

Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre

Aline Fernanda Silva Sampaio ¹
Maria José Francalino da Rocha ²
Elaine Azevedo Soares Leal ³

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Acre. BR 364 Km 04. Distrito Industrial. Rio Branco, AC, Brasil. CEP: 69.915-900. E-mail: alinefernanda45@hotmail.com

² Centro Multidisciplinar. Universidade Federal do Acre. Rio Branco, AC, Brasil.

³ Centro de Ciências da Saúde e do Desporto. Universidade Federal do Acre. Rio Branco, AC, Brasil.

Resumo

Objetivos: descrever o perfil clínico e epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal de alto risco da Maternidade Pública de Rio Branco, Acre.

Métodos: estudo de corte transversal de 326 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal de alto risco de Rio Branco no período de abril a maio de 2016. Foram realizadas entrevistas com questionário estruturado.

Resultados: os resultados evidenciaram que a média de idade das mulheres foi de 28 anos, escolaridade igual ou superior ao ensino médio (58,8%), casada/união estável (81,7%), desempregadas (50%); primigestas (26,4%), quatro ou mais gestações (32,8%), início do pré-natal com idade gestacional ≤ 12 semanas (69,3%) e de 3 a 5 consultas de pré-natal (58%). Os antecedentes clínicos mais observados foram obesidade (35%) e hipertensão arterial crônica (8%). As intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes foram infecção do trato urinário (39,9%), ganho ponderal maior (30,4%), anemia (14%), ameaça de abortamento (11%) e hipertensão gestacional (10,4%).

Conclusões: o conhecimento a cerca do perfil clinico-epidemiológico das gestantes de alto risco permite auxiliar na criação de instrumentos estratégicos dos serviços de saúde e consequentemente na redução da mortalidade materna.

Palavras-chave Gestantes, Cuidado pré-natal, Gravidez de alto risco



Introdução

A gestação é um evento fisiológico e marcante na vida mulher e geralmente evolui para desfechos bem sucedidos. Esse período deve ser visto pelas gestantes e profissionais de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional.¹

Durante a gestação a mulher está sujeita a condições especiais, inerentes ao estado gravídico, que acarretam mudanças nos processos metabólicos. Nesse período, um pequeno número de mulheres apresentam condições clínicas e/ou obstétricas desfavoráveis para a sua saúde e/ou do feto, constituindo o grupo chamado gestação de alto risco.²

De modo geral, os fatores de risco que podem tornar o prognóstico materno e fetal desfavorável são as características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva, condições clínicas e obstétricas isoladas ou associadas a outras complicações que repercutem na evolução da gestação, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras.^{1,3}

A hipertensão gestacional e o diabetes mellitus gestacional são condições específicas do ciclo gravídico-puerperal e compõem os principais motivos de morbimortalidade materna e perinatal.¹ Os distúrbios hipertensivos da gravidez ocorrem em 10% de todas as gestações ao redor do mundo,^{1,4} enquanto a ocorrência de diabetes mellitus varia de 1 a 14% destas.^{1,5} Em estudos conduzidos no Brasil, as prevalências de hipertensão gestacional variam entre 0,6 a 31,1%⁶⁻¹⁰ e o diabetes mellitus gestacional entre 0,2 a 3,4%.⁶⁻⁹

Diante da ocorrência da mortalidade materna, a assistência pré-natal não pode prever as complicações do parto na maioria das mulheres, porém, a promoção da saúde e a identificação dos riscos poderão favorecer o prognóstico materno. A detecção de qualquer risco implica na necessidade de atenção especializada, com exame e/ou avaliação e seguimentos adicionais e, se necessário, referência da atenção básica para um serviço de nível mais complexo.¹¹

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil clínico e epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal de alto risco da maternidade pública da cidade de Rio Branco, Estado do Acre, e assim fornecer subsídios para a implementação de medidas que visem a qualidade da assistência pré-natal e a melhora nos resultados de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, conduzido no período de abril a maio de 2016, na maternidade de referência para gestantes de alto risco na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil.

