

## A IMPORTÂNCIA E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DA NÃO REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*Karina Araújo Mendes<sup>1</sup>*

*Mithally Suanne Ribeiro Rocha<sup>2</sup>*

*Suzana Martins<sup>3</sup>*

**RESUMO: Introdução:** O pré-natal tem por objetivos promover a saúde materno-fetal, buscar situações que coloque a vida dos mesmos em risco e tratar possíveis patologias ou intercorrências o mais precoce possível. Essas medidas vão refletir nos desfechos da clínica da paciente, na gestação e no puerpério. **Metodologia:** Experiência com embasamento no Arco de Maguerez, com base teórica na Metodologia da Problematização, fundamentado na assistência de uma família que foi acompanhada durante o semestre 2018/1 na disciplina do PINESF VII e em artigos pesquisados em bases de dados científicas. **Discussão:** O preconizado pelo Ministério da Saúde é que se inicie o pré-natal precocemente, no primeiro trimestre, no mínimo seis consultas, realizar exames obstétricos, laboratoriais, e outros. O PHPN estabelece às gestantes orientações quanto à suplementação, amamentação e vacinas. **Conclusão:** O acompanhamento rigoroso do pré-natal propicia benefícios materno-fetais, previne complicações no parto e puerpério, preserva a saúde de ambos e evitam-se os óbitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão na gestação. Pré-eclâmpsia. Pré-natal. Atenção básica.

### 1 INTRODUÇÃO

O pré-natal tem por objetivos promover a saúde tanto materna quanto do feto, buscar situações que coloque a vida dos mesmos em risco e tratar possíveis patologias ou intercorrências o mais precoce possível. Essas medidas vão refletir nos desfechos da clínica da paciente, na gestação e no puerpério. (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014)

O acesso ao pré-natal no Brasil elevou-se após o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, com cobertura da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aos recém-natos. (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014)

Apesar da diminuição das mulheres que não realizaram o pré-natal de 14% em 2000 para 2,7% em 2006, é comum a sua não realização. No entanto alguns riscos são atribuídos às gestantes devido a não acompanhamento pré-natal. (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014)

---

<sup>1</sup> E-mail: kamfleury@hotmail.com.

<sup>2</sup> E-mail: mithally\_suane@hotmail.com.

<sup>3</sup> E-mail: suzanaunifan@hotmail.com.

O Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo a busca pela melhoria da saúde das gestantes e dos seus filhos através assistência pré-natal e pelo amparo no puerpério. O programa Rede Cegonha tem como propósito a atenção à mulher gestante e no pós-parto através de procedimentos de promoção à saúde, ações de prevenção e tratamento das devidas patologias, incluindo a hipertensão na gestação (TOMASI, 2017).

A Doença hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é considerada uma síndrome que ocorre no final do 2º trimestre da gestação, persiste durante toda a gravidez e sendo determinada por hipertensão arterial sistêmica (HAS) e proteinúria (COZENDEY *et al.*, 2015).

Em países subdesenvolvidos as taxas de gestantes com DHEG é de cerca de duas a três vezes maiores do que em países desenvolvidos. Em relação ao Brasil, o percentual foi de 14,5% na Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) (COZENDEY *et al.*, 2015).

A principal causa de morte materna no Brasil é a hipertensão na gestação. Em todas as regiões o primeiro lugar é ocupado pela hipertensão, com valores respectivos de 35% de 140-160 mortes maternas/100.000 nascidos vivos. A mortalidade perinatal é de 150/1000 partos, quando associados os quadros de sofrimento fetal, crescimento fetal restrito e prematuridade, a hipertensão é considerada a maior causa de morte fetal ou do recém-nascido (COZENDEY *et al.*, 2015).

O objetivo desse trabalho foi ressaltar a importância do pré-natal na unidade básica de saúde, prejuízos da sua não realização e detecção precoce das possíveis complicações como hipertensão na gestação.

## **2 METODOLOGIA**

Neste estudo apresentaremos uma experiência com embasamento no Arco de Maguerez, que possui uma base teórica no propósito da Metodologia Ativa - Metodologia da Problematização, fundamentado na assistência de uma família que foi acompanhada durante o semestre 2018/1 na disciplina do PINESF VII e em artigos pesquisados em bases de dados científicas.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **Etapa 1 - Observação da realidade**

Durante a disciplina do PINESF VII na cidade de Aparecida de Goiânia, acompanhamos uma família ao longo do semestre. Foi uma busca ativa de alguma família para “adotarmos” e acompanhar ao longo dessas semanas de fevereiro a maio de 2018. Fizemos algumas visitas domiciliares juntamente com a agente de saúde Juliana, e por fim decidimos escolher a família em questão.

