

ANÁLISE DO PERFIL DAS PACIENTES ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

PARIZOTTO, Rubiani Andresa¹
CAVALLI, Luciana Osório²

RESUMO

A gestação requer monitorização constante para a identificação de fatores que a tornam uma gestação de alto risco. A Linha Guia Rede Mãe Paranaense prevê diretrizes para a estratificação de risco gestacional, dessa forma, esse trabalho teve como objetivo verificar o perfil das gestantes atendidas em um ambulatório de alto risco gestacional do município de Cascavel-PR, assim como, identificar os motivos de encaminhamentos adequados e inadequados. Para isso foi realizado um estudo retrospectivo, de caráter quali-quantitativo e exploratório, com análises de prontuários clínicos. Com relação aos resultados, a faixa etária entre 20 e 34 anos foi a mais representativa (70,40%) com idade média de 26,41 anos. Com que diz respeito a paridade o maior percentual encontrado foi de nulíparas (40,41%) e a primeira consulta no ambulatório ocorreu mais expressivamente no segundo trimestre da gestação (37,55%). Quanto aos motivos de encaminhamentos 19,75% foram considerados totalmente inadequados, sendo o grupo desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico o mais observado. Dos encaminhamentos adequados as doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação foram as mais documentadas. Ainda, considerando o desfecho gestacional, 51,01% dos partos foram cesarianas, e 92,82% dos desfechos informados não tiveram complicações fetais imediatas. Concluímos que o perfil de pacientes atendidas é composto em sua maioria por mulheres entre 20 e 35 anos, nulíparas, com encaminhamento adequado em 80,25% das vezes, apresentando o parto vaginal e cesariana em percentuais próximos. Verifica-se a importância do registro e encaminhamento corretos para melhoria da gestão em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Gestação, Complicações, Risco

ANALYSIS OF THE PROFILE OF PATIENTS ATTENDED IN A HIGH RISK MANAGEMENT AMBULATORY

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological process that requires attention and constant monitoring to identify complicating factors which make it a high risk pregnancy. The "Mãe Paranaense Network" provides guidelines for stratification of gestational risk, thus, this study aimed to verify the profile of pregnant women attended in a high-risk gestational clinic in Cascavel-PR, as well as identify reasons for adequate or inadequate referrals. A retrospective study was carried out with clinical records analyzes, with quali-quantitative and exploratory features. In terms of results, the age group between 20 and 34 years was the most representative (70.40%), with a mean age of 26.41 years. Regarding parity, nulliparous has the highest percentage found (40.41%), and the first consultation in the clinic occurred most expressively in the second trimester of pregnancy (37.55%). In relation to the reasons for referrals, 19.75% were considered totally inadequate, and the group deviated in uterine growth, number of fetuses and volume of amniotic fluid the most observed. Of the adequate referrals, the clinical diseases diagnosed for the first time in gestation were the most documented. Still, when we consider gestational outcomes, 51.01% were cesarean births and 92.82% of this had no immediate fetal complications. Concluding, the profile of patients treated is composed mostly of women between 20 and 35 years of age, nulliparous, with adequate referral in 80.25% of the time, presenting vaginal delivery and cesarean delivery in close percentages. The importance of correct registration and referral to improve health management is verified.

KEYWORDS: Pregnancy, Complications, Risk

¹Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: rubianiparizotto@gmail.com

² Docente do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: losoriocavalli@yahoo.com

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico que ocorre naturalmente e sem intercorrências em grande parte da população (FREITAS *et al*, 2011). As alterações fisiológicas e anatômicas intrínsecas ao fenômeno gestacional, têm como objetivo acomodar e nutrir o feto em desenvolvimento, e ocorrem em todos os órgãos e sistemas do corpo materno, por este motivo, compreender as modificações fisiológicas é importante para auxiliar na identificação de processos anormais (PILLAY *et al*, 2016). Dessa forma, em algumas situações, o período gestacional pode estar associado a doenças que o tornam ainda mais peculiar e podendo colocar em risco a saúde da mãe e do feto, e é essa parcela da população que segundo Freitas *et al* (2011) é designada de gestantes de alto risco.

O objetivo da assistência pré-natal é monitorar o bom andamento das gestações, preparar a gestante e seu companheiro para o crítico momento do nascimento e identificar adequada e precocemente quais pacientes têm maior chance de apresentar uma evolução desfavorável (FREITAS *et al*, 2011). Neste contexto, a assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de patologias, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (DOMINGUES *et al*, 2012).

De acordo com Freitas *et al* (2011), a identificação dos fatores que expõe a mulher a ter uma gestação de risco deve ser realizada já na primeira consulta de pré-natal. No entanto, muitas das intercorrências e doenças que ocorrem durante a gestação são inadequadamente encaminhadas para centros especializados (BUCHABQUI, 2004). Desta forma, se faz necessário uma constante análise dos prontuários médicos das gestantes quanto a comorbidades e adequação de risco para monitorar a qualidade da estratificação do risco gestacional e o perfil das doenças, assim como de situações que podem causar complicações obstétricas, sendo que tais dados são de extrema importância para um melhor gerenciamento e melhoria da qualidade da atenção à saúde. A prevenção como um dos pilares da atenção básica se fortalece em evidências e dados epidemiológicos para uma ação mais efetiva, e é notório que muitas das doenças maternas e fetais podem ser evitadas ou terem seu curso amenizado por meio de uma atenção qualificada.

