

RISCO GESTACIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES ATENDIDAS PELA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Elisiane Soares Novaes*
Emiliana Cristina Melo**
Patrícia Louise Rodrigues Varela Ferracioli***
Rosana Rosseto de Oliveira****
Thais Aidar de Freitas Mathias*****

RESUMO

Objetivou-se classificar e estimar os fatores associados ao risco gestacional em mulheres atendidas para o parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo transversal com entrevista e consulta ao cartão da gestante e ao prontuário hospitalar de 607 puérperas residentes em município do Estado do Paraná, Brasil. O risco gestacional foi classificado segundo critérios do programa Rede Mãe Paranaense - RMP e a associação com características maternas foi realizada por meio de análise de regressão logística. Das puérperas, 50,9% tiveram gravidez classificada como de risco habitual, 5,8% risco intermediário e 43,3% alto risco. Para classificação do risco, o tabagismo (12,7%), a raça negra (11,4%), os distúrbios hipertensivos (9,6%) e a infecção do trato urinário de repetição (8,4%) foram as condições mais frequentes. A reação paterna negativa à gestação (ORaj=1,71), o IMC pré-gestacional elevado (ORaj=1,67) e ter tido duas ou mais gestações anteriores (ORaj=1,85) foram independentemente associados ao alto risco gestacional. Para prevenir complicações na gestação, a equipe de saúde deve considerar os fatores modificáveis, como o tabagismo, hipertensão, infecção de trato urinário e também não modificáveis, como raça/cor negra, história de IMC pré-gestacional elevado e reação negativa do pai da criança à gestação.

Palavras-chave: Medição de risco. Fatores de risco. Gravidez de alto risco. Saúde materno-infantil. Assistência pré-natal.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de complicações durante a gestação pode afetar a saúde materna e fetal além de ocasionar desfechos indesejáveis como prematuridade, baixo peso ao nascer e outros ainda mais graves como a morte materna, fetal e neonatal. Essas complicações são resultado de fatores de risco anteriores ou durante a gestação que aumentam em graus variados a probabilidade desses eventos acontecerem⁽¹⁻²⁾.

O primeiro trimestre gestacional é a fase mais susceptível às alterações no desenvolvimento fetal relacionadas com fatores maternos como hiperglicemia, hipertensão, distúrbios de coagulação, alcoolismo, tabagismo, drogadição, idade precoce ou avançada, exposição a fatores teratogênicos como vírus Zika, rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, sífilis, dentre outros^(1,3-4).

Há uma relação direta entre a ausência de controle desses fatores e maior prevalência e incidência de anormalidades congênitas, macrossomia ou restrição do crescimento fetal, hipoglicemia e icterícia neonatal, mortalidade perinatal, deficiências cognitivas, além de gravidezes ectópicas e abortos espontâneos^(2,3).

Estudos mostram a associação entre diversos fatores de risco e a potencialização dos efeitos dessa interação^(1,5-6). Assim, gestantes obesas geralmente apresentam hipertensão arterial, diabetes gestacional, infecção urinária de repetição, pré-eclâmpsia e ruptura prematura de membranas⁽⁷⁾. Entre gestantes adolescentes, principalmente as menores de 15 anos, é comum baixa escolaridade, baixa renda, não planejamento e aceitação da gravidez, baixa adesão ao pré-natal, ausência de companheiro, transtornos alimentares, uso de drogas que se sobrepõem à imaturidade do sistema reprodutor^(1,8-9). O monitoramento, a prevenção e o controle dos determinantes do risco gestacional é uma das estratégias utilizadas durante o pré-natal para diminuir os índices de morbimortalidade materna e perinatal⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Buscando alcançar as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, o Estado do Paraná organizou a atenção materno-infantil no programa Rede Mãe Paranaense (RMP), implantada desde 2012. A RMP objetiva assistir gestantes e crianças até o segundo ano de vida, apoiada na estratificação de risco com critérios específicos pautados no perfil epidemiológico do Estado do Paraná e regiões⁽¹²⁾.

A identificação de gestantes com fatores de risco

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná. E-mail: elisianenovaes@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Estadual do Norte do Paraná. E-mail: ecmelo@uenp.edu.br.

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Estadual do Paraná. E-mail: patricialouisev@yahoo.com.br.

