

Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense

High-risk pregnancy: associated factors in a municipality of the northwest of the state of Paraná

Willian Augusto de Melo¹, Juliane Inácio Alves², Aline Aparecida da Silva Ferreira³, Edilaine Maran⁴

1. Doutor em Ciências da Saúde e Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Campus Paranavaí (PR), Brasil.

2. Enfermeira. Egressa da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Campus Paranavaí (PR), Brasil.

3. Enfermeira. Egressa da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Campus Paranavaí (PR), Brasil.

4. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Campus Paranavaí (PR), Brasil.

CONTATO: Willian Augusto de Melo | UNESPAR – Universidade Estadual do Paraná | Av. Gabriel Experidiao, s/n | Paranavaí | Paraná | Brasil | E-mail: profewill@yahoo.com.br

Resumo: Este estudo teve o objetivo de identificar a prevalência e os fatores de risco associados à gestação de alto risco em um município do Noroeste Paranaense. Trata-se de um estudo transversal, epidemiológico, de abordagem quantitativa, desenvolvido com gestantes de alto risco que frequentaram uma Unidade Básica de Saúde em 2014. Para a coleta de dados utilizou-se uma amostra de 97 prontuários de gestantes estratificadas como alto risco. Dados sociodemográficos, obstétricos, neonatais e clínicos compuseram as variáveis independentes. A variável dependente foi possuir múltiplos fatores de risco. Para medir a associação entre as variáveis adotou-se a *Odds Ratio*, com intervalo de confiança de 95%, e o teste qui-quadrado de Yates corrigido, para a análise bivariada, considerando-se significativas as associações cujo valor de *p* fosse <0,05. Quanto aos resultados, prevaleceram as gestantes adultas (84,5%), com companheiros (75,3%). Sobre escolaridade, 46,4% apresentaram entre 10 e 12 anos de estudos, 66% das gestantes tiveram número de pré-natal com mais de 07 consultas, 26,8% tiveram de um a três abortos e a cesariana predominou em relação ao parto vaginal (69,1%). Os fatores de risco estiveram vinculados às condições clínicas preexistentes, sendo mais prevalentes o tabagismo (16,3%), obesidade mórbida (11,4%) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) (10,2%). Gestantes menores de 20 anos tiveram cinco vezes mais

chances de terem múltiplos fatores de risco. Caracterizar e utilizar métodos eficazes para a identificação e prevenção dos fatores de risco gestacionais contribui diretamente para a redução da mortalidade materna e infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação de alto risco. Fatores de risco. Prevalência. Serviços de Saúde Materno-Infantil.

Abstract: This study aimed to identify the prevalence and risk factors associated with high-risk pregnancies in a municipality in the Northwest of the state of Paraná. It is an analytical, cross-sectional and epidemiological study with high-risk pregnant women who attended a Basic Health Unit (BHU) in 2014. For data collection we used a sample of 97 charts of pregnant women stratified as of high risk. Sociodemographic, obstetric, neonatal and clinical data composed the independent variables. The dependent variable was to have multiple risk factors. To measure the association between the variables, odds ratio was adopted, with 95% confidence interval, and Yates' chi-square test corrected for bivariate analysis, with associations whose p value was <0.05 being considered significant. As for the results, adult pregnant women (84.5%) with partners (75.3%) were prevalent. About education level, 46.4% had between 10 to 12 years of study, 66% of pregnant women had more than 7 pre-natal visits, 26.8% had between one and three abortions, and cesarean section predominated over vaginal birth (69.1%). The risk factors were linked to pre-existing medical conditions, with the more prevalent being smoking (16.3%), morbid obesity (11.4%) and hypertension (10.2%). Pregnant women under 20 years of age had five times more odds to have multiple risk factors. To characterize and use effective methods to identify and prevent gestational risk factors contributes directly to the reduction of maternal and infant mortality.

KEYWORDS: High-risk pregnancy. Risk factors. Prevalence. Maternal-Child Health Services.

Introdução

A gestação é um processo fisiológico, que envolve mudanças físicas, sociais, psicológicas e hormonais. Entretanto, em meio a este processo, as gestantes podem desenvolver patologias ou agravar condições preexistentes em decorrência da gravidez, condição esta denominada como “gestação de alto risco” e, que pode resultar em complicações fetais e maternas¹.

