

ELEMENTOS DE AVALIAÇÃO DO "RISCO GRAVÍDICO"

Cyro CIARI JÚNIOR *
Pedro Augusto Marcondes de ALMEIDA *

RSPSP-117

CIARI JR., C. & ALMEIDA, P. A. M. de —
Elementos de avaliação do "risco gravídico". Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6: 57-78, 1972.

RESUMO: São estabelecidos alguns conceitos básicos que definem o "risco gravídico" propondo-se uma classificação dos elementos que devem ser considerados no estabelecimento do risco. Com o objetivo de quantificar a avaliação do risco e baseados nos fatores da classificação são atribuídos notas cuja soma determina um valor que mede a intensidade do "risco gravídico". Calçados nestes valores são estudados, retrospectivamente, 62 óbitos maternos distribuídos em tabelas onde se associam diferentes fatores. Verifica-se, em conclusão, que um adequado programa de Saúde Materna é necessário não só para atender às gestantes durante o Pré-Natal como também facultar oportuna assistência hospitalar. A análise dos óbitos e os fatores que determinaram o alto risco sugerem elementos para a elaboração de Programas de Saúde Materna.

UNITERMOS: Gravidez*; Saúde materna*; Risco gravídico*.

INTRODUÇÃO

Um dos fatores que tem decisiva influência na elaboração de programa de Saúde Materna e sua posterior avaliação é a determinação do chamado "risco gravídico"*** porque, através da análise de sua

incidência, são dimensionados os serviços de Pré-natal e leitos de maternidade, bem como, é apurada a qualidade destas atividades.

Define-se "risco gravídico" como sendo a oportunidade a agravos: físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto.

Não sendo a gestação um estado de normalidade fisiológica e não sendo também um estado patológico, deve ser encarada como um estado especial onde o comportamento físico, psíquico e social da mulher está submetido a condições especiais consideradas como próprias do estado gravídico.

Nesta situação, passa a mulher a viver um risco próprio da gestação classificado em baixo, médio e alto risco não havendo a possibilidade de excluí-lo, pois, ao risco comum a que está exposto todo indivíduo, acrescenta-se o do estado gravídico.

Na definição de alto risco, alguns autores têm sugerido parâmetros que se restringem a algumas variáveis, as quais, se bem importantes, não refletem a totalidade de fatores que podem influir sobre a gravidez.

Assim EFFER⁴ refere-se a 3 fatores sendo: 1) pré eclampsia grave, 2) retardo do crescimento uterino e 3) parto em gra-

* Da Disciplina de Higiene Materna, do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP - Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo, S. P., Brasil.

** Convém assinalar que o conceito de "risco gravídico" não indica necessariamente risco de óbito. Se bem que este esteja presente, geralmente, o risco afeta desvios de saúde materna ou fetal.

videz prematura. No entanto, acreditamos que todas as variáveis devam ser levadas em consideração dado o fato, já assinalado, que mesmo as de menor importância, ao se associarem a outras, podem ser determinantes de maior risco.

Ao se avaliar o "risco gravídico" deve-se ter em conta os grupos de gestantes mais expostos a apresentarem complicações e as variáveis que possam estar presentes para determiná-lo, seja atuando sobre todo o grupo gestante, seja atuando em parte dele.

Assim, este risco cresce na medida em que as necessidades de serviços não atendam à demanda, atuando isto sobre todo o grupo.

Por outro lado, a variável pode atuar apenas sobre parte do grupo, como por exemplo, gestantes portadoras de uma moléstia como diabete que estão expostas a um risco maior do que as não portadoras.

Evidencia-se então a importância do *risco relativo*, isto é, aquele a que estão expostas gestantes de uma determinada categoria, em relação a outro grupo com outras características.

Durante a gravidez, ao avaliar o risco, é necessário também considerar não só as diferentes variáveis que determinam o risco, mas principalmente a importância de cada uma delas, ou seja, a influência que exercem sobre o desenvolvimento da gravidez.

Se por um lado uma variável isolada pode ser determinante de um risco maior, por outro a associação de variáveis, mesmo não muito importantes, podem levar ao alto risco. YUNES¹⁰ demonstrou este fato analisando as complicações em mulheres de paridade crescente. A Organização Mundial da Saúde⁷ enfatiza a importância do número de gestações em relação ao aumento de mortalidade materna.

Diversos trabalhos têm demonstrado a importância de fatores determinantes de risco relativamente a moléstias próprias da gestação e as que a ela se associam (DAVIES³, SLOWINSKY⁸, BEARD¹ e BERTOLA²).

O "risco gravídico" deve ser encarado em seus dois aspectos, ou seja: o risco materno e o fetal. Por suas características a presença de fatores que elevam o risco materno sempre determina uma correspondente elevação do risco fetal e em contra partida o risco fetal pode crescer sem afetar o risco materno.

Segundo SZKLO⁹, o estudo de riscos associados à condição materna revela que o feto também é envolvido nele refletindo-se no aumento de taxas de prematuridade, mortalidade perinatal e mesmo na infantil tardia.

