

Risco gestacional anterior ao parto: análise da concordância entre métodos de classificação

Gestational risk before delivery: analysis of agreement between classification methods

Érica Marvila Garcia¹
Katrini Guidolini Martinelli²
Silvana Granado Nogueira da Gama³
Adauto Emmerich Oliveira⁴
Carolina Dutra Degli Esposti⁵
Edson Theodoro dos Santos Neto⁶

RESUMO

Objetivo: Criar uma classificação de risco gestacional a partir das orientações do Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e analisar a concordância entre eles e o conhecimento da puérpera sobre sua classificação de risco. **Material e Métodos:** estudo transversal com puérperas do Espírito Santo. As classificações do risco gestacional basearam-se nos métodos MS e OPAS e no autorrelato da puérpera. Realizou-se estatísticas descritivas e verificou-se os níveis de concordância. **Resultados:** Os fatores que mais contribuíram para o risco gestacional foram: o ganho de peso inadequado e o muito inadequado (67,1%) e a cirurgia uterina (49,8%). Na soma dos escores de todas as categorias da classificação de risco gestacional, 66,4% foram classificadas como alto risco pelo MS, 74,6% pela OPAS e 11,2% autorrelatado. A concordância entre as classificações variou entre moderada e ruim. **Conclusões:** Os principais resultados da pesquisa indicam a necessidade e a importância de um instrumento qualificado e operacional que permita a classificação do risco gestacional e possibilite o planejamento adequado da assistência à saúde da gestante, inclusive incluindo a adequada informação da gestante sobre o seu real risco gestacional e suas formas de controle, além das possíveis implicações para sua saúde e a do bebê.

DESCRIPTORIOS

Gravidez de alto risco; cuidado pré-natal; medição de risco; saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: To create a classification of gestational risk based on the guidelines of the Ministry of Health (MS) and the Pan American Health Organization (PAHO) and analyze the agreement between them and the knowledge of the puerperal woman about her risk classification. **Material and Methods:** a cross-sectional study with postpartum women from Espírito Santo. The classifications of gestational risk were based on the MS and PAHO methods and self-report of the puerperal woman. Descriptive statistics were performed and the levels of agreement were verified. **Results:** The factors that most contributed to the gestational risk were: inadequate and very inadequate weight gain (67.1%) and uterine surgery (49.8%). In the sum of the scores of all categories of the gestational risk classification, 66.4% were classified as high risk by the Ministry of Health, 74.6% by PAHO and 11.2% self-reported. The agreement between the classifications varied between moderate and poor. **Conclusions:** The main results of the research indicate the need and importance of a qualified and operational instrument that allows the classification of gestational risk and enables the adequate planning of health care for pregnant woman, including adequate information to the pregnant woman about her real gestational risk and their forms of control, in addition to the possible implications for their health and that of the baby.

DESCRIPTORS

High risk, pregnancy, prenatal care; risk measurement; women's health.

¹ Enfermeira. Mestra em Saúde coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo -ES. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, São Paulo - SP, Brasil.

² Cirurgiã-Dentista. Doutora em Epidemiologia na Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz., Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

⁴ Cirurgião-Dentista. Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

⁵ Cirurgiã-Dentista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

⁶ Cirurgião-Dentista. Doutor em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

A gestação se caracteriza como um período de grandes transformações na vida da mulher, que vão desde modificações fisiológicas até sociais. Essas alterações representam, em graus distintos, o risco de um evento desfavorável relacionado à gravidez acontecer¹. Dessa forma, quando a mãe e/ou o feto são portadores de alguma doença, sofrem algum agravo ou desenvolvem problemas durante a gestação, são classificadas como gestação de alto-risco².

Essas intercorrências, quando não detectadas precocemente e tratadas em tempo oportuno, podem causar a morte materna. A razão de mortalidade materna continua elevada no mundo, apesar de ter reduzido cerca de 50% entre 1990 e 2015, menos que a meta de dois terços pactuada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio³. No Brasil, a razão de mortalidade materna também tem diminuído, entretanto mantêm-se estável, em torno de 60/100.000 nascidos vivos, o dobro da proposta na Agenda 2030, de 30/100.000 nascidos vivos⁴. Por isso uma das Metas de Desenvolvimento Sustentável é melhorar a saúde materna por meio de um acesso de boa qualidade aos serviços de saúde reprodutiva e intervenções efetivas quando necessários³.

A assistência pré-natal é responsável por classificar o risco gestacional anteparto da gestante em cada consulta, avaliando dinamicamente as situações de risco e atuando prontamente na identificação de problemas, para que se possa evitar um resultado desfavorável². Entretanto, não existem muitos instrumentos disponíveis na literatura científica que abordam a mensuração do risco gestacional anteparto.

