



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES ATENDIDAS NO  
AMBULATÓRIO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO DA FUNDAÇÃO SANTA  
CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ**

**CECÍLIA MENDES MARREIRO  
NICELLY CRISTINA FERREIRA DA PAIXÃO**

**Belém  
2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES ATENDIDAS NO  
AMBULATÓRIO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO DA FUNDAÇÃO SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DO PARÁ**

**CECÍLIA MENDES MARREIRO  
NICELLY CRISTINA FERREIRA DA PAIXÃO**

**Belém  
2009**

**CECÍLIA MENDES MARREIRO  
NICELLY CRISTINA FERREIRA DA PAIXÃO**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES ATENDIDAS NO  
AMBULATÓRIO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO DA FUNDAÇÃO SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado para obtenção do grau em  
Medicina pela Universidade Federal do  
Pará.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Nara Macedo  
Botelho Brito

**Co-Orientador:** Prof. José Carlos Wilkens  
Cavalcante

**Belém  
2009**

**CECÍLIA MENDES MARREIRO  
NICELLY CRISTINA FERREIRA DA PAIXÃO**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES ATENDIDAS NO  
AMBULATÓRIO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO DA FUNDAÇÃO SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DO PARÁ**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela  
Universidade Federal do Pará.**

**Banca examinadora**

---

Nara Macedo Botelho Brito  
Orientadora

---

José Carlos Wilkens Cavalcante  
Co-orientador

---

Áurea Belas Lustosa / UFPA

---

Cláudia Campos Coêlho França / FSCM-PA

**Aprovado em:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Conceito:** \_\_\_\_\_

A Deus, que ilumina meu caminho a todo o instante e que me dá forças sempre que preciso.

Aos meus pais, Vitor e Goretti, que nunca deixaram de me incentivar por sempre acreditarem no meu potencial.

Aos meus familiares, que estão sempre dispostos a me ajudar e me trazem muitas felicidades.

Aos meus amigos, principalmente aqueles presentes na minha vida há bastante tempo, que me proporcionam momentos agradáveis a todo instante.

A Você, meu amigo mais que especial, que está presente em todos os momentos com palavras doces e de conforto.

E a todos que de certa forma contribuíram para a concretização do meu maior sonho...

**Cecília Mendes Marreiro**

A Deus, senhor da minha vida, meu refúgio e fortaleza, obrigada pelas maravilhas que tens feito por mim, em especial, a realização do meu grande sonho.

À minha mãe, presente de Deus, minha maior incentivadora, obrigada pelo amor, compreensão, apoio incondicional e pelas sábias palavras de ânimo nos momentos difíceis, sem suas orações e incentivo este momento não seria possível.

À tia Maria do céu, minha segunda mãe, jamais poderei retribuir sua bondade e dedicação, sem a sua participação a realização deste sonho seria mais difícil. Você é o meu grande exemplo de determinação e sucesso, obrigada por tudo.

Ao meu pai, que sempre acreditou no meu potencial, obrigada pelo amor, paciência e incentivo.

À Carol, minha irmã, sempre presente na minha vida, obrigada por me fazer mais feliz.

Aos demais familiares, em especial às minhas avós, que ao longo desses anos sonharam o meu sonho.

Aos meus amigos que me incentivaram e sempre estiveram disponíveis em contribuir para a realização do meu ideal.

**Nicelly Cristina Ferreira da Paixão**

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Nara Macedo Botelho Brito, orientadora, e ao Prof. José Carlos Wilkens Cavalcante, co-orientador, pela atenção, compreensão, paciência e orientação deste trabalho.

À Sra. Nazaré Aragão, Srta. Ellen Fonseca e demais funcionários do GIP pela excelente recepção das autoras e contribuição na coleta de dados deste projeto.

À Prof.<sup>a</sup> Mariseth Andrade, estaticista, pela dedicação ao realizar a estatística desta pesquisa.

À Prof.<sup>a</sup> Silvia Helena Arias Bahia, coordenadora do TCC, pela disponibilidade e consideração para com as autoras deste trabalho.

À Sra. Vilma Costa Bastos, Diretora da Divisão de Documentação e Biblioteca, pela receptividade e disponibilidade para orientação das normas técnicas necessárias à realização deste estudo.

Aos nossos mestres que ao longo destes seis anos compartilharam seus conhecimentos e contribuíram para a nossa formação médica.

*“Transformar o medo em respeito, o respeito em confiança. Descobrir como é bom chegar quando se tem paciência. E para chegar onde quer que seja, não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso antes de mais nada querer.”*

***Amyr Klink***

## RESUMO

A gravidez de alto risco é responsável por 50% da mortalidade fetal anteparto. Neste contexto, a presente pesquisa objetivou estabelecer o perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Dessa forma, realizou-se um estudo descritivo do tipo transversal, sendo coletados de forma retrospectiva os prontuários das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco desta fundação, no período de janeiro a julho de 2007. Após a aplicação do critério de exclusão, obteve-se uma amostra de 549 prontuários. Observou-se que 50,1% destas pacientes encontravam-se na faixa etária de 21 a 30 anos; 61,2% apresentavam união estável; 36,2% possuíam ensino médio completo e 34,2%, ensino fundamental incompleto; 70,9% residiam em Belém; 61,2% não exerciam atividade remunerada. Não houve diferença significativa entre o número de gestações. Em relação à paridade, houve maior percentual entre aquelas que nunca pariram (39,7%) e as que pariram apenas uma vez (33,9%). A maioria das pacientes nunca abortou (61,4%) e 3% delas apresentaram gestação molar prévia. De acordo com o passado obstétrico, 24,7% das pacientes apresentaram recém-nascidos prematuros; 12,5%, neomortos; 10,5%, natimortos; 8,5%, macrossomia fetal e 3,7%, malformação fetal. Quanto aos antecedentes obstétricos patológicos, verificou-se que 10,2% das pacientes apresentaram pré-eclâmpsia. A ameaça de abortamento foi a intercorrência obstétrica mais incidente da gestação atual (24,6%). Em relação às intercorrências clínicas da gestação atual, a anemia foi a que apresentou maior porcentagem (43,9%) seguida da nefropatia (21,5%), ginecopatias (18,6%) e doenças infecciosas (11,1%). A gravidez de alto risco resulta em maior probabilidade de agravo materno-fetal. Através da participação efetiva de uma equipe multidisciplinar especializada e instalações hospitalares adequadas para atendimento da gestante e do concepto, conseguir-se-á reduzir cada vez mais as taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestação de alto risco; prematuridade; ameaça de abortamento; anemia.

## ABSTRACT

The high-risk pregnancy is responsible for 50% of the fetal death. In this context, the objective of this research was establish the clinical and epidemiological profile of patients treated in outpatient clinic of high risk pregnancy in the Foundation of Santa Casa de Misericórdia do Pará. This way, became made a descriptive study, type of cross and was collected in retrospect way the charts of patients outpatient clinic of high risk of pregnancy in this foundation, in the period of January to July 2007. After applying the exclusion criterion, obtained a sample of 549 charts. Was found that 50.1% of these patients were in age from 21 to 30 years; 61.2% had stable union; 36.2% had completed high school and 34.2%, primary school; 70.9% lived in Belém; 61.2% were caretakers of the home. There was no significant difference between the number of pregnancies. Regarding parity, there was a higher percentage among those who never lambded (39.7%) and those that calved only once (33.9%). Most patients never aborted (61.4%) and 3% of them had prior hydatidiform mole. According to past obstetric, 24.7% of patients had newborn premature; 12.5%, new death; 10.5%, stillbirths; 8.5%, fetal macrosomia and 3.7%, fetal malformation. As for the pathological obstetric history, it was found that 10.2% of patients had pre-eclampsia. The threat of abortion was the obstetric complications of pregnancy most current incident (24.6%). In relation to clinical complications of present pregnancy, anemia presented the highest percentage (43.9%) followed by nephropathy (21.5%), ginecopathy (18.6%) and infectious diseases (11.1%). The high-risk pregnancy results in higher probability of maternal fetal disease. Through the effective participation of a multidisciplinary specialized team and adequate hospital facilities for the care of the pregnant woman and the concept, will be able to reduce the increasing rates of maternal and perinatal morbidity.

**KEY-WORDS:** High risk pregnancy, prematurity, threat of abortion, anemia.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Faixa etária das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	24
Figura 2-	Estado conjugal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	25
Figura 3-	Grau de escolaridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	26
Figura 4-	Município de residência das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	27
Figura 5-	Profissão das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	28
Figura 6-	Presença ou não de alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	29
Figura 7-	Gestação das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	31
Figura 8-	Paridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	31
Figura 9-	Abortamento nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	32
Figura 10-	Gestação molar nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	32
Figura 11-	Tipos de abortamento das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	33
Figura 12-	Extremos de idade associados à gestação e paridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	34

Figura 13-	Tipos de partos anteriores das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	35
Figura 14-	Antecedentes de prematuridade, neomortalidade, natimortalidade, macrossomia e malformação fetal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA de acordo com os, janeiro a julho de 2007 .....	36
Figura 15-	Antecedentes obstétricos patológicos das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	37
Figura 16-	Intercorrências obstétricas na gestação atual das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	39
Figura 17-	Intercorrências clínicas das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	40
Figura 18-	Incidência das nefropatias nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	41
Figura 19-	Incidência das ginecopatias nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	42
Figura 20-	Incidência das doenças infecciosas nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Faixa etária das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	24
Tabela 2-	Estado conjugal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	25
Tabela 3-	Grau de escolaridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	26
Tabela 4-	Município de residência das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	27
Tabela 5-	Profissão das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	28
Tabela 6-	Presença ou não de alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	29
Tabela 7-	Distribuição das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA de acordo com a gestação, paridade, abortamento e gestação molar, janeiro a julho de 2007 .....	30
Tabela 8-	Tipos de abortamento das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	33
Tabela 9-	Extremos de idade associados à gestação e paridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	34
Tabela 10-	Tipos de partos anteriores das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	35
Tabela 11-	Antecedentes de prematuridade, neomortalidade, natimortalidade, macrossomia e malformação fetal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA de acordo com os, janeiro a julho de 2007 .....	36

Tabela 12-	Antecedentes obstétricos patológicos das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	37
Tabela 13-	Intercorrências obstétricas na gestação atual das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	38
Tabela 14-	Intercorrências clínicas na gestação atual das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	40
Tabela 15-	Incidência das nefropatias nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	41
Tabela 16-	Incidência das ginecopatias nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	42
Tabela 17-	Incidência das doenças infecciosas nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007 .....	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CIUR – Crescimento Intrauterino Restrito

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

FSCM-PA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

GES – Gerência de Estatística

GIP – Gerência de Informação de Pacientes

HAC – Hipertensão Arterial Crônica

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma Vírus Humano

NIC I – Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I

NIC II – Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II

RN – Recém-nascido

SOP – Síndrome do Ovário Policístico

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1. Objetivos .....	15
1.1.1. Objetivo Geral .....	15
1.1.2. Objetivos Específicos .....	15
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
2.1. Conceito .....	16
2.2. Histórico .....	16
2.3. Identificação das gestações de alto risco .....	17
2.4. Fatores de risco .....	19
2.5. Seguimento da gravidez de alto risco .....	21
2.6. Prognóstico .....	21
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODO .....</b>	<b>22</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

A gravidez de alto risco é responsável por 50% da mortalidade fetal anteparto (REZENDE; MONTENEGRO, 1987).

A gestação é um período particular na vida da mulher, no qual se verifica que o comportamento físico, psíquico e social encontra-se submetido a condições especiais consideradas como próprias do estado gravídico (CIARI JÚNIOR; ALMEIDA, 1972). Toda gestação traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto, risco este que se encontra aumentado na gestação de alto risco (GOMES et al., 2001).

Embora não haja uma definição acerca da gravidez de alto risco, entende-se ser esta, a gravidez onde existem fatores de risco que sujeitam a mãe, e/ou feto e/ou recém-nascido a uma maior probabilidade de dano (CORRÊA, 1994).

Os fatores geradores de risco na gravidez são múltiplos podendo atuar tanto de forma isolada como conjuntamente, dentre os quais se podem destacar os extremos de idade, hipertensão arterial e diabetes (CIARI JÚNIOR; ALMEIDA, 1972). A presença de tais fatores geradores de risco pode acarretar em complicações que se manifestam durante a gravidez ou no decorrer do trabalho de parto implicando em um maior índice de morbimortalidade materno-fetal (CORRÊA, 1994).

Considerando a importância da gravidez de alto risco no binômio saúde-doença materno-fetal, é necessária a identificação precoce destas gestações para que assim seja possível proporcionar uma assistência médica adequada e obter resultados satisfatórios, uma vez que, os óbitos decorrentes das complicações da gravidez são em sua maioria preveníveis (BRASIL, 2000; CAVALCANTE et al., 1997; CORRÊA, 1994).

Para tanto, é preciso investigar as características individuais e condições sócio-demográficas das grávidas, bem como a história reprodutiva anterior à gestação atual, as doenças obstétricas da gestação atual e as intercorrências clínicas. A escassez de estudos regionais atualizados sobre o assunto torna necessária a aquisição de novos dados a cerca da gravidez de alto risco no sentido de manter os profissionais da área de saúde sempre atentos aos vários aspectos de apresentação deste evento, para que assim possam proceder corretamente minimizando os efeitos adversos sobre a mãe e o filho.

## **1.1. OBJETIVOS**

### **1.1.1- Objetivo Geral**

Estabelecer o perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCM-PA).

### **1.1.2- Objetivos Específicos**

- Investigar as características individuais e condições sociodemográficas das grávidas de alto risco da FSCM-PA;
- Estudar a história reprodutiva anterior à gestação atual da população investigada;
- Pesquisar as doenças obstétricas da gestação atual das participantes da pesquisa;
- Identificar as intercorrências clínicas do grupo em estudo.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1- Conceito**

A gestação é um acontecimento fisiológico que, em cerca de 80 a 90% dos casos, inicia-se, evolui e termina sem complicações. Contudo, em 10 a 20% das gestações, ocorrem complicações decorrentes de problemas que precedem a gravidez, ou que aparecem durante sua evolução ou no transcurso do trabalho de parto, acarretando elevadas taxas de morbimortalidade perinatal e materna. Esse é o grupo que caracteriza a chamada gestação de alto risco: maiores possibilidades de problemas com a gestante, com o feto, com a parturiente e com o recém-nascido (CORRÊA, 1994).

Para Caldeyro-Barcia (1973 apud BRASIL, 2000) gravidez de alto risco é “aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”.

Segundo Rezende e Montenegro (1987) “as prenhez com evolução desfavorável para o conceito chamam-se, genericamente, gestações de alto risco”.

De acordo com Almeida et al. (1975), “risco é uma palavra que indica probabilidade de lesão, dano ou perda; e risco gravídico é definido como sendo a oportunidade a agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto”.

### **2.2- Histórico**

Na década de 60 a literatura obstétrica destacou importante redução nos índices de decesso materno. A mortalidade perinatal, entretanto, não vinha apresentando diminuição proporcional a tais resultados, a despeito das consideráveis melhorias na extensão e qualidade dos cuidados pré-concepcional, pré-natal e neonatal. Foi sugerido, então, que parcela relativamente pequena da população obstétrica era responsável por percentual desproporcionalmente grande desses resultados perinatais adversos. Esse grupo de pacientes foi denominado de “alto risco” (SABINO; SOUZA; CAMANO, 2003a).

O primeiro passo para a generalização dos conhecimentos era a identificação, em determinada população, daquelas que tivessem fatores de risco. Assim, surgiram inúmeras tabelas e escores na literatura mundial, diferentes entre si, por relatarem realidades de países,

ou mesmo regiões diferentes (BRASIL, 2000), destacando-se, nesse particular, os trabalhos de Gold (1968), Nesbitt Junior & Aubry (1969), Kubli (1970), Aumann (1986).

### **2.3- Identificação das Gestações de Alto Risco**

A identificação da gravidez de alto risco objetiva determinar a presença de condições ou características que exponham à grávida ou o feto à possibilidade de adoecer ou morrer durante a gravidez (BERKOW, 2002).

Tal identificação baseia-se em dados obtidos na anamnese, no exame físico geral e local e, algumas vezes, em exames complementares. Quanto mais precoce for a identificação dessas gestações, maiores serão as possibilidades de se atuar de modo a se conseguir melhores resultados perinatais (CORRÊA, 1994).

Segundo Wosny; Lopes e Alvarenga (1997) a primeira relação publicada capaz de identificar o risco gestacional é a de Gold (1968 apud ARAÚJO et al, 1996), que sugere analisar o problema em quatro parâmetros: características da paciente, história obstétrica anterior, antecedentes médicos e outras condições médicas (Anexo B).

Nesbitt Junior e Aubry (1969 apud ALMEIDA et al. 1975), após estudos datados da década de 60, elaboraram um questionário para classificação de risco materno e fetal. Estes autores agruparam oito fatores ou variáveis, quantificando cada um deles com uma contagem arbitrária de acordo com a presença de circunstâncias desvantajosas para a gestante. A soma da pontuação total dos oito grupos menos 100 fornece-nos o índice de assistência. O resultado igual a 70 ou menos indica gestação de alto risco (Anexo C).

Conforme Kubli (1970 apud WOSNY; LOPES; ALVARENGA, 1997) a gestação é avaliada sob outro prisma:

- a) Doença materna com elevado risco fetal (diabetes, hipertensão e toxemia).
- b) Doença materna com moderado risco fetal (graus leves de toxemia, diabetes compensado, pós-datismo, esterilidade anterior, passado obstétrico desfavorável, isoimunização feto-materna, primigestação tardia e etc.).

