






Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco*

Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy
Relación entre riesgo gestacional y tipo de parto en el embarazo de alto riesgo

Como citar este artigo:

Antunes MB, Rossi RM, Pelloso SM. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03526. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018042603526>

 Marcos Benatti Antunes¹
 Robson Marcelo Rossi²
 Sandra Marisa Pelloso¹

* Extraído da tese: “Fatores associados aos desfechos maternos, fetais e neonatais em gestações de alto risco”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2018.

¹ Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá, PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Estatística, Maringá, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between gestational risk factors and type of delivery in high-risk pregnancies. **Method:** A cross-sectional epidemiological study involving a retrospective analysis of secondary data from 4,293 medical records of high-risk pregnant women. The primary outcome was composed of risks associated with cesarean delivery and spontaneous abortion compared with normal delivery. **Results:** There were 3,448 women analyzed in the study. The primary outcome rates were cesarean delivery (72.8%), spontaneous abortion (0.9%) versus vaginal delivery (26.2%). Common risk factors for cesarean delivery and spontaneous abortion were age ≥ 35 years (OR = 1.4; 95% CI 1.1-1.7 / OR = 11.5; 95% CI 4.2-31.0), evangelical religion (OR = 1.4; 95% CI 1.2-1.7 / OR = 2.6; 95% CI 1.0-6.7), high blood pressure (OR = 1.4; 95% CI 1.1-1.8 / OR = 74.9; 95% CI 13.7-410.2) and twinning (OR = 3.1; 95% CI 1.9-5.0 / OR = 68.6, 95% CI 9.7-487.7). **Conclusion:** Identifying the relationship of gestational risks with the type of delivery and abortion can contribute to developing strategies and assist in planning actions in women's healthcare networks, developing specific and individualized lines of care for each gestational risk.

DESCRIPTORS

Pregnancy, High-Risk; Pregnancy Complications; Abortion, Spontaneous; Natural Childbirth; Cesarean Section; Obstetric Nursing; Maternal-Child Nursing.

Autor correspondente:

Marcos Benatti Antunes
Centro Universitário de Maringá,
Curso de Medicina
CEP 87050-930 – Maringá, PR, Brazil
bena77i@gmail.com

Recebido: 23/09/2018
Aprovado: 13/08/2019

INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno natural e dinâmico, em que o corpo feminino passa por diversas alterações fisiológicas para sustentar o feto em constante crescimento, preparando-o para o parto. Essa transformação na maioria das vezes transcorre sem complicações, permitindo que a mulher escolha qual o tipo e via de parto desejado. No entanto, apesar de todo o cuidado, há casos em que a gestante apresenta problemas de saúde, tornando esse período suscetível a agravos, considerando a gestação de alto risco (GAR)⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que em GAR, quando por motivos médicos de real necessidade, a cesariana pode ser benéfica na redução de morbimortalidade materna e perinatal, entretanto, tal procedimento, quando realizado sem critérios bem definidos, não traz benefícios, pelo contrário, pode trazer riscos adicionais para o binômio e gravidez futuras. Ainda, a OMS destaca que não há motivos que justifiquem a taxa de cesariana superior a 15%. Porém, o aumento destas taxas vem se tornando frequente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, considerado um grave problema de saúde pública⁽²⁻³⁾.

As taxas de cesáreas variam consideravelmente entre os países e abarca diversos fatores, associados ou não com a GAR. As taxas mais recentes (2016) demonstram que os partos por cesárea continuam aumentando em todo o mundo, com taxa média global de 18,6%, variando de 6,0% a 27,2% nas regiões menos e mais desenvolvidas, com destaque na América Latina e Caribe com, 40,5%. A sub-região com a maior taxa média de cesáreas é a América do Sul, com 42,9%, e o país líder mundial é o Brasil, com 55,6%⁽³⁾.

Estudos têm evidenciado uma forte associação entre o risco gestacional e a cesariana, com taxas de até 38,3%, destacando distúrbios hipertensivos e malformações fetais. Além disso, a cesariana decorrente de gestação de alto risco associa-se aos resultados maternos (óbitos, hemorragia pós-parto ou internação em Unidade de Terapia Intensiva) e neonatais (baixo peso ao nascer, baixo escore de Apgar no 5º minuto, óbito neonatal e internação em unidade neonatal) desfavoráveis⁽⁴⁾.

Outra situação preocupante no período gestacional, principalmente quando se trata de GAR é o aborto espontâneo (AE). Estudos de níveis e tendências globais, regionais e sub-regionais indicam que um quarto de toda gestação no mundo entre 2010-2014 finalizou em AE com aumentos significativos na América Latina e no Caribe de 23% para 32%⁽⁵⁾. No Brasil a prevalência do relato de AE é de 14%, e de induzido, de 2,4%⁽⁶⁾.

Dentre as causas mais comuns relacionadas ao aborto, destacam-se fatores relacionados ao feto, como anomalias cromossômicas e congênitas e/ou fatores pertinentes à mãe, no que tange a problemas uterinos, doenças ou infecções maternas, patologias imunológicas, história anterior de aborto, idade materna, abuso de drogas lícitas/ilícitas e ainda doenças preexistentes, como o diabetes⁽⁷⁾.