Finalmente o "risco gravídico" pode ser variável em sua intensidade durante a mesma gestação, em função do programa de atenção desenvolvido em torno da mãe ou do feto.

Por suas características a gravidez é condição que permite a realização de estudos prospectivos e, portanto, o estabelecimento de parâmetros relativamente fixos para determinar o "risco gravídico" permitirão acompanhar uma coorte e avaliar com rigor as alterações que cada um deles determina no curso normal da gestação. No entanto, a análise retrospectiva de casos, se bem mais trabalhosa, permite uma visão clara do problema.

Procuramos avaliar, através do estudo retrospectivo de 62 óbitos, as condições maternas precedentes ao evento letal e o grau de "risco gravídico" a que estava exposta cada uma delas. Fizemos também uma tentativa de grupar os fatores do risco e de quantificá-los por tabela numérica.

MATERIAL E MÉTODOS

Para analisar os 62 óbitos e verificar retrospectivamente os níveis de risco a que estariam expostas estas gestantes procuramos estabelecer alguns fatores de avaliação do "risco gravídico". Dividimos os fatores em 3 grupos fundamentais: clínico, social e de enfermagem na intenção de abranger todos os elementos que direta ou indiretamente atuam sobre a Saúde Materna.

1) Avaliação Clínica

- 1.1 Idade da gestante
- 1.2 Cor
- 1.3 Antecedentes familiares
- 1.4 História obstétrica
 - N.º de gestações e partos
 - Período interpartal
 - Evolução de gestações anteriores
 - gravidez
 - parto
 - puerpério
- 1.5 Intercorrências obstétricas
- 1.6 Moléstias próprias da gestação
- 1.7 Moléstias e desvios associados à gestação
- 1.8 Avaliação nutricional
- 1.9 Risco genético
- 1.10 Recursos subsidiários
- 1.11 Situação psicológica

2) Avaliação social

- 2.1 Nível sócio-econômico
- 2.2 Características culturais
- 2.3 Disponibilidade de serviços de Prenatal e Maternidade

3) Avaliação de enfermagem

- 3.1 Aceitação de serviços
- 3.2 Início da consulta
- 3.3 Freqüência

Na *avaliação clínica* residem as mais significativas causas de aumento de risco porém são as mais facilmente controláveis por adequados programas de Saúde Materna.

Na *avaliação social* situam-se os fatores que se bem, facilmente identificáveis, são de difícil controle por envolverem não só mudanças a serem determinadas no comportamento das pessoas como também fatores de desenvolvimento econômico, educacional, etc.

Finalmente, a *avaliação de enfermagem* presta-se para medir o grau de disponibilidade da gestante para aceitar o controle da gestação.

Evidentemente os 3 grupos de fatores se interligam; contudo a ação criteriosa da equipe de prenatal facilmente os analisará em conjunto.

Um dos problemas que surge no estabelecimento dos níveis de "risco gravídico" é o critério para sua avaliação. Mesmo que os fatores usados sejam iguais, varia a interpretação dada por equipes diferentes. Na tentativa de uniformizar o valor do nível, procuramos quantificá-lo numericamente à semelhança do proposto por Apgar na avaliação da vitalidade do recém-nascido.

Propomos duas tabelas de notas dependendo das possibilidades do serviço de pré-natal. Na primeira, leva-se em consideração as 3 variáveis representadas pelos grupos de fatores, ou seja, clínico — social — de enfermagem. Na segunda, considerando a freqüência com que os serviços não contam com enfer-

meiras, propomos a utilização de apenas 2 variáveis: clínica e social. No entanto, é de se notar a necessidade de utilizar, sempre que possível, os 3 grupos de fatores, o que pode ser feito com facilidade acompanhando-se o registro de consultas. A nota em cada grupo de fatores deve ser atribuída de

acordo com os prognósticos clínico, social e de enfermagem feitos pelos examinadores. Na elaboração das Tabelas 1 e 2 atribuímos à nota o peso 3 para o grupo clínico, 2 para o social e 1 para o de enfermagem. O valor das notas é de 0 - 1 - 2.

TABELA 1

Risco gravídico com 3 variáveis — Clínico — Social — de Enfermagem

Valor das notas 0 — 1 — 2
 Clínico peso 3
 Social peso 2
 Enfermagem peso 1
 Multiplicar a nota dada em cada variável pelo peso correspondente

Variáveis																														
C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
X ₃	<hr/>																													
S	0	0	0	1	1	1	2	2	2	0	0	0	1	1	1	2	2	2	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	
X ₂	<hr/>																													
E	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
X ₁	<hr/>																													
Nota	0	1	2	2	3	4	4	5	6	3	4	5	5	6	7	5	6	7	6	7	8	8	9	10	10	11	12			
C = clínico							Nota mínima = 0	Distribuição de valores de notas																						
S = social							Nota máxima = 12	0 — 3 = Baixo risco									4 — 6 = Médio risco													
E = de enfermagem																	7 — 12 = Alto risco													