De acordo com o Ministério da Saúde, gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de pertencerem a situações de risco². Destarte, a gestação de alto risco é aquela que apresenta uma ou mais doenças que podem trazer complicações no decorrer da gestação³.

Com o objetivo de assistir melhor as gestantes, especificamente aquelas de alto risco, a Secretaria de Estado do Paraná inseriu no ano de 2012 a Rede Mãe Paranaense, que envolve a busca ativa das gestantes, acompanhamento no pré-natal, estratificação de risco, solicitação de exames e o acesso oportuno ao hospital de referência⁴. Neste sentido, considera como alto risco as gestantes que possuem condições clínicas preexistentes, doença obstétrica na gravidez atual e determinadas intercorrências clínicas.

Condições clínicas preexistentes incluem: dependência de drogas, tabagismo, cardiopatia, pneumopatia, nefropatia, endocrinopatia, hemopatia, epilepsia, ginecopatia, doenças infecciosas, doença autoimune, neoplasias, hipertensão arterial sistêmica,

obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, psicose e depressão grave. Consideram-se intercorrências clínicas os seguintes agravos: doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, entre outras), hipertensão gestacional, doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação, retardo do crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas), placenta prévia, sangramento de origem uterina, isoimunização RhD (Rh negativo), malformação fetal confirmada e macrosomia do concepto com patologias⁴.

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco considera, além das intercorrências clínicas existentes e preexistentes citadas na Rede Mãe Paranaense, algumas condições desfavoráveis como: idade maior que 35 anos, idade menor que 15 anos, peso pré-gestacional menor que 45 kg e maior que 75 kg (IMC<19 e IMC>30), aborto, morte perinatal, parto pré-termo, diabetes gestacional, anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos, situação conjugal insegura, conflitos familiares, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, exposição a riscos ocupacionais com esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e estresse, parto pré-termo anterior, nulíparo e grande multiparidade². Cumpre destacar, que o Ministério da Saúde associa a gestão de alto risco à ocorrência de vários dos fatores supracitados⁴. Nesta perspectiva é fundamental que o profissional reconheça assertivamente a estratificação de risco como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis: atenção primária, secundária e terciária, evitando, assim, onerar o serviço de maior complexidade através de encaminhamentos equivocados³.

Devido à complexidade das condições clínicas características de uma gestação de alto risco, diminuir a mortalidade materna e infantil em decorrência de complicações durante a gestação se apresenta como um desafio. Em 2014, o número absoluto de casos de mortes maternas foi de 1.552 óbitos no Brasil e 64 casos no estado do Paraná⁵.

O acompanhamento pré-natal pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma estratégia para a redução dos índices de mortalidade. Neste contexto, o enfermeiro é o profissional central dos serviços de saúde e deve estar preparado técnico e cientificamente para atender a esse tipo de grupo de

risco^{6,7}. A eficiência da equipe que atua na identificação e estratificação da gestante de risco garante maior êxito no pré-natal, prevenindo assim agravos futuros tanto para a mãe quanto para o filho⁸.

Diante do exposto, a equipe multidisciplinar deve conhecer o perfil de gestantes de alto risco assistidas pela atenção primária em saúde, para planejar e indicar estratégias de prevenção e promoção à saúde com o intuito de proporcionar aos grupos vulneráveis, um pré-natal e uma assistência com qualidade e com profissionais capacitados para atendê-las durante e após o período gestacional. Neste sentido, este estudo teve objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados à gestação de alto risco em um município do Noroeste paranaense.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, epidemiológico, de abordagem quantitativa. O local do estudo foi o município de Paranavaí-PR, localizado na região Noroeste do Paraná, referência para os municípios da 14ª Regional de Saúde com uma população estimada para 2014 de 86.218 habitantes⁹.

Coletaram-se os dados de prontuários de gestantes de alto risco em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), atendidas no período entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2014. Esta UBS é considerada referência para o atendimento especializado para esta população.

Neste serviço prevê-se que as gestantes sejam estratificadas de acordo com as diretrizes da Rede Mãe Paranaense, as quais classificam como “risco” as gestantes detectadas com alguma condição clínica preexistente ou intercorrência clínica. Se a gestante for estratificada como “risco habitual” ou “risco intermediário”, ela dará prosseguimento ao pré-natal em sua UBS de origem.

