

Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil

Profile of pathological conditions prevalent in high-risk pregnancies in a maternity teaching hospital in Maceió, Alagoas state, Brazil

Perfil de patologías prevalentes en el embarazo de alto riesgo en una maternidad escuela de Maceió, Alagoas, Brasil

Dialla Tâmara Alves dos Santos. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. dialla@live.com (Autora correspondente)
Carla Santana Mariano Campos. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. carla_smc@hotmail.com
Maria Luisa Duarte. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. maralduarte@uol.com.br

Resumo

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico das patologias prevalentes na gestação de alto risco na Maternidade Escola Santa Mônica, município de Maceió, Alagoas. **Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal e retrospectivo, realizado por meio da análise descritiva dos dados de prontuários de gestantes atendidas por ocasião do parto no período de janeiro de 2006 a novembro de 2010. Foram incluídos prontuários das gestantes de alto risco atendidas na maternidade no período estudado e excluídos da pesquisa os prontuários não preenchidos corretamente ou incompletos quanto às patologias prevalentes na gestação de alto risco. O cálculo amostral foi realizado a partir do teste de hipótese para uma proporção, segundo Lwanga e Lemeshow. A coleta de dados foi realizada por meio de preenchimento de formulário contendo informações dos prontuários, desenvolvido para esta pesquisa. As variáveis foram: patologias prevalentes na gestação de alto risco, idade materna, paridade, tipo de parto e tempo de gestação. **Resultados:** Foram analisados 316 prontuários. O trabalho de parto prematuro foi a patologia mais prevalente, representando 31,4% (98/312; IC95% 26,5 a 36,8) das patologias de alto risco. Em relação à idade materna, 72,7% (227/312; IC95% 67,5 a 77,4) das gestantes eram jovens (<30 anos). Quanto ao número de gestações, as multiparas corresponderam a 52,9% (165/312; IC95% 47,3 a 58,3). Considerando o tipo de parto, 59,0% (184/312; IC95% 53,4 a 64,3) foram cesáreos. Quanto ao tempo de gestação, 47,4% (148/312; IC95% 42,0 a 53,0) foram prematuros. **Conclusões:** O perfil epidemiológico encontrado foi o trabalho de parto prematuro em gestantes jovens e multiparas que evoluíram para um parto cesariano e pré-termo.

Palavras-chave:

Gravidez de Alto Risco
Prevalência
Perfil de Saúde

Abstract

Objectives: To outline the epidemiological profile of pathological conditions which are prevalent in high-risk pregnancies at the Santa Mônica Maternity Teaching Hospital in Maceió, Alagoas state. **Methods:** A cross-sectional epidemiological retrospective study conducted through the descriptive analysis of medical records of pregnant women at delivery, from January 2006 to November 2010. Records of high-risk pregnant women attending the maternity ward during the study period were included in this research, and the records not correctly filled in or incomplete, regarding prevalent diseases in high-risk pregnancy, were excluded. Sample size calculation was performed using the hypothesis test for a proportion, according to Lwanga and Lemeshow. Data collection was carried out by filling out a form that had been developed for this study, taking information from the medical files. The following variables were analyzed: prevalent diseases in high-risk pregnancy, maternal age, parity, mode of delivery, and gestational age. **Results:** three hundred and sixteen medical records were analysed. Premature delivery labour was the most prevalent pathology, representing 31.4% (98/312, 95%CI: 26.5-36.8) of the high-risk pregnancies. In relation to maternal age, 72.7% (227/312, 95%CI: 67.5-77.4) of the women were young (<30 years old). Concerning the number of pregnancies, multiparous women accounted for 52.9% (165/312, 95%CI: 47.3-58.3). With respect to the type of delivery, 59.0% (184/312, 95%CI: 53.4-64.3) were caesarean. Regarding the length of gestation, 47.4% (148/312, 95%CI: 42.0-53.0) were premature. **Conclusions:** The epidemiological profile found consisted of premature delivery labour among young multiparous pregnant women who evolved to preterm caesarean delivery.