Neste contexto, as razões para o aumento de intervenções como o parto cesáreo e a curetagem em casos de abortos são multifatoriais na GAR, não bem compreendidas pelos

profissionais envolvidos. Os estudos são escassos, pois abrangem mudanças nas características da mulher durante a gravidez, estilo da prática profissional, diversos fatores sociais, culturais, econômicos e gestacionais no que tange a condições clínicas preexistentes (CCPE) na mulher, antecedentes obstétricos (AO) e ainda intercorrências clínicas (IC) que podem surgir na atual gestação, capazes de resultar em desfechos desfavoráveis para o binômio⁽⁸⁻⁹⁾.

Sendo assim, com o propósito de reduzir a mortalidade materna e infantil e as elevadas taxas de mortes evitáveis, em 2012 foi criada uma política pública voltada à atenção à gestante e ao recém-nascido de risco, no estado do Paraná, visando à captação precoce de gestante de risco, seu acompanhamento no pré-natal habitual e especializado, estratificação de risco e garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital referência⁽⁸⁾.

Nesse sentido, considerando a atual política de atenção à GAR, a elevada incidência de cesarianas e AE, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre fatores de risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Estudo epidemiológico do tipo observacional, transversal, envolvendo a análise retrospectiva de dados secundários de todas as gestantes acompanhadas pelo ambulatório de alto risco de um hospital filantrópico e contratualizado ao Sistema Único de Saúde (SUS) do sul do Brasil, no período de setembro de 2012 (implantação do ambulatório) a setembro de 2017 na maternidade do referido hospital.

POPULAÇÃO

Totalizaram-se 4.293 gestantes de alto risco acompanhadas pelo pré-natal especializado, dessas, 3.448 foram elegíveis por realizarem o parto no hospital e apresentarem os dados referentes ao procedimento e/ou desfecho de AE.

COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pelos pesquisadores entre novembro de 2016 e outubro de 2017, por meio do prontuário da gestante, o qual apresenta um instrumento de avaliação do risco gestacional composto de: CCPE (hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, doenças autoimunes, doenças infecciosas, epilepsia, malformação uterina, conização, mioma uterino, neoplasias, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, transtornos psiquiátricos, dependência de drogas); AO (baixo peso ao nascer < 2.500 g, iteratividade, acretismo placentário, descolamento prematuro da placenta, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, cerclagem anterior, amniorrexe prematura, cesárea recente < 1 ano, trabalho de parto prematuro e parto prematuro); e IC (infecção do trato urinário complicada, doença hipertensiva específica da gestação, restrição do crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, amniorrexe prematura, isoimunização RhD, malformação fetal confirmada, macrossomia do conceito,

gemelaridade, polidrâmnio/oligodrâmnio, diabetes gestacional, descolamento prematuro da placenta e dengue/zika vírus). Foram utilizados ainda os registros de nascimento e o sistema de regulação de consultas do Ministério da Saúde (SISREG) para a complementação dos dados do prontuário.

A variável dependente do estudo foi o tipo de parto (normal e cesárea) e AE, enquanto as independentes foram as variáveis socioeconômicas: idade (até 19 anos, 20 a 34 anos, igual ou maior a 35 anos), situação conjugal (vive com o companheiro/não vive com o companheiro), escolaridade (até 8 anos, maior ou igual a 8 anos), religião (católicos, evangélicos, outras crenças, sem religião), raça/cor (branco, preto, pardo, amarelo), trabalho remunerado (sim/não) e avaliação do risco gestacional (condições clínicas preexistentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas na gestação atual).

Foram consideradas as características sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas e obstétricas maternas abrangendo todos os possíveis riscos relacionados à via de parto e/ou ao AE, que merecem discussão e reflexão da comunidade científica e profissionais de saúde. Cabe destacar que este estudo inclui o AE por ser um desfecho que finaliza uma gravidez, contabilizado no número de gestações no ciclo reprodutivo da mulher e um risco para futuras gestações. Foram excluídas as gestantes de risco que não realizaram o parto no hospital de referência, pois não apresentavam os dados do tipo de parto.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram digitados, organizados e categorizados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2017[®]. Para evitar qualquer tipo de viés na coleta de dados, enquanto um

pesquisador anotava os dados dos prontuários, outro conferia a anotação. Além disso, foram conferidos os riscos descritos nos formulários com as anotações médicas.

O processamento e a análise dos dados foram realizados com a utilização da biblioteca VGAM do programa computacional R. Esta análise foi realizada por meio de Modelos de Regressão Multinomial Nominal. Utilizou-se de uma significância de 10% e de 5%, respectivamente, para a seleção no modelo completo (todas as variáveis) das variáveis candidatas ao modelo final e o teste da razão de verossimilhança para comparar os modelos. A medida de associação entre o desfecho tipo de parto (normal, cesárea ou AE) e as variáveis sociodemográficas, antecedentes clínicos e obstétricos, além das intercorrências clínicas na atual gestação foram o OR (*Odds Ratio*) e, respectivos intervalos com 95% de confiança.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada conforme parecer n.º 2.287.476/, de 2017, do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá.

RESULTADOS

Entre os 4.293 prontuários das gestantes que foram acompanhadas no ambulatório de alto risco, identificaram-se 80,32% (3.448) de gestantes que realizaram parto no hospital de referência, das quais 26,19% (903) realizaram parto vaginal, 72,88% (2.513) parto cesariano e 0,93% (32) AE (Figura 1).