Não existe um protocolo universal

de classificação do risco, apenas um guia de intervenções recomendadas para as diferentes intercorrências gestacionais⁵. Nos Estados Unidos, a colaboração de médicos especialistas atualiza periodicamente o manual Merck, que categoriza o risco gestacional em classe I (risco baixo), classe II (risco médio) e classe III (risco alto), conforme *rank* determinado por diferentes condições clínicas e individuais⁶.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em suas orientações sobre o manejo do risco gestacional, propõe uma classificação com três categorias de risco ao longo da gestação: baixo, alto e risco iminente⁷. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) preconiza a utilização de um quadro constituído por fatores que podem determinar o risco gestacional, sem, no entanto, atribuir escore⁸. Xavier et al., (2013) propõem uma classificação operacional dos fatores de risco reprodutivos, distribuindo-os em quatro categorias: 1) características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, 2) história reprodutiva anterior, 3) condições clínicas preexistentes e intercorrências clínicas 4) doença obstétrica da gravidez atual.

Além de poucos instrumentos que abordam o risco gestacional anteparto, a grande maioria não possui um sistema de pontuação capaz de prever o quão grave é a situação de saúde da gestante. Diante disto, percebe-se a necessidade de que os instrumentos de avaliação de risco anteparto que sejam mais objetivos e que possam auxiliar mais facilmente os serviços de saúde maternos na adequada assistência à saúde da gestante. Portanto, o objetivo deste estudo foi atribuir escores para os marcadores e fatores

de risco gestacionais a partir das orientações do Ministério da Saúde e OPAS, criar uma classificação de risco gestacional e analisar a concordância entre eles e o conhecimento da puérpera sobre sua classificação de risco.

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados do presente estudo foram obtidos de dois estudos transversais delineados e conduzidos para investigar vários aspectos relacionados ao pré-natal em duas regiões do estado do Espírito Santo (ES). Um foi desenvolvido na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES) com a participação de 1.035 puérperas¹⁰; o segundo foi realizado na Microrregião de São Mateus (MRSM) com 742 puérperas¹¹.

A amostra foi representativa de puérperas residentes nos municípios das microrregiões participantes, internadas nos estabelecimentos da rede pública de saúde, por ocasião do parto, entre abril e setembro de 2010, na RMGV-ES, e entre julho de 2012 e fevereiro de 2013 na MRSM-ES. Devido à pouca variabilidade nas condições de saúde nos locais de estudos nesse período, foi possível utilizar a população dos dois estudos.

Em ambos os estudos foram executados estudos pilotos previamente para aprimoramento do formulário de pesquisa e treinamento dos entrevistadores. As puérperas foram selecionadas aleatoriamente, em todos os dias da semana, inclusive fins de semana e feriados. Foram entrevistadas entre 24h e 48h após o parto, e seus cartões da gestante foram copiados. Foram excluídas dos estudos as puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal fora das regiões de interesse; que

realizaram o pré-natal no serviço privado (todo ou parte); que fizeram o pré-natal, mas não possuíam cartão da gestante no momento da entrevista; que não estavam em condições de responderem à entrevista (doenças mentais, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e/ou sem condições clínicas). Maiores informações podem ser obtidas sobre os estudos em Santos Neto et al., (2012) e Martinelli et al., (2014).

As Classificações do Risco Gestacional anterior ao parto foram baseadas em dois métodos: MS⁸ e OPAS⁷. Além disso, durante a entrevista com a puérpera foi realizada a pergunta "*Durante o pré-natal algum profissional da saúde disse a você que sua gravidez era de risco? Se sim, médio ou alto risco?*", que chamaremos de autorrelato da puérpera (AP).

Embora as classificações do MS e da OPAS abordem variáveis relacionadas ao parto e ao intraparto, estas não foram utilizadas para fins deste estudo, que prevê apenas análise do risco gestacional anterior ao momento do parto.

Baseando-se na literatura e nas próprias instruções dos métodos de Classificação do Risco Gestacional, foi criado, pelos autores, um escore para cada um dos critérios que compõem os métodos, de acordo com a situação de gravidade. A classificação de risco gestacional proposta pelo MS é a versão revisada e atualizada), com as variáveis apresentadas na tabela 1. Já a classificação proposta pela OPAS⁷ possui as variáveis com seus respectivos escores apresentadas na tabela 2.

Para este estudo as variáveis que compõem o risco gestacional foram

determinadas da seguinte forma: conflito familiar (considerada a partir da insatisfação do pai com a gestação da mãe); ganho ponderal de peso (ganho de peso ao final da gestação de acordo com o estado nutricional antes da gestação: baixo - 12,5kg a 18kg; adequado - 11kg a 16kg; sobrepeso - 7kg a 11,5kg; e, obesidade - 5kg a 9kg); exposição a risco ocupacional (presença de trabalho remunerado); pneumopatia; nefropatia; endocrinopatia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias; doenças psiquiátricas; problemas de saúde bucal.

