



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

## Socioeconomic conditions, gestacional risk and importance of relationship between obstetrician and high risk pregnant women

Condições socioeconômicas, risco gestacional e importância da relação entre pré-natalista e gestantes de alto risco

Condiciones socioeconómicas, riesgo gestacional e importancia de relación entre prenatalista y gestantes de alto riesgo

Bruna Teixeira dos Santos<sup>1</sup>, Bruna Karoline Santos Melo Monteiro<sup>2</sup>, José Gilmar Costa Santos<sup>3</sup>, Renata Sousa de Santana Silva<sup>4</sup>, Lígia Mara Dolce de Lemos<sup>5</sup>, Júlia Maria Gonçalves Dias<sup>6</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** characterize the socioeconomic profile of high-risk pregnancy treated at prenatal clinic in the city of Aracaju, Sergipe, and compare it with the control group. **Methodology:** observational, prospective and controlled study, held in the period of January-March 2014. The high risk patients were coming from the Center for Integrated Health Care for Women and the low risk group was coming from the Family Health Units. The survey obtained an N of 200 patients who responded to a structured questionnaire. This research complied with the ethical norms of Resolution 466/2012 of the National Health Council, and the research project was submitted and approved by the Ethics Committee of the Federal University of Sergipe under the number of the Certificate of Presentation for Ethical Assessment 26764814.6.0000.5546. **Results:** statistical analysis showed significant association between gestational risk and chronic disease before pregnancy (74%), prenatal doctor did not take questions about pregnancy risk (57.44%) and poor housing conditions (81%). **Conclusion:** risk pregnancy occurred more frequently in women with a previous history of chronic disease and was not informed about their risks gravidic and who had bad housing conditions.

**Descriptors:** Prenatal Care. Pregnancy, High-Risk. Socioeconomic Factors. Health Personnel.

### RESUMO

**Objetivo:** caracterizar o perfil socioeconômico das gestantes de alto risco atendidas em serviço pré-natal na cidade de Aracaju, Sergipe, e compará-lo com grupo de gestantes de baixo risco. **Metodologia:** estudo observacional, prospectivo e controlado, realizado no período de janeiro a março de 2014. As pacientes de alto risco foram oriundas do Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher e as do grupo de baixo risco foram oriundas de Unidades de Saúde da Família. A pesquisa obteve um N de 200 pacientes que responderam a um questionário estruturado. Esta pesquisa atendeu às normas éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 26764814.6.0000.5546. **Resultados:** a análise estatística mostrou associação significativa entre risco gestacional e doença crônica anterior à gestação (74%), pré-natalista não tirou dúvidas sobre o risco gravídico (57,44%) e condições de moradia ruim (81%). **Conclusão:** risco gravídico ocorreu com maior frequência em gestantes com história de doença crônica prévia, que não foram esclarecidas sobre seus riscos gravídicos e que possuíam condições de moradia ruins.

**Descritores:** Cuidado Pré-natal. Gravidez de Alto Risco. Fatores Socioeconômicos. Pessoal de Saúde.

### RESUMÉN

**Objetivo:** caracterizar el perfil socioeconómico de las gestantes de alto riesgo atendidas en servicio prenatal en la ciudad de Aracaju, Sergipe, y compararlo con grupo control. **Metodología:** estudio observacional, prospectivo y controlado, celebrada en el periodo de enero a marzo de 2014. Las pacientes de alto riesgo fueron oriundas del Centro de Atención Integrada à Saúde da Mulher y las del grupo de bajo riesgo fueron oriundas de Unidades de Saúde da Família. La encuesta obtuvo un N de 200 pacientes que respondieron a un cuestionario estructurado. Esta investigación cumplió con las normas éticas de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud y el proyecto de investigación fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Sergipe bajo el número de Certificado de Presentación para Evaluación Ética 26764814.6.0000.5546. **Resultados:** el análisis estadístico mostró asociación significativa entre riesgo gestacional y enfermedad crónica anterior a la gestación (74%), prenatalista no aclaró dudas acerca del riesgo de gravedad (57,44%) y malas condiciones de habitación (81%). **Conclusión:** riesgo de gravedad ocurrió con más frecuencia en gestantes con historial de enfermedad crónica previa, que no fueron aclaradas sobre sus riesgos de gravedad y que poseían malas condiciones de habitación.