Para Aumann (1986 apud MAGALHÃES et al., 1993) existem seis indicadores de alto risco gestacional:

a) Fatores socioeconômicos: baixa renda, condições precárias de habitação, má nutrição, baixo nível educacional, ocupação dos pais em atividade braçal ou semiespecializadas, mães solteiras, principalmente adolescentes e quando não há boa aceitação da gravidez.

b) Fatores demográficos: idade materna inferior a 16 e superior a 35 anos, estatura materna inferior a 150cm, peso materno inadequado antes da gravidez (peso<50kg) e história familiar de doenças hereditárias.

c) Fatores gineco-obstétricos: história de infertilidade, gravidez ectópica ou aborto espontâneo, anormalidades uterinas, trabalho de parto prematuro em gestações anteriores, feto macrossômico, grande múltipara, multiparidade, história de natimorto, malformações ou recém-nascidos com baixo peso, mola hidatiforme e coriocarcinoma prévios.

d) Doenças maternas: cardiopatia, pneumopatia, diabetes mellitus, tireopatia, doenças gastrointestinais, renais ou neurológicas, hemoglobinopatias, doenças sexualmente transmissíveis ou malignas, retardo mental ou doenças psiquiátricas.

e) Condições obstétricas atuais: pré-natal ausente ou tardio, hemorragia anteparto, gestação múltipla, hipertensão induzida pela gestação, ruptura prematura de membranas, isoimunização, gestação prolongada, retardo de crescimento, polidrâmnio e apresentação anômala.

f) Hábitos: fumo, alcoolismo e uso de drogas.

Camano e Amed (1981) afirmam em seu trabalho que estabelecer a tabela de risco gestacional é tarefa difícil, já que umas são complexas e de difícil memorização e outras muito simples. Acrescenta-se, que há particularidades intrínsecas de cada região onde certos parâmetros são muito valorizados. Desta forma, é difícil elaborar índices que atendam as condições locais e confrontá-los com tabelas heterogêneas encontradas na literatura mundial.

Observa-se na prática diária que a identificação é feita de modo empírico sem o necessário rigor científico e muitas vezes de forma equivocada. Pelos critérios propostos por diversos autores nem toda gestante hipertensa, necessariamente, é rotulada de alto risco, bem como outras condições clínicas ou cirúrgicas devem ser incluídas num sistema que avalia o desfecho da gravidez. A identificação, portanto, deve ser precisa para que não restem dúvida do risco obstétrico em que a paciente se encontra (SABINO; SOUZA; CAMANO, 2003b).

## 2.4- Fatores de Risco

No Brasil, por suas grandes dimensões e principalmente pelas diferenças socioeconômicas e culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para cada região. Os fatores geradores de risco, de modo geral, podem ser agrupados, conforme Brasil (2000), em quatro categorias, que são:

### A) Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis

- Idade menor que 17 e maior que 35 anos
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse
- Situação conjugal insegura
- Baixa escolaridade
- Condições ambientais desfavoráveis
- Altura menor que 1,45 m
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

### B) História reprodutiva anterior à gestação atual

- Morte perinatal explicada e inexplicada
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado
- Abortamento habitual
- Esterilidade/infertilidade
- Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos
- Nuliparidade e Multiparidade
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva

- Cirurgia uterina anterior

#### C) Doenças obstétricas na gestação atual

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
- Ganho ponderal inadequado
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Amniorrexe prematura
- Hemorragias da gestação
- Aloimunização
- Óbito fetal

#### D) Intercorrências clínicas

- Hipertensão arterial
- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Nefropatias
- Endocrinopatias
- Hemopatias
- Epilepsia
- Doenças infecciosas
- Doenças autoimunes

- Ginecopatias

Ao avaliar os fatores de risco supracitados é necessário não só definir a importância de cada um deles de forma isolada, mas também considerá-los conjuntamente, visto que o alto risco pode ser determinado por uma variável isolada ou da associação de variáveis mesmo que estas não sejam tão relevantes (CIARI JÚNIOR; ALMEIDA, 1972).

### **2.5- Seguimento da Gravidez de Alto Risco**

Uma vez classificada a gestação como sendo de alto risco é necessário uma assistência pré-natal especial visando assegurar que cada gestação culmine no parto de um recém-nascido saudável, sem prejuízos à saúde da mãe (FEBRASGO, 2007).

É importante levar em consideração o conhecimento acerca da fisiologia da gravidez bem como os mecanismos fisiopatológicos das doenças para a compreensão das repercussões mútuas entre as mesmas; as condições clínicas maternas; a avaliação obstétrica adequada; e as decisões referentes ao parto (BRASIL, 2000).

### **2.6- Prognóstico**

Nas gestações de alto risco, o prognóstico se relacionam intimamente ao atendimento dispensado à gestante, à parturiente e ao recém-nascido. Esse atendimento necessita de uma equipe médica experiente e dedicada; a existência de recursos propedêuticos adequados ao acompanhamento desse tipo de gestação; instalações hospitalares disponíveis para a internação da gestante sempre que necessário e, do atendimento neonatal recomendado para os recém-nascidos de alto risco. Desta maneira é possível reduzir as taxas de morbidade e mortalidade perinatal e assegurar às mulheres já com problemas de saúde a possibilidade de ter filhos, sem que isso lhes cause mais danos (CORRÊA, 1994).

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Todos os pacientes da presente pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde após aprovação de anteprojeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (Apêndice A).

O presente estudo foi descritivo do tipo transversal e coletado de forma retrospectiva na FSCM-PA.

Adotou-se como critério de inclusão as pacientes que receberam assistência pré-natal no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, sendo excluídas as pacientes cujos prontuários apresentavam dados incompletos para a realização da pesquisa.

Nos mapas de ocorrência do ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, foram identificadas as pacientes que haviam sido atendidas neste ambulatório no período de janeiro a julho de 2007, obtendo-se o número de 663 prontuários. Tais pacientes eram referenciadas para este serviço após avaliação prévia em unidades de saúde, sendo consideradas como de alto risco as pacientes que obtivessem 10 ou mais pontos na ficha de seleção do risco gestacional (Anexo A).

Dentre os prontuários catalogados, foram localizados na Gerência de Informação de Pacientes (GIP) da FSCM-PA 637 prontuários. Destes, foram excluídos 88, por não preencherem os requisitos da pesquisa, restando 549 prontuários que constituíram a presente amostra.

A coleta de dados foi baseada em um protocolo (Apêndice B) no qual foram incluídos todos os dados necessários. O protocolo constou dos seguintes itens:

a) Aspectos individuais e sócio-demográficos: número do prontuário, idade, estado conjugal, escolaridade, residência, profissão, alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas;

b) Antecedentes obstétricos: gestação, paridade, abortamento, gestação molar, natimorto, neomorto, partos vaginais, cesarianas, recém-nascido (RN) prematuro, RN com malformação, RN macrossômico, primigesta jovem, primigesta idosa, múltipara idosa, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional e outros;

c) Intercorrências da gravidez atual: crescimento intrauterino restrito (CIUR), oligoâmnio, polidrâmnio, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), diabetes gestacional, incompatibilidade Rh, aloimunização, hemorragias e outros;

d) Intercorrências clínicas: hipertensão arterial crônica (HAC), cardiopatia, pneumopatia, nefropatia, hemopatia, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes, endocrinopatia, ginecopatia e outros.

Os dados relacionados ao alcoolismo, tabagismo e uso de drogas durante a gestação foram obtidos através da descrição destes itens no prontuário, não sendo estabelecidos, pelos autores, critérios (tempo de uso e quantidade) para a sua determinação.

Considerou-se como primigesta jovem as grávidas com idade menor ou igual a 17 anos; primigesta idosa aquelas com idade maior ou igual a 35 anos; e múltipara idosa as com dois ou mais partos e idade acima ou igual a 35 anos (DELASCIO; GUARIENTO, 1981).

Com relação ao Diabetes Gestacional, foram consideradas como portadoras dessa patologia, as pacientes que apresentaram teste oral de tolerância a glicose maior que 140mg/dl, conforme Brasil (2000).

Para compilação dos dados, foi elaborado um banco de dados, a partir do qual foram produzidos tabelas e gráficos, procedendo-se, posteriormente, à análise qualiquantitativa através do programa EXCEL versão 2007. Para editoração do texto foi utilizado o programa Microsoft WORD versão 2007.

O estudo estatístico dos resultados obtidos foi realizado pela Dr.<sup>a</sup> Mariseth Andrade, estatística da Gerência de Estatística (GES) da FSCM-PA.

De acordo com a natureza das variáveis, foi aplicada análise estatística descritiva sendo informados os valores percentuais dos dados analisados.

Para a análise da significância foi utilizado o teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), com nível  $\alpha=0,05$  (5%) através do Software BioEstat 5.0, assinalando com asterisco (\*) os valores significantes.

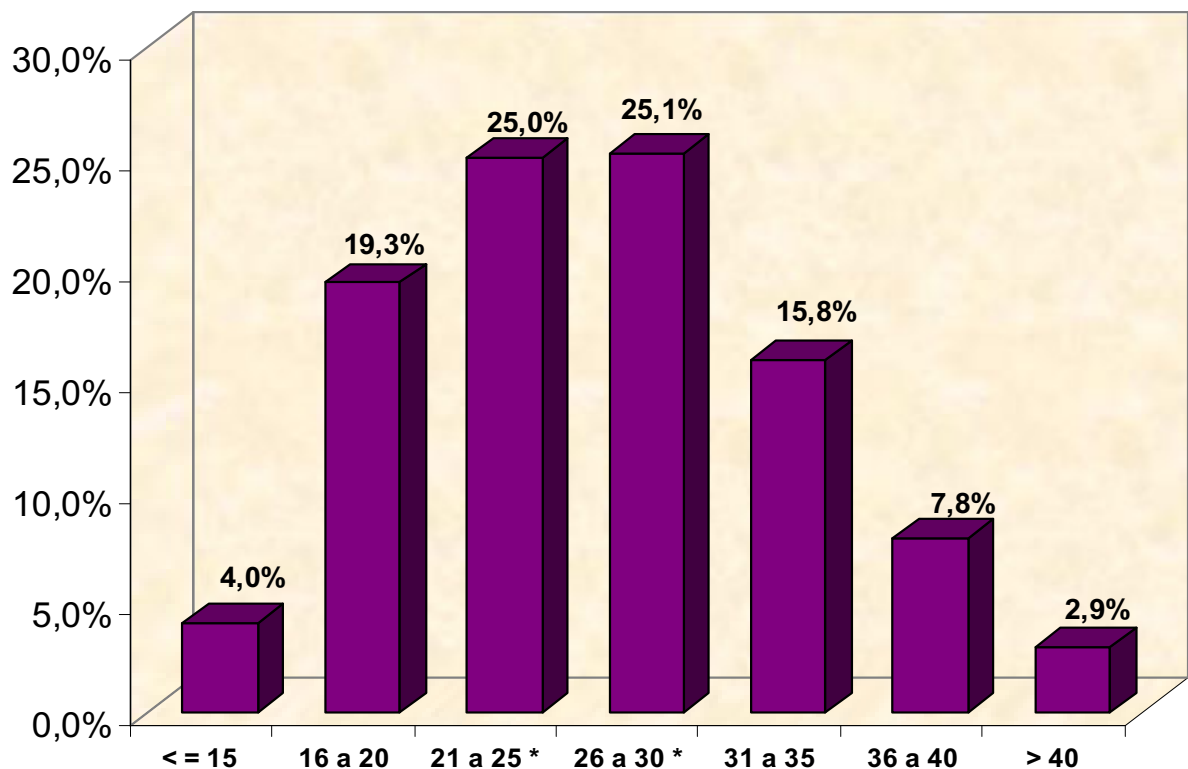
#### 4. RESULTADOS

**Tabela 1- Faixa etária das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Faixa Etária (em anos)	Frequência	%
< = 15	22	4,0
16 a 20	106	19,3
21 a 25 *	137	25,0
26 a 30 *	138	25,1
31 a 35	87	15,8
36 a 40	43	7,8
> 40	16	2,9
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\*p < 0,00001\* (Qui-Quadrado)



**Figura 1- Faixa etária das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

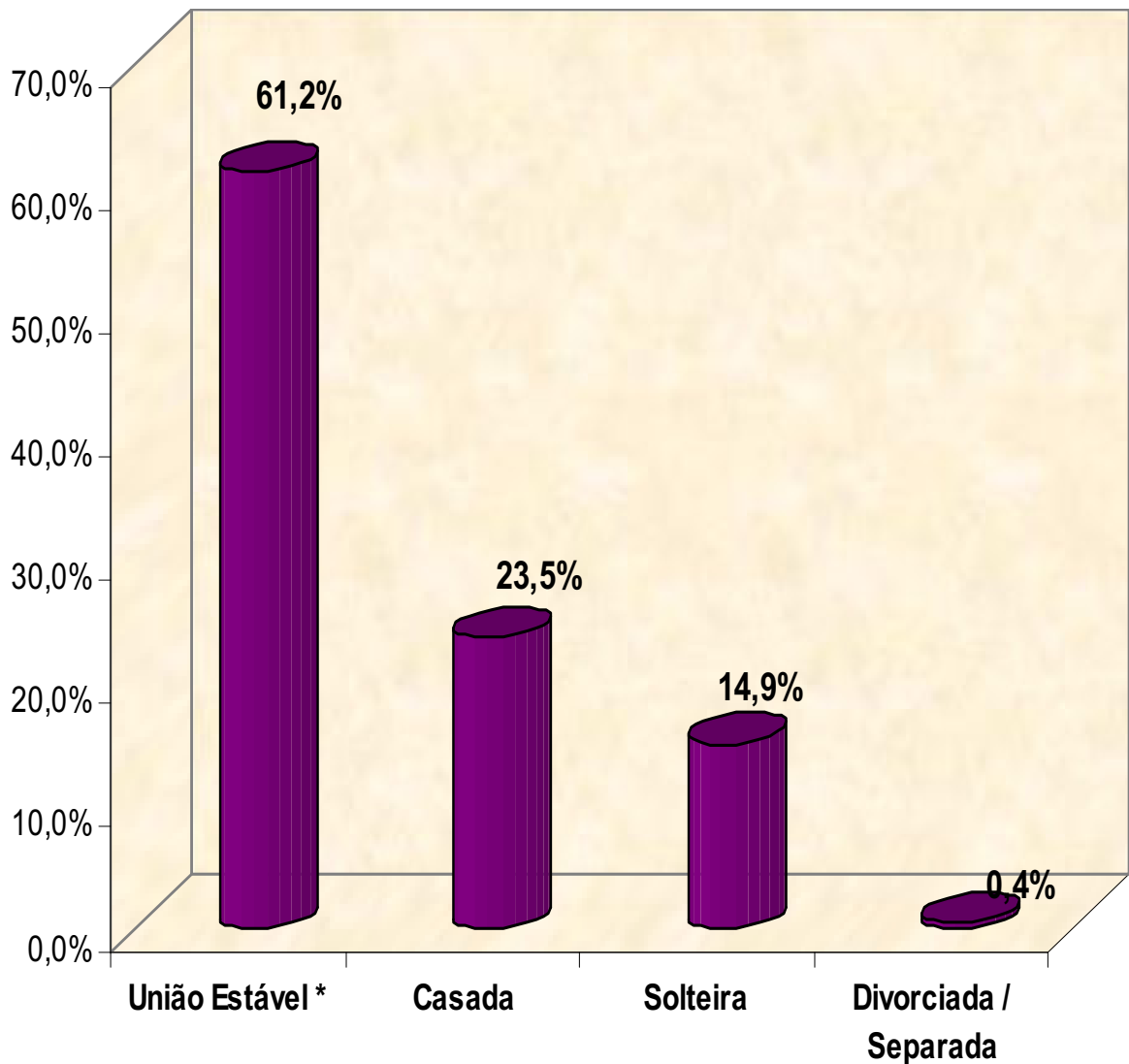
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 2- Estado conjugal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Estado Conjugal	Frequência	%
União estável *	336	61,2
Casada	129	23,5
Solteira	82	14,9
Divorciada / Separada	2	0,4
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\* $p < 0,00001$ \* (Qui-Quadrado)



**Figura 2- Estado conjugal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

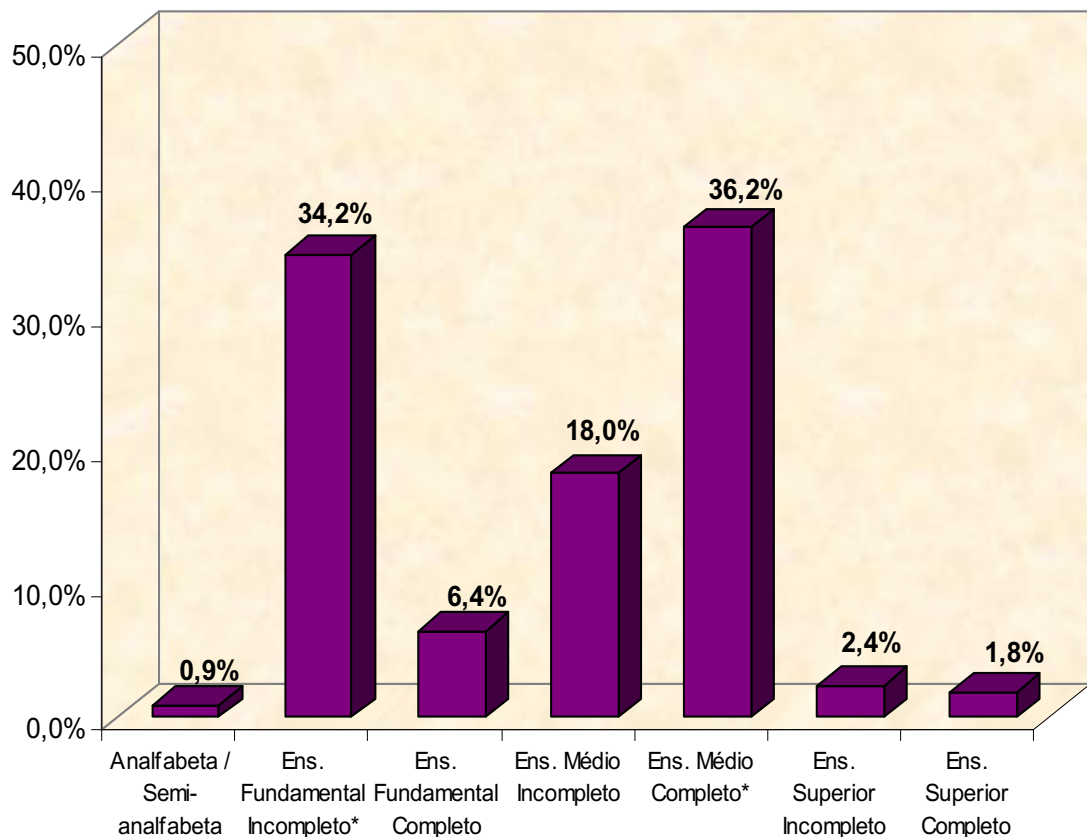
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 3- Grau de escolaridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Escolaridade	Frequência	%
Analfabeta / Semi-analfabeta	5	0,9
Ens. Fundamental Incompleto*	188	34,2
Ens. Fundamental Completo	35	6,4
Ens. Médio Incompleto	99	18,0
Ens. Médio Completo*	199	36,2
Ens. Superior Incompleto	13	2,4
Ens. Superior Completo	10	1,8
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\* $p < 0,00001$  (Qui-Quadrado)