A classificação de risco gestacional foi determinada pela soma dos escores de cada variável inserida na classificação de risco. A classificação do MS considerou baixo risco o escore menor ou igual a quatro, médio risco o escore de cinco a nove e alto risco o escore maior ou igual a dez. Já a classificação da OPAS considerou baixo risco o escore igual a zero, alto risco de um a nove e risco iminente escore maior ou igual a dez.

Ao atribuir os escores, as puérperas que apresentavam dados faltantes tanto da entrevista quanto do cartão do pré-natal foram analisadas individualmente com a finalidade de decidir se a ausência daquela informação poderia alterar a sua categoria na classificação final do risco gestacional. Nos casos em que isso ocorreu, essa puérpera foi excluída da classificação final.

Ao comparar os diferentes métodos de classificação (MS e OPAS) considerou-se o médio risco do MS como análogo ao alto risco da OPAS e o alto risco do MS como análogo ao risco iminente da OPAS, já que os diferentes métodos nomeiam de forma diferente as categorias de risco.

Foram realizadas estatísticas

descritivas, com base nos cálculos de frequências absolutas e relativas e de intervalos de confiança (IC) de 95%. Posteriormente, foram verificados os níveis de concordância entre os métodos de classificação do risco gestacional (MS, OPAS) e destes com o autorrelato da puérpera, pelos testes de Kappa e Kappa ajustado pela prevalência. Esses níveis de concordância foram avaliados de acordo com as categorias propostas por Landis; Koch, (1977), que consideram o nível de concordância quase perfeito, quando o índice varia de 0,80 a 1,00; concordância substancial, de 0,60 a 0,79; concordância moderada, de 0,41 a 0,59; concordância regular, de 0,21 a 0,40; e, concordância ruim, quando o índice é menor que 0,20. Essas análises foram realizadas no programa PEPI versão 4.0 (*Computer Programs for Epidemiologists*), considerando o nível de significância estatística menor que 5%.

Ambos os estudos foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa realizada na RMGV-ES foi aprovada sob o protocolo nº 93/2009, enquanto a pesquisa desenvolvida na MRSM-ES foi aprovada sob o nº 258/2011. Também foram obtidas autorizações formais de todas as maternidades envolvidas e todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização das entrevistas e a coleta de dados nos seus respectivos prontuários e cartões da gestante.

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 1.777

Tabela 1. Distribuição das variáveis segundo o método de classificação de risco do Ministério da Saúde do Brasil na Região Metropolitana Grande Vitória/ES e São Mateus/ES, de 2010, 2012 e 2013.

| Variáveis | Categorias | Escore | % (n=1777*) |
|--|------------------|--------|-------------|
| Idade (*=1) | <15 e >34 anos | 1 | 8,6 (151) |
| Escolaridade (*=18) | <5 anos | 1 | 10,5 (185) |
| Situação conjugal insegura (*=6) | Sem companheiro | 1 | 19,2 (342) |
| Conflitos familiares (*=16) | Sim | 1 | 8,9 (157) |
| Dependência de drogas lícitas e ilícitas (*=42) | Sim | 10 | 1,7 (29) |
| Fumo e/ou álcool (*=47) | Sim | 2 | 17,7 (307) |
| Altura (*=389) | <1,45 metros | 1 | 1,3 (18) |
| Peso pré-gestacional (*=72) | <45kg e >74kg | 1 | 17,7 (302) |
| Ganho de peso ponderal (*=577) | Inadequado | 2 | 57,0 (684) |
| | Muito inadequado | 3 | 10,1 (121) |
| Exposição a risco ocupacional (*=1) | Sim | 1 | 27,0 (480) |
| História de aborto habitual (*=40) | Sim | 5 | 18,5 (322) |
| História de morte perinatal explicada e inexplicada (*=199) | Sim | 5 | 2,4 (38) |
| História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado (*=111) | Sim | 5 | 11,2 (187) |
| Parto pré-termo anterior (*=111) | Sim | 5 | 9,4 (156) |
| Esterilidade e infertilidade | Sim | 5 | 1,1 (19) |
| Paridade (*=38) | 0 ou ≥4 partos | 5 | 6,0 (105) |
| Intervalo interpartal | <2 ou >5 anos | 2 | 25,4 (451) |
| Trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada (*=68) | Sim | 10 | 5,8 (99) |
| Cirurgia uterina anterior (*=38) | Sim | 2 | 49,8 (866) |
| História de síndrome hemorrágica hipertensiva (*=16) | Sim | 5 | 2,2 (39) |
| Hipertensão arterial (*=26) | Sim | 10 | 2,8 (49) |
| Pneumonia (*=29) | Sim | 10 | 0,9 (16) |
| Nefropatia (*=30) | Sim | 10 | 0,1 (1) |
| Endocrinopatia (*=45) | Sim | 10 | 1,1 (19) |
| Hemopatia (*=29) | Sim | 10 | 0,3 (5) |
| Epilepsia (*=29) | Sim | 10 | 0,2 (3) |
| Doenças infecciosas (*=29) | Sim | 10 | 2,7 (48) |
| Ginecopatias (*=29) | Sim | 10 | 0,4 (7) |
| Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (*=31) | Sim | 10 | 0,8 (14) |
| Diabetes gestacional (*=381) | Sim | 10 | 2,4 (33) |
| Hemorragia na gestação (*=29) | Sim | 10 | 0,2 (4) |
| Infecção urinária (*=335) | Sim | 5 | 27,8 (401) |
| Anemia (*=331) | Sim | 5 | 29,5 (426) |
| Doenças psiquiátricas (*=30) | Sim | 10 | 0,1 (1) |
| Hipertensão gestacional (*=304) | Sim | 10 | 10,2 (150) |
| Classificação de risco gestacional | Baixo risco | ≤4 | 13,2 (156) |
| | Médio risco | 5 a 9 | 20,4 (241) |
| | Alto risco | ≥10 | 66,4 (786) |