****Enfermeira. Pós-doutoranda em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: rosanarosseto@gmail.com.

*****Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UEM. E-mail: taifmathias@gmail.com

contribui para o planejamento do cuidado pré-natal e a oferta de atenção às gestantes propicia um olhar mais atento às condições de saúde mais prevalentes e vigilância das complicações durante a gestação possibilitando a intervenção precoce com impacto nos indicadores de saúde materno-infantil⁽¹²⁾.

Dada a importância em classificar o risco gestacional após a implantação da RMP, o objetivo deste estudo foi analisar o risco gestacional e fatores associados na população usuária do SUS em Maringá-PR. Os resultados deste estudo podem contribuir para o planejamento e ações no âmbito da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

MÉTODOS

Este estudo faz parte de projeto mais abrangente que investiga a saúde da mulher e da criança e fatores associados no município de Maringá, Paraná, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Estudo transversal com dados de gestantes residentes em Maringá, cujo parto foi financiado pelo SUS.

O município de Maringá possui população estimada em aproximadamente 400 mil habitantes e, em 2015, alcançou IDH de 0,84⁽¹³⁾. A rede atenção primária é estruturada com 74 equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com acompanhamento pré-natal. Se a gestante é classificada como risco habitual é acompanhada pelo clínico geral da ESF, se risco intermediário pela enfermagem e por profissional ginecologista, e se alto risco além do acompanhamento pela equipe ESF recebe atendimento em ambulatório de alto risco do hospital referência para o parto⁽¹²⁾. Maringá é referência para o atendimento a gestações de alto risco para 29 municípios vizinhos pertencentes a 15ª Regional de Saúde⁽¹³⁾.

A amostra foi calculada considerando o percentual de nascimentos vivos de mães residentes em Maringá com parto financiado pelo SUS em 2012 (que totalizou 45,5% do total de partos de residentes) e o percentual de nascimentos nos dois hospitais que atendem pelo SUS e pertencem à RMP, a partir de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc, e da Secretaria Estadual de Saúde. Os parâmetros utilizados foram intervalo de confiança de 95%; erro amostral de 3,5% e prevalência desconhecida de 50%, adicionado 6% para possíveis perdas, totalizando 607 puérperas entrevistadas. Os critérios de inclusão foram: a residência no município de Maringá-PR, a realização de pelo menos uma consulta de pré-natal pelo SUS e

posse do cartão da gestante no momento da entrevista.

O instrumento de coleta de dados foi adaptado de estudo anterior⁽¹⁴⁾, construído e aplicado no Google Docs, procedimento que possibilita a coleta e armazenamento dos dados em tempo real - on-line. A principal fonte de dados foi a entrevista com a puérpera hospitalizada por ocasião do parto, complementada pela auditoria do prontuário hospitalar materno e cartão da gestante. A coleta ocorreu diariamente, entre outubro de 2013 e janeiro de 2014 com planilha de dados conferida diariamente e, quando necessário, corrigida com nova busca aos prontuários ou por contato telefônico.

A estratificação foi realizada segundo os critérios da RMP⁽¹²⁾, que considera como risco habitual as gestantes que não apresentam fatores ou condições de risco. Gestantes de risco intermediário são aquelas com fatores de riscos presentes, sejam as características individuais (raça/cor preta ou etnia indígena, idade menor de 15 ou maior de 40 anos), sociodemográficas (escolaridade menor que 3 anos de estudo) e da história reprodutiva (4 ou mais filhos vivos, filho nascido morto em gestações anteriores e abortamento de repetição (3 ou mais)). Gestantes de alto risco apresentam risco relacionado às condições clínicas pré-existentes ou desenvolvidas na gestação atual como hipertensão arterial sistêmica, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), cardiopatias, hemopatias, nefropatias, pneumopatias, endocrinopatias, ginecopatias, doenças infecciosas, autoimunes, dependência de drogas ilícitas ou lícitas, obesidade mórbida (IMC >40kg/m²), neoplasias, cirurgia bariátrica há menos de dois anos, epilepsia, psicose e depressão grave e intercorrências obstétricas (retardo do crescimento intrauterino, trabalho e/ou parto prematuro, amniorrexe prematura, sangramento, isoimunização, malformação fetal dentre outras).