**Figura 3- Grau de escolaridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

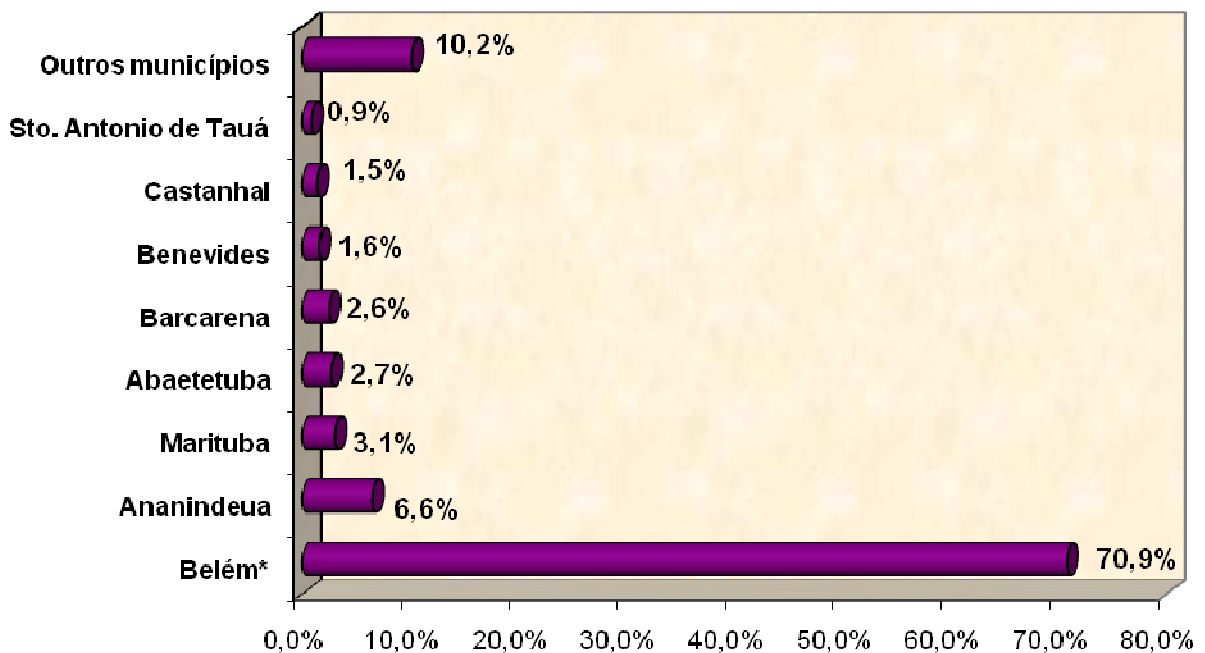
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 4- Município de residência das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Município	Frequência	%
Belém*	389	70,9
Ananindeua	36	6,6
Marituba	17	3,1
Abaetetuba	15	2,7
Barcarena	14	2,6
Benevides	9	1,6
Castanhal	8	1,5
Sto. Antonio de Tauá	5	0,9
Outros municípios	56	10,2
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\*p < 0,00001\* (Qui-Quadrado)



**Figura 4- Município de residência das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

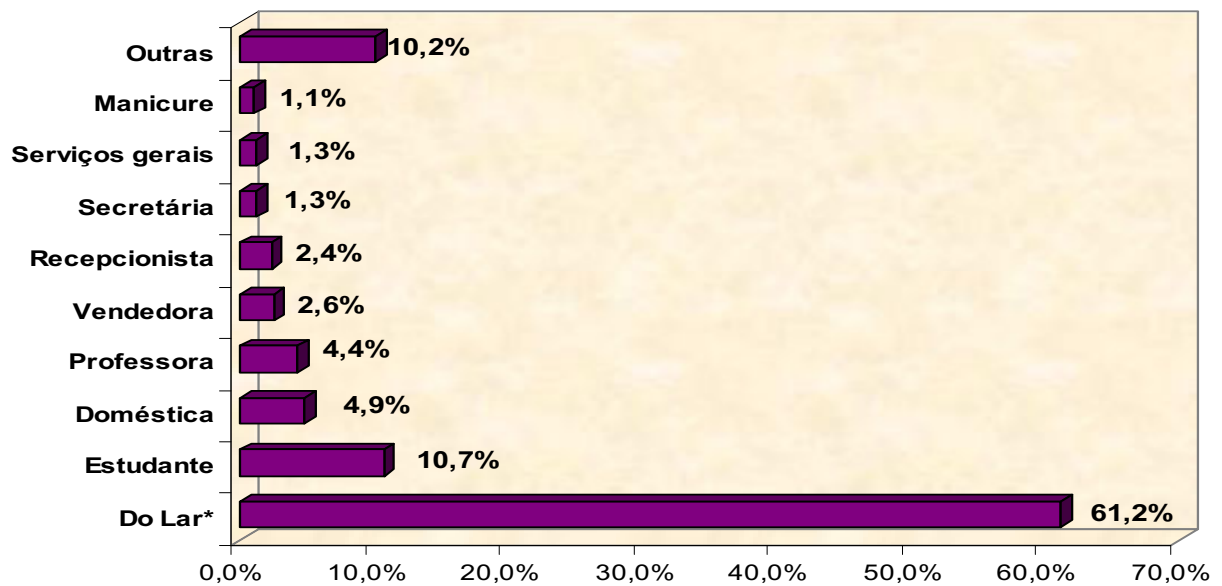
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 5- Profissão das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Profissão	Frequência	%
Do Lar*	336	61,2
Estudante	59	10,7
Doméstica	27	4,9
Professora	24	4,4
Vendedora	14	2,6
Recepcionista	13	2,4
Secretária	7	1,3
Serviços gerais	7	1,3
Manicure	6	1,1
Outras	56	10,2
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\* $p < 0,00001$ \* (Qui-Quadrado)



**Figura 5- Profissão das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

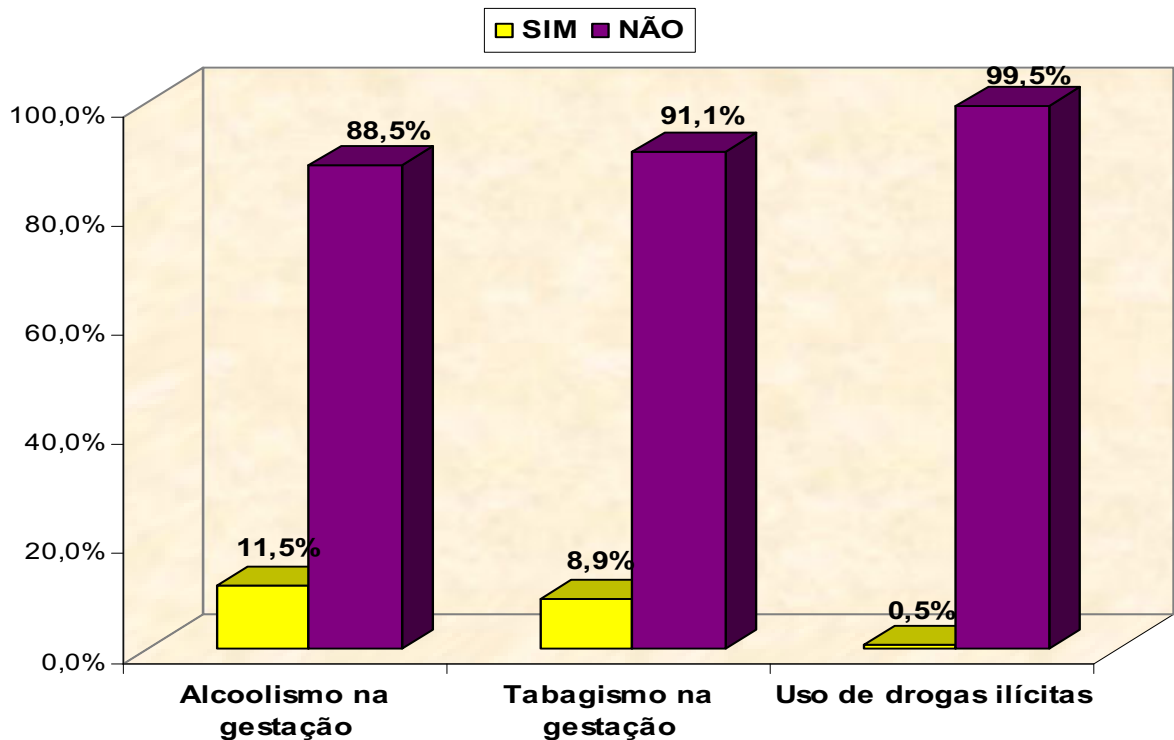
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 6- Presença ou não de alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Variáveis	Frequência	%
<b>ALCOOLISMO NA GESTAÇÃO</b>		
SIM	63	11,5
NÃO*	486	88,5
<b>TABAGISMO NA GESTAÇÃO</b>		
SIM	49	8,9
NÃO*	500	91,1
<b>USO DE DROGAS ILÍCITAS</b>		
SIM	3	0,5
NÃO*	546	99,5

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\* $p < 0,00001$ \* (Qui-Quadrado)



**Figura 6- Presença ou não de alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

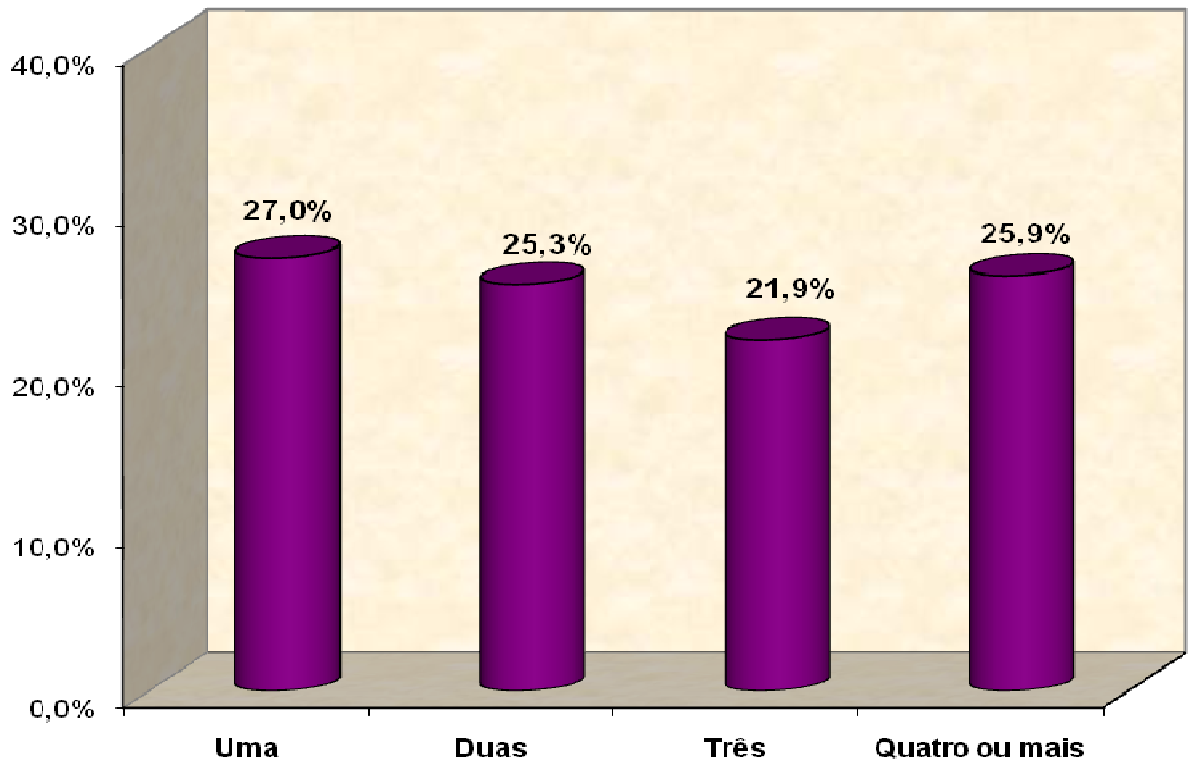
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 7- Distribuição das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA de acordo com a gestação, paridade, abortamento e gestação molar, janeiro a julho de 2007.**

Variáveis	Frequência	%
<b>GESTAÇÃO</b>		
Uma	148	27,0
Duas	139	25,3
Três	120	21,9
Quatro ou mais	142	25,9
<b>PARIDADE</b>		
Nenhuma*	218	39,7
Uma*	186	33,9
Duas	77	14,0
Três	36	6,6
Quatro ou mais	32	5,8
<b>ABORTAMENTO</b>		
Nenhum*	337	61,4
Um	125	22,8
Dois	58	10,6
Três	20	3,6
Quatro ou mais	9	1,6
<b>GESTAÇÃO MOLAR</b>		
SIM	12	3,0
NÃO*	389	97,0

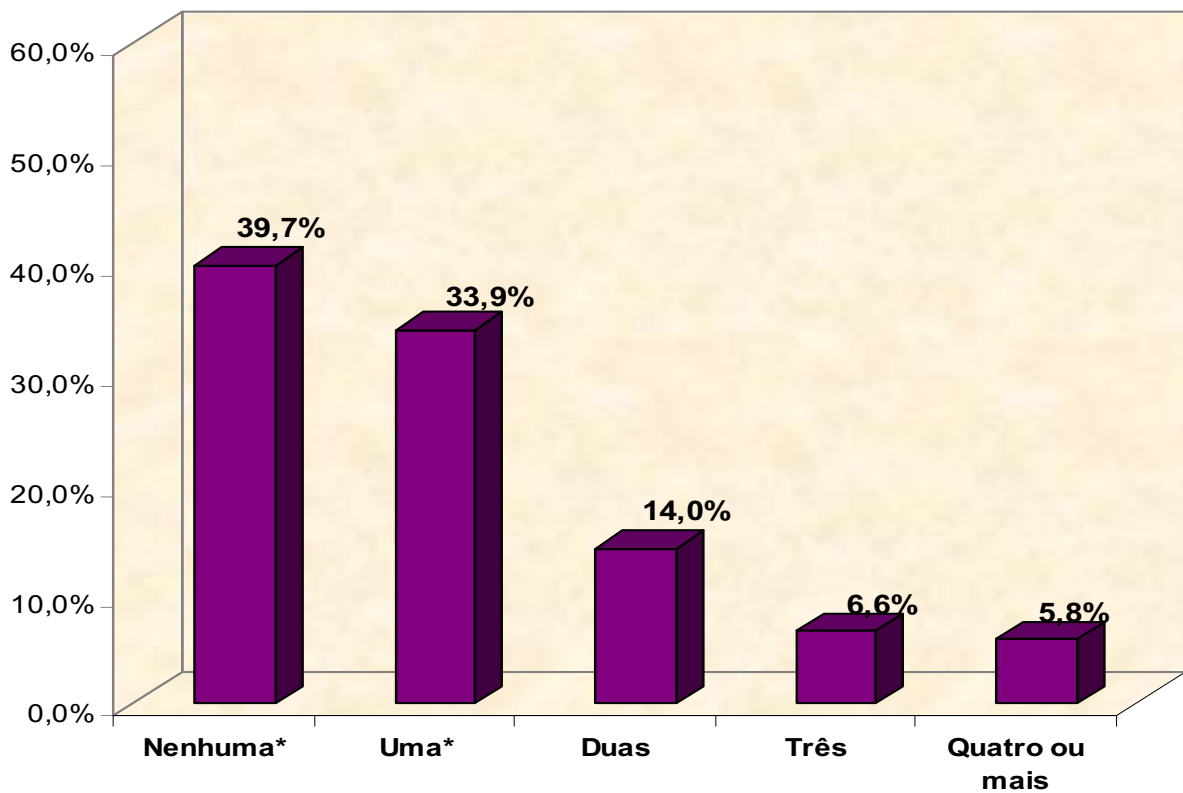
Fonte: Protocolo de pesquisa.