Foram elegíveis as gestantes residentes em Rio Branco, atendidas na maternidade no período estudado e excluídas aquelas que apresentaram alguma deficiência mental ou comunicação verbal de grau incapacitante. Foram entrevistadas 326 mulheres. Houve 24 perdas e 05 recusas à participação.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face, para aplicação de questionário estruturado e pré-codificado. As entrevistas foram realizadas por dois enfermeiros, devidamente treinados para esta função. Paralelamente, foram revisados os cartões da gestante sendo os dados transcritos para o instrumento próprio da pesquisa.

As variáveis estudadas incluíram as características socioeconômicas, características da gestação atual, hábitos na gestação, antecedentes pessoais e familiares, condições clínicas preexistentes, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas e obstétricas.

Os questionários foram revisados e codificados. Foi realizada a análise descritiva dos dados para avaliar a distribuição e caracterizar a população estudada. As variáveis quantitativas foram descritas como medidas de tendência central e dispersão e as qualitativas em números absolutos e proporções. Na comparação de grupos foi utilizado o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher. O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada no *Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0 para Windows.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Hospital Estadual do Acre – FUND-HACRE, CAAE-486221715.0.00005009.

Resultados

Foram entrevistadas 326 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal de alto risco do município de Rio Branco, Acre, no período de abril a maio de 2016. Em relação às características sociodemográficas, a média de idade das mulheres estudadas foi de 28 anos (DP=7,43), com mínima de 13 e máxima de 45 anos; 2,7% das gestantes tinha idade inferior a 15 anos e 21% tinham idade igual ou superior a 35 anos. Referente à escolaridade, 0,9% eram analfabetas, 27% possuíam escolaridade básica incompleta

ou completa e 58,8% possuíam nível de escolaridade igual ou superior ao ensino médio. A média de anos de estudo foi de 10,58 (DP =7,43). A maioria tinha companheiro (81,7%) e 78,5% autodeclararam cor da pele parda; 50% eram desempregadas, 29,4% assalariadas e 13,2% eram estudantes (Tabela 1).

Quanto à história reprodutiva, 85,9% tiveram a primeira gestação com idade entre 15 a 34 anos e 12% com idade inferior a 15 anos. A média de idade da primeira gestação foi de 19,48 (DP 5,5), mínima de 12 e máxima de 41 anos; 26,4% eram primigestas e 32,8% tiveram três ou mais gestações, 47,8% tiveram três ou mais partos normais e 13,2% tiveram dois ou mais partos cesarianos (Tabela 2).

Nas características da gestação atual, 57,3% estavam no terceiro trimestre gestacional, 69,3% iniciaram o pré-natal com idade gestacional até 12 semanas, 58% realizaram de 3 a 5 consultas de pré-natal e 97,5% tinham gestação única. Os antecedentes clínicos mais frequentemente observados na amostra foram obesidade (35%), hipertensão arterial crônica (8,0%), pneumopatia

(5,5%) e doença infecciosa (4,9%) (Tabela 3).

As intercorrências clínicas e obstétricas com maiores proporções foram infecção do trato urinário (39,9%), ganho ponderal excessivo (30,4%); anemia (14%), ameaça de aborto (11%) e hipertensão gestacional (10,4%) (Tabela 4).

Na Tabela 5 são apresentadas as prevalências de hipertensão gestacional e ganho de peso excessivo segundo variáveis sociodemográficas, antecedentes clínicos e intercorrências obstétricas. A hipertensão gestacional ocorreu em 18,4% ($p<0,001$) das gestantes obesas e em 14,3% ($p=0,044$) daquelas com ganho ponderal excessivo, apresentando diferenças estatisticamente significativas entre os estratos. O ganho ponderal excessivo, por sua vez, ocorreu em 18,7% das gestantes no segundo trimestre gestacional e 31,0% ($p=0,012$) das gestantes no terceiro trimestre gestacional; e em 48,2% ($p<0,001$) das gestantes obesas.