Para identificar fatores associados ao risco gestacional foram investigadas variáveis independentes relacionadas às características socioeconômicas e demográficas maternas: situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro); densidade no domicílio pessoas/cômodo (≤ 1 ou >1); renda familiar per capita em salários mínimos ($<0,5$, $0,5-1$ ou >1); tipo de ocupação (remunerada ou não remunerada); características pré-concepcionais: número de gestações anteriores (nenhuma, 1, 2 ou mais); cesárea anterior (nenhuma ou 1 e mais); uso de anticoncepcional (sim ou não); tratamento para engravidar (sim ou não); e características da gestação atual: reação dos familiares à descoberta da gestação (negativa ou positiva); reação do pai da criança à descoberta da gestação (negativa ou positiva); reação da puérpera à descoberta da gestação

(negativa ou positiva); gravidez planejada (sim ou não); financiamento do pré-natal (SUS ou misto); número de consultas de pré-natal (<6 ou ≥6); idade gestacional no início do pré-natal (até 12 ou >12 semanas); participação em grupos de gestante (sim ou não); prática de atividade física (sim ou não); IMC pré-gestacional (<25 kg/m² ou ≥25 kg/m²); ganho ponderal segundo recomendações do Ministério da Saúde⁽³⁾ (adequado ou inadequado).

Somente foram incluídas na análise de associação as variáveis que não são utilizadas para classificação do risco. Na variável “número de gestações anteriores”, foram excluídas 14 gestantes que possuíam quatro ou mais filhos vivos, cinco gestantes com histórico de óbito fetal e quatro com histórico de abortos de repetição, e na variável “IMC pré-gestacional” foram excluídas quatro gestantes com IMC ≥ 40 kg/m² já que esses critérios foram utilizados para classificação do risco gestacional. Para a regressão logística o risco intermediário foi somado ao alto risco e foram incluídas somente variáveis com *p*-valor <0,20 na análise univariada. A associação do risco gestacional (variável

dependente) com as variáveis independentes foi analisada por meio da razão de chances (Odds ratio) obtida por meio do modelo de regressão logística *step wise forward*, utilizando o software SPSS, versão 20,1. Em todas as etapas utilizou-se o nível de significância $\alpha=5\%$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá-PR (parecer nº 412.422/2013).

RESULTADOS

Das 607 puérperas entrevistadas, 43,3% (263) foram classificadas como alto risco, 5,8% (35) como risco intermediário e 50,9% (309) como risco habitual. Os fatores que mais contribuíram para classificação do risco gestacional foram o hábito de fumar da gestante com prevalência de 12,7% e a raça/cor preta com 11,4%. Em seguida, os fatores que mais contribuíram foram as intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação, como a ITU (8,4%), a DHEG (7,1%), amniorexe prematura (6,3%), o sangramento (5,8%) e o trabalho de parto prematuro (5,8%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das puérperas segundo classificação do risco gestacional e fatores de risco. Maringá-PR, Brasil, 2013-2014

Fatores de risco	Risco gestacional*			Total 607(100%)
	Habitual 309(50,9%)	Intermediário 35(5,8%)	Alto 263(43,3%)	
Características individuais, sociodemográficas e reprodutivas desfavoráveis				
Raça/cor preta	-	32(91,4)	37(14,1)	69(11,4)
Idade <15 e >40 anos	-	2(5,7)	14(5,3)	16(2,6)
4 filhos vivos ou mais	-	1(2,8)	13(4,9)	14(2,3)
Histórico de óbito fetal	-	2(5,7)	3(1,1)	5(0,8)
Aborto de repetição	-	1(2,8)	3(1,1)	4(0,7)
Escolaridade <3 anos	-	1(2,8)	2(0,8)	3(0,5)
Condições clínicas pré-existentes				
Tabagismo	-	-	77(29,3)	77(12,7)
Pneumopatia	-	-	19(7,2)	19(3,1)
Hipertensão arterial	-	-	15(5,7)	15(2,5)
Hipotireoidismo	-	-	10(3,8)	10(1,6)
Diabetes	-	-	10(3,8)	10(1,6)
Uso de drogas ilícitas	-	-	8(3,0)	8(1,3)
Cardiopatia	-	-	7(2,7)	7(1,2)
Hepatopatia	-	-	7(2,7)	7(1,2)
Hipertireoidismo	-	-	5(1,9)	5(0,8)
Etilismo	-	-	5(1,9)	5(0,8)
IMC ≥40 kg/m²	-	-	4(1,5)	4(0,7)
Psicose/depressão grave	-	-	4(1,5)	4(0,7)
Hemopatia	-	-	3(1,1)	3(0,5)
HIV/Aids	-	-	3(1,1)	3(0,5)
Sífilis	-	-	2(0,8)	2(0,3)
Cirurgia bariátrica	-	-	2(0,8)	2(0,3)
Ginecopatias	-	-	1(0,4)	1(0,2)
Intercorrências clínicas/obstétricas atuais				
ITU ‡	-	-	51(19,4)	51(8,4)
DHEG§	-	-	43(16,3)	43(7,1)
Amniorexe prematura	-	-	38(14,4)	38(6,3)
Sangramento	-	-	35(13,3)	35(5,8)
Trabalho de parto prematuro	-	-	35(13,3)	35(5,8)
Diabetes gestacional	-	-	15(5,7)	15(2,5)
Placenta prévia	-	-	6(2,3)	6(1,0)
Cardiopatia	-	-	5(1,9)	5(0,8)
Toxoplasmose	-	-	4(1,5)	4(0,7)
Pneumonia	-	-	4(1,5)	4(0,7)
Outras doenças infecciosas**	-	-	4(1,5)	4(0,7)
Neuropatia	-	-	3(1,1)	3(0,5)
Neoplasia	-	-	3(1,1)	3(0,5)
Incompetência istmo-cervical	-	-	3(1,1)	3(0,5)
Incompatibilidade Rh	-	-	3(1,1)	3(0,5)
Sífilis	-	-	2(0,8)	2(0,3)
Rubéola	-	-	2(0,8)	2(0,3)
Malformação fetal	-	-	1(0,4)	1(0,2)
Anemia grave	-	-	1(0,4)	1(0,2)