TABELA 2

Risco gravídico com 2 variáveis — Clínico — Social

Valor das notas 0 — 1 — 2
 Clínico peso 3
 Social peso 2
 Multiplicar a nota dada em cada variável pelo peso correspondente

C	0	0	0	1	1	1	2	2	2				
X ₃	<hr/>												
S	0	1	2	0	1	2	0	1	2				
X ₂	<hr/>												
Nota	0	2	4	3	5	7	6	8	10				
C = clínico				Nota mínima = 0	Distribuição de valores de notas								
S = social				Nota máxima = 10	0 — 3 = Baixo risco			4 — 5 = Médio risco			6 — 10 = Alto risco		

Consideramos que a distribuição dos valores das notas segundo os níveis de risco deva ser:

0 — 3 = Baixo risco

4 — 6 = Médio risco

7 — 12 = Alto risco

Na Tabela 1 temos as associações dos valores que multiplicados pelos respectivos pesos determinam a nota.

Para a Tabela 2 de duas variáveis os critérios são os mesmos mudando apenas os valores extremos das notas e conseqüentemente sua distribuição, que no caso é:

0 — 3 = Baixo risco

4 — 5 = Médio risco

6 — 10 = Alto risco

Na Tabela 2 temos as associações dos valores com duas variáveis.

Com a finalidade de estabelecer uma relação entre o grau de "risco gravídico" e o evento "óbito materno" foram tomados, retrospectivamente, casos de óbitos maternos e, através de entrevista com o médico atestante, o médico assistente e familiares, estabeleceu-se a história obstétrica das mulheres. Todas as vezes em que dados considerados importantes faltavam ou eram obscuros o caso era abandonado. Assim conseguimos relacionar 62 óbitos onde os fatores de risco nomeados em nossa classificação, se presentes, seriam identificados. Na avaliação social determinamos o nível sócio-econômico utilizando o grau de instrução, renda familiar, profissão do chefe da família e habitação. Classificamos 3 grupos (I—II—III) correspondendo a progressiva elevação do nível sócio-econômico. Nas características culturais procuramos saber da existência de hábitos especiais em relação à gestação. Nas disponibilidades de serviços levamos

em conta não só a existência de pré-natal e leitos de maternidade como também facilidades a seu acesso. Porém, neste aspecto, o que aparece em nosso estudo é efetivamente o local de assistência da mulher quando ocorreu o evento que determinou o óbito. Pareceu-nos mais interessante ressaltar a assistência hospitalar, domiciliar ou de urgência que teve durante o processo.

Na avaliação de enfermagem consideramos importante a frequência ao pré-natal e quando possível a idade da gravidez na primeira consulta.

Na Tabela 3 respeitamos integralmente as determinações da Classificação Internacional de Doenças da OPS e OMS, 8.^a revisão 1965, para a listagem das causas de óbito. Porém nas demais, para mais fácil apreciação, grupamos os óbitos em 4 causas básicas: Hemorragia, Toxemia, Infecção, Moléstias associadas e através delas avaliamos quanto um fator de risco estava presente em cada uma.

Outro aspecto que nos afastou da Classificação Internacional de Doenças foi aquele referente a considerar os casos de descolamento prematuro de placenta como pertencente ao grupo de toxemia e não de hemorragia. Isto, porque, para o clínico esta entidade obstétrica liga-se muito mais ao fator toxêmico do que propriamente hemorrágico.

RESULTADOS

Na Tabela 3 observamos a distribuição dos óbitos por causas referidas à Classificação Internacional de Doenças. Nela estão incluídas não só as causas obstétricas como também as associadas.

Nas Tabelas 4, 5, 6 e 7 estão distribuídos todos os casos segundo o grupo de causas e os fatores de risco medidos por nós.

TABELA 3

Distribuição dos óbitos por causa

*	Causa	N.º
631.5	Gravidez ectópica	3
632.1	Desprendimento prematuro da placenta	7
637.1	Eclâmpsia	9
642.0	Abortamento infectado	1
642.1	Abortamento e hemorragia	2
651	Placenta prévia — Parto	3
652	Parto e retenção de placenta	4
653	Parto e hemorragia pós parto	8
659	Parto e rotura de útero	1
662	Anestesia sem complicação de parto	1
670	Infeção do parto	2
675	Discrasia sangüínea pós parto	1
582	Nefropatia crônica	11
429	Cardiopatia	9
TOTAL		62

* A numeração e os títulos das causas de óbitos maternos foram feitos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças da Organização Pan Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde — 8.ª Revisão — 1965.

Na Tabela 8 verificamos a proporção de óbitos segundo o grupo de causas e nível de risco onde se nota a predominância de gestantes classificadas como alto risco (75,80%).

Na Tabela 9 juntamos os óbitos segundo o grupo de causas e o número de consultas de pré-natal. Nota-se que 62,90% das gestantes não tinham se submetido a nenhuma consulta de pré-natal. Por outro lado, apenas 3 gestantes (4,83%) submeteram-se a um número razoável de consultas.