Tabela 1

Distribuição das gestantes, conforme as variáveis sociodemográficas. Rio Branco, Acre, 2016.

| Variáveis | N=326 | % |
|--|-----------|------------|
| Faixa etária (anos) | | |
| <15 | 9 | 2,7 |
| 15 a 34 | 248 | 76,3 |
| 35 ou mais | 69 | 21,0 |
| Média de idade | 28,42 | Dp* (7,43) |
| | Mínima 13 | Máxima 45 |
| Escolaridade | | |
| Sem escolaridade | 3 | 0,9 |
| Ensino Fundamental Incompleto/Completo | 88 | 27,0 |
| Ensino Médio Incompleto/ Completo | 150 | 46,1 |
| Ensino Superior Incompleto/Completo | 85 | 26,0 |
| Média de anos de estudo | 10,58 | Dp* (3,62) |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 45 | 13,5 |
| Casada/união consensual | 267 | 82,3 |
| Divorciada/separada/Viúva | 14 | 4,2 |
| Raça/Cor | | |
| Branca | 41 | 12,6 |
| Parda | 256 | 78,5 |
| Outros | 29 | 8,9 |
| Ocupação | | |
| Estudante | 43 | 13,2 |
| Desempregada | 163 | 50,0 |
| Assalariada | 96 | 29,4 |
| Outros | 24 | 7,4 |

*Desvio-padrão.

Tabela 2

Distribuição das gestantes, conforme as características reprodutivas. Rio Branco, Acre, 2016.

| Variáveis | | N=326 | % |
|--|----------------|-----------|-----------|
| Idade da primeira gestação por faixa etária (anos) | | | |
| < 15 | | 39 | 12,0 |
| 15 a 34 | | 280 | 85,9 |
| 35 ou mais | | 7 | 2,1 |
| Média de idade na primeira gestação | 19,48 Dp*(5,5) | Mínima 12 | Máxima 41 |
| Número de gestações | | | |
| Uma | | 86 | 26,4 |
| Duas | | 84 | 25,8 |
| Três ou mais | | 156 | 47,8 |
| Média de gestações | | 2,98 | Dp* (2,0) |
| Número de partos normais | | | |
| Nenhum | | 191 | 58,6 |
| Um | | 58 | 17,8 |
| Dois | | 34 | 10,4 |
| Três ou mais | | 43 | 13,2 |
| Número de partos cesarianos | | | |
| Nenhum | | 198 | 60,7 |
| Um | | 82 | 25,2 |
| Dois ou mais | | 46 | 14,1 |

*Desvio-padrão.

Tabela 3

Distribuição das gestantes, conforme as características da gestação atual e antecedentes clínicos. Rio Branco, Acre, 2016.

| Variáveis | | N=326 | % |
|--|-----------------|----------|------------|
| Idade gestacional (semanas) | | | |
| 13 ou menos | | 22 | 6,6 |
| 14 - 26 | | 117 | 36,1 |
| 27 ou mais | | 187 | 57,3 |
| Média da idade gestacional | 27,05 Dp* (8,0) | Mínima 8 | Máxima 40 |
| Idade gestacional da primeira consulta (semanas) | | | |
| 12 ou menos | | 226 | 69,3 |
| 13 - 26 | | 97 | 29,8 |
| 27 ou mais | | 3 | 0,9 |
| Média da idade gestacional da primeira consulta | | 10,84 | Dp* (5,0) |
| Número de consultas de pré-natal | | | |
| 2 | | 64 | 19,6 |
| 3 - 5 | | 189 | 58,0 |
| 6 ou mais | | 73 | 22,4 |
| Média de número de consultas de pré-natal | | 4,22 | Dp* (1,78) |
| Número de fetos | | | |
| Um | | 318 | 97,5 |
| Dois | | 8 | 2,5 |
| Antecedentes clínicos | | | |
| Obesidade | | 114 | 35,0 |
| Hipertensão arterial crônica | | 26 | 8,0 |
| Pneumopatia | | 18 | 5,5 |
| Doença infecciosa | | 16 | 4,9 |
| Cardiopatía | | 14 | 4,3 |
| Ginecopatía | | 12 | 3,7 |

*Desvio-padrão.