Tendo em vista tais aspectos a proposta desta pesquisa foi analisar o perfil das gestantes acompanhadas em ambulatório de alto risco na cidade de Cascavel-PR, caracterizando o perfil das gestantes e do risco gestacional, assim como de doenças e situações de risco mais prevalentes nesta população.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo, de caráter quali-quantitativo e exploratório, no qual foram analisados os prontuários clínicos eletrônicos disponíveis no sistema IPM Saúde do Município de Cascavel. Foram selecionados os prontuários de todas as pacientes que tiveram o primeiro atendimento em um dos ambulatórios de gestação de alto risco do município em questão nos meses de julho, agosto, e setembro de 2017. Dados de prontuários físicos não foram utilizados.

Foram atendidas no período 250 gestantes e os seguintes dados foram analisados por meio de estatística simples: Idade, número de gestações, motivo de encaminhamento, idade gestacional na primeira consulta no ambulatório de alto risco, e desfecho da gestação, considerando aborto, natimortalidade, óbito neonatal, malformação fetal, e tipo de parto. O motivo do encaminhamento foi posteriormente classificado em adequado, quando descrito na Linha Guia Rede Mãe Paranaense, conforme o quadro 1, e inadequado quando o motivo pelo qual a gestante foi encaminhada não estivesse previsto no respectivo documento. Os motivos inadequados foram reclassificados seguindo o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde como protocolo auxiliar.

Quadro 1 – Fatores de risco para estratificação da gestante em alto risco

Condição clínica pré-existente:	Cardiopatias Cirurgia bariátrica Dependência de drogas lícitas e ilícitas Doenças autoimunes Doenças infecciosas Endocrinopatias Epilepsias Ginecopatias Hemopatias Hipertensão Arterial Nefropatias Neoplasias Obesidade mórbida Pneumopatias Psicose e depressão grave
Intercorrências clínicas:	Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas) Doenças clínicas diagnósticas pela primeira vez na gestação Doenças hipertensiva específica da gestação, na gestação atual Doenças infecto contagiosas vividas na gestação atual Isoimunização Rh (Rh negativo) Má formação fetal confirmada Macrossomia do concepto com patologias Placenta prévia Retardo do crescimento intrauterino Sangramento de origem uterina Trabalho de parto prematuro

Fonte: Linha Guia Rede Mãe Paranaense

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, CAAE 89208018.5.00005219.

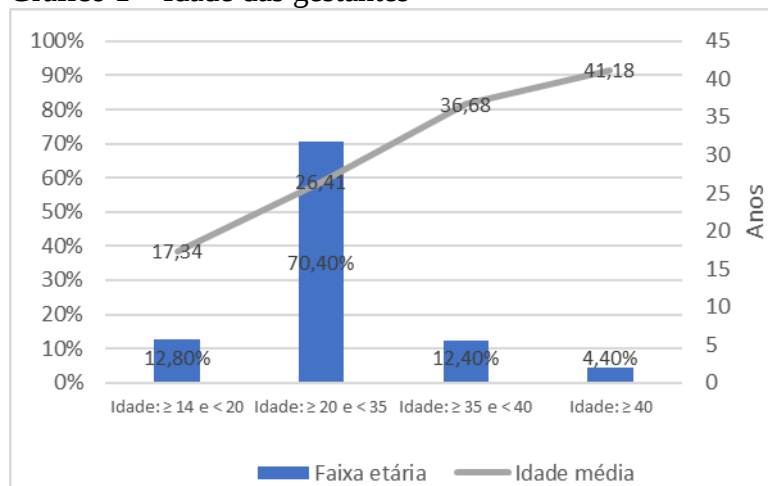
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A idade materna é sempre considerada quando falamos em riscos gestacionais, sabe-se que extremos de idades podem estar relacionados com complicações na gravidez, no parto e no período perinatal. Gestações em mulheres com idades superiores a 35 anos, são consideradas tardias, e possuem um risco elevado de complicações, tais riscos aumentam consideravelmente quando a gestação é ainda mais tardia em mulheres com idade superior ou igual a 40 anos. Da mesma forma, a gestação durante a adolescência também parece ter risco mais elevado em algumas situações (SILVA e SURITA, 2009; OKUMURA *et al*, 2014). OKUMURA *et al* (2014) em um estudo de coorte retrospectivo com 67.693 gestantes adolescentes concluiu que esse grupo etário tem maior risco de complicações obstétricas, principalmente quando a gestação ocorre em menores de 15 anos, tais complicações podem estar associadas a outros fatores socio culturais inerentes da própria idade.

Nossos resultados, conforme o gráfico 1, nos mostram que maioria das gestantes atendidas (70,40%) apresentavam idades entre 20 e 34 anos, enquanto que nos outros grupos etários, ou seja, entre 14 e 19 anos, 35 e 39 anos, e 40 anos ou mais, o percentual encontrado foi respectivamente de 12,80%, 12,40%, e 4,40%. A média das idades em cada grupo foi respectivamente de 17,34, 26,41, 36,68, e 41,18 anos, e somente uma gestante tinha menos de 15 anos. Sendo que os valores máximo e mínimo encontrados foram de 43 e 14 anos respectivamente.