Ao observarmos a Tabela 10 notamos elevado número de pacientes (42-67,73%) que foram atendidas em Hospital-Urgência e Domicílio + Hospital-Urgência.

Na Tabela 11 relacionamos o grupo de causas de óbitos com o nível sócio-econômico, chegando à conclusão que dos 62 óbitos estudados 46 (74,19%) si-

tuaram-se em gestantes de nível social I e apenas em 3 dos óbitos as gestantes pertenciam ao nível sócio-econômico III, restando 13 no grupo II.

Ao relacionarmos as moléstias próprias e associadas da gestação com o grupo de causas de óbitos, estabelecemos a Tabela 14 onde observamos que 31 pacientes, isto é, 50% somam as 2 complicações de gravidez, associada e própria da gestação.

Verificou-se que 22,58% dos óbitos ocorreram em mulheres que não apresentavam patologia própria ou associada. No entanto, nenhuma das gestantes que apresentava moléstia associada o fazia sem ter concomitantemente uma moléstia própria. Por outro lado a associação de presença de moléstia própria com moléstia associada não é tão frequente como o contrário.

TABELA 4
Óbitos por hemorragia e fatores de risco

Patologia	Fatores Clínicos										Fatores Sociais				Fatores de Enfermagem			Filhos			Nota Geral													
	N.º de casos	Idade		Cor		História Obstétrica Anterior				H. Obst. Atual		Nota	Nível sócio econômico	Local de Assistência			Nota	N.º de Consultas	Idade 1.ª Consulta	Freq. a P. Natal		Nota	Vivos	Mortos	Abortos									
		Marido	Mulher	N.º de Gestação	N.º de Partos	H. de Gestações Anteriores				Moléstia Associada	Mol. Prop. Gestação			Hospital	Hospital	Hospital										Hospital	Hospital	Hospital	Hospital					
				GP	PP	Pup	MA	N	GP	PP	Pup			MA																				
Gravidez ectópica (631.6)	1	25	B	B	4	2	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	—	0	2	1	1	4	7				
Parto e Retenção de placenta (652)	2	27	B	B	3	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	—	0	2	0	0	1	7				
	3	35	B	B	5	3	0	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	—	0	3	1	1	7					
	1	42	P	B	8	7	1	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	2	6	1	1	7					
	2	39	B	B	6	4	0	1	3	2	1	+	+	+	2	1	0	0	0	0	0	2	0	—	2	3	2	1	10					
Parto e Hemorragia pós-parto (653)	3	28	B	B	6	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	1	4	1	1	1					
	4	40	B	B	8	5	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	+	2	0	2	5	0	3	9			
	1	42	P	P	10	8	3	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	2	5			
	2	39	B	B	6	5	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	+	1	2	5	1	3	1	2	3		
	3	43	P	P	9	8	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	6	2	1	9	
	4	40	P	P	11	8	3	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	8	2	7	2	12	
	5	28	B	B	8	6	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	5	2	1	7	
	6	37	B	B	3	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0	0	4	
Parto e Hemorragia (659)	7	41	B	B	6	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	0	5	1	0	0	
	8	39	P	P	5	4	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	0	1	4	
P. Útero (650)	1	38	B	B	7	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	6
	2	22	P	P	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6	0	2	0	0	0
P. Prévia (651)	2	29	B	B	3	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	1	2	1	0	6
	3	31	P	P	3	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3	0	0	9
Aborto/hemorragia (6421)	1	36	B	B	6	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	6	9
	2	42	B	B	8	5	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	5	0	3	6	

TABELA 6
Óbitos por toxemia gravídica e fatores de risco

Patologia	N.º de casos	Fatores Clínicos										Fatores Sociais				Fatores de Enfermagem			Filhos			Nota geral			
		Cór		História Obstétrica Anterior				H. Obst. Atual		Nível sócio econômico	Local de Assistência			Nota	N.º de Consultas	Freq. a P. Natal	Nota	Vivos	Mortos	Abortos					
		Marido	Mulher	N.º de Partos	N	GP	PP	PpP	MA		Molestia	Mol. Prop.	Hospital								Hospital		Urgência	Domicílio	
		Idade	N.º de Gestação	N.º de Partos	N	GP	PP	PpP	MA	Associada	Mol. Prop.	Hospital	Hospital	Urgência	Domicílio	Nota	N.º de Consultas	Idade a P. Natal	Nota	Vivos	Mortos		Abortos		
Deslocamento Prematuro da Placenta (692.1)	1	18	B	B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
	2	30	P	B	2	1	0	1	0	0	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	8
	3	27	P	P	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	7
	4	35	B	B	4	3	0	0	2	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11
	5	40	B	P	6	2	0	1	0	2	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	8
	6	22	P	B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	+	+	+	+	+	+	+	+	7
	7	18	P	B	1	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Eclâmpsia (697.1)	1	22	B	B	2	1	0	0	0	0	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	7
	2	19	B	B	1	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9
	3	31	P	P	4	3	2	1	1	0	0	0	0	0	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	7
	4	27	P	B	3	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9
	5	28	B	P	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	7
	6	33	P	P	5	4	1	2	0	1	2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9
	7	40	B	B	6	4	2	1	0	0	2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	12
	8	29	B	B	2	1	0	0	0	0	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	12
	9	26	B	B	2	1	0	1	1	0	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	8