Keywords:

Pregnancy, High-risk
Prevalence
Health Profile

Como citar: Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):13-22. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687)

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

UNCISAL, processo 1452/2010.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 11/01/2013

Aprovado em: 15/09/2013

Resumen

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico de las patologías prevalentes en la gestación de alto riesgo en la Maternidad Escuela Santa Mónica, en la ciudad de Maceió, estado de Alagoas. **Métodos:** Estudio epidemiológico, transversal y retrospectivo, realizado a través del análisis descriptivo de los historiales clínicos de mujeres embarazadas atendidas en el momento del parto, en el periodo comprendido de Enero de 2006 a Noviembre de 2010. Se incluyeron los registros médicos de las gestantes de alto riesgo atendidas en la maternidad durante el período en cuestión, y se excluyeron de la investigación los registros que estaban mal rellenados o incompletos en relación con las patologías más frecuentes en la gestación de alto riesgo. El cálculo de la muestra se realizó mediante la prueba de hipótesis para una proporción, según Lwanga y Lemeshow. La recolección de datos se realizó mediante la cumplimentación del formulario, conteniendo informaciones de los registros médicos, desarrollado para esta investigación. Las variables fueron: patologías prevalentes en los embarazos de alto riesgo, edad materna, paridad, tipo de parto y tiempo de gestación. **Resultados:** Se analizaron 316 historiales clínicos. El trabajo de parto prematuro fue la patología más frecuente, representando el 31,4% (98/312; IC95% 26,5 a 36,8) de las patologías de alto riesgo. En relación a la edad materna, 72,7% de las gestantes (227/312; IC95% 67,5 a 77,4) eran jóvenes (<30 años). En cuanto al número de embarazos, las múltiparas representaron el 52,9% (165/312; IC95% 47,3 a 58,3). Con respecto al tipo de parto, las cesáreas fueron el 59,0% (184/312; IC95% 53,4 a 64,3). En cuanto al tiempo de gestación, los partos prematuros fueron el 47,4% (148/312; IC95% 42,0 a 53,0). **Conclusiones:** El perfil epidemiológico encontrado fue el trabajo de parto prematuro en gestantes jóvenes y múltiparas que evolucionaron para un parto pretérmino y por cesárea.

Palabras clave:

Embarazo de Alto Riesgo
Prevalencia
Perfil de Salud

Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrem algum agravo ou desenvolvem problemas durante a gestação, com maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo denominado como “gestantes de alto risco”.¹ Especificamente, o conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano. Na assistência pré-natal, a gestação de alto risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto.²

Para uma mulher, individualmente, o risco de morte materna é influenciado tanto pelo risco associado à gestação, quanto pelo número de vezes que ela engravida. Cada vez que uma mulher engravida ela corre o risco de morte materna novamente, e assim, o risco se eleva ao longo da vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *United Nations Children's Fund* (UNICEF) estimam que a cada ano 585.000 mulheres morram de causas relacionadas à gestação e ao parto.³ A OMS considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.⁴ Em 2001, ocorreram nas capitais brasileiras 74,5 mortes por causas maternas para cada 100 mil nascidos vivos, segundo dados oficiais, estimando-se que cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas fossem evitáveis.⁵

O atendimento à gravidez de risco exige equipe médica e de enfermagem especializada devido à sua complexidade, não apenas considerando-se as patologias, mas, sobretudo, as suas repercussões sobre a dinâmica familiar e o estado emocional da família, bem como sobre a mulher, o conceito e a família, considerando-se aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais.⁶

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil epidemiológico das patologias prevalentes na gestação de alto risco na Maternidade Escola Santa Mônica, no município de Maceió, Alagoas, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e retrospectivo, referente ao período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010, na Maternidade Escola Santa Mônica (CNES: 2009250), hospital especializado em gestações de alto risco, pertencente à rede pública Estadual (Alagoas) que presta atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Funciona como uma unidade auxiliar de ensino, pertencente ao complexo hospitalar da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Realiza uma média de 4.586 internações anuais, sendo destas 2.933 de alto risco; e uma média de 2.348 partos anuais, segundo dados informados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.

Foram incluídos os dados de prontuários das gestantes de alto risco atendidas por ocasião do parto na maternidade no período estudado, tendo sido excluídos da pesquisa os prontuários não preenchidos corretamente ou incompletos quanto às patologias prevalentes na gestação de alto risco.

Sendo a maternidade em questão referência em alto risco, ela possui uma ficha de admissão contendo uma lista de condições, das quais se faz necessária a presença de pelo menos uma para classificar a gestante como de alto risco. Esta lista foi utilizada para selecionar a amostra e para desenvolver o formulário de coleta de dados. No formulário, houve agrupamento

de condições patológicas muito distintas, porém não foi possível modificá-lo para melhor análise, pois a coleta foi realizada segundo um protocolo próprio da maternidade. Esta não representa a melhor forma de se estudar a gestação de alto risco, inclusive sugeriu-se a modificação deste formulário, medida esta que está sendo discutida pela direção da maternidade.