No ano de 2014 foram atendidas 590 mulheres na UBS cenário da pesquisa. Destas, 136 foram classificadas como gestantes de alto risco, nas quais se procedeu ao cálculo da amostra utilizando-se técnica de amostragem probabilística, considerando o erro de estimativa 5% e confiabilidade e precisão da amostra 95%, tendo sido adotado percentual de 50% que fornece tamanho amostral máximo para população infinita. Com estes parâmetros obteve-se número amostral de 97 gestantes. Os prontuários das gestantes de risco habitual e intermediário foram excluídos por não configurarem o objeto deste estudo.

Utilizou-se instrumento próprio, elaborado pelos cientistas, em que se elencou variáveis distribuídas em três categorias: a) sociodemográficas, como idade (consideradas adolescentes <19 anos ou adultas >19 anos)¹⁰, estado civil (consideradas com companheiros as casadas e união estável e sem companheiros as solteiras ou separadas) e escolaridade (ensino fundamental incompleto ou completo como nove anos ou menos de estudo e ensino médio ou superior como nove anos ou mais de estudos); b) clínicas/obstétricas como o número de consulta pré-natal, antecedentes obstétricos (número de abortos, de gestações e tipo de parto anterior), tipo de parto atual, número de filhos vivos, idade gestacional, outras condições ou sintomas de risco (obesidade, hábitos, vícios, entre outros hábitos), doença atual; c) neonatais, como sexo e peso ao nascer.

Os dados foram armazenados e tabulados em planilhas eletrônicas utilizando o *Software Microsoft Office Excel®* versão 2010. Foram realizadas as distribuições das frequências absolutas e relativas. Para variáveis quantitativas foram verificadas as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e as medidas de dispersão (amplitude e desvio padrão). Para as variáveis qualitativas foram verificados os valores percentuais.

A análise estatística serviu para verificação dos fatores de riscos únicos e múltiplos associados à gravidez. Foi utilizada a análise bivariada por meio do teste de qui-quadrado de Yates corrigido e o teste exato de Fisher para variáveis com frequência menor que seis. Foi estimada a razão de chance, *Odds Ratio* (OR) para os fatores de risco múltiplos, considerando nível de significância 5% e intervalo de confiança de 95%. Os testes estatísticos foram realizados pelo *Software Epi Info*. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas.

Todos os aspectos éticos e legais foram cumpridos na execução deste estudo, e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário de Londrina com parecer N° 1228481.

Resultados

A idade média das 97 gestantes estudadas foi de 27,9 anos $\pm 7,5$ (desvio padrão) e mediana de 27,4 anos. A gestante de risco com menor idade possuía 14 anos e a com maior idade 44 anos. A faixa etária predominante foi 20 a 34 anos (57,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas das de alto risco atendidas na Unidade Básica de Saúde. Paranavaí-PR, 2014.

VARIÁVEL	N	%
Idade		
<19	23	23,7
20-34	56	57,7
≥35	18	18,6
Estado Civil		
Casada	48	49,5
União estável	25	25,8
Solteira	22	22,7
Não informado	2	2,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	18	18,6
Ensino Fundamental Completo	20	20,6
Ensino Médio Incompleto	17	17,5
Ensino Médio Completo	28	28,9
Ensino Superior Incompleto	3	3,1
Ensino Superior Completo	7	7,2
Não informado	4	4,1
Total	N 97	100

Com relação ao estado civil, a maioria das gestantes vivia com seus companheiros como casadas ou em união estável (75,3%), quando comparadas com as gestantes sem companheiros (22,7%).

Constatou-se boa escolaridade em 56,7% da amostra, ou seja, ensino médio incompleto ou mais anos de estudos (dez anos ou mais de estudos) e apresentando baixa escolaridade aquelas que possuíam até o ensino fundamental 39,2% (9 anos ou menos de estudo) (Tabela 1).

Quanto às consultas pré-natais, a média encontrada foi de $6,9 \pm 2,7$ (desvio padrão) e mediana 7. A maioria das gestantes (66,0%) realizou sete ou mais consultas sendo este o número ideal preconizado pelo Ministério da Saúde.