**Descriptores:** Atención Prenatal. Embarazo de Alto Riesgo. Factores Socioeconómicos. Personal de Salud.

<sup>1</sup>Enfermeira do Hospital da Polícia Militar do Estado de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: [brunatds@yahoo.com.br](mailto:brunatds@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: [brunakaroline2@hotmail.com](mailto:brunakaroline2@hotmail.com)

<sup>3</sup>Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: [jgilmanu@hotmail.com](mailto:jgilmanu@hotmail.com)

<sup>4</sup>Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: [resousass@hotmail.com](mailto:resousass@hotmail.com)

<sup>5</sup>Professora Assistente I do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Campus da Saúde, Departamento de Enfermagem. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: [ligiadolce@gmail.com](mailto:ligiadolce@gmail.com)

<sup>6</sup>Professora Adjunta do curso de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Campus da Saúde, Departamento de Medicina. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: [julia.dias@globocom](mailto:julia.dias@globocom)

## INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal abrange um conjunto de atividades que promovem a saúde das gestantes, do feto em formação e dos recém-nascidos, além de proporcionar o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de alterações obstétricas que venham a acontecer, ou de enfermidades previamente existentes. Por isso, é necessário que se inicie o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada para o fortalecimento da adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco<sup>(1-2)</sup>.

O sucesso do pré-natal dependerá da atuação do profissional pré-natalista, que deve ser competente para orientar a gestante. A ausência de assistência pré-natal, por si só, é um fator de risco à gestante e ao recém-nascido<sup>(3-4)</sup>. O Ministério da Saúde classifica os fatores de risco em quatro grandes grupos: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual; e as intercorrências clínicas<sup>(4)</sup>.

Para que haja uma melhor assistência às gestantes, há o interesse em estudar e traçar o perfil das mulheres assistidas, para reconhecer suas individualidades e identificar fatores de risco gestacionais<sup>(5)</sup>.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é caracterizar o perfil socioeconômico das gestantes de alto risco atendidas em serviço pré-natal na cidade de Aracaju e compará-las com gestantes de baixo risco.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo e controlado. Foram entrevistadas gestantes oriundas do ambulatório de pré-natal de alto risco do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) e gestantes do grupo de baixo risco das Unidades de Saúde da Família (USF) Manoel de Souza Pereira, USF Augusto Franco e USF Celso Daniel, no período de janeiro a março de 2014.

Utilizou-se uma amostra de conveniência representada por todas as gestantes de alto risco e grupo de baixo risco atendidas, nos locais selecionados. A amostra sofreu um pareamento de um para um. Utilizou-se um formulário com as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, com quem mora, renda familiar média, quantas pessoas residem na casa, escolaridade, cor da pele, água encanada, luz elétrica, banheiro, teto forrado, esgoto, residência própria, ocupação do companheiro, meio de transporte usado. Dados gestacionais: uso de contraceptivos, planejamento familiar, dificuldade para engravidar, idade gestacional no momento da entrevista, idade gestacional no início do pré-natal, gestações prévias, partos anteriores, número de abortos, intercorrências prévias à gestação atual. Dados do pré-natal: número de consultas, profissional responsável pelo pré-natal, se o profissional explicou as dúvidas.