O cálculo amostral foi realizado a partir do teste de hipótese para uma proporção, segundo Lwanga e Lemeshow,⁷ o qual utiliza os seguintes parâmetros: proporção na população; proporção sugerida; nível de significância; poder do teste; teste de hipótese bicaudal. Como resultado, foram obtidos 316 prontuários a serem analisados. Destes, 49 foram do ano de 2006; 76 do ano de 2007; 74 do ano de 2008; 60 do ano de 2009; e 57 do ano de 2010; conservando-se a proporção real dos partos de alto risco realizados por ano.

A coleta de dados foi realizada por meio de preenchimento do formulário com informações dos prontuários. O preenchimento foi realizado por duas acadêmicas do 4º ano do curso de medicina que participaram da pesquisa. Os prontuários foram selecionados de maneira aleatória, de forma que os elementos foram enumerados e, em seguida, sorteados por meio de uma tabela de números aleatórios, sendo que todos os elementos tiveram a mesma probabilidade de serem selecionados. Repetiu-se o procedimento até que todas as unidades da amostra fossem obtidas. As variáveis estudadas abrangeram: patologias prevalentes na gestação de alto risco, idade materna, número de gestações, tipo de parto e tempo de gestação.

Todas as informações transcritas dos prontuários médicos foram submetidas à crítica e os dados obtidos, verificados em sua consistência. A codificação foi realizada atribuindo-se um número a cada variável. Estes números foram utilizados na planilha de coleta de dados no lugar dos nomes das variáveis. Depois da codificação, os dados foram submetidos ao processo de entrada, por meio do programa Microsoft Excel para Mac 2011, versão 14.0.0. O processamento para a análise estatística foi efetuado utilizando-se os programas Microsoft Excel para Mac 2011, versão 14.0.0 e Bioestat, versão 5.0.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, processo 1452/2010. Não constou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das pacientes cujas fichas foram analisadas, procedimento este de acordo com as Diretrizes Éticas e Internacionais – CIOMS/OMS, publicadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Resultados

Foram analisados 316 prontuários. Dos prontuários de 2008, 4 foram excluídos por não conterem os dados referentes à variável primária. Apesar de terem sido colhidos dados de 312 prontuários, como os diagnósticos não foram mutuamente exclusivos, cada gestante pode ter mais de uma patologia que a classificasse como sendo de alto risco. Sendo assim, os valores das prevalências, assim como dos seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) encontrados, estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

	Prevalência % (n)	IC 95%
Antecedentes Obstétricos		
Passado obstétrico desfavorável (recém-nascido com retardo de crescimento, pré-termo, malformado ou óbito fetal)	2,6 (8)	1,2 a 5,0
Abortamento habitual	1,0 (3)	0,2 a 2,9
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva em gestação anterior	0,6 (2)	0,02 a 2,4
Intercorrências Clínicas		
Cardiopatias	1,3 (4)	0,3 a 3,3
Pneumopatias	2,0 (6)	0,8 a 4,2
Nefropatias	1,3 (4)	0,4 a 3,4
Endocrinopatias	3,2 (10)	1,7 a 5,9
Hipertensão arterial	7,0 (22)	4,7 a 10,5
Epilepsia	0,6 (2)	0,02 a 2,5
Doenças infecciosas	17,3 (54)	13,5 a 21,9
Ginecopatias	2,6 (8)	1,2 a 5,1
Doença Obstétrica na Gravidez Atual		
Desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade	18,6 (58)	14,6 a 23,3
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada	31,4 (98)	26,5 a 36,8
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia	31,1 (97)	26,2 a 36,4
Amniorrexe prematura	12,8 (40)	9,5 a 17,0
Hemorragias da gestação	2,6 (8)	1,2 a 5,0
Isoimunização	1,6 (5)	0,6 a 3,8

A análise univariada foi empregada a fim de descrever o perfil epidemiológico das patologias, assim como para obter a frequência das demais variáveis. A seguir, foram realizadas análises bivariadas, para explorar a magnitude de associações entre as variáveis independentes e as patologias mais prevalentes na gestação de alto risco. Foi também realizada uma análise multivariável para controlar o efeito das variáveis independentes sobre o trabalho de parto prematuro (patologia mais prevalente na gestação de alto risco). O Trabalho de Parto Prematuro (TPP), com 31,4% (98/312; IC95% 26,5 a 36,8), foi a patologia mais prevalente na gestação de alto risco (Tabela 1).

Em relação às demais variáveis independentes, as prevalências encontradas estão descritas na Tabela 2. Observa-se que, em relação à idade materna, 72,7% (227/312; IC95% 67,5 a 77,4) das gestantes eram jovens. A menor idade foi 13 anos e a maior, 60 anos; a idade média foi de 29,03 anos com mediana de 29 anos.