TABELA 7
Óbitos por infecção e fatores de risco

Patologia	N.º de casos	Fatores Clínicos										Fatores Sociais					Fatores de Enfermagem			Filhos			Nota geral						
		Cór		História Obstétrica Anterior		H. de Gestações Anteriores			H. Obst. Atual		Nota	Nível sócio Econômico	Local de Assistência			N.º de Consultas	Freq. a P. Natal	Total Consultas	Nota	Vivos	Mortos	Abortos							
		Marido	Mulher	N.º de Gestação	N.º de Partos	N	GP	PP	PUP	MA			Moléstia Associada	Mol. Prop. Gestação	Hospital									Hospital	Urgência	Domicílio			
Ab. Inf. (642.0)	1	34	B	B	15	3	0	11	0	0	0	0	0	0	1	I	+	+	+	+	+	2	0	-	2	3	0	12	9
Infecção do	1	40	B	B	8	5	2	1	0	2	0	0	+	+	1	I	+	+	+	+	+	2	2	3	1	4	4	0	8
Parto (670)	2	39	B	B	5	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	I	+	+	+	+	+	2	0	-	2	3	1	1	6

TABELA 8
Óbitos segundo causa e nível de risco

Causas	Total		Nível de risco					
			Baixo		Médio		Alto	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Hemorragia	21	100 (33,97)	4	19,04	7	33,33	10	47,61
Toxemia	16	100 (21,80)	—	—	1	6,25	15	93,75
Infecção	3	100 4 (4,83)	—	—	1	33,33	2	66,66
Mol. associadas	22	100 (35,48)	1	4,54	1	4,54	20	90,90
TOTAL	62	100	5	8,06	10	16,14	47	75,80

A associação dos grupos de moléstias e a idade da gestante dados pela tabela 15 revela uma predominância das hemorragias no grupo de idade mais elevada, 36 a 45 anos, fato que não se define muito claramente nos outros grupos, se bem que a tendência geral de todos os casos seja manter uma proporcionalidade maior nos grupos de mais idade. O único fato estranhável é a presença de uma proporção alta de óbitos nas idades mais baixas no grupo de toxemia. Na Tabela 15 verificam-se óbitos por descolamento prematuro de placenta em mulheres de idade mais baixa, enquanto que nos óbitos por eclâmpsia a idade é mais alta, contrapondo-se isto ao comumente observado.

Analisando os dados expostos na Tabela 16 nota-se que a concentração de

óbitos ocorreu entre mulheres de baixa paridade e, isto, provavelmente se fez às custas do grande número de óbitos por toxemia e moléstias associadas.

DISCUSSÃO

A determinação da prioridade de atenção à maternidade funda-se em que o grupo populacional gestante passa a ser, relativamente ao grupo de não gestantes, mais exposto a ter problemas de saúde. Disto decorre a necessidade dos programas se destinarem a atingir porcentagem alta de gestantes (em torno de 85%). Mais especificamente, na elaboração dos programas de Saúde Materna, deve-se levar em conta os fatores que de forma especial determinam o "risco gravídico".

TABELA 9
Óbitos segundo causa e número de consulta de Pré-Natal

Causa	Total		Número de consultas													
	N.º	%	0		1		2		3		4		5		6	
			N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Hemorragia	21	100 (33,87)	14	66,66	2	9,52	3	14,28	1	4,76	1	4,76	1	4,76	—	—
Toxemia	16	100 (25,80)	11	68,65	2	12,50	2	12,50	1	6,25	—	—	—	—	—	—
Infecção	3	100 (4,83)	2	66,66	—	—	1	33,33	—	—	—	—	—	—	—	—
Mol. associadas	22	100 (35,48)	12	54,54	3	13,63	2	9,09	3	13,63	1	4,54	—	—	1	4,54
TOTAL	62	100	39	62,90	7	11,29	8	12,90	5	8,06	2	3,22	—	—	1	1,61

TABELA 10
Óbitos por causa segundo local de assistência

Causa	Total		Local de assistência							
	N.º	%	Hosp.		Hosp. Urg.		Dom.		Dom. + Hosp. Urg.	
			N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Hemorragia	21	100 (37,87)	4	19,04	9	42,85	2	9,52	6	28,57
Toxemia	16	100 (25,80)	4	25,00	8	50,00	3	18,75	1	6,25
Infecção	3	100 (4,83)	—	—	—	—	—	—	3	100,00
Mol. associadas	22	100 (35,48)	7	38,81	1	4,54	—	—	14	63,63
TOTAL	62	100	15	24,19	18	29,03	5	8,06	24	38,70