A idade gestacional foi calculada a partir da Data da Última Menstruação (DUM) referida pela paciente e confirmada pelo primeiro exame de ultrassonografia realizado até a 12ª semana de gestação. O período de início do pré-natal e o número de consultas realizadas também foram colhidos pelo cartão da gestante.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do Excel e confeccionada posteriormente uma máscara do Access para utilização do software de domínio público EPI-INFO versão 7. A análise estatística foi realizada utilizando-se frequências absolutas (n) e relativas (%) para a descrição do perfil da amostra, e para as variáveis quantitativas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão). Para avaliar a associação entre as variáveis de interesse e excluir as variáveis confundidoras foi realizado teste de regressão linear com valor da significância das variáveis  $p < 0,05$ .

Esta pesquisa foi realizada atendendo às normas éticas de pesquisa com seres humanos, seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, sob protocolo CAAE 26764814.6.0000.5546.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 209 gestantes, destas, nove foram excluídas por falta de dados. Dentre as gestantes entrevistadas, 100 eram de alto risco e as outras 100 correspondiam ao grupo de baixo risco.

A faixa etária predominante das gestantes entrevistadas, em ambos os grupos, foi semelhante, variando entre 21 e 30 anos (42; 42% para gestantes de alto risco, e 41; 41% para aquelas de baixo risco). A maioria das gestantes informou morar com esposo ou companheiro em ambos os grupos, 93 (93%) no alto risco e 78 (78%) entre as de baixo risco, relatando a maioria ter união estável. Houve um predomínio de gestantes com renda baixa em ambos os grupos, 90 (90%) do alto risco e 83 (83%) do grupo de baixo risco informaram ter renda igual ou menor que dois salários mínimos. A ausência de esgoto nas residências (63; 63%) e de teto forrado (81; 81%) predominou entre as gestantes de alto risco. Metade (50; 50%) das gestantes de alto risco possuía casa própria, quantidade pouco inferior a do grupo de baixo risco (53; 53%). Além disso, 46 (46%) gestantes de alto risco e 30 (30%) de baixo risco são analfabetas ou possuem o nível fundamental (completo ou incompleto) (Tabela 1).

Quanto ao número de gestações, 62 (62%) de ambos os grupos afirmaram ter uma a duas gestações, e 92 (92%) das gestantes de alto risco e 85 (85%) das gestantes do grupo de baixo risco afirmaram ter entre zero e dois partos. Sobre o quantitativo de abortos, provocados ou não, 76 (76%) das gestantes de alto risco e 77 (77%) das gestantes do grupo de baixo risco referiram que nunca tiveram aborto prévio. Tratando-se das intercorrências com relação à saúde que existiam antes da gravidez, 35 (35%) das gestantes de alto risco e 22 (22%) das gestantes do grupo de baixo risco informaram que já possuíam intercorrências antes de engravidar.

**Tabela 1** - Distribuição da amostra de acordo com os dados sociodemográficos. Aracaju-SE, Brasil, 2014

Variável/Categoria	Alto Risco		Grupo controle	
	n	%	n	%
<b>Idade</b>				
10 a 20 anos	17	17	28	28
21 a 30 anos	42	42	41	41
31 a 40 anos	30	30	26	26
Mais de 40 anos	11	11	5	5
<b>Mora com</b>				
Amigos	1	1	2	2
Esposo/comp.	93	93	78	78
Pais	6	6	0	0
Sozinha	0	0	3	3
Parentes	0	0	17	17
<b>Renda familiar (em salário mínimo)</b>				
<1	22	22	18	18
1 a 2	68	68	65	65
3 a 4	6	6	15	15
>4	4	4	1	1
<b>Pessoas que residem na mesma casa</b>				
1 a 4	84	84	67	67
5 a 8	16	16	32	32
Mais de 8	0	0	1	1
<b>Cor da pele</b>				
Branca	19	19	18	18
Parda	57	57	57	57
Negra	24	24	24	24
Indígena	0	0	1	1
Oriental	0	0	0	0
<b>Água encanada</b>				
Não	6	6	4	4
Sim	94	94	96	96
<b>Banheiro (dentro ou fora de casa)</b>				
Não	1	1	1	1
Sim	99	99	99	99
<b>Esgotamento sanitário</b>				
Não	63	63	34	34
Sim	37	37	66	66
<b>Teto forrado</b>				
Não	81	81	70	70
Sim	19	19	30	30
<b>Luz elétrica</b>				
Não	1	1	1	1
Sim	99	99	99	99
<b>Residência própria da família</b>				
Não	50	50	47	47
Sim	50	50	53	53
<b>Companheiro trabalha</b>				
Não	6	6	6	6
Sim	90	90	85	85
Não tem companheiro	4	4	9	9
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeta	3	3	2	2
Nível fundamental	43	43	38	38
Nível médio	48	48	50	50
Nível superior	6	6	10	10
<b>Estado civil</b>				
União estável	96	96	86	86
União não estável	4	4	14	14
<b>Meio de transporte mais usado</b>				
Carro/moto	0	0	2	2
A pé	0	0	32	32
Bicicleta	1	1	1	1
Carro	24	24	15	15
Moto	12	12	5	5
Ônibus	63	63	45	45
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Além disso, 89 (89%) das gestantes de alto risco e 60 (60%) do grupo de baixo risco informaram que