\*p < 0,00001\* (Qui-Quadrado)



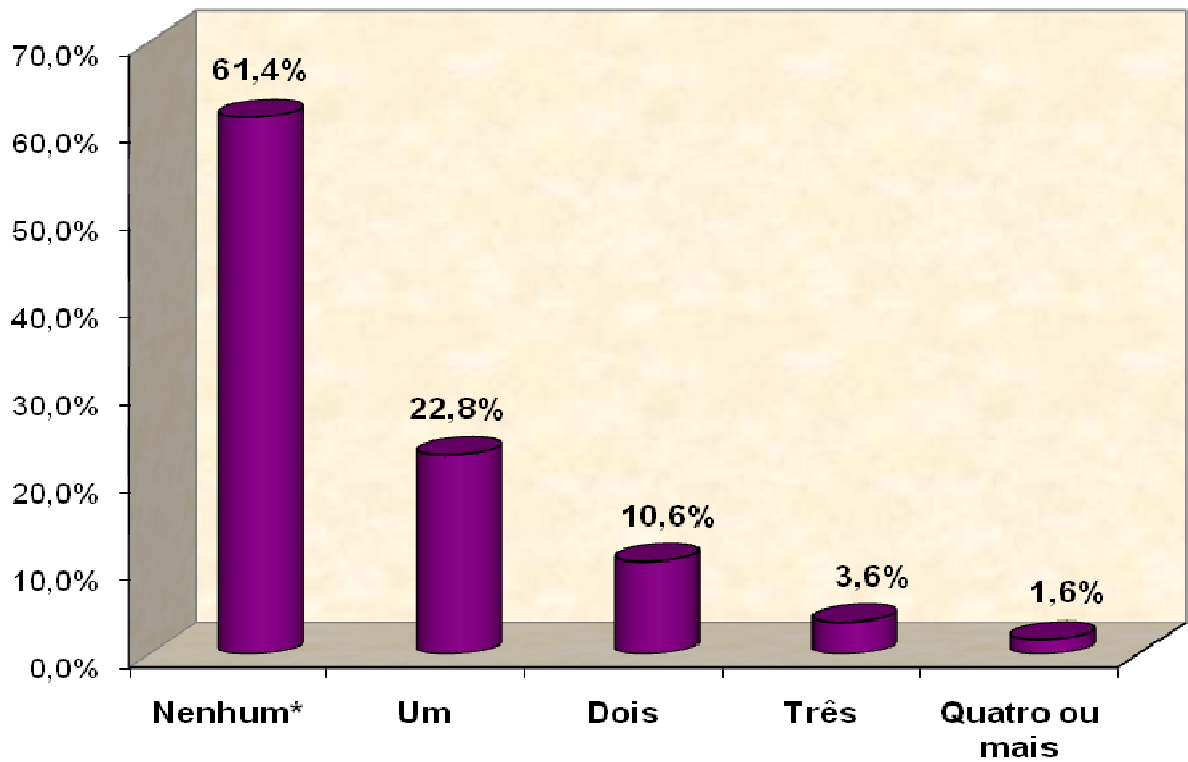
**Figura 7- Gestação das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.



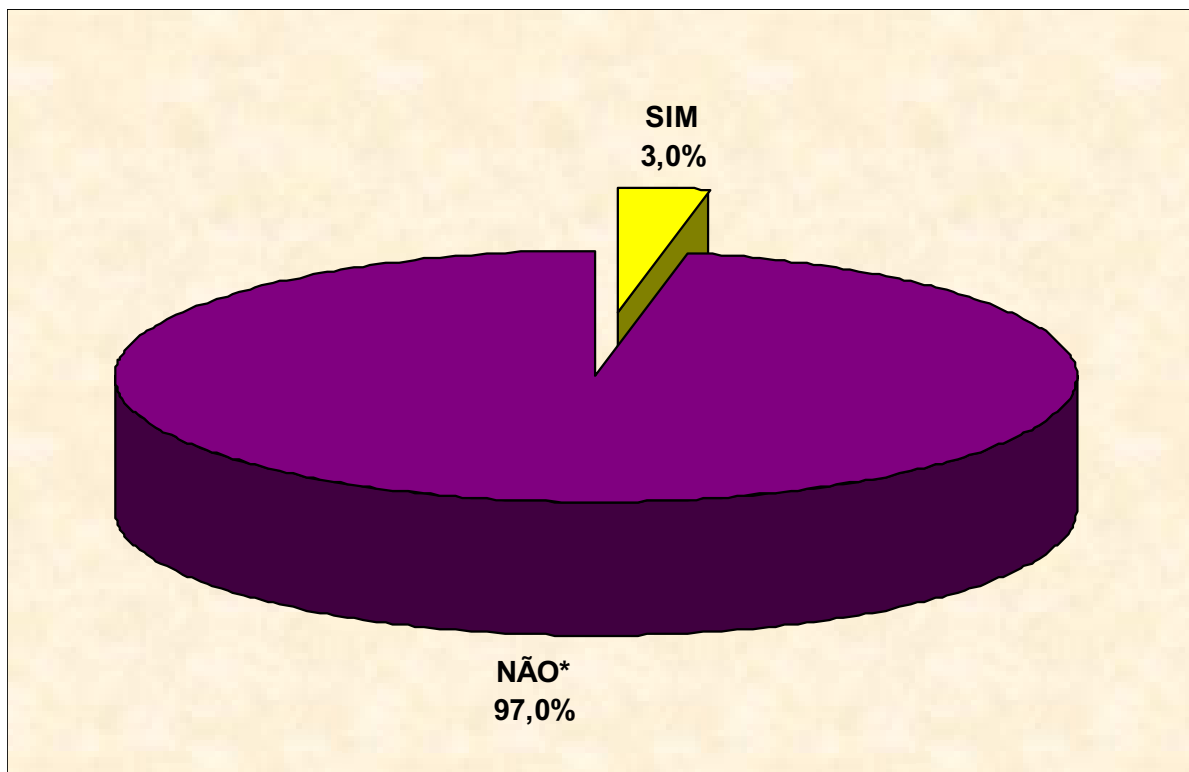
**Figura 8- Paridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.



**Figura 9- Abortamento nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.



**Figura 10- Gestação molar nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

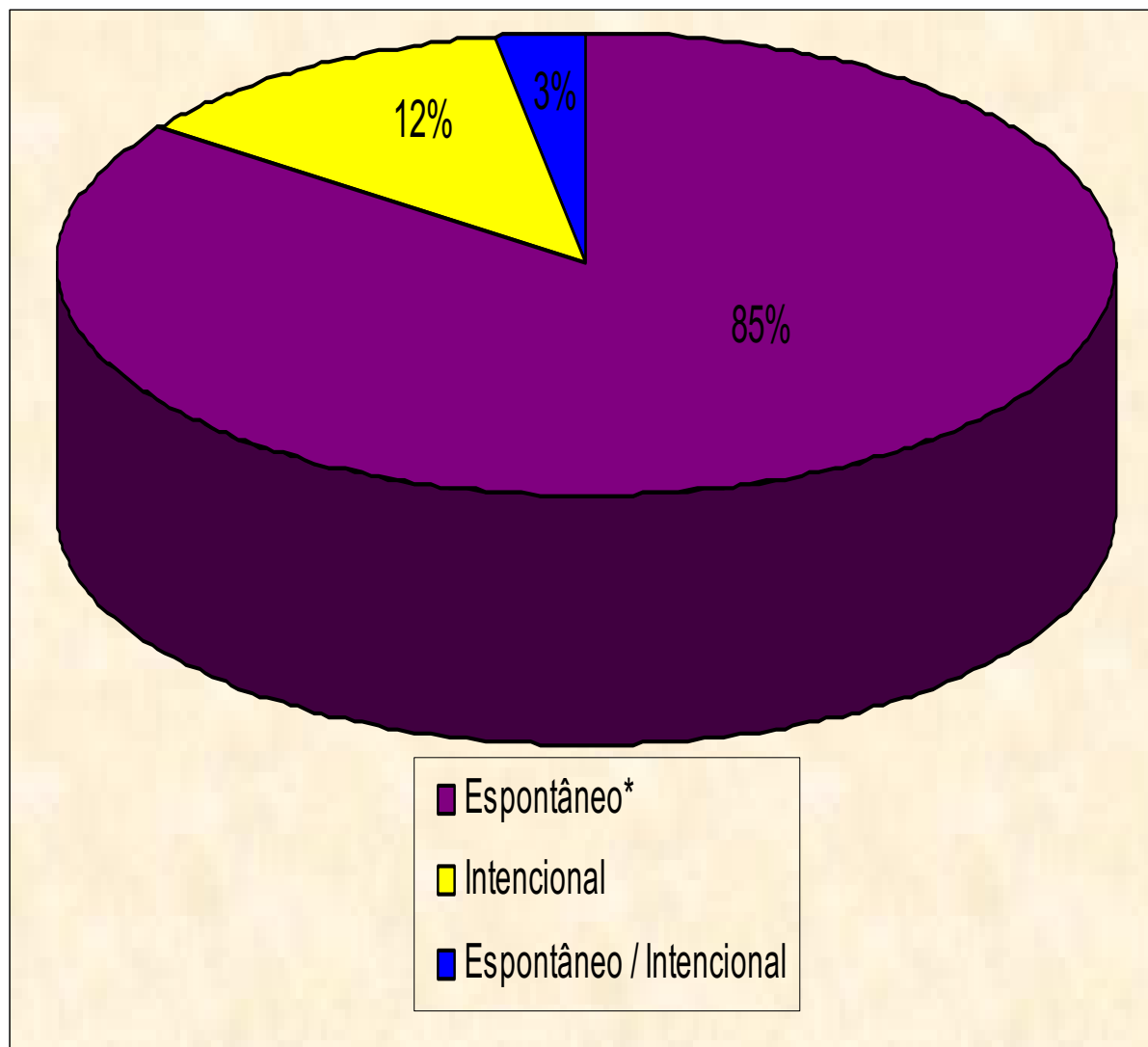
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 8- Tipos de abortamento das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Abortamento	Frequência	%
Espontâneo*	180	84,9
Intencional	26	12,3
Espontâneo / Intencional	6	2,8
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\* $p < 0,00001$ \* (Qui-Quadrado)



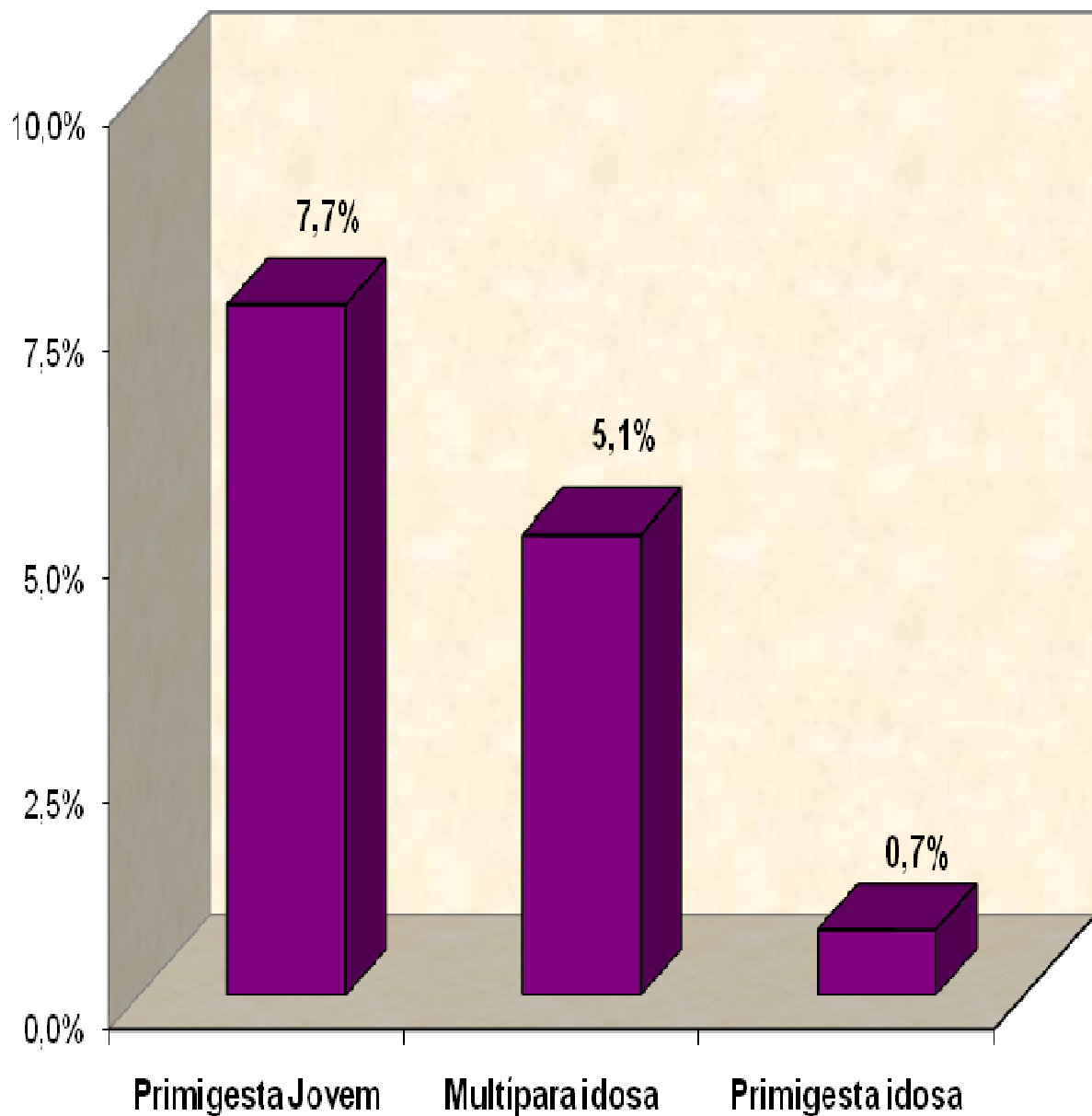
**Figura 11- Tipos de abortamento das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 9- Extremos de idade associados à gestação e paridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Variáveis	Frequência	%
Primigesta Jovem	42	7,7
Múltipara Idosa	28	5,1
Primigesta Idosa	4	0,7

Fonte: Protocolo de pesquisa.  
 $p > 0,05$  (Qui-Quadrado)



**Figura 12- Extremos de idade associados à gestação e paridade das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

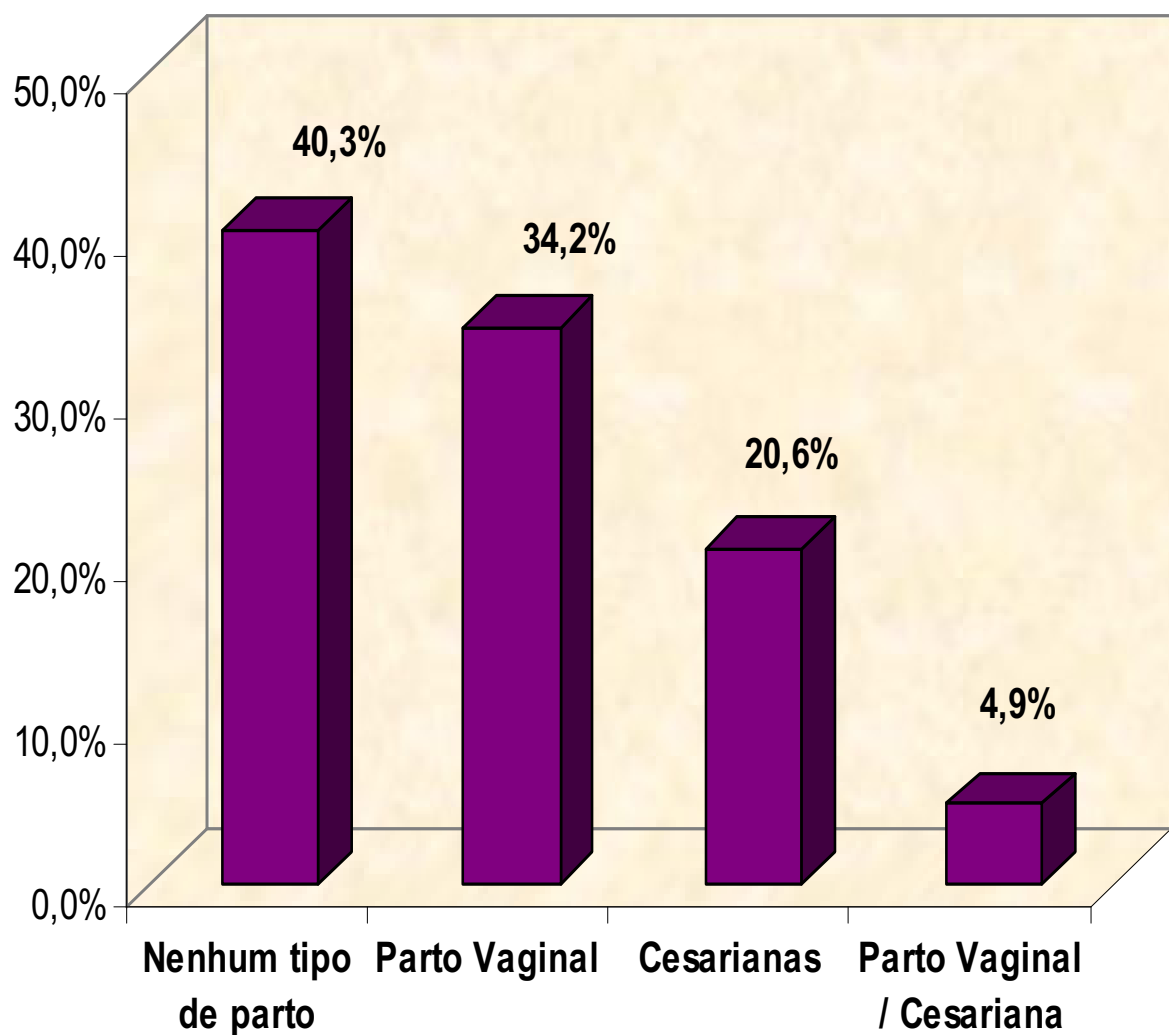
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 10- Tipos de partos anteriores das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Variáveis	Frequência	%
Nenhum tipo de parto*	221	40,3
Parto Vaginal	188	34,2
Cesariana	113	20,6
Parto Vaginal / Cesariana	27	4,9
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\*p < 0,0001\* (Qui-Quadrado)