TABELA 11
Óbitos por causa segundo nível sócio-econômico

Causa	Total		Nível sócio econômico					
			I		II		III	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Hemorragia	21	100 (37,87)	17	80,95	3	14,28	1	4,76
Toxemia	16	100 (25,80)	10	62,50	5	31,25	1	6,25
Infecção	3	100 (4,83)	3	100,00	—	—	—	—
Mol. asso- ciadas	22	100 (35,48)	16	72,72	5	22,72	1	4,54
TOTAL	62	100	46	74,19	13	20,96	3	4,83

O conhecimento da incidência de fatores determinantes de risco a que está exposto o grupo gestante, orienta no estabelecimento de prioridade e determina atividades tendentes ao controle destes fatores. Em nosso meio, por exemplo, um dos determinantes de risco é o baixo número de consultas de pré-natal por gestante, sendo necessário não só o aumento da oferta de serviços como também um adequado programa de educação para a saúde das gestantes. Convém assinalar que a toxemia, moléstia prevenível durante a gravidez foi a que apresentou maior proporção de mulheres de alto risco. No grupo de hemorragia nota-se que houve uma proporção razoável de mulheres de baixo risco o que parece demonstrar que o óbito por esta causa necessariamente

pode não envolver um risco prévio avaliável.

A Tabela 9 demonstra que em nossos casos, 62,90% das mulheres não tinham sido consultadas no pré-natal. Este número se eleva a 87,09% se considerarmos como um nível muito baixo de assistência até 2 consultas. Nota-se ainda uma evidente relação entre o maior número de consultas e menor casos de óbito.

Devido à alta porcentagem de mulheres com 0,1 ou 2 consultas de pré-natal é impossível estabelecer adequadamente uma relação gradativa entre o número de consultas e risco. O que fica ressaltado é a alta porcentagem de mulheres que não são submetidas a assistência Pré-natal, ocasionando uma elevação de seu "risco gravídico".

TABELA 12
Nível sócio-econômico segundo local de assistência

Nível	Local de Assistência		Total		Hospital		Hosp. de Urg.		Domicílio		Dom. e Hosp. Urg.	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
I	46	100 (74,19)	5	10,86	16	34,78	4	8,69	21	45,65		
II	13	100 (20,96)	7	53,84	2	15,38	1	7,69	3	23,07		
III	3	100 (4,83)	3	100	—	—	—	—	—	—		
TOTAL	62	100	15	24,19	18	29,03	5	8,06	24	38,70		

TABELA 13
Nível sócio-econômico segundo número de consultas de Pré-natal

Nível	N.º de consul- tas		Total		0		1		2		3		4		5		6	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
I	46	100 (74,19)	34	73,91	6	13,04	5	10,86	1	2,17	—	—	—	—	—	—	—	—
II	13	100 (20,96)	5	38,46	1	7,69	2	15,38	3	23,07	2	15,38	—	—	—	—	—	—
III	3	100 (4,83)	—	—	—	—	1	33,33	1	33,33	—	—	—	—	—	—	1	33,33
TOTAL	62	100	39	62,90	7	11,29	8	12,90	5	8,06	2	3,22	—	—	—	—	1	1,61

TABELA 14

Óbitos segundo grupo de causas e relação entre moléstias próprias e associadas da gestação.

Causa	Total		Relação das moléstias							
			SMP + SMA		SMP + CMA		CMP + SMA		CMP + CMA	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Hemorragia	21	100 (33,87)	11	52,38	—	—	9	42,85	1	4,76
Toxemia	16	100 (25,80)	—	—	—	—	6	37,50	10	62,50
Infecção	3	100 (4,83)	2	66,66	—	—	1	33,33	—	—
Mol. associadas	22	100 (35,48)	1	4,54	—	—	1	4,54	20	90,90
TOTAL	62	100	14	22,58	—	—	17	27,41	31	50,00

SMP — sem moléstia própria
CMP — com moléstia própria

SMA — sem moléstia associada
CMA — com moléstia associada

Outro fator específico demonstrado pela Tabela 10 refere-se ao local de assistência no parto que determinou o evento óbito. Vemos que a grande proporção está naqueles que inicialmente permaneceram em domicílio e posteriormente foram removidos de urgência para a maternidade. Além disso, nota-se a grande predominância de óbitos ocorridos nos 3 grupos constituídos por chegada de urgência ao hospital, domicílio e por associação dos dois.

Outro dado importante que nos fornece a Tabela 9 é o fato de que pacientes com moléstias associadas e que, portanto, deveriam ter sido submetidas a efetivo controle pré-natal e concomi-

tante internação prévia, em hospital, nos dão o maior índice de Domicílio e Hospital de Urgência, isto é, 63,63%.