Na casa em que residem moram ao total seis pessoas, casa própria, há 14 anos, e localizado na frente da residência, a ferragista onde eles trabalham em sociedade. A família é composta pelos seguintes membros: D.C.S. 27anos, H.P.O. 30 anos, H.G.P. 1 ano e 10 meses, H.P. 33 anos, E.S.P. 65 anos e J.P.S. 76 anos. Vale ressaltar que D.C.S. está gestante de 26 semanas, teve DHEG na gravidez do primeiro filho havendo recorrência na segunda gestação. Não havendo o acompanhamento correto do pré-natal, D.C.S. se automedicou ao comprar Metildopa sem orientação prévia do médico da UBS mais próxima do setor que reside.

Além da questão do não acompanhamento correto do pré-natal e da automedicação, D.C.S. está na segunda gestação por não ser orientada durante as consultas medicas sobre planejamento familiar, métodos contraceptivos ou por questões financeiras.

Outros pontos observados na família são o cunhado de D.C.S. que é um paciente psiquiátrico diagnosticado com autismo, que recebe assistência médica especializada; sempre que é preciso a família consulta na UBS Jardim Tiradentes e solicita fraldas geriátricas para o mesmo. A questão a ser constatada é que pela instabilidade de humor, afeto e comportamento não tem bom convívio com a família. Vive recluso no quarto, não é deixado sozinho com o sobrinho H.G.P e responde bem às ordens do irmão, porém, este nem sempre está presente no convívio familiar devido à sua atividade que exige viagens de longas distâncias dificultando ainda mais o domínio para determinados cuidados com a enfermidade psiquiátrica.

O que foi uma das queixas relatadas por D.C.S. e que também observamos, é que H.P.O é obeso, tem maus hábitos alimentares, não pratica nenhuma atividade física e enfrenta problemas com a ansiedade; além de H.G.P com baixo peso para a idade.

#### **Etapa 2 Pontos-chave**

O problema levantado na família que acompanhamos foi evidenciado através das visitas semanais e com a visualização do contexto e assim fizemos um recorte de algumas comorbidades existentes em alguns membros.

O que, por sensibilidade pelo caso, refletimos sobre a relevância do papel do profissional de saúde no planejamento familiar, aderência dos pacientes aos programas de saúde destinados à população apresentados pela atenção primária de saúde e também sobre o papel do médico de família e comunidade.

Durante o período de observação conhecendo a realidade e dia a dia da família, ficou explícito as dificuldades, principalmente com o cuidado com um familiar autista que há anos vive sem convívio social e convívio familiar restrito, isto devido à grande instabilidade comportamental e impossibilidade de controle pelos familiares que o acompanham em seu dia a dia em casa. A preocupação com medicamentos e itens de higiene exigidos pela sua situação de descontrole esfinteriano fica por conta de sua mãe e cunhada.

Deparamo-nos com várias comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, hipertensão gestacional, a não realização do pré-natal, desnutrição, retardo no crescimento infantil, autismo e obesidade.

Para esta família que acompanhamos, existem programas disponibilizados pelo SUS conforme suas comorbidades. São eles o PHPN, Rede cegonha, Programa peso saudável, Rede de atenção psicossocial (RAPS), Política Nacional de alimentação e nutrição (PNAM).

### **Etapa 3 - Teorização Baseados nos pontos-chave**

O preconizado pelo Ministério da Saúde é que se inicie o pré-natal o quanto antes possível, ainda no primeiro trimestre, no mínimo seis consultas, a realização de exames obstétricos, laboratoriais, entre outros. De acordo com o PHPN, são estabelecidos às gestantes orientações quanto à suplementação, amamentação, vacinas, entre outros (NUNES *et al.*, 2015).

Iniciar o pré-natal precocemente é favorável, pois permite que a gestante tenha acesso ao número preconizado de consultas, realizam também intervenções necessárias e evita possíveis complicações (NUNES *et al.*, 2015).