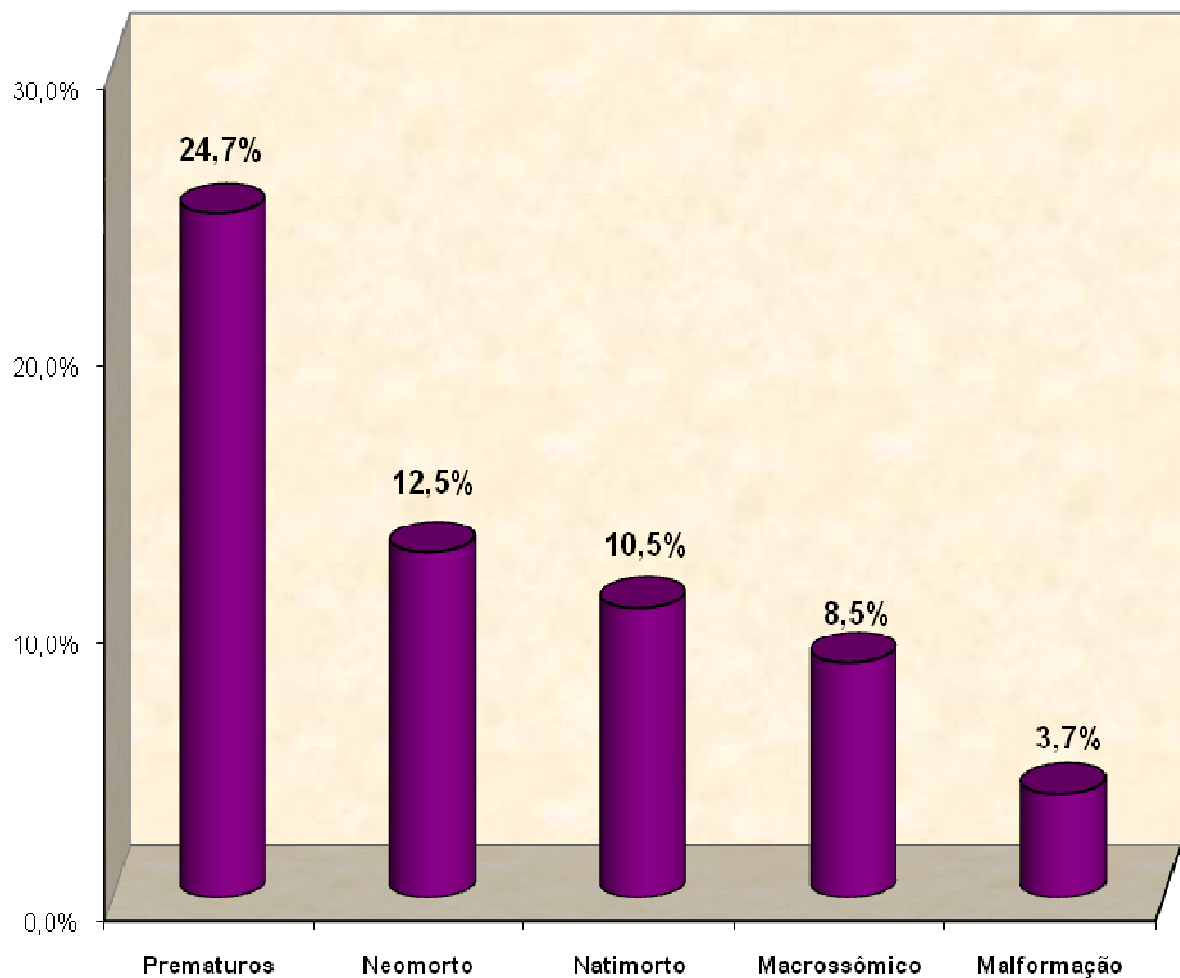
**Figura 13- Tipos de partos anteriores das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 11- Antecedentes de prematuridade, neomortalidade, natimortalidade, macrossomia e malformação fetal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA de acordo com os, janeiro a julho de 2007.**

Variáveis	Frequência	%
Prematuros (< 37s)	99	24,7
Neomorto	50	12,5
Natimorto	42	10,5
Macrossômico (> 4kg)	34	8,5
Malformação Fetal	15	3,7

Fonte: Protocolo de pesquisa.  
 $p > 0,05$  (Qui-Quadrado)



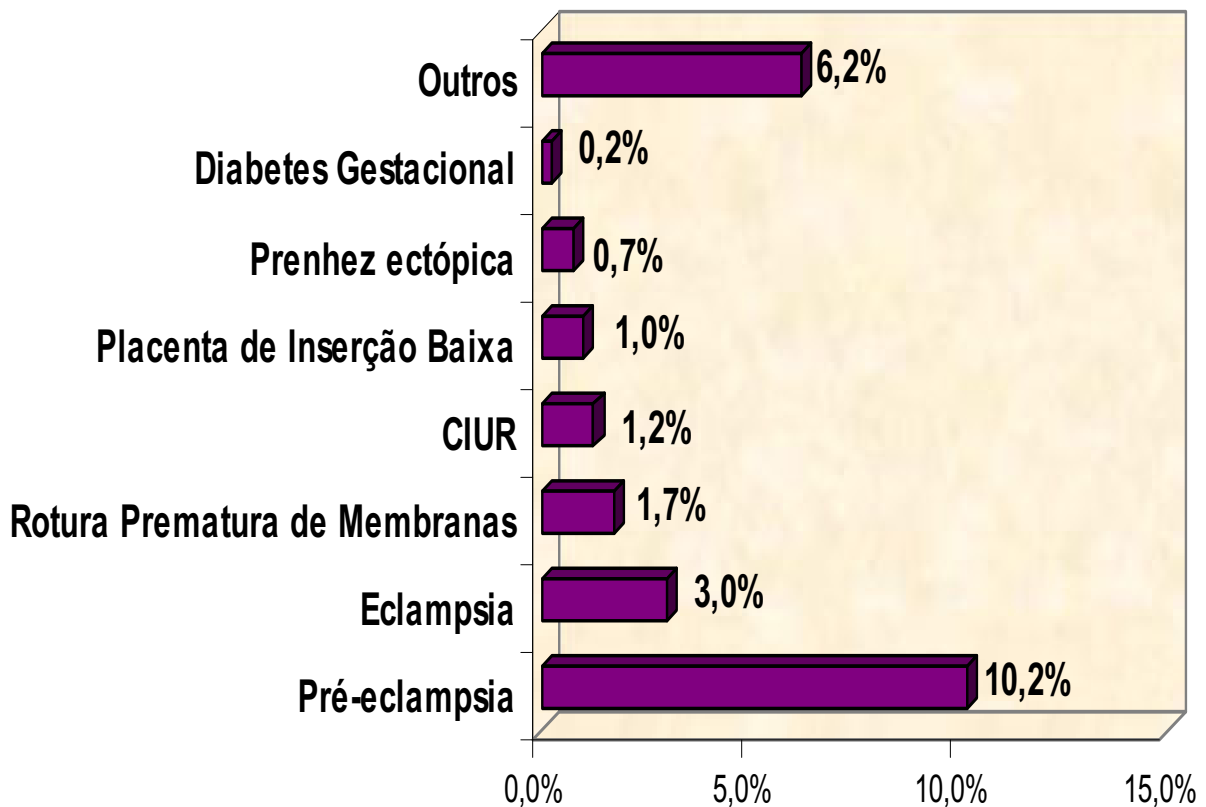
**Figura 14- Antecedentes de prematuridade, neomortalidade, natimortalidade, macrossomia e malformação fetal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA de acordo com os, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 12- Antecedentes obstétricos patológicos das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Variáveis	Frequência	%
Pré-eclâmpsia	41	10,2
Eclâmpsia	12	3,0
Rotura Prematura de Membranas	7	1,7
CIUR	5	1,2
Placenta de Inserção Baixa	4	1,0
Prenhez Ectópica	3	0,7
Diabetes Gestacional	1	0,2
Outros	25	6,2

Fonte: Protocolo de pesquisa.  
 $p > 0,05$  (Qui-Quadrado)



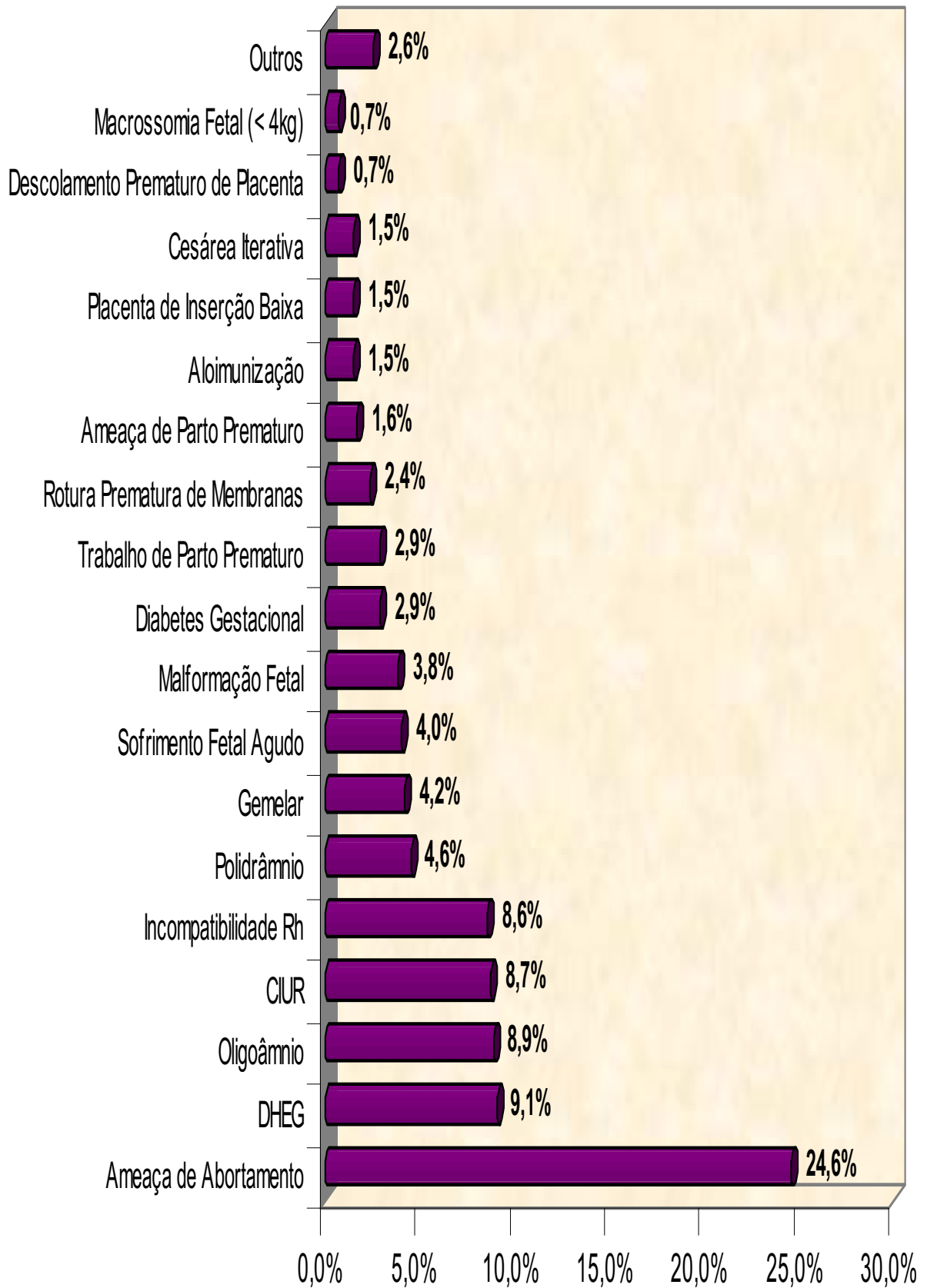
**Figura 15- Antecedentes obstétricos patológicos das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 13- Intercorrências obstétricas na gestação atual das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

<b>Intercorrências Obstétricas da Gestação Atual</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Ameaça de Abortamento	135	24,6
DHEG	50	9,1
Oligoâmnio	49	8,9
CIUR	48	8,7
Incompatibilidade Rh	47	8,6
Polidrâmnio	25	4,6
Gemelar	23	4,2
Sofrimento Fetal Agudo	22	4,0
Malformação Fetal	21	3,8
Diabetes Gestacional	16	2,9
Trabalho de Parto Prematuro	16	2,9
Rotura Prematura de Membranas	13	2,4
Ameaça de Parto Prematuro	9	1,6
Aloimunização	8	1,5
Placenta de Inserção Baixa	8	1,5
Cesárea Iterativa	8	1,5
Descolamento Prematuro de Placenta	4	0,7
Macrossomia Fetal (< 4kg)	4	0,7
Outros	14	2,6

Fonte: Protocolo de pesquisa.  
 $p > 0,05$  (Qui-Quadrado)



**Figura 16- Intercorrências obstétricas na gestação atual das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.

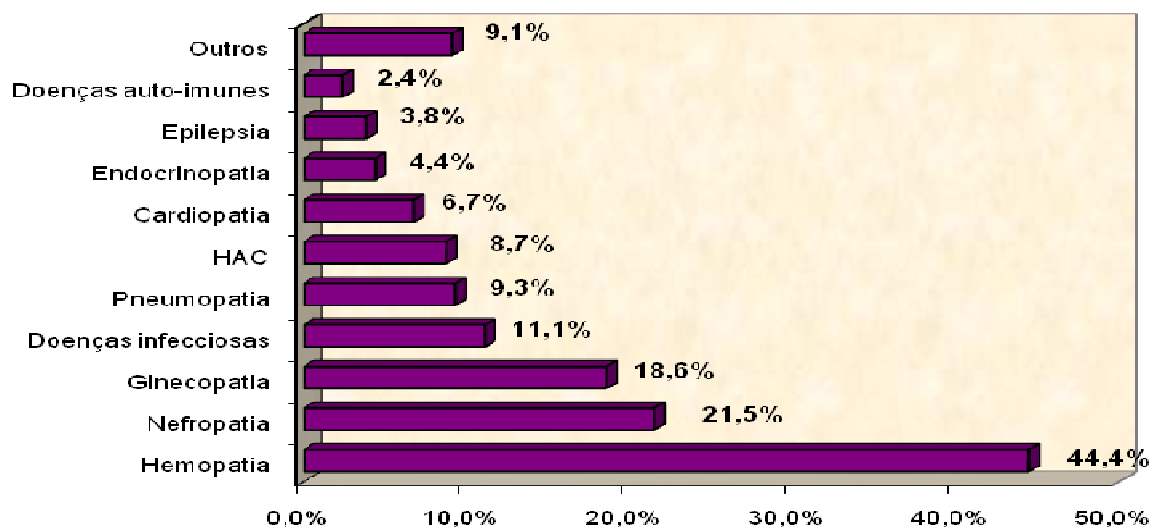
**Tabela 14- Intercorrências clínicas na gestação atual das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Intercorrências Clínicas	Frequência	%
Hemopatia <sup>1</sup>	244	44,4
Nefropatia	118	21,5
Ginecopia	102	18,6
Doenças infecciosas	61	11,1
Pneumopatia	51	9,3
HAC	48	8,7
Cardiopatia	37	6,7
Endocrinopatia	24	4,4
Epilepsia	21	3,8
Doenças auto-imunes	13	2,4
Outros	50	9,1

Fonte: Protocolo de pesquisa.

<sup>1</sup> Dos 244 casos de hemopatia, 241 foram de anemia ferropriva (hb < 11g/dl e ht < 33%), 2 casos de púrpura trombocitopênica idiopática e 1 caso de talassemia menor.

p > 0,05 (Qui-Quadrado)



**Figura 17- Intercorrências clínicas das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

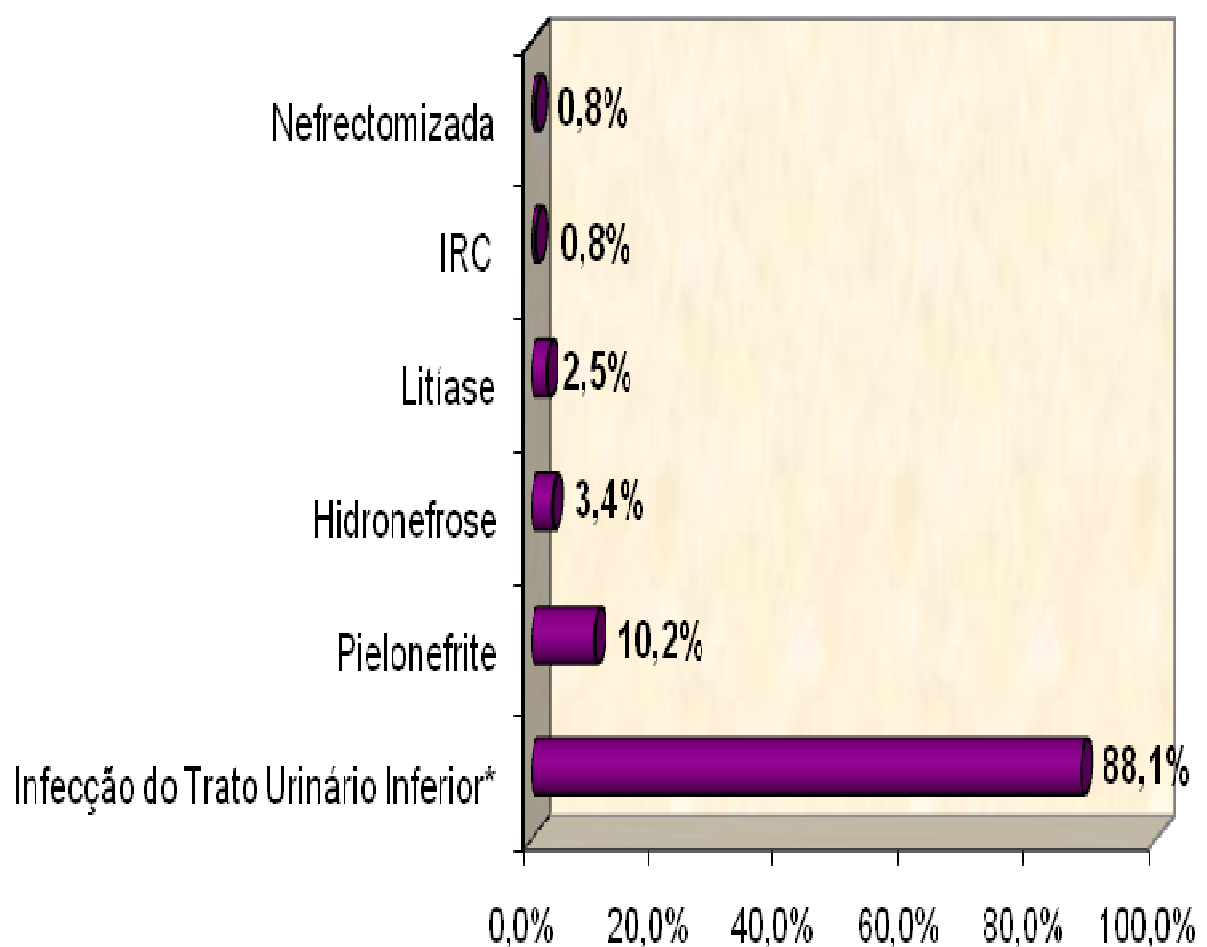
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 15- Incidência das nefropatias nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Nefropatia	Frequência	%
Infecção do Trato Urinário Inferior*	104	88,1
Pielonefrite	12	10,2
Hidronefrose	4	3,4
Litíase	3	2,5
Insuficiência Renal Crônica	1	0,8
Nefrectomizada	1	0,8

Fonte: Protocolo de pesquisa.