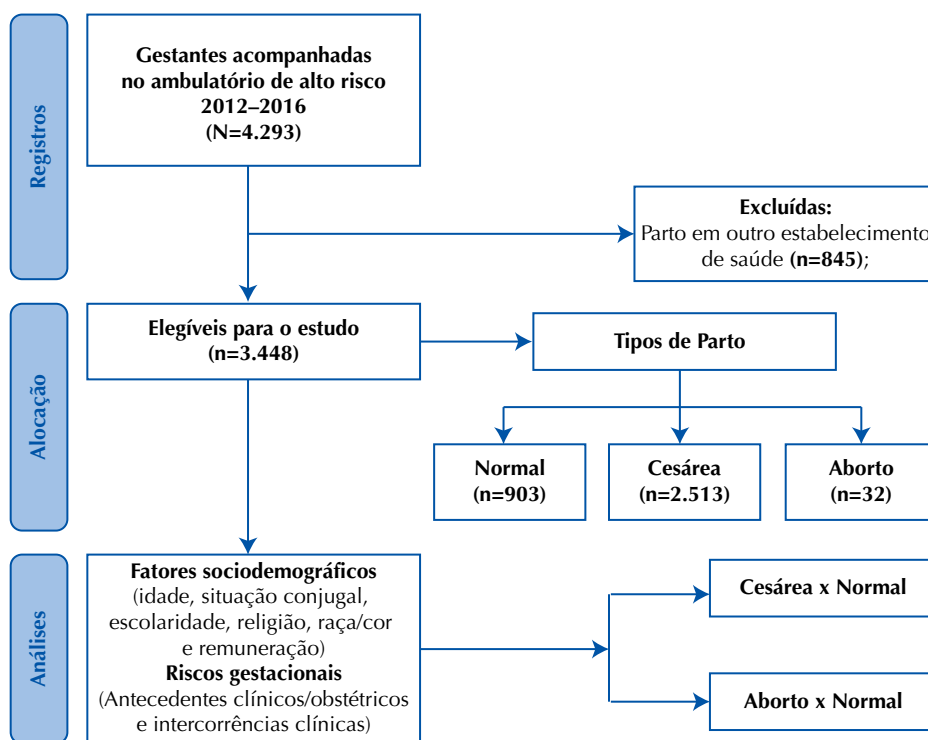


Figura 1 – Elegibilidade da amostra.

Na Tabela 1 estão expostas as variáveis estudadas com significância *Odds Ratio* (OR) em relação ao tipo de intervenção obstétrica. Os fatores que estiveram significativamente relacionados ao aumento de risco para o parto cesárea comparados com o parto normal foram: idade igual ou maior a 35 anos (OR=1,4; IC95% 1,1-1,7), religião evangélica (OR=1,4; IC95% 1,2-1,7), hipertensão arterial (OR=1,4; IC95% 1,1-1,8), eclâmpsia (OR=3,3; IC95% 2,1-5,2), cesárea recente (< 1 ano) (OR=21,2; IC95% 2,9-155,1), trabalho de parto prematuro (AO) (OR=1,5; IC95% 1,0-2,2), DHEG (OR=1,4; IC95% 1,1-2,0) e gemelaridade (OR=3,1; IC95% 1,9-5,0). Este modelo estatístico também mostrou os fatores de risco considerados de proteção e/ou que têm menos probabilidade para a ocorrência da cesariana: idade menor ou igual a 19 anos (OR= 0,7 IC95% 0,5-0,9), escolaridade > 8 anos (OR=0,8 IC95% 0,7-0,9), descolamento prematuro da placenta (AO) (OR= 0,3 IC95% 0,1-0,8),

cerclagem anterior (OR= 0,5 IC95% 0,2-0,8), parto prematuro (AO) (OR= 0,7 IC95% 0,6-0,9), infecção do trato urinário (ITU) complicada (OR= 0,6 IC95% 0,5-0,8) e trabalho de parto prematuro (IC) (OR= 0,7 IC95% 0,5-0,9).

Quando analisados os fatores que estiveram significativamente relacionados ao aumento de risco de AE comparados com o parto vaginal, nota-se que houve semelhança na razão de chances (OR) como medida de risco na idade igual ou maior a 35 anos (OR=11,5; IC95% 4,2-31,0), religião evangélica (OR=2,6; IC95% 1,0-6,7), hipertensão arterial (OR=74,9; IC95% 13,7-410,2) e gemelaridade (OR=68,6; IC95% 9,7-487,7). Constatou-se ainda como risco as endocrinopatias (OR=8,6; IC95% 2,3-32,6), hemopatias (OR=36,2; IC95% 2,7-485,9), epilepsia (OR=49,8; IC95% 2,3-1091,8) e trabalho de parto prematuro (IC) (OR=2441,8; IC95% 304,8-19559,4) (Tabela 1).

Tabela 1 – Significância, *Odds Ratio* (OR) e respectivos, intervalos de confiança (IC 95%) dos fatores associados ao tipo de parto e aborto espontâneo – Maringá, PR, Brasil, 2018.