*Segundo critérios de classificação de risco gestacional da Linha Guia do Programa Rede Mãe Paranaense. ‡ITU - infecção do trato urinário. §DHEG - doença hipertensiva específica da gestação. **Outras doenças infecciosas—2 casos de dengue, um de citomegalovírus e um de bartholinite.

O número de fatores de risco por puérpera variou de nenhum a sete e a média de fatores aumentou com a idade. Entre as mulheres de 13 a 19 anos, a média foi de 0,75; entre as de 20 a 34 anos foi 0,84 e entre mulheres de 35 a 46 anos, a média de fatores de risco foi 1,56

(dados não apresentados em tabela). Entre as gestantes de alto risco 39,2% apresentaram apenas um fator, 38,4% apresentaram dois e 22,4% apresentaram três ou mais fatores de risco (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das puérperas classificadas como risco intermediário e alto risco, segundo número de fatores presentes (nº e %). Maringá-PR, 2013-2014

Classificação	Número de fatores							
	1	2	3 ou mais	Total				
	n	%	n	%	n	%	n	%
Risco intermediário	31	88,6	4	11,4	-	-	35	100
Alto risco	103	39,2	101	38,4	59	22,4	263	100
Total	134	-	105	-	59	-	298	100

Das 35 puérperas com risco gestacional intermediário 88,6% possuíam apenas um fator e a maioria foi a raça/cor preta (Tabela 1).

Na análise univariada observou-se associação significativa do alto risco gestacional com renda per capita ≤ 1 salário mínimo (OR=1,55); sobrepeso e

obesidade (OR=1,66), duas ou mais gestações anteriores (OR=2,00), reação negativa da família (OR=1,49) e reação negativa do pai da criança à descoberta da gestação (OR=1,73) (Tabela 3).

Tabela 3. Análise univariada dos fatores associados ao risco gestacional. Maringá-PR, 2013-2014.

Variáveis	Risco gestacional		Total (607)	OR	IC	p valor
	Alto+inter (298)	Habitual (309)				
Sociodemográficas maternas						
Densidade pessoa/cômodo						
Mais de um	35(11,7)	23(7,4)	58(9,6)	1,65	(0,95; 2,87)	0,074
≤ 1	263(88,3)	286(92,6)	549(90,4)	1		
Renda per capita (SM)*						
≤ 1	175(58,7)	148(47,9)	323(53,2)	1,55	(1,12; 2,13)	0,008
>1	123(41,3)	161(52,1)	284(46,8)	1		
Pré-concepcionais e história reprodutiva materna						
IMC pré-gestacional (≥25 e < 40 kg/m²)†						
Sim	127(42,6)	97(31,4)	224(37,1)	1,66	(1,19; 2,32)	0,003
Não	167(56,0)	212(68,6)	379(62,9)	1		
Nº gestações anteriores‡						
Nenhuma	103(37,5)	147(47,6)	250(42,8)	1		
1	85(30,9)	100(32,4)	185(31,7)	1,21	(0,83; 1,78)	0,323
2 ou mais	87(31,6)	62(20,0)	149(25,5)	2,00	(1,33; 3,02)	0,001
Reação à gestação atual						
Da família						
Negativa	86(28,9)	66(21,4)	152(25,0)	1,49	(1,03; 2,16)	0,033
Positiva	212(71,1)	243(78,6)	455(75,0)	1		
Paterna						
Negativa	85(28,5)	58(18,8)	143(23,6)	1,73	(1,18; 2,53)	0,005
Positiva	213(71,5)	251(81,2)	464(76,4)	1		
Materna						
Negativa	118(39,6)	101(32,7)	219(36,1)	1,35	(0,97; 1,88)	0,076
Positiva	180(60,4)	208(67,3)	388(63,9)	1		