Um grande estudo norte americano, que avaliou os riscos de complicações na gravidez e de resultados adversos relacionados com o aumento da idade materna, utilizando dados estatísticos vitais nacionais, encontrou um aumento dos fatores de risco obstétrico com o avanço da idade materna, particularmente no parto cesariano primário e no trabalho de parto prolongado e disfuncional. No mesmo trabalho discute-se que a idade materna mais avançada possa estar associada a um aumento das complicações obstétricas, secundária a uma maior incidência de doença médica subjacente, diminuição da reserva cardiovascular e diminuição da capacidade de adaptação ao estresse físico que pode acompanhar o envelhecimento. Foi encontrado ainda uma maior incidência de diabetes mellitus, hipertensão crônica, risco de morte infantil e prematuridade em gestantes mais idosas. (LUKE e BROWN, 2007).

Gráfico 1 – Idade das gestantes



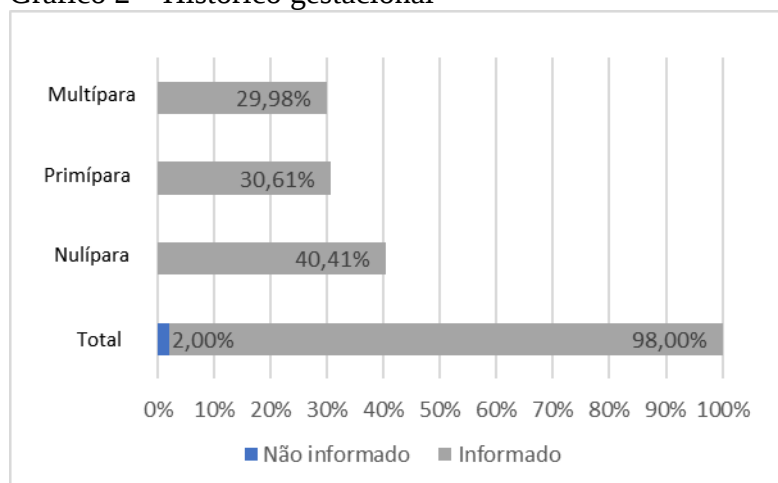
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao número de gestações, 5 prontuários (2,00%) não traziam informações sobre a paridade. Dos documentos nos quais estes dados foram informados (245 prontuários, e 98,00%), 40,41% das pacientes eram nulíparas, 30,61% primíparas, e 29,98% multíparas (Gráfico 2). Das multíparas 73,24% eram multigesta, e estavam pelo menos na 4ª gestação. Em estudo semelhante realizado com gestantes do alto risco em um município do estado do Paraná, encontrou-se dados semelhantes aos nossos, sendo que 69,1% das pacientes atendidas em serviço para alto risco gestacional eram multigesta (MELO *et al*, 2016). Em outra avaliação realizada em município próximo a nossa região, encontrou que 70,5 % das mulheres eram multíparas, sendo que dessas 21,3% estavam na quarta gestação (DALLA COSTA *et al*, 2016). A nuliparidade e grande multiparidade são fatores de risco gestacionais e devem ser observados durante o pré-natal. A multiparidade ainda está relacionada com a macrosomia fetal, e é fator de risco para placenta prévia (BRASIL, 2012).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia a nuliparidade, é fator de risco conhecido para esteatose hepática aguda da gravidez, enquanto que, a multiparidade é considerada fator de risco para trabalho de parto prematuro, para soro positividade de citomegalovírus, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, ruptura uterina, e para trombofilias, quando for maior ou igual a quatro. (FEBRASGO, 2011).

Foi avaliado também em nosso estudo o período da gravidez ao qual a primeira consulta no ambulatório de alto risco gestacional foi realizada, e dos dados informados (91,60%), ocorreu uma distribuição semelhante nos três trimestres da gestação, sendo que 30,13% das pacientes tiveram o primeiro atendimento especializado ainda no 1º trimestre, 37,55% no 2º trimestre, e finalmente 32,31% das pacientes tiveram 1º atendimento somente durante o 3º trimestre.

Gráfico 2 – Histórico gestacional



Fonte: Dados da pesquisa

Inúmeros protocolos têm sido criados com o intuito de melhorar a assistência pré-natal no Brasil (BRASIL, 2012; PARANÁ 2012; PARANÁ, s.a.). No Estado do Paraná, a Rede Mãe Paranaense propõe a organização do binômio materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério, e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. A Secretaria de Estado da Saúde, realizou uma análise dos nascimentos e da mortalidade materna e infantil em um período de quatro anos identificando as principais causas de óbitos e fatores de risco para a mortalidade materna e infantil. Dessa forma, foi estabelecida a estratificação de risco de gestantes e crianças em risco habitual, intermediário, e alto risco (PARANÁ, 2012).

Segundo a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, são considerados fatores para gestação de alto risco as condições descritas no quadro abaixo (Quadro 2) (PARANÁ, 2012).