Tabela 2. Prevalência das variáveis independentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

Variável	Categoria	N	n %	IC 95%
Faixa etária (anos)				
	< 20	74	23,7	19,3 a 28,7
	20-30	153	49,0	43,5 a 54,6
	31-40	74	23,7	19,3 a 28,7
	41-50	8	2,6	1,2 a 5,1
	> 50	3	1,0	0,2 a 2,9
Número de gestações				
	Primigesta	146	46,8	41,3 a 52,3
	Multigesta	165	52,9	47,3 a 58,3
	Sem informação	1	0,3	0,0 a 1,9
Tempo de gestação				
	Prematuro	148	47,4	42,0 a 53,0
	A Termo	147	47,1	41,6 a 52,7
	Sem informação	17	5,4	3,4 a 8,6
Tipo de parto				
	Vaginal*	115	36,8	31,5 a 42,5
	Cesáreo	184	59,0	53,4 a 64,3
	Sem informação	13	4,2	2,4 a 7,1
Total		312	100,0	

*Dos 115 partos vaginais, em 1 parto foi utilizado fórceps e 114 foram normais.

A Tabela 3 mostra a comparação da proporção de TPP com faixa etária, número de gestações e tipo de parto, para a qual foi utilizado o teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5% (0,05), incluindo-se a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC).

Tabela 3. Análise bivariada do trabalho de parto prematuro na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

	N	Trabalho de Parto Prematuro*			
		n %	Valor p	Razão de prevalência#	IC 95%
Faixa etária					
< 20	33	33,7	<0,0001	1,5	1,47 a 1,62
20-30	51	52,1	<0,0001	-	-
31-40	7	7,1	<0,0001	7,3	4,38 a 14,30
41-50	6	6,1	<0,0001	8,5	4,85 a 18,10
> 50	1	1,0	<0,0001	51,1	-
Total	98	100	<0,0001	-	-
Número de gestações					
Primigesta	55	56,1	0,028	1,3	1,21 a 1,70
Multigesta	43	43,9	0,028	-	-
Total	98	100	0,028	-	-
Tipo de parto					
Normal	61*	64,9	<0,0001	1,8	1,63 a 2,12
Cesáreo	33	35,1	<0,0001	-	-
Total	94	100	<0,0001	-	-

*4 prontuários não continham informação referente ao tipo de parto. #Na variável faixa etária, foi realizada razão de prevalência da faixa entre 20-30 anos (mais prevalente) com as demais. *Dos 61 partos vaginais, em 1 parto foi utilizado fórceps e 60 foram partos normais.

Quanto à faixa etária, houve diferença altamente significativa ($p < 0,001$) entre a proporção de partos prematuros por faixa etária. Dos 98 casos de partos prematuros, a faixa etária de 20 a 30 anos foi a que apresentou a maior quantidade de prematuros, com 51 casos (52,1%), enquanto que na faixa etária abaixo de 20 anos houve 33 casos (33,7%).

Em relação ao número de gestações, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a proporção de partos prematuros por número de gestações. Dos 98 casos, 55 (56,1%) gestantes eram primigestas enquanto 43 (43,9%) eram multigestas.

Na análise do tipo de parto, houve diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$) entre a proporção de partos prematuros por tipo de parto. Dos 94 casos registrados, 61 (64,9%) foram partos normais enquanto 33 (35,1%) foram cesarianas.

Todas as variáveis independentes analisadas são fatores de risco para o TPP (razão de prevalência > 1). Segundo a razão de prevalência, gestantes na faixa etária entre 20-30 anos apresentam uma probabilidade 8,5 vezes maior de evoluir com TPP do que as que possuem entre 41-50 anos e uma chance 1,5 vezes maior quando comparadas às gestantes com menos de 20 anos. É 1,3 vezes mais provável que uma primigesta apresente TPP do que uma multigesta. Enquanto que as gestantes que apresentaram TPP tem uma chance 1,8 vezes maior de evoluírem para parto normal do que para parto cesáreo.

Foi realizada análise múltipla (Tabela 4) por meio do teste de regressão logística múltipla, buscando a equação matemática que relacionasse a probabilidade de ocorrência de TPP decorrente de mais de uma variável independente atuando como fator de risco, utilizando *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), considerando-se as variáveis: faixa etária, número de gestações e tipo de parto. Depois da observação dos dados, concluiu-se que o TPP possui uma chance 17 vezes maior de ocorrer em pacientes primigestas na faixa etária entre 20-30 anos e que evoluíram para parto normal ($p < 0,0001$).