Tabela 4

Distribuição das gestantes, conforme as condições clínicas e obstétricas. Rio Branco, Acre, 2016.

| Variáveis | N=326 | % |
|---------------------------------------|-------|------|
| Infecção do trato urinário | 130 | 39,9 |
| Ganho de peso excessivo | 99 | 30,4 |
| Sangramento de origem uterina* | 62 | 22,7 |
| Anemia | 48 | 14,7 |
| Hipertensão gestacional | 34 | 10,4 |
| Incompatibilidade Rh | 29 | 8,9 |
| Toxoplasmose | 11 | 3,4 |
| Diabetes gestacional | 8 | 2,5 |
| Macrossomia | 7 | 2,1 |
| Ganho ponderal menor | 6 | 1,8 |
| Doenças do trato respiratório | 5 | 1,5 |
| Insuficiência istmo cervical | 5 | 1,5 |
| Ameaça de trabalho de parto prematuro | 5 | 1,5 |

* Descolamento prematuro de membranas, ameaça de abortamento e placenta prévia.

Tabela 5

Prevalência de hipertensão gestacional e ganho de peso excessivo, segundo variáveis sociodemográficas, antecedentes clínicos e intercorrências obstétricas. Rio Branco, Acre, 2016.

| Variáveis | Hipertensão gestacional | | | Ganho de peso excessivo | | |
|--------------------------------|-------------------------|------|---------|-------------------------|------|--------|
| | n | % | p* | n | % | p* |
| Faixa etária (anos) | | | | | | |
| 34 | 25 | 9,7 | 0,474 | 67 | 26,1 | |
| 35 ou mais | 04 | 5,8 | | 17 | 24,6 | 0,809 |
| Escolaridade (anos) | | | | | | |
| Até 7 | 25 | 8,9 | 0,571** | 68 | 24,1 | |
| 8 e mais | 04 | 9,1 | | 16 | 36,4 | 0,084 |
| Cor da pele | | | | | | |
| Branca | 01 | 2,4 | 0,087** | 12 | 28,6 | |
| Não branca | 28 | 9,9 | | 72 | 25,4 | 0,656 |
| Trimestre gestacional | | | | | | |
| 2º trimestre | 13 | 9,4 | 0,803 | 26 | 18,7 | |
| 3º trimestre | 16 | 8,6 | | 58 | 31,0 | 0,012 |
| Numero de partos | | | | | | |
| Nulíparas | 7 | 7,8 | 0,563 | 20 | 22,2 | |
| 1 a 2 | 17 | 10,6 | | 48 | 29,8 | |
| 3 ou mais | 5 | 6,7 | | 16 | 21,3 | 0,254 |
| Obesidade | | | | | | |
| Não | 08 | 3,8 | <0,001 | 29 | 13,7 | |
| Sim | 21 | 18,4 | | 55 | 48,2 | <0,001 |
| Ganho de peso excessivo | | | | | | |
| Não | 17 | 7,0 | 0,044 | - | - | - |
| Sim | 12 | 14,3 | | - | - | - |
| Hipertensão arterial sistêmica | | | | | | |
| Não | - | - | - | 74 | 24,7 | |
| Sim | - | - | - | 10 | 38,5 | 0,123 |

*Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste exato de Fisher.

Discussão

Os resultados desse estudo mostram que a amostra apresenta características que corroboram outros estudos realizados com gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde do Brasil, com predomínio de mulheres jovens, pardas, que convivem com o parceiro e economicamente inativas.^{12,13} De forma geral, as gestantes apresentaram boa escolaridade com média de 10,58 anos de estudo.

A média de idade das mulheres estudadas foi de 28 anos. Aproximadamente 2,7% das gestantes tinham idade <15 anos e 21% tinham idade ≥35 anos. A gravidez na adolescência e após os 35 anos de idade têm sido relacionada ao baixo peso ao nascer, baixo índice de APGAR, prematuridade e maior ocorrência de partos cirúrgicos.¹⁴

A proporção de gestações tardias definidas como gestações ocorridas com idade ≥35 anos, superou a gravidez na adolescência precoce, conferida como sendo a que ocorre antes dos 16 anos de idade.¹⁵ As possíveis explicações para a ocorrência de gestações em idades mais avançadas são: maior nível socioeconômico, maior nível educacional, maior participação da mulher no mercado de trabalho, menor paridade, avanços da reprodução artificial, o casamento adiado e as taxas de divórcio seguidas por novas uniões.^{16,17}