Quadro 2 – Fatores de risco para estratificação da gestante em alto risco

Condição clínica pré-existente:	Cardiopatias Cirurgia bariátrica Dependência de drogas lícitas e ilícitas Doenças autoimunes Doenças infecciosas Endocrinopatias Epilepsias Ginecopatias Hemopatias Hipertensão Arterial Nefropatias Neoplasias Obesidade mórbida Pneumopatias Psicose e depressão grave
Intercorrências clínicas:	Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas) Doenças clínicas diagnósticas pela primeira vez na gestação Doenças hipertensiva específica da gestação, na gestação atual Doenças infecto contagiosas vividas na gestação atual Isoimunização Rh (Rh negativo)

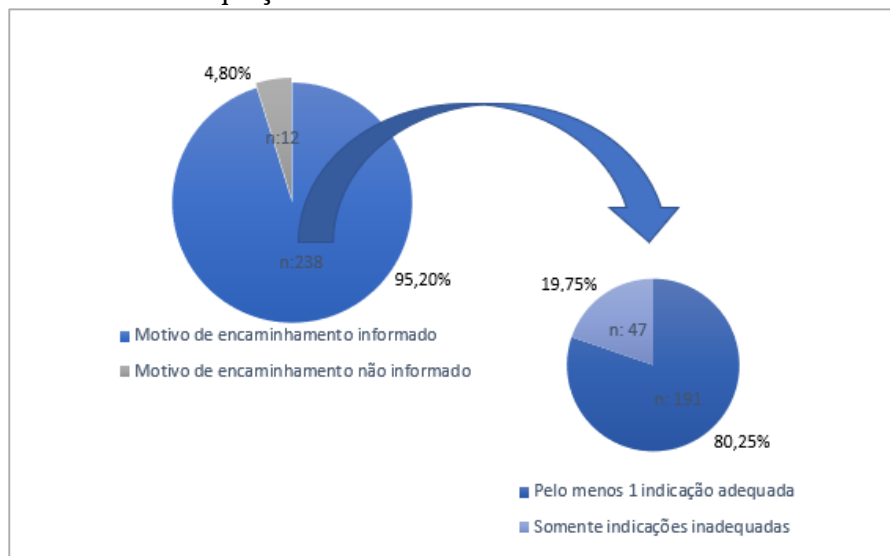
	Má formação fetal confirmada Macrossomia do concepto com patologias Placenta prévia Retardo do crescimento intrauterino Sangramento de origem uterina Trabalho de parto prematuro
--	--

Fonte: Linha Guia Rede Mãe Paranaense

Além dos citados anteriormente, existem inúmeros outros marcadores e fatores que podem caracterizar um risco gestacional, no entanto, tais marcadores servem para alertar a equipe de saúde da atenção primária sobre a necessidade de maior vigilância, sendo que a maioria das gestantes, nesses casos, não necessitam de recurso propedêuticos e tecnologias mais avançadas do que as oferecidas na atenção primária. Tais fatores devem ser avaliados dinamicamente de maneira a determinar o momento da necessidade de atendimento especializado (BRASIL, 2012).

Neste contexto, em nosso trabalho, analisamos os motivos pelos quais as pacientes foram referenciadas, e os resultados podem ser observados no gráfico 3, sendo que dos 250 prontuários, 12 (4,80%) não constavam o motivo de encaminhamento. Dos prontuários restantes, 47 pacientes foram encaminhadas para o pré-natal de alto risco por motivos inadequados. 191 pacientes tinham pelo menos uma indicação de encaminhamento ao serviço especializado adequada. Além disso, como pode ser observado na tabela 1, foram descritos nos prontuários 293 motivos pelos quais as gestantes foram referenciadas ao pré-natal de alto risco, sendo que 227 (77,47%) foram considerados adequados, e 66 (22,53%) inadequados, segundo a metodologia desta pesquisa.

Gráfico 3 – Adequação de encaminhamentos



Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 1 - Motivos de encaminhamentos adequados

Condição clínica pré-existente	n	%
Cardiopatas	2	0,88%
Cirurgia bariátrica	0	0,00%
Dependência de drogas lícitas e ilícitas	18	7,93%
Doenças autoimunes	2	0,88%
Doenças infecciosas	5	2,20%
Endocrinopatias	14	6,17%
Epilepsias	5	2,20%
Ginecopatias	4	1,76%
Hemopatias	12	5,29%
Hipertensão Arterial	21	9,25%
Nefropatias	0	0,00%
Neoplasias	2	0,88%
Obesidade mórbida	11	4,85%
Pneumopatias	2	0,88%
Psicose e depressão grave	4	1,76%
Total	102	44,93%
Intercorrências clínicas	n	%
Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas)	0	0,00%
Doenças clínicas diagnósticas pela primeira vez na gestação	47	20,70%
Doenças hipertensiva específica da gestação, na gestação atual	18	7,93%
Doenças infecto contagiosas vividas na gestação atual	23	10,13%
Isoimunização Rh (Rh negativo)	6	2,64%
Má formação fetal confirmada	7	3,08%
Macrossomia do concepto com patologias	0	0,00%
Placenta prévia	3	1,32%
Retardo do crescimento intrauterino	3	1,32%
Sangramento de origem uterina	14	6,17%
Trabalho de parto prematuro	4	1,76%
Total	125	55,07%
Total de pacientes encaminhadas	250	100,00%
Total de prontuários com motivo de encaminhamento não informado	12	4,80%
Total prontuários com motivo de encaminhamento informado	238	95,20%
Total de motivos de encaminhamento*	293	100%
Total de motivos inadequados de encaminhamento	66	22,53%
Total de motivos adequados de encaminhamento	227	77,47%