Fatores	Cesárea vs. parto normal		Aborto espontâneo vs. parto normal	
	OR (IC 95%)	valor-p	OR (IC 95%)	valor-p
Idade ≤19 anos	0,7 (0,5-0,9)	0,0041	-	0,2195
Idade ≥35 anos	1,4 (1,1-1,7)	0,0015	11,5 (4,2-31,0)	<0,0001
Escolaridade > 8 anos	0,8 (0,7- 0,9)	0,0053	-	0,5058
Religião "sem"	-	0,3759	-	0,3579
Religião evangélica	1,4 (1,2-1,7)	0,0008	2,6 (1,0-6,7)	0,0446
Religião "outras"	-	0,9155	-	0,9949
HAS	1,4 (1,1-1,8)	0,0129	74,9 (13,7-410,2)	<0,0001
Endocrinopatias	-	0,2859	8,6 (2,3-32,6)	0,0016
Hemopatias	-	0,6482	36,2 (2,7-485,9)	0,0068
Epilepsia	-	0,4876	49,8 (2,3-1091,8)	0,0131
Desloc. prem. placenta	0,3 (0,1-0,8)	0,0193	-	0,9974
Eclâmpsia	3,3 (2,1-5,2)	<0,0001	-	0,6388
Cerclagem anterior	0,5 (0,2-0,8)	0,0127	-	0,9902
Cesárea recente <1 ano	21,2 (2,9-155,1)	0,0026	-	0,9951
Trabalho parto prem. AO	1,5 (1,0-2,2)	0,0331	-	0,7194
Parto prematuro	0,7 (0,6-0,9)	0,0023	-	0,4067
ITU complicada	0,6 (0,5-0,8)	0,0011	-	0,6055
DHEG	1,4 (1,1-2,0)	0,0250	-	0,9837
Trabalho parto prem. IC	0,7 (0,5-0,9)	0,0048	2441,8 (304,8-19559,4)	<0,0001
Gemelaridade	3,1 (1,9-5,0)	<0,0001	68,6 (9,7-487,7)	<0,0001

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam a influência de fatores de natureza sociodemográficas e de riscos gestacionais relacionados ao tipo de intervenção obstétrica sobre a ocorrência de desfechos desfavoráveis maternos e perinatais. Apesar da relevância e interesse ao tema, este é o primeiro estudo brasileiro com uma população específica de mulheres com risco gestacional em acompanhamento especializado proveniente de políticas públicas de saúde voltadas à GAR.

As análises mostram que a idade materna avançada em gestantes classificadas como alto risco é um fator de risco a mais para o parto cesáreo enquanto em adolescentes (≤19 anos) é um fator de proteção. Esses achados estão de acordo com estudo realizado no Reino Unido, com 215.344 nascimentos, constatando o aumento de risco de complicações neonatais e risco aumentado para parto por cesariana (RR =

1,83, [IC 95%: 1,77-1,90])⁽¹⁰⁾. Em outros estudos comparando mulheres grávidas com idade avançada (≥ 40 anos) com grupos de gestante com menos de 30 anos, observou-se uma taxa de cesariana mais de quatro vezes maior, além da incidência de mais doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes gestacional, acompanhamento médico frequente e risco de trombose⁽¹¹⁻¹²⁾. Cabe ressaltar que as comparações realizadas entre esses e outros estudos devem levar em consideração que a população do presente estudo apresenta risco gestacional, e os resultados poderão apresentar alguma discrepância em relação aos estudos com gestantes de baixo risco.

Encontramos um risco aumentado de AE em gestantes de alto risco com idade avançada. Corroborando esse dado, o relatório de vigilância de AE do *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* (CDC), ao analisar 699.202 abortos, mostrou que entre 2003 e 2012 as taxas de aborto diminuíram entre as mulheres entre 20-24, 25-29 e

30-34 anos em 24%, 18% e 10%, respectivamente, enquanto em mulheres com 40 anos ou mais aumentaram em 8%⁽¹³⁾.

Nesse contexto, a idade ainda é um fator que deve ser considerado pelos profissionais de saúde, principalmente quando está relacionado a outros riscos gestacionais identificados durante o pré-natal. Além disso, os dados apresentados neste estudo ajudam a identificar as mulheres com maior risco para o parto cesárea ou AE, no sentido de aprimorar os esforços de prevenção e promoção à saúde, no que tange às orientações quanto ao planejamento familiar e na redução de gravidez indesejada em idade avançada.

No presente estudo, observou-se que a religião evangélica foi um fator de risco para o parto operatório e AE comparada com outras religiões, com mulheres que não informaram e/ou afirmaram não ter religião. Outros estudos apresentam apenas a preferência da via de parto, entretanto, sem diferenças significativas entre mulheres com crenças religiosas e/ou com religião específica, a exemplo, um estudo prospectivo realizado com 170 pacientes no período puerperal, observou-se que não houve diferença entre os grupos em relação à crença religiosa ($p = 0,1458$)⁽¹⁴⁾. Entretanto, vale destacar que no período gestacional ocorrem diversas transformações fisiológicas, despertando o desejo da mulher que o corpo volte a ser como era e que volte a sentir desejo sexual após o parto⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Nesse sentido, sugerem-se mais estudos sobre a influência das culturas religiosas e da sexualidade da mulher acerca da escolha da via de parto, pois a religião e sua prática podem variar para cada indivíduo, além de representar um papel importante na vida da mulher. Os profissionais de saúde precisam conhecer a cultura de cada religião no sentido de respeitar e proporcionar cuidados de acordo com os costumes, no que diz respeito ao reconhecimento da sexualidade da mulher e seus anseios na escolha do parto, além de dietas, horários, aceitação e proibições da religião que não prejudicam a saúde e o processo gestacional.

Entre os fatores de proteção para a cesariana em GAR, destaca-se a escolaridade maior de 8 anos. Em outros estudos encontramos discordância, como na pesquisa com dados dos partos hospitalares registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2000-2011, em que a proporção de cesáreas foi mais elevada entre mulheres com mais de 12 anos de escolaridade do que entre mulheres analfabetas⁽¹²⁾. Outro estudo mostra que a baixa escolaridade materna foi fator protetor para o parto operatório, apresentando probabilidade 1,88 vez superior em gestantes com escolaridade superior a 12 anos⁽¹⁷⁾.