eram atendidas por médicos e enfermeiros em consultas intercaladas.

Quanto à doença prévia, 26 (26%) das gestantes de alto risco e 15 (15%) do grupo de baixo risco informaram fazer o controle de alguma doença antes da gravidez. Sobre o uso de anticoncepcionais, 21 (21%) das gestantes de alto risco e 19 (19%) do grupo de baixo risco informaram que não usavam nenhum método. Mais da metade das gestantes no alto risco (55; 55%) e no grupo baixo risco (67; 67%) afirmaram não ter planejado a atual gestação (Tabela 2).

Ainda sobre o passado obstétrico (Tabela 2), a maioria das gestantes de alto risco (83; 83%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e tinha mais de quatro consultas do pré-natal (86; 86%), sendo que mais da metade (57; 57%) se encontrava no terceiro trimestre da gestação no momento da entrevista. No grupo de baixo risco, a maioria iniciou o pré-natal também no primeiro trimestre (74; 74%), mais da metade tinha mais de quatro consultas do pré-natal (51; 51%), sendo que 31 (31%) dessas gestantes se encontravam no terceiro trimestre da gestação no momento da entrevista e 3 (3%) das entrevistadas ainda não possuíam consulta de pré-natal. A maior parte das gestantes de ambos os grupos que possuíam intercorrência na gravidez atual informou que não recebeu qualquer informação do seu pré-natalista sobre as dúvidas e respostas às suas intercorrências (54; 54% do alto risco e 15; 15% do grupo baixo risco); Seis (6; 6%) das gestantes de alto risco e 76 (76%) do grupo baixo risco informaram que não possuíam intercorrência na gestação atual.

**Tabela 2** - Distribuição da amostra de acordo com a história obstétrica (n=200). Aracaju-SE, Brasil, 2014 (continua)

Variável/Categoria	Alto Risco		Grupo Controle	
	n	%	n	%
<b>Gestações</b>				
1 a 2	62	62	62	62
3 a 4	33	33	24	24
5 ou mais	5	5	14	14
<b>Partos</b>				
0 a 2	92	92	85	85
3 a 5	8	8	13	13
Mais de 5	0	0	2	2
<b>Abortos (espontâneo ou provocado)</b>				
Não	76	76	77	77
Sim	24	24	23	23
<b>Parto cesáreo</b>				
0 a 1	86	86	90	90
2 a 3	12	12	8	8
Mais de 3	2	2	2	2
<b>Parto normal</b>				
0 a 1	78	78	80	80
2 a 3	20	20	11	11
Mais de 3	2	2	9	9
<b>Contracepção</b>				
Hormonal	64	64	45	45
Comportamental	1	1	5	5
Horm + Barreira	3	3	9	9
Horm + DIU	0	0	1	1
Barreira	5	5	15	15
Horm + Comp + Bar	0	0	6	6
DIU	1	1	0	0
Horm + comport	5	5	0	0
Nenhum	21	21	19	19