Concernente à assistência pré-natal, a maioria das mulheres realizaram a primeira consulta com idade gestacional ≤12 semanas e pouco mais da metade realizaram de 3 a 5 consultas de pré-natal. Um estudo realizado a partir de dados da Pesquisa Nascer no Brasil que analisou a assistência a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados do país, verificou que 75,8% de mulheres iniciaram o pré-natal até a 16ª semana de gestação.¹³ Em acordo com as recomendações da Rede Cegonha, o pré-natal deve ser iniciado até a 12ª semana de gestação com número mínimo de seis consultas.¹⁸ Quando iniciada precocemente, a assistência pré-natal pode contribuir para desfechos maternos e fetais favoráveis, mediada pela identificação e tratamento das afecções e o controle dos fatores de risco. Estudos têm mostrado que mulheres indígenas e pretas, baixos níveis de escolaridade, maior número de gestações e mulheres residentes na Região Norte e Nordeste são importantes barreiras para o início precoce da assistência pré-natal.^{12,13}

A avaliação do estado nutricional pré-gestacional revelou elevada prevalência de obesidade (35%), sendo o antecedente clínico mais observado na

amostra. Esses resultados contextualizam com as mudanças no perfil nutricional observada na população brasileira, caracterizada pelo declínio da desnutrição e aumento da obesidade. Importância tem que ser dada a avaliação nutricional das gestantes, tendo em vista que as mulheres que iniciam a gestação com obesidade possuem elevado risco cardiometabólico e estão mais expostas ao desenvolvimento de complicações obstétricas e neonatais, fato amplamente mencionado na literatura.^{19,20} A condução adequada da assistência pré-natal, orientações a cerca dos riscos envolvidos, a prevenção de complicações e as intervenções em tempo hábil das intercorrências, é crucial nesse grupo de mulheres.

Um estudo conduzido com 164 gestantes atendidas em uma maternidade pública de alto risco de Goiânia observou que quase metade (47,8%) das gestantes apresentou excesso de peso pré-gestacional e mais da metade (53,4%) apresentaram ganho de peso excessivo durante a gravidez.²¹ Nesse estudo, ganho de peso excessivo foi observado em 30,4% das gestantes entrevistadas e em 48,2% das gestantes obesas. Desvios no ganho de peso materno atuam como marcadores de desfechos desfavoráveis da gestação como hemorragia, diabetes gestacional, hipertensão arterial, macrossomia fetal, desproporção céfalo-pélvica, asfixia fetal, aumento de partos cirúrgicos, maior retenção de peso pós-parto, doenças endócrinas e cardíacas. O monitoramento da evolução ponderal, acompanhamento e orientação nutricional, identificação de fatores associados e a intervenção profissional precoce são importantes para a redução dos riscos maternos e fatais; e na prevenção da retenção de peso pós-parto e outras complicações.²²

A hipertensão arterial crônica (HAC) por sua vez, ocorreu em 8% das mulheres avaliadas. A sua prevalência varia entre 2,9 a 23,1% alterando de acordo com o serviço analisado, segundo diferentes estudos conduzidos no Brasil.^{6,7,21,23} Quando complicada, fato que ocorre em cerca de 5% dos casos, pode gerar alterações cardíacas e/ou renais e evoluir para pré-eclâmpsia, em alguns casos, pode haver a necessidade de interrupção da gestação antes da maturidade fetal.²⁴

A infecção do trato urinário (ITU) foi a intercorrência clínica mais frequente no estudo (39,9%). Em acordo com o Ministério da Saúde, a ITU acomete 17 a 20% das gestantes. O seu quadro clínico pode variar de bacteriúria assintomática, ocorrendo em cerca de 2 a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite. A *Escherichia coli* é o agente etiológico identificado em 80% dos casos de bacteriúria assin-

tomática.¹ A ocorrência de ITU durante a gestação está relacionada à rotura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, recém-nascidos com baixo peso, sepsis materna e infecção neonatal.²⁵ O diagnóstico precoce e a terapêutica adequada são importantes durante a assistência pré-natal para a prevenção de complicações associadas.