Nesse cenário, enfatizamos que as GAR neste estudo foram acompanhadas por profissionais especializados no ambulatório de alto risco em conjunto com a atenção primária no pré-natal habitual, proporcionando mais oportunidades para o diálogo sobre o tipo de parto, sendo assim, o risco gestacional assume papel primordial no tipo de parto, pois não se trata de uma escolha, mas de uma intervenção necessária ao desfecho materno e infantil.

Os achados desta pesquisa permitiram identificar que a HAS como CCPE é um fator de risco em comum para o parto cesárea, AE e para doença hipertensiva específica da

gestação (DHEG). A mulher que desenvolve a eclâmpsia possui risco de aproximadamente três vezes mais chances de ter uma cesariana do que um parto normal. Estudo brasileiro com grupos de mulheres com síndrome hipertensiva na gestação de risco mostra que a hipertensão, além de ser um risco para o parto cesárea, pode trazer desfechos desfavoráveis para o recém-nascido, no que tange à prematuridade, baixo peso ao nascer (BPN), baixos índices de apgar e morte fetal⁽¹⁸⁾. Outra pesquisa realizada com 51 comunidades da China identificou em análise multivariada que mulheres com HAS (RR = 2,272, IC 95% = 1,27-4,04), apresentaram risco ajustado significativamente maior para o AE⁽¹⁹⁾.

Contudo, no agravamento das síndromes hipertensivas na gravidez, intervenções imediatas devem ser realizadas pelos profissionais de saúde para evitar um possível AE, incluindo a cesariana, mesmo podendo trazer complicações pós-operatórias, tais como sangramentos, infecções, reações anestésicas, além de desfechos perinatais desfavoráveis⁽¹⁷⁾. Cabe aos profissionais de saúde envolvidos com o pré-natal, habitual e de risco, educar continuamente as gestantes sobre as condições clínicas preexistentes e antecedentes obstétricos, no que se refere a alguns aspectos do estilo de vida, tais como alimentação balanceada, atividade física, controle de estresse, relacionamento social e cuidados preventivos no seu dia a dia, pois são aspectos importantes para a saúde materno-infantil, além de reforçar as orientações quanto ao planejamento reprodutivo, evitando a GAR.

Na presente pesquisa, o parto cesáreo recente (< 1 ano) se mostrou como fator de risco para uma nova cesariana, corroborando um estudo caso-controle que analisou 250 casos (cesariana) e 250 controles (parto normal) e constatou que a cesariana prévia foi um preditor significativo para a recorrência do parto cesáreo (cesariana anterior = 1, OR = 22,71 $p = 0,001$)⁽¹³⁾. Sendo assim, podemos inferir que mulheres que já possuem cicatriz do parto operatório ou que nunca experienciaram o parto normal raramente farão opção pelo parto vaginal, principalmente quando este apresentar algum risco gestacional, como mostra um estudo com gestantes de alto risco de 2013 e 2014 com prevalência de 53,7% de cesariana⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, cabe ao profissional médico discutir junto à equipe profissional e principalmente junto à gestante a melhor via de parto, valendo ressaltar que o parto operatório oferece risco de ruptura uterina na gravidez seguinte, mas em alguns casos pode ser necessário e bem indicado, principalmente em GAR, a exemplo de gestações múltiplas de dois ou mais fetos. E o parto normal supera os riscos associados ao parto cesáreo repetido. Reforçando as vantagens do parto normal, um estudo realizado na Índia com 100 casos de cesariana anterior observou que o parto normal foi bem-sucedido em 85% dos casos, e não houve nenhum caso de mortalidade materna e infantil⁽²¹⁾.

O trabalho de parto prematuro (TPP) como antecedente obstétrico (AO) apresentou neste estudo risco para a cesariana, e o parto prematuro (PP) como AO fator de proteção e o TPP como intercorrência clínica (IC) na atual gestação além de fator de proteção para a cesariana, e AE. Há escassez de estudos relacionando o TPP ou PP na gestação anterior com o parto operatório na gestação seguinte.

Estudo relaciona o PP como risco da cesariana e AE na mesma gestação⁽²²⁾. Estudo de coorte retrospectivo realizado no período de 2002-2010 em Utah (EUA), com 51.086 mulheres com gravidez consecutiva, identificou 3.836 (7,6%) mulheres com prematuridade na primeira gravidez, e, destas, 1.160 (30,7%) apresentaram recorrência de PP, assim, o PP espontâneo prévio foi associado a um risco aumentado de 5,6 vezes no PP espontâneo subsequente⁽²³⁾. Outro estudo analisou 9.667 partos, sendo 1.133 (11,7%) PP. Desses, o PC correspondeu a 790 (69,80%) e partos vaginais (PV) a 343 (30,20%), entretanto, os autores relatam que esta diferença pode estar relacionada aos riscos inerentes ao TPP⁽²⁴⁾.

Nesse cenário, sugerem-se novos estudos relacionando o TPP e sua influência com desfechos desfavoráveis em gestações seguintes, assim como melhor acompanhamento dos profissionais da saúde no que tange ao planejamento reprodutivo, evitando repetidas gestações em intervalos curtos, apoio assistencial à mulher e à família. Também há a necessidade da busca ativa de gestantes no pré-natal habitual e de alto risco como uma importante ferramenta na ocorrência e reincidência de PP, além de educação em saúde para evitar outros fatores de risco que podem influenciar a morbimortalidade materna e infantil.