Tabela 4. Análise múltipla do trabalho de parto prematuro na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

Variáveis	Valor p	Odds Ratio	IC 95%
TPP	-	-	-
Faixa etária de 20-30 anos	0,8328	0,9547	0,62 a 1,47
Faixa etária de 20-30 anos e primigesta	0,4299	1,3121	0,67 a 2,58
Faixa etária de 20-30 anos e primigesta que evoluiu para parto normal	$< 0,0001$	0,1729	0,09 a 0,32

Foram feitas análises bivariadas dos desvios quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e amniorrexe prematura, comparando-os à faixa etária, número de gestações, tempo de gestação e tipo de parto, para as quais foi utilizado o teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5% (0,05), incluindo-se os intervalos de confiança representados na Tabela 5.

Tabela 5. Análise bivariada dos desvios quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e amniorrexe prematura na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

	Desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade*			
	N	n %	IC 95%	Valor p
Faixa etária				
< 20	1	1,7	0,0 a 9,0	0,001
20-30	28	48,3	35 a 61,8	0,001
31-40	29	50	36,6 a 63,4	0,001
Total	58	100	-	0,001
Número de gestações				
Primigesta	9	15,5	7,4 a 27,4	$< 0,0001$
Multigesta	49	84,5	72,6 a 92,7	$< 0,0001$
Total	58	100	-	$< 0,0001$
Tempo de gestação				
Prematuro	7	14	5,8 a 26,7	$< 0,0001$
Termo	43	86	73,3 a 94,2	$< 0,0001$
Total	50	100	-	$< 0,0001$

Continua...

Tabela 5. Análise bivariada dos desvios quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e amniorrexe prematura na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

Continuação...

Desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade*				
	N	n %	IC 95%	Valor p
Tipo de parto				
Normal	10	19,6	9,8 a 33,1	0,003
Cesáreo	41	80,4	66,9 a 90,2	0,003
Total	51	100	-	0,003
Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia				
Faixa etária				
< 20	35	36,1	26,6 a 46,5	0,018
20-30	40	41,3	31,3 a 51,7	0,018
31-40	19	19,5	12,2 a 28,9	0,018
41-50	2	2,1	0 a 7,3	0,018
> 50	1	1	0 a 5,6	0,018
Total	97	100	-	0,018
Número de gestações				
Primigesta	70	72,2	62,14 a 80,79	<0,0001
Multigesta	27	27,8	19,21 a 37,86	<0,0001
Total	97	100	-	<0,0001
Tempo de gestação				
Prematuro	35	36,1	26,58 a 46,46	0,001
Termo	62	63,9	53,54 a 73,42	0,001
Total	97	100	-	0,001
Tipo de parto				
Normal	32	33,0	23,8 a 43,7	0,222
Cesáreo	65	67,0	56,7 a 76,2	0,222
Total	97	100	-	0,222
Amniorrexe Prematura*				
Faixa etária				
< 20	1	2,5	0 a 13,2	0,001
20-30	29	72,5	56,1 a 85,4	0,001
31-40	10	25	12,7 a 41,2	0,001
Total	40	100	-	0,001
Número de gestações				
Primigesta	5	12,8	4,3 a 27,4	<0,0001
Multigesta	34	87,2	72,6 a 95,7	<0,0001
Total	39	100	-	<0,0001
Tempo de gestação				
Prematuro	22	56,4	39,6 a 72,2	0,4027
Termo	17	43,6	27,8 a 60,4	0,4027
Total	39	100	-	0,4027
Tipo de parto				
Normal	6	15,4	5,9 a 30,5	0,002
Cesáreo	33	84,6	69,5 a 94,1	0,002
Total	39	100	-	0,002

*8 prontuários não continham informação referente ao tempo de gestação; 7 prontuários não continham informação referente ao tipo de parto. #1 prontuário não continha informação referente ao número de gestações; 1 prontuário não continha informação referente ao tempo de gestação; 1 prontuário não continha informação referente ao tipo de parto.

Na análise dos desvios quanto ao crescimento uterino, volume de líquido amniótico e gemelaridade considerando a faixa etária, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a proporção destas patologias. Dos 58 casos, a faixa etária de 31 a 40 anos foi a que apresentou maior prevalência, com 29 casos (50%), enquanto que, na faixa etária de 20 a 30 anos houve 28 casos (48,3%). Estas patologias não ocorreram em gestantes com mais de 40 anos.

Em relação ao número de gestações, houve diferença altamente significativa ($p < 0,0001$) na prevalência destas patologias. Dos 58 casos, 49 (84,5%) eram multigestas, enquanto 9 (15,5%) eram primigestas.

Considerando o tempo de gestação, também houve diferença altamente significativa ($p < 0,0001$) entre a proporção destas patologias por tempo de gestação, sendo que dos 50 casos, 43 (86%) gestações evoluíram para parto a termo, enquanto 7 (14%) evoluíram para parto prematuro.