**Tabela 2** - Distribuição da amostra de acordo com a história obstétrica (n=200). Aracaju-SE, Brasil, 2014 (conclusão)

Variável/Categoria	Alto Risco		Grupo Controle	
	n	%	n	%
<b>Dificuldade de engravidar</b>				
Não	88	88	90	90
Sim	12	12	10	10
<b>Gestação planejada</b>				
Não	55	55	67	67
Sim	45	45	33	33
<b>Filhos nascidos vivos</b>				
0 a 1	74	74	70	70
2 a 3	23	23	18	18
4 a 5	3	3	12	12
<b>Idade gestacional no momento da entrevista</b>				
Primeiro trimestre	0	0	8	8
Segundo trimestre	43	43	61	61
Terceiro trimestre	57	57	31	31
<b>Idade gestacional quando iniciou o pré-natal</b>				
Primeiro trimestre	83	83	74	74
Segundo trimestre	17	17	26	26
Terceiro trimestre	0	0	0	0
<b>Intercorrência atual</b>				
Não	7	7	78	78
Sim	93	93	22	22
<b>Intercorrências anteriores</b>				
Não	65	65	78	78
Sim	35	35	28	28
<b>Consultas de pré-natal</b>				
1 a 3	14	14	46	46
4 a 7	41	41	43	43
Mais de 7	45	45	8	8
Nenhuma	0	0	3	3
<b>Prenatalista explicou intercorrência</b>				
Não	54	54	15	15
Sim	40	40	9	9
Não tem intercorrência	6	6	76	76
<b>Profissional prenatalista</b>				
Enfermeiro	1	1	4	4
Médico	10	10	35	35
Enfermeiro + médico	89	89	60	60
Não tem	0	0	1	1
<b>Doença prévia</b>				
Não	74	74	85	85
Sim	26	26	15	15
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

No grupo de baixo risco observou-se a associação da variável intercorrência atual com número de abortos prévios (p=0,004), número de gestações (p=0,004) e de partos (p=0,001). Houve associação significativa entre intercorrência na gestação atual com a idade das gestantes entrevistadas no grupo de baixo risco (p=0,006). Intercorrência na gestação atual também teve associação significativa com o número de filhos nascidos vivos no grupo de baixo risco (p=0,001). Foi observada associação significativa entre intercorrência atual com a condição clínica materna preexistente tanto no grupo de baixo risco quanto no de alto risco (p=0,012 e p=0,001 respectivamente).

Também houve associação significativa entre intercorrência na gestação atual e se houve ou não explicação das dúvidas da gestante pelo pré-natalista nos dois grupos. A condição de ter explicação do pré-natalista sobre suas dúvidas e a associação com a intercorrência na gestação atual foi mais expressiva no grupo de baixo risco que no de alto risco (p=0,001

e p=0,025, respectivamente). No grupo de alto risco, houve associação significativa (p=0,007) entre intercorrência na gestação atual e a variável teto da casa forrada (Tabela 3).

**Tabela 3** - Associação de fatores relacionados à gestação, pré-natal, aspectos socioeconômicos e intercorrências na gestação atual em gestantes. Aracaju, SE, Brasil, 2014