Outro fator de risco em comum para o parto cesárea e/ou AE foi a gemelaridade. Corroborando esses dados, estudo realizado em Nnewi, sudeste da Nigéria com 113 partos gemelares de 3.351 partos em geral, apresentou incidência de 3,37% numa proporção de 1:29,6. O risco de cesárea para gestação múltipla foi três vezes maior que de uma gravidez única (OR= 2,9, IC: 1,48-5,76)⁽²⁵⁾. Em outro estudo com mulheres de alto risco, a gestação múltipla como intercorrência clínica na gestação atual apresentou risco elevado para o desfecho de óbito neonatal (OR=6,01, IC: 1,45-24,87 p=0,01)⁽²⁶⁾. Já em pesquisa retrospectiva de coorte, realizada nos EUA com 181.810 gestações gemelares, os autores identificaram resultados favoráveis ao parto normal na idade gestacional (IG) de 32 (p = 0,03) e 33 (p <0,001) semanas, mas favoráveis ao parto cesárea na IG de 36 (p = 0,004), 37, 38 e 39 ou mais semanas (p <0,001) e resultados neutros foram encontrados na IG de 34 e 35 semanas⁽²⁷⁾.

Cabe ressaltar que a gestação múltipla, por si só, classifica a gestante como alto risco, entretanto, nosso estudo não associou outros fatores de risco e/ou IG que poderiam influenciar os resultados, apontando uma limitação. No entanto, a literatura mostra que o parto operatório pode ser benéfico para os resultados perinatais de gestações gemelares maior ou igual a 36 semanas de gestação⁽²⁶⁾. Desta forma, sugerem-se mais estudos que envolvam a gestação gemelar e outros fatores como antecedentes clínicos e obstétricos, intercorrências clínicas e IG da gestante para melhor elucidação da via de parto apropriada para a gestação múltipla.

Entre os fatores de proteção para o parto cesáreo na gestação de alto risco, destacam-se o descolamento prematuro da placenta (DPP), infecção do trato urinário (ITU) de repetição na atual gestação e cerclagem anterior. Contrariamente a este estudo, uma pesquisa realizada no norte da Tanzânia entre 2000 e 2010 com 39.993 partos e uma frequência de 0,3% de DPP, a cesárea foi uma complicação decorrente

do DPP (OR 5,6; IC95% 3,6-8,8)⁽²⁸⁾. Em outro estudo no Irã, com 1.132 gestantes com ITU, a taxa de cesárea foi de 47,96% (543 mulheres) (P <0,001), demonstrando-se também como um fator de risco⁽²⁹⁾. Em relação à cerclagem, os estudos são escassos no que tange à associação com o tipo de parto, uma vez que este procedimento é realizado para evitar o nascimento precoce espontâneo, riscos relacionados ao trabalho de parto prematuro, ITU, ruptura prematura pré-termo de membranas e óbito fetal⁽³⁰⁾.

Dessa maneira, podemos inferir que o acompanhamento do pré-natal especializado pode ter fornecido melhores informações e despertado cuidados redobrados no DPP, ITU e cerclagem anterior para essas intercorrências tornarem-se fatores de proteção para a cesariana. Assim, os cuidados pré-natais por equipe multidisciplinar e com o gerenciamento dos fatores de riscos podem reduzir as taxas de cesariana e consequentemente os desfechos desfavoráveis para mãe e criança.

Em relação ao AE, os fatores de proteção relacionados às condições clínicas preexistentes foram as endocrinopatias, hemopatias e epilepsia. Na contramão deste estudo, uma revisão realizada entre 1990 e 2013 sobre disfunção endócrina e AE constatou que o perfil endócrino alterado resulta em perda de gravidez, especialmente nos estágios iniciais da gestação⁽³¹⁾. Em outro estudo, as hemopatias apresentam-se como riscos gestacionais para o AE⁽³²⁾. Em relação à epilepsia, um estudo caso-controle dinamarquês com 983.305 gestantes, em que 4.700 (0,5%) delas utilizaram drogas antiepilépticas, identificou que o risco de AE não foi aumentado em mulheres com diagnóstico de epilepsia, apenas em mulheres sem diagnóstico de epilepsia⁽³³⁾.

Nesse sentido, a assistência e os cuidados à mulher no pré-natal de alto risco promovem mudanças significativas no processo gestacional, uma vez que há intervenção multidisciplinar de profissionais da área da saúde a ponto de reduzir desfechos desfavoráveis na gravidez, principalmente quando eles são evitáveis.

Além disso, os achados deste estudo, alertam para a importância de os profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham em centros especializados de gestação de alto risco, estarem atentos às condições clínicas preexistentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas na atual gestação, a fim de proporcionar informações e orientações específicas aos riscos apresentados pelas gestantes, para que elas compreendam a importância de realizar o acompanhamento especializado, garantindo o melhor desfecho materno e perinatal.

Como limitação deste estudo, destaca-se a coleta de dados em fontes secundárias, comprometendo a elegibilidade dos dados, a qual depende da qualidade do preenchimento dos profissionais. Nesse sentido, para evitar algum viés e/ou falta de informações, os dados foram transcritos e conferidos por dois pesquisadores. Outra limitação é a coleta realizada em um único ambulatório de alto risco, sendo possível apenas a descrição de uma população específica, sendo assim, sugerimos pesquisas com outros ambulatórios que realizam o pré-natal de alto risco.