Ao verificar as variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos, 26,8% tiveram de um a três abortos, enquanto 73,2% não têm histórico de aborto. Já quanto ao número de gestações a média foi de $2,5 \pm 1,6$ (desvio padrão) com mediana 2 (Tabela 2).

A média de filhos vivos foi de $1,1 \pm 1,3$ (desvio padrão) e mediana 1. O peso médio ao nascer dos recém-nascidos foi de 3.147g, $\pm 620,5$ g (desvio padrão) com mediana 3.200g. No que diz respeito à via de nascimento, tanto na anterior quanto na atual prevaleceu a cesárea (Tabela 2).

Tabela 2. Características obstétricas e neonatais relacionadas à gestante de alto risco, atendidas na Unidade Básica de Saúde. Paranavaí-PR, 2014.

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS	N	%
Nº de pré-natal		
< 7	33	34,0
≥7	64	66,0
Nº de aborto		
Nenhum	71	73,2
Um	20	20,6
Dois	4	4,1
Três	2	2,1
Nº de gestações		
Primigesta	30	30,9
Secundigesta	28	28,9
Tercigesta	19	19,6
Multigesta	20	20,6
Via de nascimento dos filhos		
Cesárea	34	35,1
Parto Vaginal	31	32,0
Não Informado	7	7,2
Tipo do último parto		
Cesáreo	67	69,1
Vaginal	6	6,2
Não Informado	22	22,7
Nº de filhos vivos		
Nenhum	42	43,3
1 a 3	50	51,5
≥4	5	5,2
Sexo do RN		
Feminino	24	24,7
Masculino	48	49,5
Não Informado	23	23,7
Peso ao Nascer		
<2,500 g	9	9,3
≥2,500 g	56	57,7
Não Informado	30	30,9
Idade gestacional		
<37 semanas	8	8,2
≥37 semanas	50	51,5
Não Informado	37	38,1
Total	N 97	100

Em relação à Tabela 3, é importante salientar que algumas gestantes apresentaram mais de uma condição clínica ou número de doença.

Foram identificadas 18 condições clínicas preexistentes, sendo que as mais prevalentes foram tabagismo, obesidade mórbida, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dependência de drogas. Dentre as usuárias de drogas seis faziam uso de bebidas alcoólicas e quatro eram usuárias de substâncias ilícitas.

Dentre as oito doenças na gravidez atual, predominou o sangramento de origem uterina e, dentre

Tabela 3. Prevalência dos fatores de risco em gestantes de alto risco atendidas na Unidade Básica de Saúde. Paranavaí-PR, 2014.

FATORES DE RISCO	N	%
Condições Clínicas Preexistentes		
Tabagismo	27	16,3
Obesidade Mórbida	19	11,4
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	17	10,2
Endocrinopatia	10	6,0
Dependências de drogas	10	6,0
Pneumopatia	9	5,4
Cirurgia Bariátrica	5	3,0
Ginecopia	5	3,0
Anemia	4	2,4
Psicose e depressão	4	2,4
Cardiopatia	3	1,8
Nefropatia	2	1,2
Hemopatia	2	1,2
Neoplasias	2	1,2
Epilepsia	2	1,2
Problemas neurológicos	2	1,2
Doença autoimune	2	1,2
Litíase biliar	2	1,2
Doença Obstétrica na gravidez atual		
Sangramento de origem uterina	10	6,0
Isoimunização Rh -	3	1,8
Trabalho de parto prematuro	2	1,2
Hipertensão Gestacional	2	1,2
Pré-eclâmpsia	2	1,2
Rotura prematura de membranas	1	0,6
Placenta prévia	1	0,6
Diabetes gestacional	1	0,6
Intercorrências Clínicas / Doenças infectocontagiosas		
Infecção do trato urinário de repetição (ITU)	9	5,4
Vírus de imunodeficiência humana (HIV)	3	1,8
Sífilis	2	1,2
Toxoplasmose	1	0,6
Hepatite C	1	0,6
Total	N 166	100

as intercorrências clínicas, destacou a infecção do trato urinário (ITU) (Tabela 3).

A análise bivariada possibilitou constatar que as gestantes menores de 20 anos apresentaram maiores chances de serem estratificadas com múltiplos riscos (OR=5,04; 95%IC=1,01–33,89). As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa para múltiplos riscos gestacionais (Tabela 4).