Obs: * Algumas pacientes foram encaminhadas por mais de um motivo

Fonte: Dados da pesquisa

A sistematização do atendimento à gestante e ao recém-nascido de alto risco nos hospitais de referência para gestação de alto risco da Rede Mãe Paranaense visa a redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil (principalmente seu componente neonatal precoce) no Estado do Paraná (PARANÁ, 2012). Em nosso município, no serviço pesquisado, dos encaminhamentos adequados

44,93% tiveram como justificativas doenças clínicas pré-existentes, e 55,07% foram motivados por intercorrências clínicas ocorridas durante a gestação. O pré-natal em gestantes com condições de risco gestacional, diminui a prematuridade extrema por meio de ações pontuais e específicas em cada um dos fatores que possam interferir no bom andamento do fenômeno gestacional, dessa forma, orientações de repouso, dieta, instituição de terapia medicamentosa e reconhecimento precoce de complicações contribuem para desfechos favoráveis (VINTZILEOS *et al*, 2002).

Encontramos como as três principais causas do referenciamento adequado (Tabela 1) doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (20,70%), incluindo diabetes mellitus gestacional e hipotireoidismo; doenças infecto contagiosas vividas na gestação atual (10,13%), principalmente toxoplasmose, seguida por infecção de trato urinário e sífilis; e hipertensão arterial pré-existente (9,25%).

O Diabetes gestacional inicia geralmente na segunda metade da gravidez, e está associado a macrossomia fetal, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, hiperbilirrubinemia, síndrome do desconforto respiratório, e um possível desenvolvimento psicomotor lentificado. As complicações maternas incluem a piora da retinopatia e nefropatia diabética e maior risco para polidrâmnio, maior frequência de cesariana, entre outros. Por sua vez, o hipotireoidismo e o hipotireoidismo sub clínico durante a gestação estão relacionados com aborto, anemia, síndromes hipertensivas, descolamento prematuro de placenta e ruptura prematura de membranas. Quando não tratado, pode originar ainda, prematuridade, baixo peso, malformações congênitas e morte fetal e neonatal, entre outras (VILLAR *et al*, 2013).

Com relação a toxoplasmose, aborto, prematuridade e infecção congênita são algumas das complicações que podem ser causadas pelo *Toxoplasma gondii* em mulheres gestantes. A infecção congênita, por sua vez, pode se manifestar de diversas formas, variando desde anemia, coroidorretinite a malformações do sistema nervoso central do feto. (FREITAS *et al*, 2011).

A literatura traz que hipertensão arterial sistêmica crônica prévia a gravidez é fator de risco para a pré-eclâmpsia, sendo que 25% das mulheres nesta condição que engravidam desenvolvem esta doença sobreposta. Sabe-se que a pré-eclâmpsia determina risco fetal e materno aumentados, além disso, pode evoluir para eclâmpsia a qual está envolvida na maioria das mortes maternas por hipertensão, sendo o acidente cerebrovascular é uma das principais causas de morte. (FREITAS *et al*, 2011).

A toxoplasmose e sífilis corresponderam a 0,4% e 0,9% das intercorrências gestacionais em uma cidade no norte do Paraná, diabetes gestacional e hipotireoidismo foram verificados respectivamente em 8,5% e 1,8% dos casos, sendo que os mesmos autores encontraram como principal intercorrência na população estudada infecções do trato urinário com 31,5% de todas as

intercorrências (VARELA *et al*, 2017). A hipertensão arterial pré-gestacional foi a segunda condição clínica pré-existente encontrada por ANJOS *et al* em 2014 no município de Santarém, estado do Pará, sendo que os principais motivos pelos quais as paciente foram encaminhadas para aquele serviço foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, e infecção urinária, estes dois últimos com número bem menor de casos. Ainda, SANTOS *et al* (2014) constatou que as infecções foram o quarto grupo de doenças mais prevalente nas pacientes de alto risco gestacional em uma maternidade escola de Maceió. Nossos dados divergem da literatura nacional, sendo que tal discordância pode estar relacionada com determinantes socio ambientais inerentes de cada região.

Em estudo de coorte no município de São Paulo, os dados encontrados demonstram que 4,3% das gestantes internaram antes do parto por complicações obstétricas, dessas 14,8 % tiveram gestação de alto risco, sendo que os diagnósticos mais frequentes das internações foram processos infecciosos, doença hipertensiva, diabetes e hemorragias. Além disso, verificou-se que os desfechos maternos e fetais foram piores nas gestantes que tiveram internação prévia ao parto (MOURA *et al*, 2018). Por fim, em outros trabalhos regionais, chegou-se à conclusão que as causas de encaminhamento para ambulatórios de alto risco em cidades do estado do Paraná foi hipertensão arterial sistêmica, obesidade, e infecção de trato urinário (DALA-COSTA *et al*, 2016), e obesidade mórbida, hipertensão arterial sistêmica, sangramento de origem uterina, e infecção de trato urinário de repetição (MELO *et al*, 2016).

Admon *et al* (2018), evidenciou que mulheres norte americanas, portadoras de duas ou mais doenças crônicas, entre elas doença respiratória crônica, hipertensão crônica, transtornos por uso de substâncias, diabetes pré-existente, doença cardíaca crônica, doença renal crônica, vírus da imunodeficiência humana ou síndrome da imunodeficiência adquirida, tiveram piores desfechos gestacional, sendo eles, parto prematuro, cesariana, morbidade e mortalidade materna. A taxa de morbidade e mortalidade materna grave entre mulheres com doenças crônicas foi quase quatro vezes maior do que entre mulheres sem condições crônicas de saúde. Da mesma forma, a utilização de cuidados de saúde e os custos foram maiores entre as mulheres com condições crônicas de saúde quando em comparação com aquelas sem condição crônica ou com somente uma condição crônica. No entanto, as mulheres que apresentavam uma única condição crônica de saúde também apresentaram risco maior do que as que não possuem essa condição.