\*p < 0,00001\* (Qui-Quadrado)



**Figura 18- Incidência das Nefropatias nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

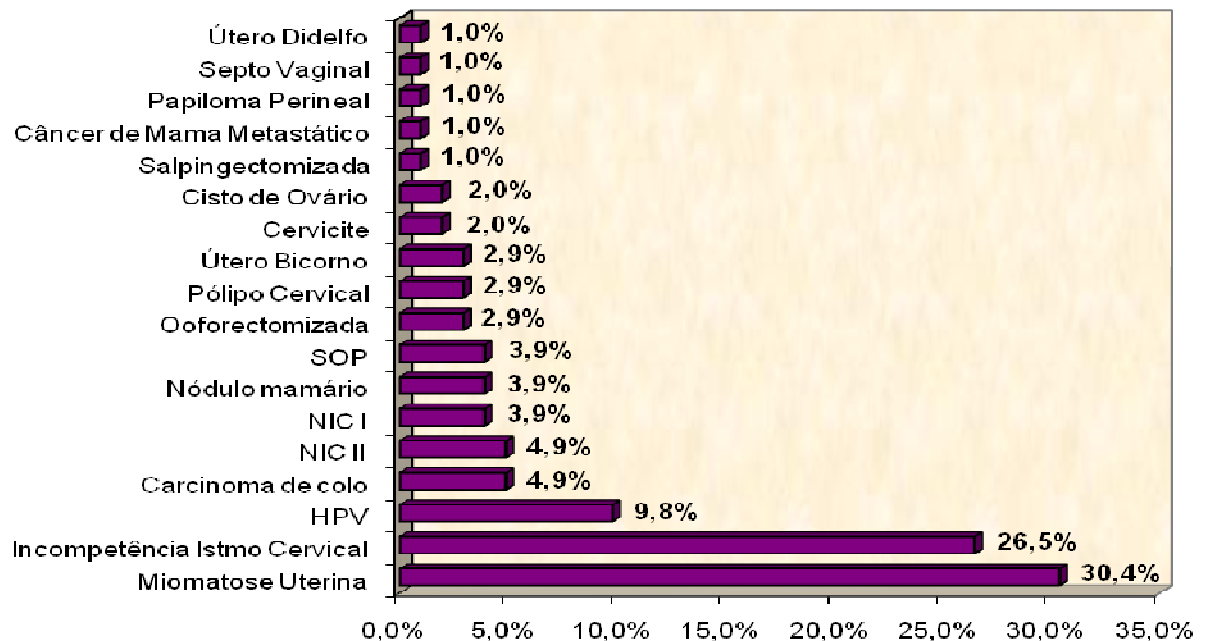
Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 16- Incidência das ginecopatias nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Ginecopatias	Frequência	%
Miomatose Uterina	31	30,4
Incompetência Istmo Cervical	27	26,5
HPV	10	9,8
Carcinoma de colo	5	4,9
NIC II	5	4,9
NIC I	4	3,9
Nódulo mamário	4	3,9
SOP	4	3,9
Ooforectomizada	3	2,9
Pólipo Cervical	3	2,9
Útero Bicornio	3	2,9
Cervicite	2	2,0
Cisto de Ovário	2	2,0
Salpingectomizada	1	1,0
Câncer de Mama Metastático	1	1,0
Papiloma Perineal	1	1,0
Septo Vaginal	1	1,0
Útero Didelfo	1	1,0

Fonte: Protocolo de pesquisa.

$p > 0,05$  (Qui-Quadrado)



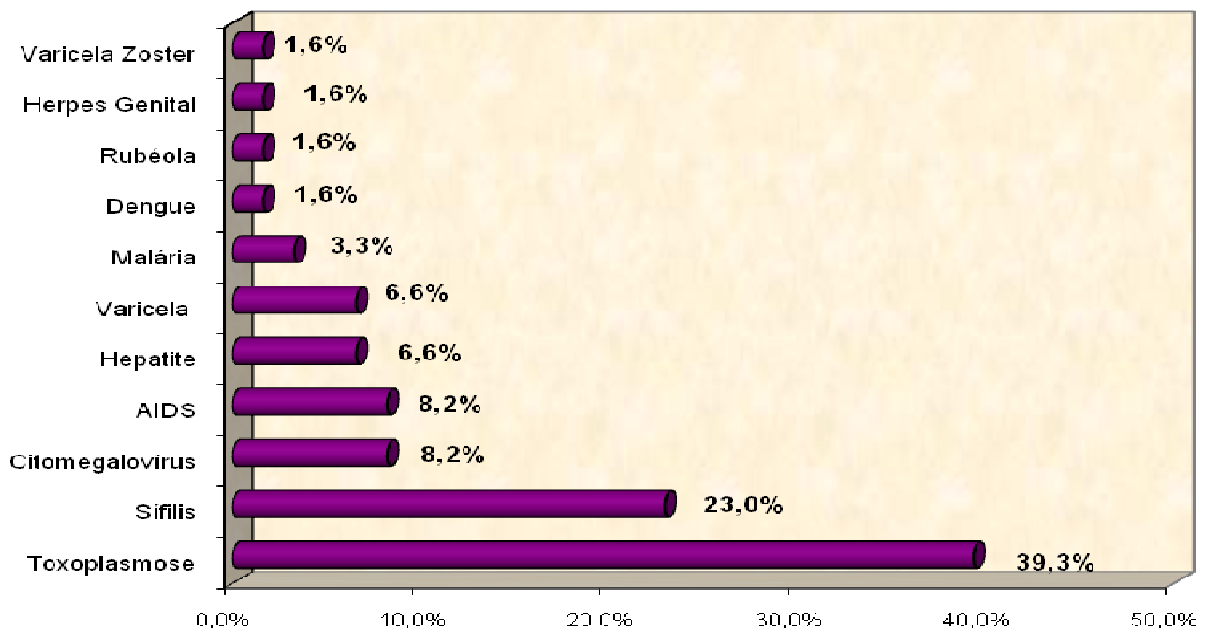
**Figura 19- Incidência das ginecopatias nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.

**Tabela 17- Incidência das doenças infecciosas nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Doenças infecciosas	Frequência	%
Toxoplasmose	24	39,3
Sífilis	14	23,0
Citomegalovírus	5	8,2
AIDS	5	8,2
Hepatite	4	6,6
Varicela	4	6,6
Malária	2	3,3
Dengue	1	1,6
Rubéola	1	1,6
Herpes Genital	1	1,6
Varicela Zoster	1	1,6

Fonte: Protocolo de pesquisa.  
 $p > 0,05$  (Qui-Quadrado)



**Figura 20- Incidência das doenças infecciosas nas pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, janeiro a julho de 2007.**

Fonte: Protocolo de pesquisa.

## 5. DISCUSSÃO

A gravidez de alto risco apresenta uma incidência que oscila entre 10 a 20 % (CORRÊA, 1994), sendo responsável por 50% da mortalidade fetal anteparto (REZENDE; MONTENEGRO, 1987).

A partir da análise dos dados, observou-se na faixa etária de 21 a 30 anos, a maior incidência de gravidez de alto risco, resultado também evidenciado por Espada (1981) e Cavalcante et al. (1997). Enquanto que, Faneite et al.(2000) identificaram em sua casuística maior percentual de gravidez de alto risco entre as adolescentes. Segundo Cavalcante et al. (1997), a faixa etária mais incidente é compatível com o menacme, fase de maior atividade reprodutiva da mulher.

É válido ressaltar que o presente estudo observou considerável incidência de alto risco gestacional entre as adolescentes. Tal fato pode ser justificado pela mudança do comportamento dos jovens em relação à atividade sexual que eleva a frequência de gestações na adolescência (MURATA et al., 1998), acarretando em repercussões clínicas e sociais, e conseqüentemente, aumento dos registros de gestações de alto risco (CAVALCANTE et al., 1997).

De acordo com Fielding (1978 apud ARAÚJO; FRANÇA, 1995), mulheres com 15 anos ou menos podem apresentar complicações na gravidez em virtude da imaturidade fisiológica que vivenciam, em contra partida, McAnarney (1978 apud ARAÚJO; FRANÇA, 1995), observou que os riscos para a gravidez em adolescentes devem-se mais à miséria, nutrição deficiente e precárias condições de higiene da mulher antes da concepção do que à idade maternal propriamente dita.

Sejam fatores clínicos e/ ou sócio-econômicos os determinantes do risco gestacional em adolescentes, é reportado na literatura (MURATA et al., 1998; MAGALHÃES et al., 2006) uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos na faixa etária em questão, tais como RN prematuros e de baixo peso, morte materna e perinatal.

Dadas suas características biológicas e sociais, ressalta-se a importância de uma assistência pré-natal especial e multidisciplinar que envolva estratégias práticas de intervenção social e educativa para melhorar a qualidade de vida e minimizar os riscos impostos à adolescente e seu filho.

Na população em estudo, identificou-se maior significância entre as mulheres com condição conjugal sem estabilidade legal (união estável), ensino médio completo e entre aquelas que não exerciam qualquer atividade econômica remunerada e se declararam como do lar, resultados condizentes com os de Dourado e Pelloso (2007).

As variáveis em questão relacionam-se diretamente com o nível sócio-econômico das pacientes. A importância deste fator no adequado desenvolvimento da gestação é bastante conhecida, já que, permite a possibilidade de aquisição e utilização de bens e serviços essenciais.

Para Arntzen et al.(1996), a taxa de mortalidade infantil é mais alta entre os filhos de mães solteiras. Torloni; Morin e Camano (1999) afirmam que o CIUR incide em 4 a 8% de todos os partos realizados nos países desenvolvidos e em 6 a 30% nos países em desenvolvimento. Ratificando a hipótese de que as condições sócio-econômicas desfavoráveis interferem no risco gestacional. Existe ainda o problema da educação da gestante, que muitas vezes resulta em procura inadequada dos recursos hospitalares, elevando o “risco gravídico”.

No que se refere ao município de residência, a maioria das pacientes é oriunda de Belém, este resultado pode estar relacionado à facilidade de acesso aos serviços especializados, repercutindo em maior diagnóstico de gravidez de alto risco entre as que residem na capital e possivelmente, sub-registros entre as grávidas do interior do estado.

Nesse contexto é válido que se faça uma reestruturação na qualidade do serviço médico oferecido ao interior do estado, para que as gestantes de risco que não residem na capital tenham acesso mais facilitado ao acompanhamento especializado que esta condição exige.

Sabe-se que a realização do pré-natal no interior do estado apresenta limitações diversas que dificultam o seguimento adequado da gravidez de alto risco. Enquanto não houver mudanças na qualidade do serviço local, é necessário que os profissionais promovam a triagem das pacientes que se enquadram no perfil de alto risco, encaminhando-as o quanto antes para o centro de referência localizado na capital.

Em relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas na gestação, verificou-se que a ausência do consumo de drogas predominou entre as participantes do estudo. O alcoolismo apresentou percentual mais expressivo dentre as usuárias de algum tipo de droga. Opostamente, Espada

(1981) mostrou que o tabagismo é o vício materno mais freqüente. Para Torloni; Morin e Camano (1999), o tabagismo, o etilismo e o uso de drogas ilícitas são considerados fatores de risco que levam à restrição do crescimento intrauterino.

O abuso do álcool está associado, de maneira dose-dependente, a restrição do crescimento fetal, às deficiências cognitivas, ao aumento da morbimortalidade e a outros distúrbios mais leves chamados de efeitos do álcool sobre o feto. Todo o álcool ingerido atravessa a barreira placentária e o feto fica exposto à mesma concentração que a mãe. No entanto, a exposição é maior para o conceito porque o metabolismo e a eliminação são mais lentos (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001).

Em decorrência das repercussões nocivas à saúde materna e fetal, o uso e o abuso do álcool e de outras drogas durante a gravidez devem ser motivo de grande preocupação e acurada investigação por parte dos profissionais de saúde que assistem as mulheres no pré-natal. Tal investigação deve destinar-se ao aconselhamento para abandono do consumo dessas drogas.

No que concerne ao número de gestações anteriores, não houve diferença significativa entre estes. Em contrapartida, Cavalcante et al. (1997) e Galarreta; Ascón e Aroca (1986) encontraram maior incidência de primigestas em seu estudo.

Ao se analisar o perfil de paridade, obteve-se um leve predomínio de nulíparas neste estudo. Espada (1981) e Cavalcante et al. (1997) também relatam em seus trabalhos a nuliparidade como perfil predominante. Este achado pode estar relacionado à maior divulgação e acesso aos métodos anticoncepcionais (CAVALCANTE et al., 1997) que repercutem diretamente no declínio do número de gestação/ paridade. Acredita-se ainda que o elevado índice de gestações que evoluem para abortamento também exerce influência importante neste resultado.

Quanto ao tipo de parto anterior, os partos normais superaram as cesarianas. Seguindo uma tendência mundial, nota-se um incremento significativo deste tipo de parto no local de estudo quando comparado aos dados registrados por Cavalcante et al. (1997). Este resultado pode ser decorrente da opção da própria mulher e/ou da necessidade real em se realizar a cesariana, com o objetivo de minimizar os possíveis danos sobre mãe e filho. Conforme descrito na literatura (GALARRETA; ASCÓN; AROCA, 1986), há um aumento progressivo de cesarianas à medida que aumenta o risco gestacional.

Em se tratando de abortamento prévio, a ausência deste atingiu percentuais mais elevados, concordando com o que fora descrito por Cavalcante et al. (1997) e Espada (1981). Porém, houve um aumento na frequência se comparado aos dados descritos na literatura regional. Quando considerado o tipo de abortamento, observou-se predomínio dos espontâneos.

Watanabe et al. (2000), reporta em seu estudo que o antecedente de abortamento é fator de risco para a repetição deste evento em gestações futuras já que 40,9% das mulheres com ameaça de abortamento apresentaram positividade para tal antecedente.

Entretanto Everett (1997, apud WATANABE et al., 2000), afirma que mulheres com antecedente de abortamento não apresentam um risco significativamente maior de uma segunda perda fetal consecutiva.

Com relação aos extremos de idade relacionados à gestação e paridade, não foram encontrados resultados expressivos. Dentre as identificadas, as primigestas jovens e múltiparas idosas foram mais frequentes.

A literatura relata que os extremos de idade estão relacionados, entre outras intercorrências, a maior frequência de prematuridade. Hipoteticamente, o parto pré-termo em primigestas jovens poderia ser considerado uma forma de resposta adaptativa à imaturidade física dessas mulheres (MORON; ALMEIDA, 1989 apud CASCAES et al., 2008).

Segundo Azevedo et al. (2002), a prematuridade entre gestantes em idade avançada pode estar associada a fatores relacionados à intercorrências clínicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia e infecção urinária, ou obstétricas como a ruptura prematura de membranas e placenta prévia.

A prematuridade, no presente estudo, alcançou resultados superiores aos descritos por Espada (1981), Cavalcante et al. (1997) e Faneite (2003). Segundo Victora (2001, apud SILVEIRA et al., 2008), a prematuridade está associada a 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil. Isso confere à prematuridade um importante papel nos óbitos infantis e, portanto, torna seu controle e manejo adequado a intervenções potencialmente efetivas para a redução desta mortalidade.

Outra variável relevante a ser analisada é a frequência de antecedentes obstétricos patológicos, entre os quais, a pré-eclâmpsia atingiu maior incidência. Rivero (2002)

identificou em sua população de estudo mais da metade das pacientes como portadoras de pré-eclâmpsia, justificando tal achado pelo controle pré-natal inadequado ou até mesmo ausente. No entanto, os autores da presente pesquisa, acreditam que o controle pré-natal não diminui a ocorrência dos transtornos hipertensivos na gravidez, mas reduz a ocorrência das complicações decorrentes deste evento.