Tabela 4. Análise bivariada das variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais segundo o tipo de risco. Paranavaí-PR, 2014.

VARIÁVEIS	MÚLTIPLOS RISCOS N(%)	ÚNICO RISCO N(%)	OR	95% IC	P-VALOR
Idade					
>=35 anos	15(15,5)	3(3,1)	2,76	(0,49-9,91)	0,208
20-34 anos	35(36,1)	21(21,6)	1		
<19 anos	21(21,6)	2(2,1)	5,04	(1,01-33,89)	0,0482*
Estado Civil					
Sem companheiro	19(20,0)	3(3,2)	3,3	(0,81-15,55)	0,1073*
Com companheiro	48(50,5)	25(26,3)	1		
Escolaridade					
< 9 anos estudo	32(34,0)	7(7,5)	2,61	(0,89-7,90)	0,0867
>=9 anos estudo	35(37,2)	20(21,3)	1		
Nº Consulta Pré-natal					
Inadequado	24(24,7)	9(9,3)	1,13	(0,40-3,19)	0,9902
Adequado	45(46,4)	19(19,6)	1		
Histórico Aborto					
Sim	17(17,5)	9(9,3)	0,69	(0,24-2,02)	0,6147
Não	52(53,6)	19(19,6)	1		
Tipo Gestação					
Múltipla	49(50,5)	18(18,6)	1,36	(0,48-3,81)	0,6837
Única	20(20,6)	10(10,3)	1		
Tipo de Parto					
Cesária	47(62,7)	20(26,7)	2,35	(0,44-12,77)	0,2588*
Vaginal	4(5,3)	4(5,3)	1		
Nº Filhos Vivos					
Dois ou mais	41(41,3)	12(12,4)	2,1	(0,79-5,68)	0,1574
Um	26(26,8)	16(19,5)	1		
Peso ao nascer					
Baixo peso	6(9,2)	5(7,7)	0,55	(0,12-2,47)	0,4871
Eutrófico	37(59,9)	17(26,2)	1		
Idade Gestacional					
Prematuro	7(12,1)	4(6,9)	0,9	(0,19-4,38)	1,0000*
A termo	31(53,5)	16(27,6)	1		

* *Teste Exato de Fischer.*

Discussão

Para melhor compreensão do leitor, será descrito brevemente o itinerário clínico das gestantes de alto risco. As gestantes são atendidas, inicialmente, em sua UBS de origem para dar início às consultas de pré-natal. A busca ativa é efetivada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou membros da equipe da ESF. Mulheres que comparecem à UBS com atraso menstrual podem realizar o teste rápido para gravidez ou, se necessário, realizar outros exames confirmatórios. Uma vez confirmada a gravidez, inicia-se o acompanhamento pelo cadastramento

da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL WEB). A carteira da gestante contém informações como o número do cartão SUS, do SISPRENATAL, calendário de vacinas e consultas e o hospital onde será realizado o parto⁴.

Embora a maior proporção das gestantes estudadas fosse adulta, ou seja, maiores de 19 anos (76,3%), as adolescentes e jovens apresentaram cinco vezes mais chances de serem estratificadas com múltiplos riscos

gestacionais, sendo este um achado estatisticamente significativo.

O Ministério da Saúde considera a adolescência como potencial para gestação de risco, porém não pondera esta condição de idade prematura da gestante como risco físico ou biológico, mas considera que ser adolescente é fator de risco psicossocial, pelo fato de associar-se à aceitação ou não da gravidez².

Estudo realizado em um hospital de referência para alto risco no Ceará, em 2014, demonstrou que a gestação na adolescência pode resultar em risco de abandono por parte do parceiro, risco tanto para a mãe quanto para o filho e abandono entre familiares¹¹.

Com relação ao estado marital, em nosso estudo, a maior proporção de gestantes convivia com seus companheiros (75,3%). Estes resultados foram semelhantes a um estudo realizado no Estado do Mato Grosso do Sul, no ano de 2012, com 110 gestantes, no qual verificou-se que 75% eram casadas¹². Acredita-se que esta condição civil contribua para aumentar a segurança emocional, financeira, além de garantir suprimento de necessidades humanas básicas essenciais mediatas no período gestacional.