Variável	Alto Risco		Grupo controle	
	p	CC*	p	CC*
Aborto	0.537	0	0.004	0.08
Gestações	0.031	0.05	0.004	0.08
Partos	0.423	0.1	0.001	0.1
Cirurgia de útero	0.136	0.02	0.334	0.01
Gestação planejada	0.907	0	0.25	0.01
Filhos nascidos vivos	0.423	0.01	0.001	0.1
Intercorrências anteriores	0.218	0.02	0.503	0
Doenças prévias	0	0.21	0.012	0.06
Contraceção	0.614	0	0.912	0
Dificuldade de engravidar	0.339	0.01	0.339	0.01
Idade gestacional	0.315	0.01	0.404	0.01
Profissional do pré-natal	0.125	0.02	0.283	0.01
Profissional explicou	0.025	0.05	0	0.35
Consultas de pré-natal	0.272	0.01	0.709	0
Idade	0.493	0	0.006	0.07
Estado civil	0.152	0.02	0.032	0.05
Gestante trabalha	0.446	0.02	0.753	0
Companheiro trabalha	0.616	0	0.122	0.02
Cor da pele	0.438	0.01	0.029	0.05
Escolaridade	0.78	0	0.56	0
Renda familiar	0.616	0	0.754	0
Meio de transporte	0.2	0.02	0.162	0.02
Mora com	0.02	0.05	0.628	0
Cômodos	0.365	0.01	0.268	0
Pessoas residem	0.351	0.01	0.707	0
Água encanada	0.493	0	0.883	0
Banheiro	0.785	0	0.059	0.04
Esgoto	0.051	0.04	0.444	0.01
Teto forrado	0.007	0.07	0.835	0.01
Luz elétrica	0.785	0	0.597	0
Residência própria	0.05	0.04	0.036	0.04

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\*Coeficiente de correlação

## DISCUSSÃO

A idade não influenciou o risco na maternidade das mulheres, pois a prevalência de gestantes em risco ocorreu na faixa etária considerada segura. Tradicionalmente, tem-se a visão de que o risco de morbidade obstétrica é maior na adolescência do que na idade adulta. À medida que a gravidez na adolescência começou a ser estudada, ficou evidenciado que o risco aumentado nesta faixa etária se deve menos à idade que ao nível socioeconômico. Mulheres muito jovens e de idade mais avançada são consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações de gravidez, parto e perinatais<sup>(6)</sup> e vem se observando um aumento progressivo da idade materna com maior percentual de gestantes com idade superior a 34 anos<sup>(7)</sup>.

A literatura é controversa sobre a influência da situação conjugal na gestação, existindo trabalhos que mostram a ausência de influência sobre a gestação<sup>(4)</sup>, mas também há artigos que confirmam os achados deste estudo, onde a situação conjugal insegura, violência doméstica e conflitos familiares

fazem parte das características desfavoráveis à gestação<sup>(8-9)</sup>.

A baixa renda familiar contribui para uma alimentação deficiente, além das preocupações econômicas relacionadas desde o enxoval do bebê, contas que não podem pagar ou até mesmo à sobrevivência, aumentando a ansiedade materna<sup>(8-10)</sup>. A insuficiência econômica é considerada como um dos fatores que contribui para a diminuição dos intervalos entre partos, aumento de gravidez na adolescência, resultados perinatais ruins e alta morbimortalidade materna<sup>(11)</sup>. Ainda, mulheres com baixas condições socioeconômicas são mais propensas ao consumo de álcool na gravidez, assim como a fetos natimortos intraparto<sup>(12)</sup>.

Existe uma falta de qualidade de moradia entre as gestantes de alto risco, que influencia na qualidade de vida das mulheres e pode interferir no risco gravídico e puerperal. O ato de gestar contribui para profundas alterações emocionais na mulher, seja por alterações hormonais ou por eventos associados à condição socioeconômica, e essa situação se agrava quando a mulher se encontra diante de uma gravidez de alto risco, fazendo-se necessário o apoio de familiares durante todo o processo gestacional<sup>(8-9)</sup>.

A baixa escolaridade e a pobreza estão intimamente relacionadas com as más condições habitacionais, de higiene, alimentares, estando diretamente ligadas a altas taxas de morbidade e mortalidade infantis, influenciando, por consequência, na qualidade de vida do ser humano<sup>(13)</sup>.