*Salário mínimo vigente em 2014; R\$723; †Excluídas 4 gestantes com IMC pré-gestacional ≥ 40 ; ‡Excluídas 14 gestantes com quatro filhos vivos ou mais, 5 com histórico de óbito fetal e 4 com histórico de abortos de repetição, pois esses critérios foram utilizados para classificar o risco gestacional.

O modelo final da regressão logística múltipla mostrou perda de significância dos fatores socioeconômicos quando analisados em conjunto com os demais. Sobrepeso pré-gestacional (ORaj=1,67),

duas ou mais gestações anteriores (ORaj=1,85) e reação paterna negativa à gestação (ORaj=1,71) foram os fatores independentes que aumentaram quase duas vezes a chance da gestação ser de alto risco (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de regressão logística dos fatores associados ao risco gestacional. Maringá-PR, Brasil, 2013-2014

Variáveis**	Risco gestacional		Total 607 (100%)	OR aj	IC 95%	p-valor
	Alto+interm* 298 (43,3%)	Baixo 309 (56,7%)				
Reação paterna negativa à gestação	85(28,5)	58(18,8)	143(23,6)	1,71	(1,15;2,54)	0,008
IMC pré-gestacional ≥ 25 e < 40†	127(42,6)	97(31,4)	224(37,1)	1,67	(1,18;2,36)	0,004
Duas ou mais gestações anteriores‡	87(31,6)	62(20,0)	149(25,5)	1,85	(1,22;2,82)	0,004

*Soma do risco intermediário e alto risco; **Excluídas puérperas com condições ou fatores utilizados para classificação do risco gestacional: 4 gestantes com IMC pré-gestacional ≥ 40; 14 gestantes com 4 filhos vivos ou mais, 5 com histórico de óbito fetal e 4 com histórico de abortos de repetição.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que, de acordo com os critérios de risco estabelecidos pelo programa RMP, quase metade das mulheres residentes em Maringá-PR com parto financiado pelo SUS eram gestantes de risco (5,8% risco intermediário e 43,3% alto risco). Chamou atenção ainda o elevado percentual de mulheres com dois ou mais fatores de risco com destaque para o tabagismo, os distúrbios hipertensivos, a infecção do trato urinário de repetição, amniorexe prematura e sangramento. Esses fatores, identificados nas entrevistas, quando não controlados ou prevenidos podem levar a gestante a internações e causar sequelas com desfechos indesejáveis. Outra importante constatação deste estudo foi observar que o número de fatores de risco por gestante aumentou com a idade.

O percentual de gestantes de alto risco foi considerado elevado em comparação com outros estudos nacionais realizados em diferentes localidades e regiões do país, que apontaram prevalência em torno de 25 a 35%^(11,15). Estudo transversal realizado em Londrina, Paraná, com dados do Comitê de mortalidade materna e infantil e do Sinasc, apontou que entre 2000 e 2009 a prevalência de gestantes de alto risco foi de 33,5%⁽¹⁵⁾. Já uma pesquisa brasileira multicêntrica, realizada com dados de entrevistas a 23.940 puérperas, entre 2011 e 2012, apontou que 25% das gestações foram de alto risco. Entretanto é possível que essa prevalência esteja subestimada, pois os autores consideraram apenas o relato da puérpera ter sido ou não classificada como alto risco, além disso, o estudo englobou população SUS e não SUS⁽¹¹⁾. Os dados subestimados podem ser pelo viés do esquecimento materno, a possibilidade de não avaliação ou avaliação incorreta do grau de risco pelos serviços de saúde e a diferença no padrão de morbimortalidade entre a população usuária do SUS e da rede de serviço privado.

A prevalência de fatores de risco pode diferir ao longo do tempo e segundo localização geográfica, pois está relacionada com as características e nível socioeconômico da sociedade. Na África do Sul, por

exemplo, pesquisadores referem que cerca de 60% das gestantes apresentam pelo menos um fator de alto risco, como alcoolismo, depressão grave e déficit nutricional⁽⁶⁾.