Estudo realizado em Porto Alegre-RS, em 2009, verificou que mães sem companheiro fixo têm probabilidade oito vezes maior de desenvolver parto pré-termo, devido à falta de apoio do parceiro e aumento do estresse psicológico¹³.

No presente estudo, 39,2% das gestantes apresentaram baixa escolaridade, ou seja, com nove anos ou menos de estudo. Segundo o Ministério da Saúde, a baixa escolaridade é uma característica individual que favorece uma gestação de alto risco². A baixa escolaridade influencia na escassez do aprendizado e o acesso a informações que reflete uma precariedade de consulta pré-natal¹⁴.

Quanto ao pré-natal, 66% das gestantes estudadas realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Importante ressaltar que o Ministério da Saúde preconiza, no mínimo, 6 consultas e a Rede Mãe Paranaense, no mínimo, sete consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, três no terceiro período da gestação e uma no puerpério. No cenário estudado, a recomendação da Rede Mãe Paranaense tem sido atendida, haja vista a

importância do acompanhamento pré-natal na diminuição da morbimortalidade materna, fetal e neonatal, entre outras complicações que podem ocorrer no desenvolvimento do filho^{15,16}.

Em relação ao número de abortos, este estudo resultou em 26,8% entre um e três abortos anteriores. Estudo similar realizado em Divinópolis-MG nos anos 2013/2014, com 218 gestantes de alto risco, constatou que 26,9% delas também apresentaram de um a três abortos¹⁷.

Com relação ao número de gestação, o presente estudo apresentou uma prevalência de gestantes multigestas (69,1%). Resultado análogo foi observado em um estudo realizado em Minas Gerais-MG com gestante de alto risco e observou-se que 65,5% delas eram multigestas¹⁷.

Quanto ao tipo de parto, prevaleceu a cesariana (69,1%). Esse dado é alarmante, pois o Ministério da Saúde considera que “gravidez de risco não é sinônimo de cesariana”, visto a possibilidade da indução do parto por via vaginal e pelo fato de evitar fonte estressora devido à cirurgia, especialmente em gestantes com pré-eclampsia e eclampsia¹⁸.

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com uma taxa de aproximadamente 56%, e as causas do seu uso excessivo são complexas, as quais incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada no país, predominantemente centrada na atuação individual dos profissionais em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe; a qualidade dos serviços que assistem os nascimentos; as características socioculturais; e as características da assistência pré-natal, que comumente deixa de preparar adequadamente as mulheres para o parto¹⁹.

Considera-se o predomínio do modelo tecnocrático que exerce forte influência sobre as práticas assistenciais, principalmente quando os profissionais reproduzem uma assistência marcada por intervenções desnecessárias e prejudiciais, que resultam em altas taxas de cesarianas^{20,21}.

O estudo de Minas Gerais-MG também foi semelhante nesta variável, onde se verificou que das 218 gestantes de alto risco, o tipo de parto que prevaleceu foi a cesariana, com 59,6%. A cesárea tem ocorrido com maior frequência (58,97%) na gestação de alto

risco e não está associada somente ao risco obstétrico, tendo sido demonstrado em Campinas-SP. Este estudo verificou maior número de cesarianas em grupos de menor risco obstétrico, estando relacionado às condições socioeconômicas favoráveis²².

No que tange aos fatores associados, o tabagismo, obesidade mórbida e hipertensão arterial sistêmica (HAS) foram as principais condições clínicas preexistente observadas de maior prevalência.

Preocupante foi a predominância do tabagismo neste estudo. É notório que o uso do tabaco durante o período da gestação acomete 20% de casos de recém-nascido com baixo peso, 8% dos partos prematuros e 5% de mortes perinatais, e contribui também para morte súbita da criança, e causa danos no sistema nervoso fetal²³.

Em Fortaleza-CE, foi constatado elevado índice de gestantes fumantes (11,3%), sendo que 75,7% das gestantes continuavam fumando até o final da gestação²⁴.

A obesidade mórbida foi a segunda condição clínica preexistente com maior prevalência (11,4%). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, mulheres em idade fértil acima do peso e com obesidade tiveram uma prevalência de 17,3 e 6,6% entre 20-29 anos de idade e 24,8% e 10,7% entre 30-39 anos de idade²⁵.