A não utilização de anticoncepcionais relaciona-se à falta de planejamento familiar, uma vez que a principal causa da gravidez não planejada é a não utilização de métodos contraceptivos<sup>(14)</sup>. A gravidez deve surgir quando planejada, desejada e entre um casal com competência afetiva, econômica e social, ou seja, a perspectiva de uma gravidez se deve dar em um contexto de planejamento, estabilidade econômica e afetiva<sup>(15)</sup>.

O pré-natal quando iniciado precocemente proporciona a possibilidade de investigar amplamente as possíveis intercorrências da gestação e intervir a tempo, oferecendo à gestante segurança e confiabilidade<sup>(16)</sup>. Insegurança e preocupação com o desenvolvimento fetal são fatores que levam as gestantes a iniciarem o cuidado pré-natal<sup>(17)</sup>.

A associação entre intercorrência atual com número de abortos prévios, número de gestações e de partos no grupo controle leva a crer que apesar do baixo risco, que não tinha planejamento familiar adequado na sua maioria, ao contrário do grupo de alto risco, a falta de planejamento esteve associada às intercorrências quando estas existiram nesse grupo. O planejamento familiar deve ser um elemento essencial na prevenção primária de saúde, auxiliando as pessoas que procuram tais serviços, oferecendo informações necessárias para a escolha e uso efetivo dos métodos anticoncepcionais que melhor se adaptem às condições atuais de saúde<sup>(18)</sup>. Gestantes cuja gravidez não foi planejada estão mais propensas ao uso de álcool, drogas, tabaco e à inadequação do ganho de peso durante a gravidez,

podendo resultar em malformações fetais, recém nascidos prematuros e/ou de baixo peso<sup>(19)</sup>.

A intercorrência na gestação associa-se com a idade das gestantes de baixo risco. As gestações, tanto nas mulheres com idade de 40 anos, quanto nas adolescentes, apresentam aumento de risco de restrição de crescimento, sofrimento fetal e óbito intra-útero<sup>(20)</sup>. Gestantes de risco são encontradas nos extremos de idade: menores de 15 anos ou menarca há menos de dois anos e maiores de 35 anos<sup>(4)</sup>. Intercorrência na gestação atual também está associada com o número de filhos nascidos vivos no grupo de baixo risco, onde existe risco pela história reprodutiva anterior, nuliparidade e grande multiparidade<sup>(4)</sup>.

Independente do risco gestacional, existe associação entre intercorrência atual com condição clínica materna preexistente. Condições clínicas como: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e neoplasias, podem interferir no curso da gestação se não tratadas e acompanhadas adequadamente<sup>(4)</sup>. A intercorrência na gestação atual em baixo ou alto risco gestacional está também associada à existência ou não de explicação das dúvidas da gestante pelo pré-natalista. O pré-natal também oferece a oportunidade da gestante orientar-se, tirar dúvidas, sanar a ansiedade, avalia o estado de desenvolvimento do feto, orienta o preparo das mamas, estimula o aleitamento materno e a oportunidade de trocar experiências entre as gestantes através dos grupos, prática muito comum no Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>(16)</sup>.

Gestantes de alto risco apresentam associação entre intercorrência na gestação atual e a variável teto da casa forrado. O fato de o teto da casa ser ou não forrado faz pensar sobre a qualidade de moradia da gestante e na qualidade de vida da mesma, além de refletir indiretamente a renda familiar.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que condições relacionadas a características individuais e sóciodemográficas desfavoráveis (moradia própria, qualidade de moradia, idade, cor da pele da gestante), história reprodutiva anterior (número de gestações, abortos, partos e filhos nascidos vivos), condições clínicas pré-existentes (presença de doenças crônicas) e ausência de pré-natal que sanasse as dúvidas da gestante, contribuíram para o risco gestacional na população estudada tanto de alto risco quanto de baixo risco.