É indicado um cuidado especial à gestante hipertensa com dieta, repouso e tratamento medicamentoso quando necessário. Quando realizado corretamente, a intervenção no pré-natal na gestante hipertensa evita complicações e mortes das mesmas. Induzir o parto a partir da 37ª semana promove desfechos favoráveis as pacientes com HG e PE, reduzindo a ocorrência de edema pulmonar, síndrome HELLP e tromboembolismo (VETTORE, 2011).

Estudos revelam a prevenção de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (PE) se a gestante for suplementada com cálcio no pré-natal, principalmente quando se trata de uma gestação de alto risco. Algumas formas de prevenção que podem reduzir a mortalidade da gestante

hipertensa e que ainda estão em estudo é a prescrição de vitamina A e E, baixas doses de aspirina e detecção precoce da proteinúria (VETTORE, 2011).

A definição de hipertensão arterial (HA) na gestante é de uma pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg, sendo confirmada com outra aferição num intervalo de 4 horas e com a gestante em decúbito lateral de preferência (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em se tratando da PE, ela é definida com HA após as 20 semanas de gestação juntamente com a proteinúria significativa detectada pelos exames laboratoriais. Caso a proteinúria significativa esteja ausente, diagnostica-se a PE através dos seguintes achados: aumento das enzimas hepáticas (dobro do normal), visão turva, cefaleia, dor abdominal, comprometimento da função renal (aumento da creatinina), plaquetopenia (inferior a  $100.000/\text{mm}^3$ ), edema pulmonar, distúrbios cerebrais, convulsão ou escotomas. Define-se eclâmpsia quando a gestante com PE apresentar convulsões (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Caso a gestante tenha recebido o diagnóstico de HA antes da gestação, ou antes, da 20ª semana, ela, portanto se enquadra em um quadro típico de HA crônica. Pode ser que ocorra uma sobreposição de PE (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Algumas condições clínicas tornam o risco de PE alto. Consideram-se PE grave as situações seguintes: PAS  $\geq 160$  mmHg ou PAD  $\geq 110$  mmHg, aumento da TGP duas vezes acima do valor de referência, plaquetopenia, dor no hipocôndrio direito ou dor epigástrica, edema pulmonar, sintomas visuais, sintomas cerebrais, injúria renal aguda com creatinina maior do que 1,1 mg/dl ou o dobro do valor basal (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Associa-se a hipertensão na gravidez com a elevação da incidência de descolamento prematuro da placenta, hemorragias cerebrais e morte do feto intraútero. As complicações da hipertensão e da PE que podem vir a piorar o quadro são o aparecimento da síndrome HELLP e da eclâmpsia, já citada acima (MONTEIRO, 2017).

Outros desfechos perinatais consequentes à hipertensão gestacional determinam um maior número de internações em UTIs neonatais, maior uso de surfactante pulmonar devido à patologia da membrana hialina, além do óbito do feto (MONTEIRO, 2017).

Foram alavancadas algumas explicações à não realização do pré-natal como o acesso as unidades de saúde devido a distância, idade materna, fatores socioeconômicos, devido a qualidade do serviço prestado, não conviver com o parceiro, abuso do álcool e drogas, não aceitar a gravidez, a falta de apoio da própria família (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

É possível reduzir a morbimortalidade materno-infantil através do pré-natal bem feito e de qualidade, pois, através dele é possível apontar às gestantes qualquer risco detectado, em

que o médico faz as orientações e encaminhamentos que se fizerem necessário. No ano de 2014 ocorreram 10.446 óbitos neonatais e infantis que são evitáveis referentes à atenção inadequada à gestante (TOMASI, 2017).

AS DHEG são consideradas um problema de saúde pública, destacando-se a realização de estratégias voltadas para o diagnóstico certo, a facilidade ao acesso as consultas médicas, o controle da pressão arterial e o seguimento do tratamento correto (AMADEI; MERINO, 2009).

Quando se trata de uma gestante com HAS, é preciso uma atenção maior em relação a alguns quesitos como: a realização de um pré-natal rigoroso com exames laboratoriais de suma importância, avaliar o feto cuidadosamente devido o maior risco de danos à mãe e ao feto. A realização correta do pré-natal é realizada nas Unidades Básicas de Saúde e preserva a vida da gestante e do feto (AMADEI; MERINO, 2009).

Em se tratando da DHEG, ela é composta por uma tríade conhecida pelos seguintes sinais: HAS, edema e proteinúria (SILVA, 2015).

As síndromes hipertensivas da gravidez podem ser classificadas em: pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, hipertensão gestacional (sem proteinúria) (BRASIL, 2012).