A obesidade materna pode evoluir para comorbidades, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que contribui para maior ocorrência de partos cirúrgicos, prematuridade e peso alterado em recém-nascido^{26,27}. Esses dados são consonantes com nosso estudo que teve predomínio de 10,2% de HAS e 69,1% de cesáreas.

De acordo com o Ministério da Saúde, a HAS é uma das causas da mortalidade materna acometendo cerca de 10% de todas as gestações². Estudo realizado no sul de Minas Gerais - MG, com 38 gestantes, registrou que 23,4% de gestantes eram hipertensas. 28 Gestantes hipertensas que iniciarem precocemente o pré-natal poderão garantir menos complicações gestacionais¹⁸.

Dentre as doenças obstétricas na gravidez atual, predominou o sangramento de origem uterina com 6,0%. A síndrome hemorrágica ocorre entre 10% e 15% das gestações provenientes de aborto, gravidez ectópica, placenta prévia, deslocamento prematuro da placenta, rotura uterina². Um estudo no Ceará, com 356 registros

de óbitos maternos, verificou 244 óbitos por hipertensão e 112 por hemorragia, sendo que a faixa etária predominante foi de 20-34 anos, com 58,20% por doença hipertensiva e 58,93% (n=66) por hemorragias²⁹.

A intercorrência clínica que predominou foi infecção do trato urinário (ITU), sendo um fator de risco preponderante neste estudo com 5,4% das gestantes. Segundo o Ministério da Saúde, as ITUs incidem em 17 a 20% das gestantes e estão relacionadas à rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, febre no pós-parto, sepsise materna e infecção neonatal².

Como limitação deste estudo, observou-se que algumas variáveis fundamentais para a compreensão do processo epidemiológico, que envolve a gestação de alto risco, estavam incompletas. A idade gestacional e o peso ao nascer foram as variáveis com maior incompletude, 38,1% e 30,9% respectivamente, seguidas do tipo de parto anterior (7,2%) e das variáveis sociodemográficas como estado civil (2,1%) e escolaridade (4,1%). Outro estudo de Minas Gerais também verificou sub-registro de nascimento, afirmando que este problema pode prejudicar o planejamento da saúde pública e comprometer os dados epidemiológicos³⁰.

Conclusão

Na análise do perfil das gestantes de alto risco, obteve-se predominância em gestantes adultas que conviviam com companheiros e apresentaram nível de escolaridade satisfatório.

Através da análise bivariada, destacou-se que as gestantes adolescentes apresentaram significância estatística para desenvolverem riscos múltiplos.

Em relação aos dados obstétricos e neonatais, o número de consultas de pré-natal foi satisfatório, prevaleceu a via de nascimento por cesárea, e a maioria dos recém-nascidos era eutrófica.

Dentre as condições clínicas preexistentes predominaram o tabagismo, obesidade mórbida e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Em relação às doenças obstétricas na gravidez atual, predominou o sangramento de origem uterina e dentre as intercorrências

clínicas prevaleceu a infecção do trato urinário de repetição (ITU).

Admite-se que os sub-registros representaram uma limitação deste estudo, visto que o preenchimento dos prontuários das gestantes era realizado manualmente, desta forma fatores contribuíram para a ausência de informações como ilegibilidade na escrita do profissional, campos em branco não preenchidos, informações descritas no campo inadequado do registro, dentre outras.

Considera-se que ao identificar os fatores de risco associados à gestação de alto risco é possível direcionar precisamente as gestantes para a rede assistencial especializada com o intuito de favorecer a ela uma assistência integral e humanizada.

Para um pré-natal de qualidade é imprescindível a participação da equipe de Enfermagem, em especial do enfermeiro, que ocupa um papel central na identificação e estratificação das gestantes de alto risco na atenção primária à saúde. Este profissional deve apoderar-se de conhecimento para desenvolver uma abordagem terapêutica singular, considerando as vulnerabilidades de cada usuário e família.

Defende-se que caracterizar e utilizar métodos eficazes para identificação e prevenção dos fatores de riscos gestacionais pode contribuir diretamente para a redução da mortalidade materna e infantil. Sabe-se que quanto mais rápida for a identificação de fatores que colocam em risco os grupos mais vulneráveis, como as gestantes, maiores serão as chances de melhores prognósticos para o binômio mãe e filho.