Os resultados desse estudo servem de parâmetros para que profissionais de saúde e gestores identifiquem dados que influenciem direta ou indiretamente no surgimento do risco gestacional e, portanto, desenvolver estratégias para minimizar estes riscos.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois

hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2007; 7(3):309-317.

2. Serruya SJ, Lago TG, Cesatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004; 4(3):269-279.

3. Cardoso AMR, Santos SM, Mendes VB. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? *Diálogos Possíveis.* 2007:141-159.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico.* 5a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

5. Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do noroeste do estado do Paraná. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1):95-102.

6. Demozzi K, Santana R, Ideriha NM, Barbanti SH. A gestação nos extremos reprodutivos. In: *Anais da VI Mostra interna de trabalhos de iniciação científica; 2012 out 23-26; Maringá (PR), Brasil.* Maringá (PR): Unicesumar; 2012. Disponível em: <https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2012/>.

7. Teixeira EC, Gurgel HM, Monteiro DLMM, Barmpas DBS, Trajano AJB, Rodrigues NCP. Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil - análise da frequência entre 2006 e 2012. *Revista HUPE.* 2015; 14(1):6-11.

8. Spyridou A, Schauer M, Ruf-Leuschner M. Prenatal screening for psychosocial risks in a high risk-population in Peru using the KINDEX interview. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16(13):1-18.

9. Spyridou A, Schauer M, Ruf-Leuschner M. Obstetric care providers are able to assess psychosocial risks, identify and refer high-risk pregnant women: validation of a short assessment tool - the KINDEX Greek version. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15(41):1-17.

10. Kitsantas P, Gaffney KF, Cheema J. Life stressors and barriers to timely prenatal care for women with high-risk pregnancies residing in rural and non-rural areas. *Womens Health Issues.* 2012; 22(5):455-460.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. *Assistência pré-natal: manual técnico.* 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

12. Ha YP, Hurt LS, Tawiah-Agyemang C, Kirkwood BR, Edmond KM. Effect of socioeconomic deprivation and health service utilisation on antepartum and intrapartum stillbirth: population cohort study from rural Ghana. *PLoS One.* 2012; 7(7):1-8.

13. Aumann GME, Baird MM. Avaliação do risco em gestantes. In: Knuppel RA, Drukker JE, organizadores. *Alto risco em obstetria: um enfoque multidisciplinar.* 2a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996.

14. Prietsch SOM. Gravidez não planejada no extremo sul do país: prevalência e fatores de risco. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(10):1906-1916.

15. Cerqueira-Santos E, Paludo SS, Schirò EDB, Kolleræ SH. Gravidez na adolescência: análise

contextual de risco e proteção. *Psicol Estud.* 2010; 15(1):73-85.

16. Faria Júnior GF, Andrade M. A baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes do PSF Niágara configurando uma situação de risco para a gestação. Informe-se em Promoção de Saúde. 2005; 1(1).

17. Nascimento VF, Silva JES, Borges AP, Terças ACP, Lemes AG, Silva RGM. Percepção de puérperas sobre as primeiras consultas de pré-natal no interior de Mato Grosso. *Rev Enferm UFPI.* 2016; 5(1):46-51.

18. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(1):98-104.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Dimensão social - Habitação.* Rio de Janeiro; 2004. [Acesso em: 25 out 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.

20. Renz BM, Cunha KAV, Gehm LL, Souza MA, Renner FW. Prevalência de recém-nascidos PIG e fatores associados. *Bol Cient Pediat.* 2015; 4(1):17-21.

**Sources of funding:** No

**Conflict of interest:** No

**Date of first submission:** 2016/04/06

**Accepted:** 2016/07/10

**Publishing:** 2016/09/01

**Corresponding Address**

José Gilmar Costa Santos

Endereço: Avenida Cláudio Batista, s/n, Bairro Santo Antônio, Aracaju, Sergipe. CEP: 49060-100.

Telefone: (79) 2105 1768.

E-mail: [jgilmanu@hotmail.com](mailto:jgilmanu@hotmail.com).

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.