No presente estudo, 39,2% das gestantes classificadas como alto risco apresentaram apenas um fator de risco. Ser classificada como alto risco não necessariamente indica o encaminhamento ao ambulatório referência de alto risco⁽³⁾. Alguns dos fatores de risco listados pela RMP, como tabagismo, cirurgia bariátrica há menos de dois anos, hipotireoidismo e diabetes, por exemplo, podem ser conduzidos pelas equipes de saúde da família, com ações direcionadas, maior número de consultas e exames adicionais para controle⁽¹²⁾.

Determinados comportamentos maternos, hábitos de vida, e condições socioeconômicas podem interferir negativamente no curso da gestação, e inclusive, influenciar na vida futura da criança. Dentre as condições de risco passíveis de modificação, o tabagismo foi a mais prevalente (12,7%). Grande parte das fumantes encontra-se em situações de maior vulnerabilidade, como baixa escolaridade, baixa renda, desemprego e situação conjugal insegura⁽¹⁶⁾. Por isso é necessário providenciar apoio social e psicológico às gestantes em situação de vulnerabilidade, além de outras medidas para incentivar a cessação ou minimização do tabagismo, bem como do etilismo e uso de drogas ilícitas, cada vez mais prevalentes na população feminina usuária do SUS⁽⁸⁾.

Os fatores de risco podem ser controlados também antes da ocorrência da gravidez como, por exemplo, as alterações no estado nutricional⁽¹¹⁾. Atualmente, a alta prevalência de sobrepeso e a obesidade na população brasileira e também entre as gestantes vem se tornando um desafio às autoridades sanitárias. Em Jundiaí-SP, pesquisadores encontraram prevalência de 34,7% de sobrepeso e obesidade pré-gestacional entre usuárias do SUS⁽¹⁵⁾, percentual similar ao encontrado no presente estudo que foi de 37,1%.

Neste estudo, o IMC pré-gestacional ≥ 25kg/m² < 40 kg/m² associou-se independentemente às gestações de

alto risco ($OR_{aj}=1,67$). Os profissionais que atuam na assistência pré-natal devem dispensar atenção especial às gestantes que iniciam o pré-natal com IMC elevado, pois elas têm maiores chances de desenvolver complicações em decorrência do excesso de peso, como diabetes gestacional, síndromes hipertensivas, distúrbios tromboembólicos, infecção urinária, puerperal, parto induzido, cesarianas e hemorragia pós-parto⁽¹⁵⁾. Assim é urgente investir na prevenção da obesidade, em planejamento familiar, aconselhamento pré-concepcional, em programas e orientações específicas sobre adequação do peso, alimentação saudável, e a prática de atividade física para mulheres em idade reprodutiva a fim de que estejam nas melhores condições possíveis antes de engravidar^(3,7).

Outra constatação deste estudo foi a associação de mulheres com mais de duas gestações anteriores. Orientações pré-gestacionais e incentivo ao planejamento familiar devem ser oferecidas, pois estas mulheres apresentaram 1,85 vezes mais chances de transcorrer em gestação de alto risco quando comparadas às nuligestas. É realidade que a maioria das brasileiras engravida sem planejar. Estudo recente, com amostra representativa de puérperas usuárias do SUS residentes em Maringá-PR, apontou que 60% das gestantes não planejaram a gestação, e que a multiparidade e a gestação não planejada foram fatores associados ao pré-natal inadequado ($OR_{aj}=2,18$; $OR_{aj}=2,06$, respectivamente)⁽²⁾.

Para as multigestas, a ocorrência de eventos adversos em gestações anteriores aumenta as chances destes se repetirem na próxima gestação. Por isso, o profissional de saúde durante o pré-natal deve dedicar especial interesse ao passado obstétrico, a fim de conhecer antecedentes que sinalizem a possibilidade de risco aumentado na gestação atual^(5,10). Somam-se a isso fatores de risco como idade da mulher que geralmente é mais elevada para as multigestas, a realização de múltiplas cesarianas e intervalo interpartal curto que eleva substancialmente as chances de complicações⁽¹⁾.