Em relação aos encaminhamentos inadequados, observou-se uma tendência dos profissionais em encaminhar para a atenção secundária em saúde, as pacientes que apresentavam situações descritas no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, dessa forma, como pode ser exemplificado na tabela 2, 63,64% dos motivos de encaminhamentos são considerados pelo

Ministério da Saúde, enquanto que 36,36% dos encaminhamentos foram realizados sem critérios definidos por protocolos.

Um estudo realizado em Porto Alegre- RS identificou que 20% a 30% dos encaminhamentos de gestantes para centros especializados eram inadequados, ou seja, encaminhamentos de gestações que não foram confirmadas como de alto risco, ou então, o alto risco foi identificado, mas por motivo diferente do encaminhado pela atenção básica (BUCHABQUI, 2004).

A inadequação de encaminhamentos para ambulatórios e centro especializados em gestação de alto risco foi verificada em 3 diferentes estudos, sendo que o e o percentual de inadequação encontrado varia entre 20% e 30%, considerando as metodologias utilizadas (BUCHABQUI, 2004; ARAÚJO, 2015; LINHARES *et al*, 2009). Em nosso estudo verificamos um percentual próximo ao descrito na literatura, uma vez que, quando considerados o encaminhamento por paciente o percentual encontrado foi de 19,75% (Gráfico 1) e 22,53% (Tabelas 1 e 2) quando consideramos a quantidade total de motivos de encaminhamento inadequados. Ressaltamos que nesse grupo, o desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico foi a condição que motivou o maior número de encaminhamentos, enquanto que, início tardio de pré-natal, história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado, e parto pré-termo anterior tiveram o mesmo número de encaminhamentos.

É importante ressaltar que “O uso rotineiro dos recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco não melhora a qualidade assistencial, nem seus resultados, e retarda o acesso das gestantes que deles precisam” (BRASIL, 2012).

Tabela 2 - Motivos de encaminhamentos inadequados

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:	n	%
Idade maior que 35 anos	1	1,52%
Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos	1	1,52%
Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30)	1	1,52%
Conflitos familiares	2	3,03%
Condições ambientais desfavoráveis	1	1,52%
Total	6	9,09%
História reprodutiva anterior:	n	%
Abortamento habitual	4	6,06%
Morte perinatal explicada e inexplicada	2	3,03%
História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado	5	7,58%
Parto pré-termo anterior	3	4,55%
Nuliparidade e grande multiparidade	3	4,55%
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva	2	3,03%
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores)	1	1,52%
Total	20	30,30%
Condições clínicas preexistentes:	n	%

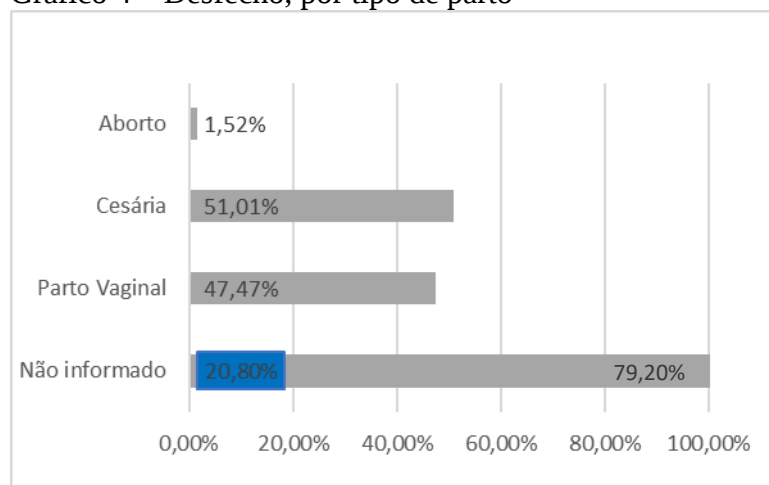
Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)	1	1,52%
Total	1	1,52%
Doença obstétrica na gravidez atual:	n	%
Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico	12	18,18%
Hemorragias da gestação	3	4,55%
Total	15	22,73%
Outros - Não classificáveis nos protocolos existentes	n	%
Paraplegia prévia	1	1,52%
Insuficiência venosa crônica	2	3,03%
Transtorno bipolar de humor	3	4,55%
Transtorno de ansiedade	3	4,55%
Início tardio de pré-natal	4	6,06%
Anormalidades fetais ultrassonográficas	2	3,03%
Anormalidades ultrassonográficas de anexos	1	1,52%
Dor em período gestacional	2	3,03%
Dor crônica pré-gestacional	1	1,52%
Discordância de idade gestacional entre data da última menstruação, exame de ultrassom e ou altura uterina	2	3,03%
Queixas dermatológicas	1	1,52%
Polidrâmnio já resolvido	1	1,52%
Poliúria	1	1,52%
Total	24	36,36%
Total de pacientes encaminhadas	250	100,00%
Total de prontuários com motivo de encaminhamento não informado	12	4,80%
Total prontuários com motivo de encaminhamento informado	238	95,20%
Total de motivos de encaminhamento*	293	100,00%
Total de motivos inadequados de encaminhamento	66	22,53%
Total de motivos adequados de encaminhamento	227	77,47%