Quanto ao tipo de parto houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a prevalência destas patologias. Dos 51 casos registrados, 41 (80,4%) foram cesarianas enquanto 10 (19,6%) foram partos normais.

No estudo da pré-eclâmpsia e eclâmpsia quanto à faixa etária, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a proporção de Doença Hipertensiva Específica da Gestação por faixa etária. Dos 97 casos, a faixa etária de 20 a 30 anos foi a que apresentou a maior prevalência com 40 casos (41,3%) enquanto que, na faixa etária abaixo de 20 anos houve 35 casos (36,1%).

Na análise do número de gestações, houve diferença estatística altamente significativa ($p < 0,0001$) entre a proporção de pré-eclâmpsia e eclâmpsia por número de gestações. Dos 97 casos registrados, 70 (72,2%) eram primigestas enquanto 27 (27,8%) eram multigestas. Considerando o tempo de gestação, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a prevalência destas patologias. Dos 97 casos, 62 (63,9%) foram partos a termo, confrontados com 35 (36,1%) partos prematuros.

Em relação ao tipo de parto, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre a prevalência de pré-eclâmpsia e eclâmpsia por tipo de parto.

Analisando a amniorrexe prematura, no estudo por faixa etária, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na proporção de gestantes com esta patologia, sendo que dos 40 casos, 29 (72,5%) pertenciam à faixa dos 20 aos 30 anos, seguidos pela faixa de 31 a 40 anos, com 10 casos (25%). Não houve amniorrexe prematura em gestantes com mais de 40 anos.

Quanto ao número de gestações, houve diferença altamente significativa ($p < 0,0001$) entre a prevalência deste agravo. Dos 39 casos, 34 (87,2%) eram multigestas, enquanto que 5 (12,8%) eram primigestas. Considerando-se o tempo de gestação, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre a prevalência desta doença.

Na análise do tipo de parto, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na proporção de gestantes com amniorrexe prematura. Dos 39 casos, 33 (84,6%) evoluíram para cesariana, quando confrontados com 6 (15,4%) casos, os quais evoluíram para partos normais.

Discussão

Durante a gestação, a mulher está sujeita a condições especiais (consideradas inerentes ao estado gravídico) que acarretam mudanças nos processos metabólicos que, caso sejam medidas, podem auxiliar na determinação do estado fetal. Seguindo esse raciocínio, toda gestação traz um risco para a mãe ou para o feto, no entanto, em um pequeno número delas esse risco estará muito aumentado.²

Para uma atuação eficiente da equipe de assistência, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde das mulheres e/ou seus filhos ou filhas, é necessária a utilização de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada.¹

Gestação de alto risco é “[...] aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada [...]”.¹

Neste estudo, entre as patologias envolvidas na gestação de alto risco o trabalho de parto prematuro foi a patologia mais prevalente, com 31,41%. Este achado é corroborado pela literatura, na qual a prevalência do TPP como causa de gestação de alto risco varia entre 62-71%.^{6,8}

As crianças nascidas pré-termo têm um risco elevado de adoecer e morrer em razão de seu incompleto desenvolvimento fetal e maior suscetibilidade às infecções, complicadas pela manipulação e grande período de permanência nas unidades neonatais.⁹

Assim, torna-se necessário atuar na prevenção dos fatores associados ao TPP, seja de âmbito demográfico (orientação pré-nupcial e planejamento familiar), socioeconômico, comportamental (supressão do fumo e do álcool), biomédico (evitar e tratar doenças durante a gestação) e atenção médica (pré-natal bem conduzido, deter o TPP e acelerar maturação pulmonar).

No presente estudo houve uma limitação na determinação do perfil epidemiológico da gestação de alto risco em relação aos diagnósticos das patologias, visto que as informações referentes aos antecedentes obstétricos foram suprimidas na maioria dos prontuários.

Em relação à idade materna, houve uma predominância de gestantes jovens (72,75%), estando a prevalência das menores de 20 anos (23,72%) em concordância com a literatura.¹⁰⁻¹² As adolescentes têm apresentado elevação nos índices de gravidez, em parte explicada pela idade da menarca precoce, início precoce das relações sexuais, e gravidezes mais jovens; enquanto as outras mulheres em idade reprodutiva têm apresentado taxas de fertilidade cada vez menores.¹³ Alguns estudos^{14,15} demonstram que as grávidas adolescentes iniciam mais tardiamente o pré-natal e realizam um menor número de consultas, quando comparadas às mulheres adultas.

