIS, RIBEIRO, 2022).

Somado a isto, as alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo (BRASIL, 2013, 2022).

Hipertensão gestacional é caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão) (BRASIL, 2013, 2022; RBEHG, 2020). O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 20ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos (BRASIL, 2013, 2022; RBEHG, 2020).

Já a Pré-eclâmpsia se caracteriza pelo aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte



dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico (RBEHG, 2020).

Além do mais, o acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana, visto que, ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de pré-eclâmpsia (BRASIL, 2013).

Assim, agrupa-se os fatores de risco para o desenvolvimento de pré eclâmpsia em moderados ou altos, sendo eles: História de pré-eclâmpsia; Gestação múltipla; Obesidade (IMC > 30); Hipertensão arterial crônica; Diabetes tipo 1 ou 2; Doença renal; Doenças autoimunes, risco alto e Primeira gestação; História familiar de pré-eclâmpsia (Mãe e/ou irmãs); Etnia afrodescendente; Idade \geq 35 anos; História pessoal de baixo peso ao nascer; Gravidez prévia com desfecho adverso; Intervalo > 10 anos desde a última gestação de risco moderado (RBEHG, 2020).

A partir dessa estratificação, mulheres que apresentam pelo menos um fator de risco alto ou dois ou mais fatores de risco moderados deverão receber a profilaxia para pré-eclâmpsia recomendada. Neste caso clínico a gestante possui dois fatores de risco moderado, primeira gestação e história familiar de pré-eclâmpsia (RBEHG, 2020).

Estudos apontam que os benefícios no profilático do ASS são enormes, como a diminuição de parto prematuro, diminuição de crescimento fetal restrito, diminuição de tempo na UTI, diminuição de mortalidade materna, além de várias outras comorbidades materno-fetais. Além disso, estudos já trazem que a profilaxia universal pode, além dos benefícios para mãe/bebe, diminuir os custos com o tratamento de complicações. O AAS deve ser administrado o mais precocemente possível e durante a noite, em torno de 12 semanas, ainda que não exista nenhum risco associado, caso seja iniciado antes disso, podendo ser suspenso em torno de 36ª semana para renovação de plaquetas (NUNES, et al, 2021; RBEHG, 2020).

Soma-se a este a suplementação de cálcio, já bem consolidada no que concerne à prevenção de pré-eclâmpsia e redução de complicações, sendo amplamente recomendadas, esta deve ser indicada em populações com baixa ingestão diária de cálcio, cerca de 1,5–2,0 g



de cálcio elementar oral, para reduzir o risco de pré-eclâmpsia. (OMS, 2011; OMS, 2016; Hofmeyr, 2018).

Por fim, em relação ao parto deve-se proporcionar a via mais segura. Embora a cesariana nesse cenário seja frequentemente praticada, a parturição via vaginal é preferível, com a intenção de não agregar potenciais riscos cirúrgicos. Nessa direção, a indução do parto pode ser praticada, se a vitalidade fetal estiver preservada e a situação materna permitir (BRASIL, 2022).

Por fim, há uma associação forte entre a assistência pré-natal desenvolvida no nível primário de atenção e o desempenho nos indicadores de morbimortalidade materna, o que justifica que gestores estejam cada vez mais atentos a estes parâmetros (COSTA, et al, 2021). Mesmo com os avanços no pré-natal, redução importante da mortalidade materna no Brasil nas últimas décadas, ainda é necessária atenção, em especial a gestação de alto risco, de forma a garantir uma gravidez saudável e um parto seguro (SILVA, et al, 2018)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho foi possível aprofundar o conhecimento da estudante em relação às rotinas do pré-natal e também referente às patologias apresentadas na gestação de alto risco, como a pré-eclâmpsia. Destaca-se a importância para a estudante no que diz respeito à criar materiais para auxiliar no pré-natal, na adesão e qualificação, para identificação precoce de riscos, bem como prevenção e promoção da saúde do binômio.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Gravidez.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à toda Equipe de Saúde da Família onde este estágio foi desenvolvido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:



https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019 a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 23 junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em 23 junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) . Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

COSTA, M. de F. B.; et al. Contributions of prenatal care in Primary Health Care in Brazil to prevent maternal mortality: An integrative review from 2015 to 2019. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e52810313207, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13207. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13207>. Acesso em: 27 jun. 2022.

HOFMEYR, G.; et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD001059.pub5 Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/edsr/doi/10.1002/14651858.CD001059.pub5/epdf/abstract>

IJUÍ. Protocolo da Atenção Básica: Pré-Natal e Puerpério. Ijuí/RS, 06 de julho de 2020. Disponível em: <https://classroom.google.com/c/Mjc5Mjg0ODkzMTgz/m/Mjk1ODYwNDgzNjYw/details>

NOVA LIMA. Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco. Nova Lima Junho/2020. Disponível em: <https://novalima.mg.gov.br/uploads/arquivos/1591812564DpzvHpBOEg.pdf>

OLIVEIRA L. P.; et al. Infecção urinária na gestação e as repercussões ao recém-nascido: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 11, p. e7612, 30 maio 2021. <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/7612>



RBEHG-Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia – Protocolo no. 01 - Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2020 Disponível em:
https://sogirgs.org.br/pdfs/pre_eclampsia_eclampsia_protocolo_rbehg_2020.pdf

REIS, A. G. F.; RIBEIRO, K. S. C. Desfechos da gestação frente à contaminação por COVID-19: uma revisão sistemática . Health Residencies Journal - HRJ, [S. l.], v. 3, n. 15, p. 414–430, 2022. DOI: 10.51723/hrj.v3i15.459. Disponível em:
<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/459> . Acesso em: 27 jun. 2022.

SILVA, J. R.; et al. INDICADORES DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 109–116, 2018. DOI: 10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n2.31252. Disponível em:
<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/31252>. Acesso em: 27 jun. 2022.