A reação negativa do pai do bebê à gestação aumenta 1,71 vezes a classificação para risco gestacional elevado. A reação negativa inicial à notícia da gestação pelo companheiro pode proporcionar um sentimento de insegurança das gestantes frente ao novo papel social a desempenhar, pois um dos fatores que contribuem ao seu bem-estar é o apoio que ela recebe daqueles que a rodeiam. A disponibilidade de apoio social, principalmente sobre condições estressantes facilita as adaptações necessárias e pode minimizar os riscos da gestação⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. A falta de apoio social

adequado, com destaque para o apoio do pai do bebê é um fator estressante adicional que por sua vez pode repercutir na saúde da mãe e do feto e aumentar as chances de eventos indesejáveis como o retardo no crescimento fetal, baixo peso e nascimento prematuro⁽¹⁹⁾. Estudos mostram que gestantes com parceiros envolvidos são mais propensas a reduzir o consumo de cigarros, álcool e a receber cuidado pré-natal precoce e qualificado^(17,19). Embora os serviços de saúde não tenham muita influência sobre a reação do pai da criança à descoberta da gestação, é possível identificar as mulheres que não contam com este apoio e providenciar outras fontes de apoio social. Além disso, é necessário treinar os profissionais que atuam no cuidado pré-natal a envolverem os pais no acompanhamento da gravidez, proporcionando vínculo e acolhimento⁽³⁾.

Importante destacar que muitos dos fatores de risco identificados neste estudo podem ser controlados antes mesmo da concepção, evitando gastos com internações, tratamentos desnecessários e sequelas irreversíveis tanto para a mulher como para o bebê. É preciso investir cada vez mais na oferta de assistência pré-natal qualificada, contínua e oportuna, com capacitação da equipe da atenção básica na realização de cuidados que eliminem ou minimizem os fatores de risco e, consequentemente, os resultados desfavoráveis^(2,11).

CONCLUSÃO

Este estudo embora com algumas limitações como o possível viés recordatório da puérpera; de não ter considerado as mulheres com gestações interrompidas o que pode influenciar na identificação de fatores de risco, traz alguns resultados que devem ser destacados. Primeiramente chamou atenção a elevada proporção de gestantes com condições sociais e clínicas como tabagismo, raça negra, hipertensão e infecção do trato urinário, que justificaram sua classificação como gestantes de risco, ou intermediário ou alto risco. Outro resultado importante foi a identificação dos fatores associados ao alto risco como multiparidade, IMC pré-gestacional elevado e reação negativa do pai à gestação.

A classificação do risco gestacional como atividade de rotina no atendimento pré-natal, com consequente vigilância e promoção da saúde, antes e durante o pré-natal, devem considerar a prevalência dessas condições nas mulheres em idade reprodutiva a fim de evitar a ocorrência de eventos indesejáveis para a gestante e

para o feto. Finalmente, mesmo que este estudo traga resultados de uma população específica, é possível extrapolar as conclusões para realidades semelhantes, principalmente para populações que utilizam o sistema público de saúde.

FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada Universal (14/2012).

GESTATIONAL RISK AND ASSOCIATED FACTORS IN WOMEN CARED BY THE PUBLIC HEALTH NETWORK

ABSTRACT

This study aimed to classify and estimate the factors associated with gestational risk in women cared for delivery by the Unified Health System (SUS). A cross-sectional study with interviews and consultation to the card of the pregnant woman and the hospital records of 607 puerperal women resident in the municipality of the state of Paraná, Brazil. The gestational risk was classified according to the criteria of the program Mother Network Paranaense - RMP and the association with maternal characteristics was performed by means of logistic regression analysis. The puerperal women, 50.9% had risk pregnancy classified as usual, 5.8% intermediate risk and 43.3% high risk. For the classification of risk, smoking (12.7%), black race (11.4%), hypertensive disorders (9.6%) and urinary tract infection (8.4%) were the most frequent conditions. The paternal reaction in the negative pregnancy ($OR_{aj}=1.71$), the pre-gestational BMI high ($OR_{aj}=1.67$) and having had two or more previous pregnancies ($OR_{aj}=1.85$) were independently associated with a high risk pregnancy. To prevent complications in pregnancy, the health care team should consider the modifiable factors such as smoking, hypertension, urinary tract infection and also non-modifiable, such as race/color black, history of pre-gestational BMI high and negative reaction of the father of the child to the pregnancy.

Keywords: Risk Assessment. Risk factors. Pregnancy high-risk. Mother and child health. Prenatal Care.