Esperava-se encontrar maior proporção de primigestas, devido ao grande número de gestantes jovens, no entanto ocorreu uma predominância de multigestas (52,88%), podendo ser justificada pelo baixo nível socioeconômico da população deste estado, o que predispõe as mulheres a engravidarem diversas vezes ainda na adolescência.¹⁶ Ocorreu uma ligeira predominância do parto prematuro (47,43%) em relação ao parto a termo (47,11%), o que pode ser justificado pela enfermidade mais prevalente na gestação de alto risco neste estudo, o TPP.

Apesar da maior ocorrência de partos cesáreos (58,97%) na gestação de alto risco, o aumento nesta prevalência não é justificado somente pela elevação do risco obstétrico, visto que alguns estudos, como o realizado em Campinas,¹⁷ verificaram maior ocorrência de cesariana em grupos de menor risco obstétrico, como as mulheres de estratos sociais mais elevados, com maior escolaridade, maior renda, que compareceram a mais consultas de pré-natal e que foram atendidas em serviços privados e conveniados. Esses achados sugerem que a decisão de realizar o parto cirúrgico não se baseou somente em critérios técnicos e mostram que esse tipo de parto tem adquirido um caráter de bem de consumo, que pode ser utilizado por quem possa custeá-lo.¹²

Relacionando o TPP às variáveis independentes, encontrou-se uma associação entre esta patologia e as gestantes com idade entre 20 e 30 anos, sendo esse achado também referido em alguns estudos recentes,^{8,18} porém existem artigos na literatura discordantes deste dado, citando os extremos de idade como fatores de risco clássicos para o TPP.^{12,19,20}

No presente estudo foram evidenciados resultados discordantes quanto à paridade das gestantes em TPP com os descritos no Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina,²¹ no entanto, outros autores^{8,22} encontraram uma prevalência similar à demonstrada neste trabalho no qual as primigestas prevaleceram sobre as multigestas. Encontrou-se associação entre TPP e parto normal, embora na literatura ocorra incerteza e controvérsia na escolha da via de parto do prematuro.²³ Apesar de alguns estudos retrospectivos sugerirem que a cesárea é benéfica para o prematuro extremo em apresentação cefálica, não há evidências científicas consistentes de que a prática da cesárea melhore a sobrevivência ou diminua a morbidade neonatal.²⁴

Levando-se em consideração o agrupamento das variáveis (desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade) não foi possível atribuir as prevalências encontradas a cada uma isoladamente, porém a explicação para alguns dos achados pode ser sugerida pelo perfil epidemiológico conhecido de uma delas, de modo que a maior quantidade de gestantes (50%) com idades entre 31 e 40 anos pode ser justificada pelos casos de gravidez múltipla que costumam acometer essa faixa etária,^{25,26} assim como a maior ocorrência de cesáreas (80,4%) a qual tem risco aumentado em 8,3 vezes segundo Cabral et al..²⁷

Na comparação da prevalência de pré-eclâmpsia e eclâmpsia com faixa etária, número de gestações e tempo de gestação, esta patologia esteve mais presente nas gestantes entre 20 e 30 anos (41,3%), primigestas (72,2%), que evoluíram com parto a termo (63,9%). O presente estudo não contribuiu para reforçar o impacto desta doença nos extremos de idade, como demonstrado em estudos anteriores.^{12,28,29} Trabalho realizado em Cuba³⁰ reforça os resultados encontrados no presente estudo, com exceção do tempo de gestação, já que obteve maior risco de evolução para parto prematuro nas gestantes com Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

Confrontando a amniorrexe prematura com as demais variáveis independentes, foi possível verificar associação com a faixa etária de 20 a 30 anos (72,5%), gestantes multigestas (87,2%) e com evolução para cesariana (84,6%). Em estudo realizado no Rio de Janeiro por Paula et al.,³¹ os dados quanto à faixa etária foram semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, com idade média de 26,7 anos. Em contrapartida, as gestantes eram primigestas e o tipo de parto mais prevalente foi o transpélvico. Dados similares a este quanto à idade e número de gestações também foram obtidos em pesquisa realizada em Recife por Oliveira et al..³² No entanto, Cabral et al.²⁷ encontraram forte associação entre amniorrexe prematura e cesárea,

que pode ser explicada pela imaturidade do colo uterino nesses casos, afirmando ser a rotura prematura de membranas um fator de risco para parto cirúrgico.

Sendo assim, foi encontrado como causa de internação em alto risco obstétrico o trabalho de parto prematuro em gestantes jovens, multigestas, que evoluíram para um parto cesariano e pré-termo. A possível explicação para esses achados é o baixo nível socioeconômico das pacientes, associado a um pré-natal de má qualidade, assim como uma deficiente assistência ao parto.