CONCLUSÃO

O estudo identificou como fatores de risco em comum para parto cesárea e o AE a idade igual ou maior que 35 anos, religião evangélica, hipertensão arterial e gemelaridade. Outros fatores para a cesariana foram a eclâmpsia, cesárea recente (< 1 ano), trabalho de parto prematuro e DHEG. Outros fatores de risco para o AE foram as endocrinopatias, hemopatias, epilepsia e trabalho de parto prematuro.

A identificação da relação dos riscos gestacionais com o tipo de parto e AE podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias e auxiliar no planejamento de ações nas redes de atenção à saúde da mulher, desenvolvendo linhas de cuidados específicos e individualizados para cada risco gestacional, no sentido de prevenir e reduzir desfechos desfavoráveis e evitáveis, como o parto cesárea quando não

indicado e o AE, qualificando os processos assistenciais, além de fortalecer as políticas públicas à gestação de alto risco.

A contribuições para a área da enfermagem, saúde e para as políticas públicas apoiaram-se na apresentação das relações entre riscos gestacionais e tipo de parto e/ou aborto na gravidez de alto risco, em que a figura do profissional enfermeiro é de suma importância na assistência, anotações e acompanhamento do pré-natal habitual e de alto risco. Além disso, os resultados encontrados permitiram fortalecer as discussões e a importância da representatividade deste profissional no cuidado às gestantes de alto risco, fazendo com que a enfermagem possa aprimorar os procedimentos realizados nos ambulatórios de risco, focando as ações e a possibilidade de evitar possíveis problemas futuros, garantindo a melhor assistência ao binômio e minimizando as taxas de mortalidade materna e infantil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre fatores de risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. **Método:** Estudo epidemiológico transversal envolvendo a análise retrospectiva de dados secundários de 4.293 prontuários de gestantes de alto risco. O desfecho primário foi composto de riscos associados ao parto cesárea e ao aborto espontâneo comparados com o parto normal. **Resultados:** Fizeram parte da análise 3.448 mulheres. As taxas do desfecho primário foram parto cesárea (72,8%), aborto espontâneo (0,9%) versus parto vaginal (26,2%). Foram identificados como fatores de risco em comum para parto cesárea e o aborto espontâneo, respectivamente, a idade ≥ 35 anos (OR=1,4; IC95% 1,1-1,7/OR=11,5; IC95% 4,2-31,0), religião evangélica (OR=1,4; IC95% 1,2-1,7/OR=2,6; IC95% 1,0-6,7), hipertensão arterial (OR=1,4; IC95% 1,1-1,8/OR=74,9; IC95% 13,7-410,2) e gemelaridade (OR=3,1; IC95% 1,9-5,0/OR=68,6; IC95% 9,7-487,7). **Conclusão:** A identificação da relação dos riscos gestacionais com o tipo de parto e aborto podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias e auxiliar no planejamento de ações nas redes de atenção à saúde da mulher, desenvolvendo linhas de cuidados específicos e individualizados para cada risco gestacional.

DESCRIPTORIOS

Gravidez de Alto Risco; Aborto Espontâneo; Parto Normal; Cesárea; Enfermagem Obstétrica; Enfermagem Materno-Infantil.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre factores de riesgo gestacional y tipo de parto en el embarazo de alto riesgo. **Método:** Estudio epidemiológico transversal abarcando análisis retrospectivo de datos secundarios de 4.293 fichas de gestantes de alto riesgo. El desenlace primario estuvo compuesto de riesgos asociados con el parto cesárea y con el aborto espontáneo comparados con el parto natural. **Resultados:** Formaron parte del análisis 3.448 mujeres. Los índices del desenlace primario fueron parto cesárea (72,8%), aborto espontáneo (0,9%) versus parto vaginal (26,2%). Fueron identificados como factores de riesgo en común para parto cesárea y el aborto espontáneo, respectivamente, la edad ≥ 35 años (OR=1,4; IC95% 1,1-1,7/OR=11,5; IC95% 4,2-31,0), religión evangélica (OR=1,4; IC95% 1,2-1,7/OR=2,6; IC95% 1,0-6,7), hipertensión arterial (OR=1,4; IC95% 1,1-1,8/OR=74,9; IC95% 13,7-410,2) y gemelaridad (OR=3,1; IC95% 1,9-5,0/OR=68,6; IC95% 9,7-487,7). **Conclusión:** La identificación de la relación de los riesgos gestacionales con el tipo de parto y aborto pueden contribuir al desarrollo de estrategias y auxiliar la planificación de acciones en las redes de atención a la salud de la mujer, desarrollando líneas de cuidados específicos e individualizados para cada riesgo gestacional.

DESCRIPTORIOS

Embarazo de Alto Riesgo; Aborto Espontáneo; Parto Normal; Cesárea; Enfermería Obstétrica; Enfermería Maternoinfantil.

REFERÊNCIAS

- Oliveira ACM, Santos AA, Bezerra AR, Barros AMR, Tavares MCM. Maternal factors and adverse perinatal outcomes in women with preeclampsia in Maceió, Alagoas. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 20];106(2):113-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765009/>
- Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. Brasília; OPAS: 2015 [citado 2018 mar. 20]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4815:declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas&Itemid=820
- Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 20];11(2):e0148343. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/>
- Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 20];36(2):65-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200065&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 20];388(10041):258-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5498988/>
- Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [citado 2018 mar. 20];32(3):105-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a02v32n3.pdf>