A anemia na gravidez pode comprometer a saúde materno-fetal e está associada à pré-eclâmpsia, comprometimento físico e mental materno, alterações cardiovasculares, restrição de crescimento fetal, prematuridade, comprometimento da vitalidade fetal e aumento da mortalidade perinatal.²⁶ Nesse estudo, a anemia foi observada em 14% da amostra. Prevalência maior foi observada em um estudo realizado a partir de 549 prontuários de gestantes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), obteve uma prevalência de 43,9%.⁸ Tal ocorrência pode ser justificada pela carência nutricional frequentemente verificada em países subdesenvolvidos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.^{27,28}

As síndromes hemorrágicas são as principais causas de internação das gestantes. Ocorrem entre 10 a 15% das gestações, podem gerar complicações ao binômio de acordo com o período gravídico e estão fortemente relacionadas à prematuridade.¹ Surpreendentemente, nesse estudo, o sangramento de origem uterina foi a intercorrência mais prevalente dentre as doenças obstétricas na gravidez atual com 22,7%, contrastando com os resultados de um estudo realizado com dados dos prontuários de 97 gestantes de alto risco de uma Unidade Básica de Saúde do município de Paranaíba - PR, onde a prevalência de hemorragias durante a gestação foi de 6,0%⁹ e com o estudo transversal retrospectivo referente ao período de 2006 a 2010, realizado a partir de 312 prontuários de gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade Escola de Maceió - AL, onde a prevalência foi de 2,6%.¹⁰ A elevada prevalência observada nessa investigação pode estar relacionada às características sociodemográficas da população avaliada, eventos estressantes, violência doméstica, idade materna avançada, multiparidade, entre outras.²⁹

A hipertensão gestacional foi observada em 10,4% da amostra, ocorrendo em 18,4% das gestantes obesas e em 14,3% naquelas com ganho excessivo de peso na gestação. Prevalências menores foram encontradas em outros estudos conduzidos no país.⁶⁻⁹ Sabe-se que a hipertensão arterial induzida na gestação é a complicação mais comum da gravidez e uma das principais causas de morbimor-

talidade materna e neonatal¹¹ e parece estar associada ao estado nutricional das gestantes, sobretudo com a obesidade e o ganho de peso excessivo,³⁰ o que também foi observado em nosso estudo. A hipertensão gestacional está relacionada a hemorragias, óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento uterino, descolamento prematuro da placenta, amniorrexe prematura, dentre outras.¹ O seu diagnóstico e manejo correto é crucial na prevenção de complicações e melhora do prognóstico materno e fetal.

Algumas limitações da presente pesquisa devem ser mencionadas, como a utilização de dados da caderneta da gestante para a avaliação das medidas antropométricas e da pressão arterial, sem garantia de acurácia na técnica de aferição e dos materiais utilizados, bem como a ausência de informações, dados ilegíveis, campos não preenchidos, dentre outras. Entretanto, ressalta-se que a coleta pontual de dados de registros como a caderneta da gestante e registros hospitalares é uma boa fonte de informação, sendo amplamente utilizada em outras pesquisas que estudam essa temática.^{9,10,12,21}

Apesar das limitações, os resultados encontrados são relevantes ao despertar a atenção para o conhecimento do perfil clínico e epidemiológico das gestantes de alto risco, principalmente pelo seu impacto direto na morbimortalidade materna, fetal e neonatal, sendo ainda de grande importância para a região norte do país, devido à baixa produção de estudos nessa temática. Sobretudo, enfatizamos a importância de estudos exploratórios nessa população.

Os resultados desse estudo mostraram predomínio de gestantes adultas, de cor parda, que conviviam com companheiros, economicamente inativas e com nível de escolaridade satisfatório. Além disso, destaca-se a elevada prevalência de hipertensão gestacional e excesso de peso materno, reforçando nessa população, a importância de medidas preventivas através da identificação dos fatores de riscos, bem como o diagnóstico precoce e o manejo clínico adequado, a fim de minimizar os prejuízos à saúde materno-infantil.