Obs: * Algumas pacientes foram encaminhadas por mais de um motivo

Fonte: Dados da pesquisa

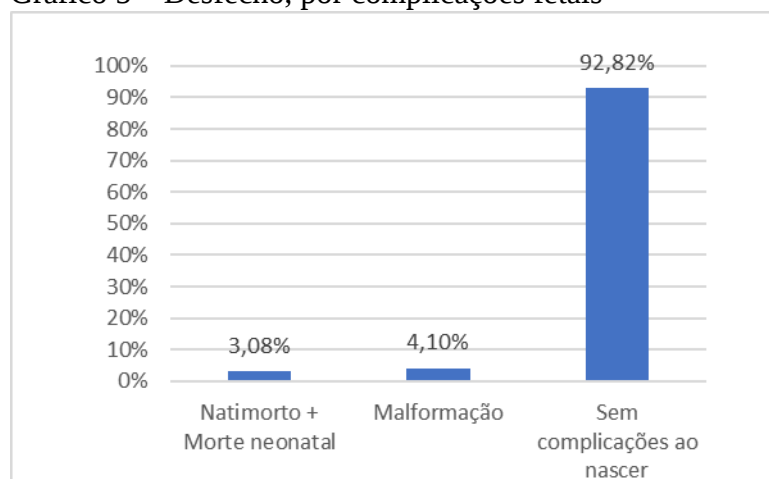
Os desfechos das gestações também foram analisados, e verificou-se que em 52 prontuários (20,80%) dos prontuários não constavam qualquer informação sobre o desfecho da gravidez. Dos informados 198 (79,20%), as porcentagens de 47,47% e 51,01% correspondem respectivamente a partos vaginais e cesarianas realizados (Gráfico 4). No que se refere a mortalidade infantil e a malformação fetal, tais valores estão explicitados no gráfico 5. É importante frisar que, por falta de informações, tivemos dificuldades na separação entre natimortos e a mortalidade neonatal.

Gráfico 4 – Desfecho, por tipo de parto



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 5 – Desfecho, por complicações fetais



Fonte: Dados da pesquisa

Uma gravidez considerada de alto risco está associada a malformações complexas e apareceu em 20,3% das gestações desse grupo em um estudo recente (REIS *et al*, 2014). Já a mortalidade neonatal, segundo alguns autores, pode estar relacionada com o trabalho de parto prematuro, a malformações fetais, e a gestação múltipla na gestação atual (DEMITTO *et al*, 2017).

Reis *et al* (2014) encontram que a taxa de cesariana em um grupo de gestantes de alto risco foi de 69,3%, sendo que as cesarianas de emergências ocorreram em 63 gestantes (14,78%). Segundo os autores, um elevado risco gestacional determinou uma chance 3,8 vezes maior e mau resultado materno e 17,5 vezes maior de mau resultado neonatal, em relação às gestações consideradas de risco habitual, concluíram ainda que o risco gestacional contribuiu para o aumento da taxa de cesariana.

Em outro centro obstétrico, foram analisados 1748 partos, sendo que a cesariana foi realizada em 988 mulheres, nas quais 80% possuem perfil de pacientes com intercorrências clínicas e/ou complicações obstétricas (NOMURA *et al*, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a cesariana é um procedimento que quando bem indicado pode salvar vidas, no entanto, é necessária uma padronização para que a intervenção seja efetiva. As taxas de cesárias superiores a 10% em uma população não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal, entretanto, os esforços devem ser para garantir uma boa indicação do procedimento, em detrimento da fixação de taxas ideais (OMS, s.a). As cesarianas devem ser realizadas quando um benefício claro é antecipado, um benefício que possa compensar os custos mais elevados e riscos adicionais, o principal desafio relacionado às cesarianas é fazer o melhor uso desse procedimento, que certamente é um recurso importante para a redução da mortalidade materna, mas cujo uso excessivo pode estar associado a um risco aumentado de desfechos maternos graves (SOUZA *et al*, 2010).

Malformações fetais congênitas, número de consultas de pré-natal inferior a seis, ausência de pré-natal, peso inferior a 2.500 g, apresentação fetal pélvica, síndromes hipertensivas, e natimortalidade prévia, são fatores que contribuem para o óbito fetal intrauterino e mau desfecho da gestação. (KLEIN *et al*, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os dados analisados podemos inferir que as gestantes que são acompanhadas no referido ambulatório de alto risco possuem idade entre 20 e 35 anos, com classificação de paridade bem distribuída, porém predominando mulheres nulíparas, sendo que no grupo das múltiparas um alto percentual (73,24%) é multigesta, com pelo menos 4 gestações. O atendimento inicial ocorreu em porcentagem semelhante entre os trimestres de gestação, e os motivos de encaminhamentos considerados adequados foram a maioria, sendo que quase mais da metade dos encaminhamentos considerados inadequados por nossa metodologia seguiram outro protocolo para a tomada de decisão. Partos vaginais e cesarianas tiveram percentuais muito próximos, sendo que no desfecho da gravidez ainda tivemos uma taxa considerável de morte perinatal e malformação fetal. Observa-se a falta de grandes estudos regionais para comparar os dados entre a realidade da nossa região.