Em relação às intercorrências obstétricas, é interessante destacar a ameaça de abortamento como a mais freqüente, resultado não obtido pelos autores consultados. No estudo regional anterior (CAVALCANTE et al., 1997), a DHEG apresenta-se como intercorrência que atingiu maior percentual. Fato também observado por Faneite (2003). Já Galarreta; Ascón e Aroca (1986) descrevem o trabalho de parto prematuro e rotura prematura de membranas como os mais representativos em sua casuística. Enquanto que Faneite (2000) identifica como mais incidentes as hemorragias de 2º e 3º trimestre.

Os resultados referentes à ameaça de abortamento podem estar relacionados ao considerável percentual de abortamentos registrados em gestações anteriores, que conforme afirmativa de Watanabe et al. (2000), aumenta o risco para novos eventos. Este achado pode ainda ser decorrente da alta incidência de incompetência istmo cervical, segunda ginecopatia mais freqüente nesta casuística, pois de acordo com Harger et al. (1983, apud BARINI et al., 2000), os defeitos anatômicos do útero são tidos como possíveis causas de abortamento, incluindo-se entre estes a incompetência istmo-cervical, septos uterinos e sinéquias.

É importante ressaltar que a DHEG foi a segunda intercorrência obstétrica mais observada, constituindo um percentual muito próximo dos registrados para oligoâmnio e CIUR. O resultado obtido pode estar associado à insuficiência útero-placentária que ocorre na vigência da DHEG, tendo como consequência retardo do crescimento intrauterino e óbito fetal (SAAB NETO; SARTORI; HAJE, 1991).

Os autores supracitados reiteram ainda as principais causas de mortalidade materna decorrentes desta doença, destacando-se a hemorragia intracraniana, edema cerebral e a insuficiência cardíaca congestiva com edema agudo de pulmão.

Considerando os riscos impostos pela DHEG, a assistência pré-natal adequada é um importante meio para se reduzir os efeitos decorrentes desta patologia. No entanto, resultados satisfatórios dependem não só da qualidade da assistência pré-natal como do cumprimento correto das orientações médicas e a motivação das pacientes em realizá-las.

Na casuística em questão, a anemia representou a intercorrência clínica mais significativa, semelhante aos achados descritos por Espada (1981) e Faneite (2003). Opostamente, Cunha et al. (1990) encontrou em sua série a HAC e Cavalcante et al.(1997), a HAC e infecção do trato urinário como intercorrências clínicas mais incidentes.

Os elevados índices de anemia observados podem ser justificados, principalmente, pela carência nutricional, característico de países subdesenvolvidos, em especial a região Norte do Brasil. Cavalcante et al.(1997) mencionam em seu trabalho que no Brasil a nutrição se faz à custa de uma alta ingestão calórica (carboidratos) e pobre ingestão de ferro e proteínas, tendo como repercussão maior incidência de obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes e anemia, aumentando assim, os riscos gestacionais.

As gestantes constituem um dos grupos mais vulneráveis à ocorrência de anemia devido ao grande requerimento de micronutrientes neste período. Se a ingestão dietética for insuficiente e os estoques de nutrientes da mãe estiverem baixos, o feto precisará recorrer às reservas pré-concepcionais para se suprir, ocorrendo comprometimento do binômio materno-fetal (SANTOS; CERQUEIRA, 2008).

De acordo com Santos e Cerqueira (2008), a anemia na gravidez destaca-se, não só pela frequência com que se manifesta, mas também pelos efeitos deletérios resultantes da baixa concentração de hemoglobina no sangue, sendo prejudicial tanto para a gestante quanto para o concepto, destacando-se o baixo peso e a prematuridade.

As nefropatias são identificadas neste estudo como a segunda intercorrência clínica mais freqüente, destacando-se a infecção do trato urinário inferior. Cavalcante et al. (1997), identificaram esta, como a infecção mais comum nas grávidas de alto risco.

A infecção do trato urinário representa uma das doenças infecciosas mais comuns durante a gestação. Acrescenta-se que, no período gestacional, além da incidência aumentada dessas infecções o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são mais restritas, considerando-se a toxicidade das drogas para o feto (DUARTE et al., 2002).

A associação entre infecção do trato urinário e piora do prognóstico gestacional é conhecida há muito tempo. Dentre as complicações, destacam-se o trabalho de parto e parto pré-termo, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intrauterino, recém-nascidos de baixo peso, septicemia e óbito perinatal (DUARTE et al., 2002).

A miomatose uterina apresenta-se como intercorrência obstétrica mais frequente, atingindo uma incidência de 30,4%, em contrapartida Cramer (1992 apud CUNHA; DUARTE, 1998) obteve em sua casuística resultados menos expressivos (5%). Segundo Phelan (1995 apud SIMON et al., 2005) o diagnóstico da miomatose uterina é mais frequente na atualidade.

Tal fato pode ser decorrente da tendência atual da mulher moderna em postergar suas gestações para o extremo superior de sua vida reprodutiva, sobretudo após os 30 anos, ocasião em que os leiomiomas são mais comuns (WALLACH, 1995 apud SIMON et al., 2005). Outra razão seria a difusão da ultra-sonografia obstétrica durante o pré-natal (LEV-TOAFF, 1987 apud SIMON et al., 2005).

De acordo com Duarte (1998), a concomitância de miomatose uterina e gravidez aumentam a morbimortalidade materno-fetal, destacando-se neste contexto abortamento, prematuridade, amniorrex prematura, descolamento de placenta normalmente inserida, crescimento intrauterino restrito, distócias, taxas elevadas de cesárea e torção axial do útero. É importante frisar que as possíveis alterações impostas à gravidez dependem da localização e tamanho do leiomioma.

A Toxoplasmose mostra-se neste estudo com percentuais mais relevantes que as demais infecções investigadas, opondo-se aos dados obtidos por Cavalcante et al. (1997) em que a Sífilis alcançou resultado mais expressivo. A maior incidência da Toxoplasmose em relação à Sífilis pode estar relacionada ao fato de que a última, é facilmente tratável ao nível dos postos de assistência primária, repercutindo na redução do número de pacientes referenciadas a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, para o acompanhamento de tal patologia.

Ressalta-se ainda, que o hospital supracitado é o centro de referência para diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose na gestação, sendo o único hospital local cuja farmácia disponibiliza da Espiramicina, droga utilizada no tratamento desta infecção. Como consequência obtém-se maior triagem das pacientes para o centro de referência, elevando o percentual estatístico da Toxoplasmose, conforme observado neste estudo.

Segundo Lainson; Leão e Crescente (1997), a toxoplasmose materna pode ocasionar infecção fetal através da passagem transplacentária quando a mãe adquire a infecção durante a

gestação ou, menos comumente, quando mulheres cronicamente infectadas têm um imunocomprometimento importante.

O principal fator de risco para a infecção pela toxoplasmose em gestantes é o consumo de carne inadequadamente cozida, que contribuiu com 30% a 63% dos casos; outras 6% a 17% das infecções foram atribuídas ao solo contaminado (VARELLA et al., 2003).

Apesar da maioria dos recém-nascidos infectados não apresentar sintomas, muitos desenvolverão sequelas após o nascimento, incluindo a coriorretinite, o retardo mental e uma moderada perda da audição (VARELLA et al., 2003).

Sendo a toxoplasmose uma doença passível de prevenção e tratamento, o acompanhamento pré-natal adequado e contínuo, baseado na investigação, orientação e tratamento das gestantes, é crucial para a redução da incidência dessa infecção e dos efeitos indesejáveis sobre o feto.

A gravidez de alto risco resulta em maior probabilidade de agravo materno-fetal. Através da participação efetiva de uma equipe multidisciplinar especializada e instalações hospitalares adequadas para atendimento da gestante e do concepto, conseguir-se-á reduzir cada vez mais as taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Considerando a importância da gravidez de alto risco na saúde materno-fetal, é necessário que estudos periódicos sejam realizados nos centros especializados, para que assim, possam ser identificadas as patologias mais incidentes permitindo aos profissionais da saúde uma intervenção mais precisa, obtendo-se como resultado a redução das complicações a que estas pacientes estão submetidas.

## 6. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que a população atendida no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCM-PA, no período de janeiro a julho de 2007, é constituída principalmente por mulheres na faixa etária de 21 a 30 anos, com união estável, ensino médio completo e fundamental incompleto, residentes em Belém e sem exercício de atividade econômica remunerada.

Não foi identificado entre as pacientes do estudo diferença significativa em relação ao número de gestação. Evidenciou-se que a maioria era nulípara seguida das primíparas, sem a de abortamentos prévios. Os antecedentes de gestação molar apresentaram resultados pouco expressivos.

Em relação aos antecedentes obstétricos, observou-se elevado percentual de prematuridade e pré-eclâmpsia. A ameaça de abortamento foi a intercorrência obstétrica mais incidente da gestação atual e a anemia, a intercorrência clínica mais frequente.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.A.M. et al. Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. **Rev. Saúde Pública**, v.9, n.3, p.417, set. 1975.
- ARNTZEN, A. et al. Marital status as a risk factor for fetal and infant mortality. **Scandinavian Journal of Public Health**, v.24, n.1, p.36. 1996.
- AUMANN, 1986 apud MAGALHÃES, J.A.; MÜLLER, A.L.L; VALÉRIO, E.G. Diagnóstico pré-natal de anomalias fetais In. **Rotinas em Obstetrícia**. São Paulo: Artes Médicas, 1993.
- AZEVEDO, G.V. et al. Efeitos da idade materna sobre os resultados perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.24, n.3, p.182. 2002.
- BERKOW, R. **Manual Merck de Informação Médica: Saúde para a Família**. 1.ed. São Paulo: Manole, 2002. p.1237.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Manual Técnico – Gestação de Alto Risco**. Brasília: MS, 2000. p.13-17.
- CALDEYRO-BARCIA, 1973 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Manual Técnico – Gestação de Alto Risco**. Brasília: MS, 2000. p.13.
- CAMANO, L.; AMED, A.M. Conceito de gravidez de alto risco. **Gin. Obst. Brás.**, v.4, n.1, p.53. 1981.
- CAVALCANTE, J.C.W. et al. Gravidez de alto risco: análise estatística das patologias mais incidentes no ambulatório de tocoginecologia da UFPA. **Revista Paraense de Medicina**, v.11, n.2, p.32-40, jul/dez. 1997.
- CIARI JÚNIOR, C.; ALMEIDA, P.A.M. Elementos de avaliação do "risco gravídico". **Rev. Saúde Pública**, v.6, n.1, p.57-58, mar. 1972.
- CORRÊA, M.D. **Noções Práticas de Obstetrícia**. 11.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1994. p.281 e 286.
- CRAMER, D.W. Epidemiology of myomas. **Sam. Reproduc. Endocrinol.**, v.10, n.320. 1992 apud DUARTE, G. Leiomioma e gravidez. In: CUNHA, S.P.; DUARTE, G. **Gestação de alto risco**. 1ed. São Paulo: Medsi, 1998. p.107-113.
- CUNHA, A.A. et al. Gestação de alto risco – avaliação de sua incidência. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v.100, n.3 e 4, p.83-85, março-abril. 1990.
- DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal Briquet**. 3.ed. São Paulo: Savier, 1981. p.37, 191-192.
- DOURADO, V.G.; PELOSO, S.M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta. Paul. Enferm.**, v.20, n.1, p.71, jan-mar. 2007.
- DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.24, n.7, p.471-472. 2002.

DUARTE, G. Leiomioma e gravidez. In: CUNHA, S.P.; DUARTE, G. **Gestação de alto risco**. 1ed. São Paulo: Medsi, 1998. p.107-113.

ESPADA, A.M.; Diagnóstico etiológico de 400 casos de embarazo de alto riesgo. **Act. Méd. Cost.**, v.24, n.2, p.87-92. 1981.

EVERETT, C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. **BMJ**, v.315, p.32-34. 1997 apud WATANABE, C.L. et al. Achados ultra-sonográficos em pacientes com ameaça de abortamento no primeiro trimestre da gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 22, n.5, p.277. 2000.

FANEITE, P. et al. Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.**, v.60, n.4, p.217-221. 2000.

\_\_\_\_\_ ¿Em cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal? **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.**, v.63, n.2, p.61-66, junio. 2003.

FIELDING, J.E. Adolescent pregnancy revisited. **N. Engl. J. Med.**, 299:893, 1978 apud ARAÚJO, L.F.B.; FRANÇA, B.E.C. Incidência de complicações clínicas em adolescentes grávidas. **JBM**, v.68, n.6, p.64, junho.1995.

FEBRASGO. **Manual de Orientação – Assistência Pré-Natal**. São Paulo: Ponto, 2007. p.11

GALARRETA, R.A.; ASCÓN, R.A.; AROCA, E.M. Embarazo de alto riesgo: hospital de especialidades médicas Belén-Trujillo. **Diagnóstico (Perú)**, v.18, n.2, p.54, ago. 1986.

GOLD, 1968 apud ARAÚJO, D.A.C. et al. Gestação de alto risco: prevalência de patologias e complicações materno-fetais. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v.106, n.8, p.315-320. 1996.

GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.4, p.64, jul. 2001.

HARGER, J.H. et al. Etiology of recurrent pregnancy losses and outcome of subsequent pregnancies. **Obstet. Gynecol.**, v. 62, n.5, p.574-581. 1983 apud BARINI, R. et al. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.22, n.4, p.218, janeiro-maio, 2000.

KAUP, Z.O.L.; MERIGHI, M.A.B.; TSUNECIRO, M.A. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.23, n.9, p.575-576, out. 2001.

KUBLI, 1970 apud WOSNY, J.; LOPES, S.C.; ALVARENGA, G.A.F.; **Gravidez de alto risco**: análise de estatística das patologias mais incidentes do ambulatório de tocoginecologia da UFPA. Belém, 1997. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 1997.

LAINSON, R.; LEÃO, R.N.Q.; CRESCENTE, J.A.B. Toxoplasmose. In: LEÃO, R.N.Q. **Doenças infecciosas e parasitárias: enfoque amazônico**. 1ed. Belém: Cejup Ltda, 1997. p. 677.

LEV-TOAFF, A.S. et al. Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. **Radiology.**, v.164, p.375-80. 1987 apud SIMON, S.M. Leiomyomas uterinos e gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.2, p.81, fev. 2005.

MAGALHÃES, M.L.C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia - há diferenças nos riscos obstétricos? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.8, p.446, agosto. 2006.

MCANARNEY, E.R. Adolescent pregnancy. A national priority. **Am. J. Dis. Child.**, v.132, p.125. 1978 apud ARAÚJO, L.F.B.; FRANÇA, B.E.C. Incidência de complicações clínicas em adolescentes grávidas. **JBM**, v.68, n.6, p.64, junho.1995.

MORON, A.F.; ALMEIDA, P.A.M. Gestação em idade avançada. In: Sales J.M.; Vitiello N.; Conceição I.S.C.; Canella P.R.B.; organizadores. **Tratado de assistência pré-natal**. São Paulo: Editora Roca; 1989. p.199-205 apud CASCAES, A.M. et al. Prematuridade e fatores associados no estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. **Cad. Saúde Pública.**, v.24, n.5, p.1029, maio. 2008.

MURATA, M.K. et al. Gravidez na adolescência: estudo epidemiológico no hospital evangélico de Curitiba. **Arq. Cat. Med.**, v.(1-4), p.20, jan-dez. 1998.

NESBITT JUNIOR, R.E.L.; AUBRY, R.H. High risk obstetrics. II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. **Amer. J. Obstet. Gynecol.**, v.103, p.972-985. 1969 apud ALMEIDA, P.A.M. et al. Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. **Revista de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.418, set. 1975.

PHELAN, J.P. Myomas and pregnancy. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, v.22, p.801-5. 1995 apud SIMON, S.M. Leiomiomas uterinos e gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.2, p.81, fev. 2005.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.328.

RIVERO, S.B. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome hellp: características maternas y resultado neonatal. **Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá**, v.21, n.1, p.18 e 21. 2002.

SAAB NETO, J.A.; SARTORI, J.; HAJE, S.A.E. Doença hipertensiva específica da gravidez na forma grave: análise de 20 casos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.20, n.1, p.5, janeiro-março. 1991.

SABINO, A.T.; SOUZA, E.; CAMANO, L. Novas reflexões a respeito da chamada gestação de alto risco. **Femina**, v.31, n.9, p.765, out. 2003a.

\_\_\_\_\_. Como Considerar o Risco em Obstetrícia. In: CAMANO, L. et al. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina - Obstetrícia**. 1.ed. São Paulo: Monole, 2003b. p.11-14.

SANTOS, P.N.P.; CERQUEIRA, E.M.M. Prevalência de anemia nas gestantes atendidas em Unidades de Saúde em Feira de Santana, Bahia, entre outubro de 2005 e março de 2006. **RBAC**, v.40, n.3, p. 219. 2008.

TORLONI, M. R.; MORIN, A. F.; CAMANO, L. Crescimento fetal retardado. **Femina**, v.27, n.8, p.654. 1999.

VARELLA, I.S. et al. Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes. **J. Pediatr.**, v.79, n.1, p.70, jan-fev. 2003.

VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Ver. Bras. Epidemiol.**, v.4, n.1, p.63-69. 2001 apud SILVEIRA, M.F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.5, p.958, oct. 2008.

WALLACH, E.E.; VU K.K. Myomata uteri and infertility. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, v.22, p.791-9. 1995. apud SIMON, S.M. Leiomiomas uterinos e gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.2, p.81, fev. 2005.

WATANABE, C.L. et al. Achados ultra-sonográficos em pacientes com ameaça de abortamento no primeiro trimestre da gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.22, n.5, p.275 e 277. 2000.

WOSNY, J.; LOPES, S.C.; ALVARENGA, G.A.F.; **Gravidez de alto risco: análise de estatística das patologias mais incidentes do ambulatório de tocoginecologia da UFPA.** Belém, 1997. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 1997.