Muitas são as vantagens em se realizar o pré-natal, principalmente na diminuição dos dados relacionados à mortalidade materna e infantil. Caso não o realizem, os prejuízos ao feto são prematuridade, pré-termo, baixo peso ao nascer, retardo do crescimento intrauterino e para a mãe acarretará em óbito (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Estudos mostram mulheres com fatores de risco para a não realização do pré-natal ou que tenham realizado uma menor quantidade de consultas na gestação nas quais identificaram: baixa escolaridade materna, mulheres solteiras que não são casadas com o pai da criança levando a ausência do pai (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

#### **Etapa 4 - Hipótese de solução**

Chegamos ao momento de propor hipóteses de soluções aos problemas encontrados, para tanto apresentamos os programas criados pelo Ministério da Saúde disponibilizados pelo SUS através da atenção primária de saúde.

Além de frequentar os programas oferecidos, existe a importância do trabalho e acompanhamento feito através do Médico de família e comunidade que estará atento sobre os aspectos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, com foco em minimizar a evolução das doenças e complicações.

## **Etapa 5 - Aplicação à realidade**

Como solução ou tentativa de solução e ajuda, orientamos cada um conforme a sua comorbidade, direcionando a gestante ao acompanhamento de pré-natal para principalmente controle da hipertensão gestacional que exige cuidados a fim de não se tornar uma gravidez de alto risco causando prejuízo a ela própria e ao bebê.

Sobre obesidade fornecemos orientações e informações sobre alimentação balanceada, à prática diária de atividade física com intuito de ajuda na redução de peso, e também a diminuição do risco de doenças cardiovasculares que tem a obesidade como um dos fatores de risco.

A orientação foi feita quanto a necessidade da manutenção e acompanhamento do paciente psiquiátrico, tratamento medicamentoso para controle do comportamento permitindo maior tempo no convívio familiar, diminuído e tempo de reclusão em seu dormitório. Orienta-se também a realização de alguma tarefa como forma de terapia auxiliar para o convívio familiar.

Encaminhamento e a apresentação ao programa de crescimento e desenvolvimento e o PNAM existente na própria UBS, ressaltando a importância deste acompanhamento para a criança, permitindo não só um melhor desenvolvimento físico/psíquico como também motor e cognitivo.

A importância da dieta pobre em sódio diante de uma realidade de hipertensão arterial, com ênfase na existência do fator de risco genético, para aqueles que ainda não desenvolveram a doença; é de extrema importância agir de forma preventiva minimizando os riscos de desenvolvê-la.

## **4 CONCLUSÕES**

O acompanhamento rigoroso do pré-natal propicia benefícios maternos e fetais, previne complicações no parto e no puerpério, preserva a saúde de ambos e evitam-se os óbitos.

Vale destacar a dimensão dos efeitos positivos materno-infantis em relação ao pré-natal adequado, por exemplo, quando se faz o diagnóstico precoce de patologias como a hipertensão na gestação.

Muitas gestantes se deparam com fatores que impedem a assiduidade ao pré-natal, e conseqüentemente pode gerar danos irreversíveis ao curso da gravidez.

A atenção primária de saúde através das unidades básicas de saúde serão os locais que as gestantes devem procurar atendimento para a assistência e orientação médica sobre as suas reais necessidades enquanto gestantes. Assim como atendimentos para obesidade, transtornos psiquiátricos e desenvolvimento infantil.

## REFERÊNCIAS

- AMADEI, Janete Lane; MERINO, Caroline Guelfe. **Hipertensão arterial e fatores de risco em gestantes**, 2009.
- BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- COZENDEY, Aline Guedes *et al.* Análise Clínica e Epidemiológica da Doença Hipertensiva Específica da Gestação. **Revista Científica da FMC**, v. 10, n. 2, dez. 2015.
- MONTEIRO, Anna Louise Stellfeld *et al.* **Avaliação Epidemiológica de Gestantes**. 2017.
- NUNES, Juliana Teixeira *et al.* **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil**: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015, 2015.
- ROSA, Cristiane Quadrado; SILVEIRA, Denise Silva; COSTA, Juvenal Soares Dias. **Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte**, 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3, Supl. 3, Set. 2016.
- TOMASI, Elaine *et al.* **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil**: indicadores e desigualdades sociais, 2017.
- VETTORE, Marcelo Vianna *et al.* **Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil**, 2011.