Outro fato a ser assinalado é a tendência atual para a procura de maternidade para dar a luz. Nos nossos casos verificamos que apenas 5 mulheres (8,06%) deixaram de recorrer em qualquer momento a serviço hospitalar. Este número coincide com os obtidos pela "Investigação Internacional de Óbitos de 0 a 5 anos" ⁶ onde cerca de 85% das mulheres na cidade de São Paulo deram a luz em hospital. No entanto, entre as mulheres de alto risco, mesmo quando atendidas em hospital, a proporção de óbito é bastante elevada (24,19%).

TABELA 15
Óbitos por causa segundo idade da gestante

Causas	Total		Idade											
	N.º	%	15-20		21-25		26-30		31-35		36-40		41-45	
			N.º	%										
Hemorragia	21	100 (33,87)	—	—	2	9,52	4	19,04	2	9,52	8	38,09	5	23,80
Toxemia	16	100 (25,80)	3	18,75	2	12,50	6	37,50	3	18,75	2	12,50	—	—
Infecção	3	100 (4,53)	—	—	—	—	—	—	1	33,33	2	66,66	—	—
Mol. associadas	22	100 (35,48)	2	9,09	3	13,63	7	31,81	3	13,63	6	27,27	1	4,54
TOTAL	62	100	5	8,06	7	11,29	17	27,41	9	14,51	18	29,03	6	9,67

TABELA 16
Óbitos segundo grupo de causas e paridade

Causa	Total		Paridade																			
	N.º	%	0		1		2		3		4		5		6		7		8			
			N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
Hemorragia	21	100 (33,87)	1	4,76	1	4,76	5	23,80	2	9,52	2	9,52	2	9,52	4	19,04	2	9,52	1	4,76	3	14,28
Toxemia	16	100 (25,80)	5	31,35	4	25,00	3	18,75	2	12,50	2	12,50	2	12,50	—	—	—	—	—	—	—	—
Infecção	3	100 (4,83)	—	—	—	—	—	—	2	66,66	—	—	—	—	1	33,33	—	—	—	—	—	—
Molestia associada	22	100 (35,48)	7	31,81	9	40,90	6	27,27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	62	100	13	20,96	14	22,58	14	22,58	6	9,67	4	6,45	5	8,06	2	3,22	1	1,61	1	1,61	3	4,83

Da análise dos resultados da Tabela 9 depreende-se a importância da atenção hospitalar que não pode estar restrita à assistência ao parto mas sim estender a internação dos casos de patologia da gestação.

Na Tabela 9 verifica-se evidente associação entre nível sócio-econômico baixo (grupo I) e óbitos ocorridos. Assim é que 74,19% dos óbitos estão na classe I considerada por nós menos favorecida. No entanto, a observação da Tabela 12 nos revela a grande porcentagem de mulheres do grupo I que tiveram a assistência em urgência hospitalar, domiciliar ou em associação dos dois. Nos níveis II e III, ao contrário, já se nota a elevação do porcentual das atividades em hospital.

A associação entre nível sócio-econômico e número de consultas é ainda mais nítida. Na Tabela 13 verifica-se que 73,91% dos casos de óbito era constituído por mulheres sem nenhuma assistência pré-natal. Neste caso situa-se a grande proporção das mulheres do grupo I. Vemos por aí que a atuação de programas deve se dirigir especialmente ao nível sócio-econômico mais baixo. Mais importante ainda é a inutilidade do aumento apenas de leitos hospitalares pois, a análise destes resultados demonstra que a mortalidade permanece proporcionalmente mais alta neste grupo mesmo que recorra ao hospital. Parece-nos haver um problema de educação da gestante que deve saber procurar adequadamente os recursos de assistência.

Vemos assim que fatores de risco considerados não muito importante se cotizados com os fatores clínicos adquirem um grande significado quando se associam. Parece-nos que nível sócio-econômico é determinante de baixo número de consultas e procura inadequa-

da de recursos hospitalares, resultando em alto "risco gravídico".

Outro fator a ser analisado é a idade da gestante (Tabela 15) onde se observa que a maior concentração de óbitos ocorreu no grupo 36-40 anos. No entanto, se bem haja uma tendência para aumento com a idade não foi muito nítida esta associação.

O mesmo ocorreu em relação à paridade (Tabela 16) onde se nota que neste grupo de mulheres a tendência era para poucos filhos. Isto, também, se explica por se tratar de um grupo especial e não ser uma amostra representativa da ocorrência geral de óbitos obstétricos.

A Tabela 14 que trata da presença de moléstias associadas e próprias da gestação, parto e puerpério, como fator de risco, mostra que no grupo de hemorragia, por se tratar de acidente da gravidez e, portanto, com pouca chance de previsão, praticamente a totalidade, não revelava qualquer patologia que pudessem estabelecer um nível de risco mais significativo. Nestes casos o nível de risco é mais determinado por outros fatores que não os clínicos como se pode observar pela Tabela 8. Já na toxemia onde há forte associação de moléstias próprias e moléstias associadas (62,50%) vemos que a alta porcentagem de alto risco (93,75%) (Tabela 8) é dada por fatores clínicos. O mesmo se repete com as moléstias associadas (90,90%) na Tabela 14 e 90,90% na Tabela 8 onde se evidencia que o fator clínico determina o risco.