## APÊNDICE A



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

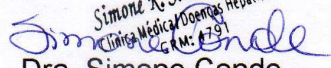
### TERMO DE APROVAÇÃO

A Comissão de Ética em Pesquisa analisou no dia 10 de junho de 2007 o projeto de pesquisa intitulado **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO DA FSCM-PA NO PERÍODO DE JAN.2006 A JAN.2007”** de autoria das discentes CECÍLIA MENDES MARREIRO E NICELLY CRISTINA FERREIRA DA PAIXÃO, orientadas pela Profª. Doutora NARA MACEDO BOTELHO BRITO e Co-Orientadas pelo Médico JOSÉ CARLOS WILKENS CAVALCANTE, obtendo **APROVAÇÃO** com autorização para desenvolvê-lo, nesta Instituição.

Belém, 26 de junho de 2007.

Informo ainda, que V. As. Deverá apresentar relatório semestral (previsto para 01/01/08), anual e/ ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto (item VII. 13.d. da Resolução nº 196/96 – CNS / MS).

Atenciosamente,

  
 Simone R. S. Silva Conde  
 Clínica Médica / Doenças Hepáticas  
 CRM: 4731  
 Dra. Simone Conde  
 Coordenadora do CEP

## APÊNDICE B

<b>QUESTIONÁRIO PARA REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS</b>		
<b>ASPECTOS INDIVIDUAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICOS</b>		
<b>1. N.º do prontuário:</b>	<b>2. Idade:</b>	
<b>3. Estado conjugal:</b> ( ) Solteiro      ( ) Casado/União estável  ( ) Divorciado    ( ) Viúvo  ( ) Outros: _____	<b>4. Escolaridade:</b> ( ) analfabeto                      ( ) semi-analfabeto  ( ) 1º grau incompleto    ( ) 1º grau completo  ( ) 2º grau incompleto    ( ) 2º grau completo  ( ) 3º grau incompleto    ( ) 3º grau completo	
<b>6. Residência (cidade):</b> _____	<b>7. Profissão:</b> _____	
<b>10. Alcoolismo na gestação:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>11. Tabagismo na gestação:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>12. Uso de drogas ilícitas:</b> ( ) não    ( ) sim Qual? _____
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>		
<b>13. Gestação:</b>	<b>14. Paridade:</b>	<b>15. Abortamento:</b> ( ) Espontâneo    ( ) Intencional
<b>16. Mola:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>17. Natimorto:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>18. Neomorto:</b> ( ) sim      ( ) não
<b>19. Partos vaginais:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>20. Cesarianas:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>21. RN prematuro:</b> ( ) sim      ( ) não
<b>22. RN com malformação:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>23. RN macrossômico:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>24. Primigesta jovem:</b> ( ) sim      ( ) não
<b>25. Primigesta idosa:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>26. Múltipara idosa:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>27. Pré-eclâmpsia:</b> ( ) sim      ( ) não
<b>28. Eclâmpsia:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>29. Diabetes gestacional:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>30. Outros:</b>

<b>INTERCORRÊNCIAS DA GRAVIDEZ ATUAL</b>		
<b>31. CIUR:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>32. Oligoâmnio:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>33. Polidrâmnio:</b> ( ) sim      ( ) não
<b>34. DHEG:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>35. Diabetes gestacional:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>36. Incompatibilidade RH:</b> ( ) sim      ( ) não
<b>37. Aloimunização:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>38. Hemorragias:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>39. Outros:</b>
<b>INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS</b>		
<b>40. HAC:</b> ( ) sim      ( ) não	<b>41. Cardiopatia:</b> ( ) não      ( ) sim Qual? _____	
<b>42. Pneumopatia:</b> ( ) não      ( ) sim Qual? _____	<b>43. Nefropatia:</b> ( ) não      ( ) sim Qual? _____	
<b>44. Hemopatia:</b> ( ) não      ( ) sim Qual? _____	<b>45. Epilepsia:</b> ( ) sim      ( ) não	
<b>46. Doenças infecciosas:</b> ( ) não      ( ) sim Qual? _____	<b>47. Doenças auto-imunes:</b> ( ) não      ( ) sim Qual? _____	
<b>48. Endocrinopatia:</b> ( ) não      ( ) sim Qual? _____	<b>49. Ginecopatia:</b> ( ) não      ( ) sim Qual? _____	
<b>50. Outros:</b>		

## ANEXO A

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DAE - Divisão de Saúde Materno Infantil

## FICHA DE SELEÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

UNIDADE DE SAÚDE QUE ENCAMINHA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

Nome: _____	Registro nº _____
Naturalidade: _____	Est. Civil: _____ Cor: _____ Idade: _____

## DADOS OBSTÉTRICOS

Data da última menstruação _____ / _____ / _____	Data provável do parto _____ / _____ / _____
Semanas de gestação: _____	Gestações nº. _____ Partos nº. _____ Abortos nº. _____
Altura do fundo uterino: _____ Cm	Peso antes da gestação: _____ Kg

## ASSINALE COM UM X NO(S) QUADRO(S) CORRESPONDENTE(S) A(S) RESPOSTA(A)

<b>IDADE ( 2 Pontos )</b> <input type="checkbox"/> Primigesta menor de 17 anos <input type="checkbox"/> Primigesta acima de 30 anos <input type="checkbox"/> Múltipara acima de 39 anos	<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ( 5 Pontos )</b> <input type="checkbox"/> Abortos espontâneos ( nº _____ ) <input type="checkbox"/> Cesárea ( nº _____ ) <input type="checkbox"/> Fórceps ( nº _____ ) <input type="checkbox"/> Natimorto ( nº _____ ) <input type="checkbox"/> Morte Neonatal ( nº _____ ) <input type="checkbox"/> Neonatos de baixo peso ( nº _____ ) <input type="checkbox"/> Neonatos de peso acima de 4000g ( nº _____ ) <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Placenta prévia <input type="checkbox"/> Eclâmpsia <input type="checkbox"/> Deslocamento prematuro de placenta
<b>GRAVIDEZ ( 1 Ponto )</b> <input type="checkbox"/> Não aceita	<b>HÁBITOS ( 2 Pontos )</b> <input type="checkbox"/> Cigarros nº _____ por dia <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Drogas
<b>PARIDADE ( 1 Ponto )</b> <input type="checkbox"/> Nulípara <input type="checkbox"/> 6 ou mais partos	<b>PATOLOGIA DE RISCO ( 10 Pontos )</b> <input type="checkbox"/> Assinalar na relação do verso
<b>COND. SÓCIO ECONÔMICOS ( 1 Ponto )</b> <input type="checkbox"/> De 0 a 3 salários mínimos	<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO TOTAL / PONTOS</b> ALTO RISCO Acima de 10 ( Tratam. Especial obrigatório ) MÉDIO RISCO 5 - 9 ( Tratam. Especial recomendável ) BAIXO RISCO 2 - 4 ( Cuidados Gerais )
<b>ÚLTIMO PARTO (Intervalo) ( 2 Pontos )</b> <input type="checkbox"/> Menos de 12 meses <input type="checkbox"/> De 6 a mais anos	
<b>ALTURA ( 2 Pontos )</b> <input type="checkbox"/> Menos que 1,49m	
<b>GANHO PONDERAL ( 10 Pontos )</b> <input type="checkbox"/> De 0 - 14 sem. ( 0 - 3 ) maior que 5 Kg <input type="checkbox"/> De 13 - 28 sem. ( 3 - 6m ) maior que 5 Kg <input type="checkbox"/> De 28 - 40 sem. ( 6 - 9 ) maior que 5 Kg	
<b>FATOR Rh ( 2 Pontos )</b> Mulher ( - ) e Marido ( + )	

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DAE - Divisão de Saúde Materno Infantil  
FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

### PATOLOGIA DE RISCO

#### I - OBSTÉTRICAS E GINECOLÓGICAS

- ( ) 1 - HEMORRAGIA NA GESTAÇÃO
- ( ) 2 - ANOMALIAS DO TRATO GENITAL DIAGNOSTICADAS PREVIAMENTE, INCOMPETÊNCIA ISTIMOCERVICAL, MAL FORMAÇÃO UTERINA E/OU CERVICAL, ÚTERO MIOMATOSO, CIRURGIAS GINECOLÓGICAS DE MÉDIO E GRANDE PORTE.
- ( ) 3 - CÂNCER MATERNO
- ( ) 4 - DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DE GRAVIDEZ ( Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia)
- ( ) 5 - ESTERILIDADE TRATADA
- ( ) 6 - ISOIMUNIZAÇÃO
- ( ) 7 - MASSA OVARIANA
- ( ) 8 - RAIOS "X" MAL FORMAÇÃO CONGÊNITA
- ( ) 9 - RETARDO NO CRESCIMENTO INTRAUTERINO
- ( ) 10 - POLIDRAMIO
- ( ) 11 - CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL

#### II - MÉDICAS E CIRÚRGICAS

- ( ) 1 - ABLAÇÃO ENDÓCRINA PRÉVIA
- ( ) 2 - DIABETES MELLITUS
- ( ) 3 - DOENÇA CARDÍACA
- ( ) 4 - DOENÇA DO COLÁGENO
- ( ) 5 - DOENÇA RENAL
- ( ) 6 - EPILEPSIA
- ( ) 7 - HEMOGLOBINOPATIAS
- ( ) 8 - HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA
- ( ) 9 - INFECÇÕES GRAVES (vir, bac)
- ( ) 10 - PATOLOGIA DE TIROIDE
- ( ) 11 - PROBLEMAS EMOCIONAIS
- ( ) 12 - SOROLOGIA POSITIVA (Sifilis)  
Toxoplasmose, Brucelose)
- ( ) 13 - TUBERCULOSE
- ( ) 14 - VARIZES ACENTUADAS
- ( ) 15 - HANSEÍASE
- ( ) 16 - OUTRAS PATOLOGIAS

#### NORMAS PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA

1 - O Nº DE PONTOS DE CADA QUADRO, SERÁ EVIDENCIADO NO ALTO DO QUADRO, INDEPENDENTEMENTE DO Nº DE ITENS ASSINALADOS EM CADA QUADRO.

2 - O TOTAL DE PONTOS SERÁ A SOMATÓRIA DOS PONTOS DE CADA QUADRO

#### FLUXO DO SISTEMA

UNIDADE DE SAÚDE

NÍVEL I

UNIDADE DE REFERÊNCIA

NÍVEL II (CAHMI - SANTA CASA)

#### UNIDADE DE REFERÊNCIA

NÍVEL III ( MATERNIDADE DA SANTA CASA)

#### LOCAL DO TRATAMENTO

ALTO RISCO: NÍVEL II ou III

MÉDIO RISCO: NÍVEL I ou II

BAIXO RISCO: NÍVEL I

## ANEXO B

### CRITÉRIOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (GOLD, 1968)

#### A- Características da paciente

##### 1- Idade

- a) Adolescentes: com menos de 16 anos ao conceber
- b) Idosas: 40 anos ou mais ao conceber

##### 2- Peso

- a) Deficiente: 45kg ou menos ao ser admitida
- b) Excessivo: 90kg ou mais ao ser admitida

#### B- História obstétrica anterior

1- Grande multiparidade: 7 ou mais gestações (excluídas as terminadas com feto de menos de 500g ou menos de 20 semanas)

2- Parto cirúrgico anterior (cesariana, versão, fórceps médio, etc.): isto é, qualquer parto que não for espontâneo ou a forceps baixo

3- Parto prolongado (24 horas ou mais)

4- Consequências:

a) Perda fetal anterior precoce: 2 últimas gestações com morte fetal antes de 28 semanas

b) Perda fetal anterior tardia: 1 ou mais de 28 semanas ou mais

c) Prematuros vivos: 2 ou mais com menos de 2501g (exceto fetos de gestações múltiplas)

d) Neomortos: 1 ou mais mortes antes de 7 dias

e) Uma perda fetal precoce e um prematuro vivo: 1 natimorto de menos de 28 semanas (nas duas últimas gestações) mais 1 prematuro vivo (qualquer gestação)

f) Criança traumatizada ou com paralisia cerebral, retardamento mental, desordem nervosa: 1 ou mais (recém-nascido ou a criança mesmo já falecidos)

**C- Antecedentes médicos: (no período não gravídico, na gestação anterior, na gestação atual)**

- 1- Doença hipertensiva: sistólica de 140 ou mais; ou diastólica de 90 ou mais (excluída hipertensão do terceiro trimestre de gestação anterior ou terceiro trimestre de gestação atual)
- 2- Doença renal: (glomérulo nefrite aguda ou crônica, pieonefrite, nefropatia congênita, nefrectomia prévia)
- 3- Diabetes (inclusive pré-diabetes e diabetes gestacional)
- 4- Câncer: nos últimos 5 anos (incluindo leucemia, doença de Hodgkin)
- 5- Tireoidopatia (grave)
- 6- Doenças hereditárias (por exemplo: coréia de Huntington, doença de Tay-Sachs, doença nervosa central ou periférica)
- 7- Doença cardiovascular (inclusive reumática, congênita ou outra)
- 8- Sensibilização pelo fator Rh ou qualquer outro fator (isoimunização Rh, isoimunização ABO)
- 9- Outros estados mórbidos:
  - a) Lupus eritematoso
  - b) Tuberculose ativa ou inativa
  - c) Má nutrição grave
  - d) Retardamento mental
  - e) Alcoolismo ou narcótico dependência
  - f) Doenças psiquiátricas – psicoses graves
  - g) Doenças neurológicas

**D- Outras condições médicas: (Durante gestações anteriores, durante a gestação atual)**

- 1- Toxemia (prévia, presente)
- 2- Hemorragia após 12 semanas exceto durante o parto (prévia, presente)
- 3- Rubéola (presente)
- 4- Anemia – hemoglobina de 8g ou menos, hematócrito de 26% ou menos (prévia, presente), anemia falciforme, talassemia
- 5- Gestação múltipla (presente)
- 6- Apresentação ou posição anormal do feto (presente)
- 7- Indiferença aos cuidados médicos indicado por falta a três ou mais consulta ou desobediência repetida a recomendações (presente)
- 8- Outros:

- a) Hidrânio (prévio, presente)
- b) Fumo - mais de uma carteira por dia (presente)
- c) Uso de certas drogas durante o primeiro trimestre (presente)
- d) Radiografia abdominal feita durante o primeiro trimestre (presente)
- e) Anestesia geral durante a gestação (presente)

## ANEXO C

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MATERNO E FETAL  
(NESBITT JR. & AUBRY, 1969)

<b>1. Idade Materna</b>		<b>5. Intercorrências Médico-Obstétricas e nutrição</b>	
Menor que 15	20 ( )	<i>Enfermidades Sistêmicas</i>	
15-19	10 ( )	Agudas e moderadas	5 ( )
20-29	0 ( )	Agudas e graves	15 ( )
30-34	5 ( )	Cronicas não-debilitante	5 ( )
35-39	20 ( )	Cronicas debilitante	20 ( )
<b>2. Raça e Estado Civil</b>		<i>Infecções Específicas Urinárias</i>	
Branca	0 ( )	Aguda	5 ( )
Não-Branca	5 ( )	Crônica	25 ( )
Solteira	5 ( )	<i>Sífilis</i>	
Casada	0 ( )	Tratada	0 ( )
<b>3. Paridade</b>		Não-tratada	20 ( )
0	10 ( )	No termo	30 ( )
1-3	0 ( )	<i>Diabetes</i>	
4-7	5 ( )	Pré	20 ( )
Mais de 8	10 ( )	Declarada	30 ( )
<b>4. Passado Obstétrico</b>		<i>Hipertensão Crônica</i>	
<i>Abortamentos</i>		Moderada	15 ( )
1	5 ( )	Severa	30 ( )
2	15 ( )	Nefrite	30 ( )
3 ou +	30 ( )	<i>Cardiopatia</i>	
<i>Natimortos</i>		Classe I e II	10 ( )
1	10 ( )	Classe II e IV	30 ( )
2 ou +	30 ( )	Antecedentes de Ins.	30 ( )
<i>Anomalias Congênitas</i>		<i>Anemia</i>	
1	10 ( )	Hb 10-11	5 ( )
2 ou +	20 ( )	Hb 9-10	10 ( )
<i>Prematuros</i>		Hb menor que 9	20 ( )
1	10 ( )	<i>Nutrição</i>	
2 ou +	20 ( )	Desnutrição	20 ( )
<i>Neomortos</i>		Obesidade	30 ( )
1	10 ( )	Dietas inadequadas	10 ( )
2 ou +	30 ( )	<i>Fator Rh</i>	
<i>Crianças com Lesões</i>			
Físicas	10 ( )		
Neurológicas	20 ( )		

Sensibilizada	30 ( )
RN anterior afetado	30 ( )
Ant. de Incomp. ABO	20 ( )

*Transtornos Endócrinos*

Problemas definidos das supra-renais, hipofisário e tireóideo	30 ( )
Disfunção menstrual recorrente	10 ( )
Esterilidade involuntária por menos de 2 anos	10 ( )
Esterilidade involuntária por mais de 2 anos	20 ( )

**6. Alterações no trato genital**

Ant. de apres. anômalas	10 ( )
Cesárias anteriores	30 ( )
Anomalias do colo ou Insuficiência Cervical	20 ( )
Miomas maiores q 5cm	20 ( )
Miomas submucosos	30 ( )

*Vício Pélvico*

Bacia limite	10 ( )
Vício evidente	30 ( )

*Tumores Ovarianos*

Maiores que 6cm	20 ( )
Endometriose	5 ( )

**7. Estado Emocional**

Distúrbio de comportamento e de relacionamento

**8. Condições Socioeconômicas**

*Moradia*

( ) Casa Própria      ( ) Aluguel

Nº de cômodos

Nº de pessoas que residem

*Renda Familiar Mensal*

R\$

Grau de escolaridade

**Resultado**

Total de pontos

100 menos o total de pontos

<70 – alto risco

70-84 – moderado risco

>85 – baixo risco