Já na análise isolada do TPP houve uma mudança na caracterização, pois prevaleceram gestantes um pouco menos jovens, primigestas, com evolução para parto normal, sendo que, quando estas características apareceram em somatório na mesma gestante, houve uma elevação no risco de ocorrência do TPP em 17 vezes.

Conclusões

Diante da alta prevalência do TPP entre as patologias que levam à gestação de alto risco, torna-se importante instituir medidas que o previnam, tanto em: a) Nível Primário - identificando e tratando fatores de risco; b) Nível Secundário - fazendo diagnóstico precoce; como em c) Nível Terciário - intervindo para minimizar as principais complicações do nascimento prematuro. Porém, para maiores conclusões, são necessárias pesquisas adicionais para estudar as demais patologias prevalentes na gestação de alto risco de maneira isolada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 9 p.
2. Gomes R, Cavalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGP. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetria: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2001; 9(4):62-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000400011>
3. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs. New York: Center for Population and Family Health; 1997. 4 p. Disponível em: <http://www.amddprogram.org/v1/resources/DesignEvalMM-EN.pdf>
4. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24: 455-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005>
5. Low S, Batista MF, Souza AI. Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco. Recife: Bagaço; 2001.
6. Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12(2): 175-82. PMID:15303220. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200005>
7. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991. PMID:PMc2393240. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/40062#sthash.pQer9V7G.dpuf>
8. Gois ALCG, Cravo EO, Mendes RB. Infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro: a realidade em uma maternidade referência para alto risco em Aracaju (SE). *Cad Graduação – Ciênc Biol Saúde*. 2010; (11): 65-80. Disponível em: http://www.unit.br/Publica/2010-1/BS_INFECCAO.pdf
9. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; (25):2125-38. PMID:19851613. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000004>
10. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24: 293-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>
11. Silva AAM, Coimbra LC, Silva RA, Alves MTSSB, Lamy FF, Lamy ZC, et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(6): 1412-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600025>
12. 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; 31(7): 326-34. PMID:19838577. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000700002>
13. Silva JLCP, Surita FGC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(7): 321-5. PMID:19838576 <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000700001>
14. Pinto LF, Malafaia MF, Borges JA, Baccaro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10: 205-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100027>
15. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puerperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18: 153-61. PMID:11910434. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100016>

16. 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 Matern Infant.* 2007; (7):309-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>
17. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(1): 34-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000100006>
18. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública.* 2008; 42(5): 957-64. PMID:18833394. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500023>
19. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(5): 1024-32. PMID:18461231. dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500009
20. Dória MT, Spautz CC. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. *Femina.* 2011; 39(9): 443-9.
21. Lopes HV, Tavares W. Infecções do Trato Urinário: Diagnóstico. Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Urologia; 2004. Projeto Diretrizes.
22. Baleiras C, Campos A, Lorenço I, Revez AI. Infecções Urinárias e Gravidez. *Act Med Port.* 1998; 11(10): 839-46. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2336>
23. Bittar RE, Zugaib M. Qual é a melhor via de parto para o feto prematuro? *Femina.* 2010; 38(10): 543-6.
24. Lee HC, Gould J. Survival advantage associated with cesarean delivery in very low birth weight vertex neonates. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(6): 97-105. PMID:16394046. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000192400.31757.a6>
25. Colletto GMD, Segre CAM, Beiguelman B. Twinning rate in a sample from a Brazilian hospital with a high standard of reproductive care. *Rev Paul Med.* 2001; 119(6): 216-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802001000600007>
26. Rodrigues CT, Branco MR, Ferreira ID, Nordeste A, Fonseca M, Taborda A, et al. Epidemiologia da gestação múltipla: Casuística de 15 anos. *Acta Méd Port.* 2005; 18(2): 107-11. PMID:16202342. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1016>.
27. Cabral SALCS, Ferreira C, Costa CFF, Cabral SF Jr. Correlação entre a Idade Materna, Paridade, Gemelaridade, Síndrome Hipertensiva e Ruptura Prematura de Membranas e a Indicação de Parto Cesáreo. *RBGO.* 2003; 25(10): 739-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032003001000007>
28. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(1):61-4. PMID:16268285. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100011>
29. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(4): 727-33. PMID:15458893. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000140682.63746.be>
30. Mirás RG, Valdés AL, Bermúdez ALP, González MJD, Sánchez AG. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Rev Cubana Obstetricia Ginecol.* 2012; 38(4): 467-77. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es.
31. Paula GM, Silva LGP, Moreira MEL, Bonfim O. Repercussões da amniorrexe prematura no pré-termo sobre a morbimortalidade neonatal. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(11):2521-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100007>
32. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Chaves Netto H, Bornia RG, Silva NR, et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006; 6(1): 93-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100011>