Vemos assim que pela análise das tabelas o nível de risco pode ser determinado por um fator isoladamente, como ocorre com os clínicos, porém, fora disto, necessita da associação de diferentes variáveis para ser significativo. Disto resulta que na avaliação do "risco graví-

dico" não podemos querer determiná-lo apenas enfocando o fator clínico pois, na ausência destes, a análise dos demais pode também evidenciar um risco que deve ser levado em consideração.

CONCLUSÕES

Se bem que em estudo retrospectivo, não se preste integralmente para avaliar o "risco gravídico", a análise dos resultados apresentados parece deixar clara a importância dos diferentes fatores na determinação do nível de risco. Fica evidente que os mais importantes estão situados na área clínica e para eles deve se voltar a maior atenção dos programas de Saúde Materna. No entanto os fatores sociais e de enfermagem tem participação decisiva no estabelecimento do risco, seja determinando-o diretamente, seja como contribuinte, engravecendo mais uma patologia presente.

É preciso ainda considerar que a avaliação do risco não se destina a criar serviços especiais de Saúde Materna para mulheres de "alto risco", (como o proposto por GOLD & STONE ⁵) mas sim identificar fatores que determinem as prioridades para estabelecer atividades programadas que impeçam o grupo gestante de atingir um risco maior do que o já determinado pela gestação.

Estas atividades, corretamente programadas em Pré-natal, facultam ao programa hospitalar da Assistência à Maternidade uma atuação mais eficiente no sentido de reduzir não só a mortalidade materna mas, principalmente, a mortalidade perinatal que, a despeito do aumento do número de leitos de maternidade e da ocupação deles, continua alta.

Independentemente dos diferentes fa-

tores que ocasionaram o óbito destas 62 mulheres parece que três, embora não tão importantes como os clínicos, determinam uma elevação significativa do risco. São eles: 1) baixo nível sócio-econômico, 2) inadequada frequência ao Pré-natal e, 3) uso incorreto dos recursos hospitalares. Mesmo que estejam intimamente ligados acreditamos que os dois últimos poderão ser controlados por uma adequada programação de Saúde Materna, cobrindo a demanda para as consultas e partos esperados bem como desenvolvendo atividades de educação principalmente sobre o grupo fértil de mulheres.

RSPSP-117

CIARI JR., C. & ALMEIDA, P. A. M. de — [Evaluation of pregnant risk]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6: 57-78, 1972.

SUMMARY: *Some basic concepts which define the "pregnant risk" are established. A classification of the elements which must be considered in the risk establishment is proposed. The purpose of quantifying the risk evaluation and based on the classification factors marks are attributed whose total amount determines a value which measures the "pregnant risk" intensity. Based upon these values, 62 maternal death are studied retrospectively and distributed in tables in which different factors are associated. In conclusion it is verified that an adequate program of Maternal Health is necessary not only to attend the pregnant women during the prenatal period as also to give hospital care. The death analysis and the factors that determine the high-risk suggest elements for the elaboration of Maternal Health programs.*

UNITERMS: *Pregnancy*; Maternal care*; Pregnant risk*.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEARD, R. W. & ROBERTS, A. P. — Assymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Brit. med. Bull.*, 24: 44-8, 1968.
2. BERTOLA, R. P. et al. — Fatores del risco gravídico. *Obst. Ginec. lat. amer.*, 29: 107-12, 1971.
3. DAVIES, A. M. et al. — Toxemia of pregnancy in Jerusalem I. Epidemiological studies of a total community. *Israel J. Med. Sci.*, 6: 253-66, 1970.
4. EFFER, S. B. — Management of high-risk pregnancy: report of a combined obstetrical and neo-natal intensive care unit. *Canad. med. Ass. J.*, 101: 55-63, 1969.
5. GOLD, E. M. & STONE, M. L. — Total maternal and infant care: a realistic appraisal. *Amer. J. publ. Hlth.*, 58: 1219-29, 1968.
6. INFORME sobre el Progreso de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niftez. Washington, D.C., Organización Panamericana de La Salud, 1970. [Apresentado a la 9.ª reunião del Comité Assessor de Investigación Médica de la OPS/OMS, 1970].
7. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ — Organisation et administration des services de protection maternelle et infantil. Genève, 1969. (*Sér. rapp. techn.* n.º 428).
8. SLOWINSKY, E. Y. — Screening for bacteriuria in pregnancy. *Postgrad. Med.*, 43: 124-8, Jan. 1968.
9. SZKLO, M. — A saúde materna como prioridade na assistência médica: enfoque epidemiológico. Rio de Janeiro, Fac. Ciências Médicas, 1971 [mimeografado].
10. YUNES, J. — Diagnóstico da situação da saúde pública no município de São Paulo. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, 25: 83-9, 1970.

Recebido para publicação em 13-12-1971

Aprovado para publicação em 7-1-1972