7. Prager S, Micks E, Dalton VK. Pregnancy loss (miscarriage): risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. UpToDate [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 11] Available from: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>
8. Paraná. Secretaria Estadual de Saúde. Linha guia: rede mãe paranaense [Internet]. Curitiba: SESA; 2018 [citado 2018 nov. 07]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2018 nov. 07]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
10. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: evidence from a large contemporary cohort. PLoS One [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 20];8(2):e56583. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3577849/>
11. Dietl A, Cupisti S, Beckmann MW, Schwab M, Zollner U. Pregnancy and obstetrical outcomes in women over 40 years of age. Geburtshilfe Und Frauenheilkunde. 2015;75(8):827-32. DOI: <http://doi.org/10.1055/s-0035-1546109>
12. Madeiro A, Rufino AC, Santos AO. Cesarean sections in Piauí State: trend and associated factors in the period 2000-2011, Brazil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2017 [cited 2018 mar. 20];26(1):81-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/en_2237-9622-ress-26-01-00081.pdf
13. Pazol K, Creanga AA, Jamieson DJ. Abortion surveillance - United States, 2012. MMWR Surveill Summ [Internet]. 2015;64(SS10):1-40. DOI: 10.15585/ss6410a1
14. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado 2018 mar. 20];15(2):427-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a19.pdf>
15. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. Rev Bras Ginecol Obstet 2013;35(6):281-5. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000600008>
16. Araújo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFP. Body and sexuality during pregnancy. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 20];46(3):552-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300004&lng=pt&nrc=iso&lng=en
17. Oliveira AR. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controle. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 2013 [citado 2018 jun. 16];29(3):151-59. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n3/v29n3a03.pdf>
18. Antunes MB, Demitto MO, Gravena AAF, Padovani C, Pelloso SM. Hypertensive syndrome and perinatal outcomes in high-risk pregnancies. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20];21:e-1057. Available from: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1195/e1057.pdf>
19. Zhou H, Liu Y, Liu L, Zhang M, Chen X, Qi Y. Maternal pre-pregnancy risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a cohort study in China. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;206:57-63. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.514>
20. Novaes ES, Oliveira RR, Melo EC, Varela PLR, Mathias TAFM. Perfil obstétrico de usuárias do sistema único de saúde após implantação da Rede Mãe Paranaense. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 20];14(4):1436-44. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27343/16487>
21. Bangal VB, Giri PA, Shinde KK, Gavhane SP. Vaginal birth after cesarean section. North Am J Med Sci. 2013;5(2):140-4. DOI: <http://doi.org/10.4103/1947-2714.107537>
22. Temu TB, Masenga G, Obure J, Mosha D, Mahande MJ. Maternal and obstetric risk factors associated with preterm delivery at a referral hospital in Northern-Eastern Tanzania. Asian Pac J Reprod. 2016;5(5):365-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apjr.2016.07.009>
23. Laughon SK, Albert PS, Leishear K, Mendola P. The NICHD Consecutive Pregnancies Study: recurrent preterm delivery by subtype. Am J Obst Gynecol [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 20];210(2):131.e1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3934564/>
24. Tabile PM, Teixeira RM, Toso G, Matras RC, Fuhrmann IM, Pires MC, et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do sul do Brasil: análise de 6 anos. Rev AMRIGS. 2016;60(3):168-72.
25. Obiechina NJ, Okolie VE, Eleje GU, Okechukwu ZC, Anemeje OA. Twin versus singleton pregnancies: the incidence, pregnancy complications, and obstetric outcomes in a Nigerian tertiary hospital. Int J Womens Health [Internet]. 2011 [2018 Mar 20];3:227-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150208/>
26. Demitto MO, Gravena AAF, Dell'Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03208. DOI: 10.1590/S1980-220X2016127103208
27. Dong Y, Luo Z-C, Yang Z-J, Chen L, Guo Y-N, Branch W, et al. Is Cesarean Delivery Preferable in Twin Pregnancies at ≥ 36 Weeks Gestation? PLoS One [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 20];11(5):e0155692. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4882058/>
28. Macheku GS, Philemon RN, Onoko O, Mlay PS, Masenga G, Obure J, et al. Frequency, risk factors and feto-maternal outcomes of abruptio placentae in Northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 20];15:242. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597387/>
29. Amiri M, Lavasani Z, Norouzrad R, Najibpour R, Mohamadpour M, Nikpoor AR, et al. Prevalence of urinary tract infection among pregnant women and its complications in their newborns during the birth in the hospitals of Dezful City, Iran, 2012 - 2013. Iran Red Crescent Med J [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 20];17(8):e26946. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4585427/>
30. Nomura ML, Passini Júnior R, Silva JCG, Vaz MS, Amaral E, Pereira BG. Resultados gestacionais e perinatais de gestações com insuficiência cervical submetidas a circlagem eletiva. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2003 [citado 2018 mar. 20];25(7):483-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n7/a04v25n7.pdf>
31. Kaur R, Gupta K. Endocrine dysfunction and recurrent spontaneous abortion: an overview. Int J App Basic Med Res [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 20];6(2):79-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830160/>

32. Silva-Pinto AC, Ladeira SOD, Brunetta DM, De Santis GC, Angulo IL, Covas DT. Sickle cell disease and pregnancy: analysis of 34 patients followed at the Regional Blood Center of Ribeirão Preto, Brazil. *Rev Bras Hematol Hemoter* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 20];36(5):329-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v36n5/1516-8484-rbhh-36-05-0329.pdf>
33. Bech BH, Kjaersgaard MIS, Pedersen HS, Howards PP, Sørensen MJ, Olsen J, et al. Use of antiepileptic drugs during pregnancy and risk of spontaneous abortion and stillbirth: population based cohort study. *BMJ*. 2014;349:g5159. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5159>



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.