Por fim, consideramos o acompanhamento pré-natal de qualidade decisivo nessa população. A avaliação clínico-epidemiológica das gestantes viabiliza a identificação dos fatores de risco relacionados à gestação de alto risco e possibilita direcionamento adequado das gestantes para a rede assistencial especializada contribuindo para a prevenção de complicações maternas e fetais.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: Manual técnico*. In: *Estratégicas*. 5 ed. Brasília, DF; 2012. p. 302.
2. Figueiredo FSF, Borges PKO, Paris GF, Alvarez GRS, Zarpellon LD, Pelloso SM. Atención gestacional conforme inicio del prenatal: estudio epidemiológico. *Online Braz J Nurs*. 2013; 12 (4): 794-804.
3. Aquino PT, Souto BGA. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25 (4): 568-76.
4. WHO (World Health Organization). *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. Geneva; 2011.
5. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. Recommendations on diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010; 33 (3): 676-82.
6. Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimarães AC. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34 (3): 102-6.
7. Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18 (4): 1161-71.
8. Marreiro CM, Paixão NCF, Brito NMB, Cavalcante JCW. Perfil clínico e epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. *Rev Para Med*. 2009; 23(3).
9. Melo WA, Alves JI, Maran E, Ferreira AAS. Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense. *Espaç saúde [Online]*. 2016; 17 (1): 83-92.
10. Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. [In: Campos CSM], Rio de Janeiro: *Rev Bras Med Fam Comunidade*; 2014. p. 13-22.
11. Rayburn WF. At-risk pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015; 42 (2): xiii-xiv.
12. Domingues RMSM, Dias MAB, Leal MdC, Gama SGN, Theme-Filha MM, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MdC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37 (3): 140-7.
13. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JVd, Bastos MH, Leal MdC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 [Supl.1]: S85-S100.
14. Gravena AAF, Paula MGd, Marcon SS, Carvalho MDBd, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26 (2): 130-5.
15. Magalhães MLC, Almeida FML, Carvalho FHC, Nogueira MB, Furtado FM, Mattar R, Camano L. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28 (8): 446-52.
16. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Maternal complications in women with advanced maternal age*. *Femina*. 2012; 40 (5): 275-9.
17. Parada CMGL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13 (2): 385-92.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011. Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. [acesso em 29 Ago 2014]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
19. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health*. 2007; 7: 168.
20. Bodnar LM, Siega-Riz AM, Simhan HN, Himes KP, Abrams B. Severe obesity, gestational weight gain, and adverse birth outcomes. *Am J Clin Nutr*. 2010; 91 (6): 1642-8.
21. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm*. 2016; 21 (2): 1-8.
22. Moll U, Olsson H, Landin-Olsson M. Impact of Pregestational Weight and Weight Gain during Pregnancy on Long-Term Risk for Diseases. *PLoS One*. 2017; 12 (1): e0168543.
23. Anjos JCS, Pereira RR, Picanço Júnior OM, Ferreira PRC, Mesquita TBP. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré natal de alto risco. *Rev Para Med*. 2014; 28 (2): 23-33.
24. Silva Junior GS, Kirsztajn GM, Sass N, Nishida SK, Moreira SR. Avaliação de alterações urinárias e função renal em gestantes com hipertensão arterial crônica. *J Bras Nefrol*. 2015; 38 (2): 191-202.
25. Gilbert NM, O'Brien VP, Hultgren S, Macones G, Lewis WG, Lewis AL. Urinary tract infection as a preventable cause of pregnancy complications: opportunities, challenges, and a global call to action. *Glob Adv Health Med*. 2013; 2 (5): 59-69.
26. Rodrigues LP, Jorge SRPF. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério: [revisão]. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010; 32 [Supl. 2]: 53-6.
27. Gouveia Filho PS, Souza MNA, Albuquerque HN, Leite RCN, Almeida VC. Prevalência de anemia entre gestantes de um município de Pernambuco. In: Souza MNA, editor. *Vitória da Conquista: C&D-Revista Eletrônica da Fainor*; jul/ dez 2016. v.9, n.2, p.160-172.
28. Araújo LGB, Oliveira NSM, Costa CM, Lima ES. Níveis séricos de ferro, zinco e cobre em grávidas atendidas na rede pública de saúde no norte do Brasil. Maringá: *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2012; 34 (1): 67-72.
29. Santos S, Lovisi G, Valente C, Legay I, Abelha I. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2010; 18 (4): 483-93.

30. Macedo LO, Monteiro, DLM, Mendes BG. Obesidade e Pré-eclampsia. *Femina*. 2015; 43 (2):83-8.

Recebido em 27 de Março de 2017

Versão final apresentada em 12 de Março de 2018

Aprovado em 17 de Julho de 2018