Observamos também a relevância que um correto encaminhamento de pacientes para serviços especializados possui, além da necessidade de fortalecimento e qualificação constante dos profissionais da APS. Da mesma forma se faz necessário a correta documentação das informações por meio de prontuários clínicos visando a contribuição para o fornecimento de dados em saúde, com objetivo da melhoria da qualidade e eficiência dos serviços prestados.

Por fim, verifica-se a necessidade de um estudo mais amplo para verificar o real impacto que as variáveis descritas neste trabalho apresentam sobre o fluxo de pacientes e nos índices de morbimortalidade materna e infantil.

REFERÊNCIAS

ADMON, L. K; WINKELMAN, T. N.; HEISLER, M.; DALTON, V. K. Obstetric Outcomes and Delivery-Related Health Care Utilization and Costs Among Pregnant Women With Multiple Chronic Conditions. **Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, and Policy**. 2018; v. 15, e. 21.

ANJOS, J. C. S.; PEREIRA, R. R.; FERREIRA, P. R. C.; MESQUITA, T. B. P.; PICANÇO JÚNIOR, O. M. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**. 2014; v.28, n. 2.

ARAÚJO, G. T. **Análise do perfil de encaminhamentos da atenção primária para pré-natal de alto risco – Desafios para o ensino de competências em saúde materno-infantil**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Programa de Pós-Graduação em ensino na Saúde da universidade federal do Rio Grande do Norte.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: Manual técnico**. 5. Ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUCHABQUI, J. A. **Adequação dos encaminhamentos realizados pela Rede Básica de Atenção à Saúde**. 2004. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DALLA COSTA, L.; CURA, C. C.; PERONDI, A. R.; FRANÇA, V. F.; BORTOLOTTI, D. S. Perfil Epidemiológico De Gestantes De Alto Risco. **Cogitare Enferm**. 2016, Abr/jun; v.2, n. 2, p. 01-08.

DEMITTO, M. O.; GRAVENA, A. A. F.; DELL'AGNOLO, C. M.; ANTUNES, M. B.; PELLOSO, S. M. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Rev Esc Enferm USP**. 2017; v.51.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. D. A.; DIAS, M. A. B; LEAL, M. D. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012; v. 28, n.3, p.425-437.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco**. 2011.

FREITAS, F.; *et al.* **Rotinas em obstetrícia** [recurso eletrônico] 6. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

KLEIN, C. J.; MADI, J. M.; ARAÚJO, B. F.; ZATTI, H.; DAL BOSCO, D. S.; HENKE, C. N.; ROMBALDI, R. L.; MADI, S. R. C. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 2012; v. 56, n. 1, p. 11-16.

LINHARES, J. J.; COELHO, S. F. M.; VIEIRA, É. M.; COSTA, E. A.; PORTELA, L. C.; PINTO, T. High risk pregnancy referrals adequacy in the Basic Health Services of Sobral, Ceará, Brazil. **Einstein**. 2009; v. 7, n. 2, p. 182-186.

LUKE, B.; BROWN, M. B. Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. **Human Reproduction**. 2007; v. 22, n.5, p. 1264-1272.

MELO, W. A.; ALVES, J. I.; DA SILVA FERREIRA, A. A.; SOUZA, V. S.; MARAN, E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**. 2016; v.17, n. 1, p. 83-92.

MOURA, B. L. A.; ALENCAR, G. P.; SILVA, Z. P. D.; ALMEIDA, M. F. D. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2018; v. 34, n. 1.

NOMURA, R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev Saúde Pública**. 2004; v. 38, n.1, p. 9-15.

OKUMURA, J. A.; MATICORENA, D. A.; TEJEDA, J. E.; MAYA-TRISTÁN, P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, 2014; v. 14, n.4, p. 383-392.

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Acesso em 19/10/2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de Atenção ao Pré-Natal: Risco habitual**. S.a.

PILLAY, P.S; PIERCY, C. N.; TOLPPANEN, H.; MEBAZAA, A. Physiological Changes in Pregnancy. **Cardiovasc J Afr**. 2016; v. 27, p. 89–94.

REIS, Z. S.; LAGE, E. M.; AGUIAR, R. A.; GASPAR, J. S.; VITRAL, G. L.; MACHADO, E. G. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; v. 36, n. 2, p. 65-71.

SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro. Jan-Mar, 2014. v.9, n.30, p.13-22.

SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: Resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009; v. 31, n.7, p. 321-325.

SOUZA, J. P.; GÜLMEZOGLU, A. M.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; CARROLI, G.; FAWOLE, B.; RUYAN, P. Caesarean section without medical indications is associated with an

increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**. 2010; v.8, p. 71.

VARELA, P. L. R.; OLIVEIRA, R. R.; MELO, E. C.; MATHIAS, T. A. F. Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, Brasil. 2017; v.25, p. 1-9
VILAR, L.; *et al.* **Endocrinologia clínica**. 5.ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VINTZILEOS, A. M.; ANANTH, C. V.; SMULIAN, J. C.; SCORZA, W. E.; KNUPPEL, R. A. The impact of prenatal care in the United States on preterm births in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. **Am J Obstet Gynecol**, November, 2002; p. 1254 -1247.