Referências bibliográficas

1. Anjos JCS, Pereira RR, Ferreira PRC, Mesquita TBP, Picanço-Júnior OM. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. *Rev. Para. Med.* 2014; 28(2):23-3. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>
2. Buzzo MC, Graçato TMR, Cavaglieri AG, Leite MSP. Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral na cidade de Taubaté- SP. *Janus, Lorena.* 2007; 4(5):103-16. Disponível em: <http://publicacoes.fatea.br/index.php/janus/article/viewArticle/189>
3. Paraná. Secretaria de Saúde. Rede Mãe Paranaense. Linha Guia Paraná, 2012;56p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guiua_versao_final.pdf

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Gestação de Alto Risco: manual técnico.* 5ª ed. Brasília DF.2012;302p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Brasília DF 2015. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>.
6. Figueiredo NMA, Viana DL, Machado WCA. *Tratado prático de Enfermagem.* 2ª ed. São Paulo: Yendis. 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim 1/2012 – Mortalidade Materna no Brasil.* Brasília, DF. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4598>.
8. Luciano MP, Silva EF, Cecchetto FH. Orientações de Enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil das gestantes 2011. *Rev enferm UFPE on line.* 2011;5(5):1261-266. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1727/pdf_559
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411840>
10. WHO, World Health Organization. *Young People´s Health - a Challenge for Society.* Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf
11. Andrade ACM, Teodósio TBT, Cavalcante AES, Freitas CASL, Vasconcelos MIO, Silva MAM. Perfil das gestantes adolescentes internadas em enfermaria de alto risco em hospital de ensino. *Sanare, Sobral.* 2014;13(2):98-102. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/580/313>
12. Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicol inf.* 2012; 16(16):45-69. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf>
13. Silva LA, Silva RGA, Rojas PFB, Laus FF, Sakae TM. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. *Rev AMRIGS.* 2009;53(4):354-60. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/53-04/08-445_fatores_de_risco.pdf
14. Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Rev Esc Enferm.* 2009; 43(2):472-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200030>
15. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(1):150-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100020>
16. Gomes RNS, Gomes VTS, Caldas DRC, Lago EC, Campos FKL, Gomes MS. Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/MA. *R. Interd.* 2014; 7(4):81-90. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/474/pdf_161

17. Luz BG, Soares LT, Grillo VTRS, Viola BM, Laporte IC, Bino DBM, Mendonça APAS, Oliveira VJ. O perfil da gestante de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013/14. *J.Health Biol Sci.* 2015 Jul-Set;3(3):137-43. Disponível em: <http://201.20.109.36:2627/index.php/medicina/article/view/177/119>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco.* Brasília, DF. 302 p,5. Ed. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, DF. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf
20. Davis-floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75(1):S5-S23. Disponível em: <http://davis-floyd.com/uncategorized/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/>
21. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery* 2016; 20(2):324-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>.
22. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009 July; 31(7):326-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000700002>
23. Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Jornal Bras Pneumol.* 2004; 30(2):176-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000200016>
24. Rocha RS, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013 June; 34(2):37-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200005>
25. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2008-2009. Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. p.80. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 54p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_aval_nutricional/pof20082009_avaliacao.pdf
26. Andersen CS, Gamborg M, Sorensen TI, Nohr EA. Weight gain in different periods of pregnancy and off spring's body mass index at 7 years of age. *Int J Pediatr Obes.* 2011 Jun;6(2-2):e179-86. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20883124>
27. Wise LA, Palmer JR, Heffner LJ, Rosenberg L. Pre pregnancy body size, gestational weight gain, and risk of preterm birth in African-American women. *Epidemiology.* 2010 Mar;21(2):243-52. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20124904>
28. Morais EP, Podestá MHCM, Souza WA, Ferreira EB. Hipertensão arterial na gestação: avaliação da adesão ao tratamento. *Rev Univ Vale Rio Verde.* 2015;13(2):139-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i2.2186>
29. Sousa DMN, Mendes IC, Oliveira ET, Chagas ACMA, Catunda HLO, Oriá MOB. *Rev Enferm UERJ;* 2014 jul/ago;22(4):500-6. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15314/11598>
30. Campos D, Loschi RH, França E. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. *Rev Bras epidemiol.* 2007 June; 10(2):223-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200010>

DATA DE SUBMISSÃO: ? DE 2015

DATA DE ACEITE: ? DE 2015