RIESGO GESTACIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES ATENDIDAS POR LA RED PÚBLICA DE SALUD

RESUMEN

El objetivo fue clasificar y estimar los factores asociados al riesgo gestacional en mujeres atendidas para el parto por el Sistema Único de Salud (SUS). Estudio transversal con entrevista y consulta al registro de la gestante y al registro hospitalario de 607 puérperas residentes en un municipio del estado de Paraná, Brasil. El riesgo gestacional fue clasificado según criterios del programa Rede Mãe Paranaense (RMP), y la asociación con características maternas fue realizada por medio de análisis de regresión logística. De las puérperas, 50,9% tuvieron embarazo clasificado como de riesgo habitual, 5,8% riesgo intermediario y 43,3% alto riesgo. Para clasificación del riesgo, el consumo de tabaco (12,7%), la raza negra (11,4%), los trastornos hipertensivos (9,6%) y la infección urinaria de repetición (8,4%) fueron las condiciones más frecuentes. La reacción paterna negativa al embarazo ($OR_{aj}=1,71$), el IMC pregestacional elevado ($OR_{aj}=1,67$) y haber tenido dos o más embarazos anteriores ($OR_{aj}=1,85$) fueron independientemente asociados al embarazo de alto riesgo. El equipo de salud debe considerar los factores modificables, como el consumo de tabaco, hipertensión, infección urinaria, y también no modificables, como raza negra, historia de IMC pregestacional elevado y reacción negativa del padre del niño al embarazo, para prevenir complicaciones en la gestación.

Palabras clave: Medición de riesgo. Factores de riesgo. Embarazo de alto riesgo. Salud materno-infantil. Atención prenatal.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro FD, Ferrari RAP, Sant'Anna FL, Dalmas JC, Girotto E. Extremes of maternal age and child mortality: analysis between 2000 and 2009. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 381-388, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000400015>.
2. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400002>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/08/microcefalia-protocolo-de-vigilancia-e-resposta-v1.pdf>.
5. Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil da gestante. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>.
6. Tomlinson M, O'Connor MJ, le Roux IM, Stewart J, Mbewu N, Harwood J, Rotheram-Borus MJ. Multiple risk factors during pregnancy in South Africa: The need for a horizontal approach to perinatal care. *Prev. Sci.*, New York, v. 15, no. 3, p. 277-282, 2014. doi: <https://doi.org/10.1007/s11211-013-0376-8>.
7. Silva JC, Amaral AR, Ferreira BS, Petry JF, Silva MR, Krelling PC. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 509-513, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140005024>.
8. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalence of drug abuse among pregnant women. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>.
9. Melo EC, Ribeiro AB, Oliveira RR, Zurita RC, Mathias TA. Analysis

of Maternal and Child Health Indicators in an Area at Paraná State, Brazil. *Nurs. Res. Pract.*, Cairo, v. 2013, p.1-9, 2013. doi: <https://doi.org/10.1155/2013/495178>.

10. Paris GF, Pelloso SM.; Martins, PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. 447-452, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001000004>.

11. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

12. PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Linha Guia: Mãe Paranaense. Curitiba, 2012. v. 1. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf.

13. INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. Caderno estatístico: município de Maringá. Curitiba, 2016. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000>

14. Almeida MF, Alencar GP, França Jr. I, Novaes HMD, Siqueira AAF, Schoeps D, et al. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 643-652, 2006. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300019>.

15. Fonseca MRCC, Laurenti R, Marin CR, Traldi MC. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1401-1407, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.17022013>.

16. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, Thomas J. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.*, Chichester, v. 10, p. CD001055, 2013. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/2F14651858.CD001055.pub4>.

17. Alio AP, Mbah AK, Komosky JL, Wathington D, Marty PJ, Salihu HM. Assessing the impact of paternal involvement on racial/ethnic disparities in infant mortality rates. *J. Community Health*, Amsterdam, v. 36, no. 1, p. 63-68, 2011. doi: <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9280-3>.

18. Vieira APR, Laudade LGR, Monteiro JCS, Nakano AMS. Motherhood in adolescent and family support: implications in breast care and self-care in postpartum. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 12, n. 4, p. 679-687, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v12i4.21195>.

19. Plantin L, Olukoya AA, Ny P. Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering*, Harriman, v. 9, no. 1, p. 87-102, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.3149/fth.0901.87>.

Endereço para correspondência: Thais Aídar de Freitas Mathias. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790 - Cidade Universitária, CEP 87020-900 - Maringá, PR, Brasil. E-mail: tafmathias@gmail.com

Data de recebimento: 18/05/2018

Data de aprovação: 30/09/2018