- As categorias que não contribuíram para o risco gestacional foram omitidas da tabela. São elas: idade materna entre 15 a 34 anos; escolaridade ≥5 anos; situação conjugal com companheiro; altura ≥1,45 metros; peso pré-gestacional 45 a 74kg; ganho de peso ponderal adequado; paridade de 1 a 4 partos; intervalo interpartal de 2 a 5 anos ou sem parto e a categoria não para todas as outras variáveis.
- As variáveis história de diabetes gestacional, cardiopatias, doenças autoimunes, neoplasias, hanseníase e tuberculose não apresentaram casos e foram omitidas da tabela. Os dados faltantes variaram entre 16 e 29 casos.

*=dados faltantes.

puérperas, com 80% (n=47) das variáveis que compõem o risco gestacional atingindo mais de 90% de completude, exceto a variável problemas de saúde bucal, que obteve um percentual considerável de incompletude, cerca de 50% (n= 803).

Ao analisar a classificação de risco proposta pelo MS na tabela 1, percebe-se que as variáveis situação conjugal insegura, peso pré-gestacional inadequado, uso de fumo e álcool durante a gestação, exposição ao risco ocupacional, história de aborto, cirurgia uterina anterior e intervalo interpartal menor que dois ou maior que cinco anos apresentaram percentuais entre 17% e 50% nas categorias que geram risco para a gestação. Dentre as doenças gestacionais, as que se destacaram foram: anemia (29,5%), infecção de urina (27,8%) e hipertensão gestacional (10,2%). Além disso, o ganho de peso inadequado durante a gestação apresentou um percentual expressivo (67,1%).

Na classificação proposta pela OPAS, é possível observar a abordagem de novas variáveis como: problemas de saúde bucal durante a gestação, que contribuiu substancialmente para que a gestação fosse classificada de risco (42,2%), antecedentes de abortos e/ou morte fetal e/ou neonatal precoce (22,8%) e antecedentes de crianças prematuras e/ou de baixo peso e/ou malformadas (14%). Algumas variáveis com percentuais entre 18% e 67% também se repetiram nessa classificação, como alcoolismo, tabagismo e drogas, ganho de peso ponderal inadequado, cesárea anterior e infecção de urina (Tabela 2).

Na soma dos escores de todas as categorias da classificação de risco

gestacional proposta pelo MS, foi possível observar que mais de 65% das mulheres seriam classificadas como gestantes de alto risco (Tabela 1). Já na classificação proposta pela OPAS, aproximadamente 75% das mulheres apresentaram risco iminente (Tabela 2). Entretanto, ao analisar o autorrelato das puérperas, 83,7% (n=1.463) relataram baixo risco, 5,1% (n=88) médio risco e 11,2% (n=196) alto risco.

As Tabelas 3, 4 e 5 apresentam as concordâncias entre o risco gestacional segundo o MS, a OPAS e o autorrelato. Constatou-se que a concordância entre o risco gestacional baseado nas orientações do MS e da OPAS é moderada (k: 45% p-valor: <0,01), entretanto, entre o risco gestacional baseado nas orientações do MS e o autorrelato (k: 5% p-valor: 0,50) e o risco gestacional baseado nas orientações da OPAS e o autorrelato (k: 1% p-valor: 0,50) não houve concordância.

DISCUSSÃO

O presente estudo se propôs a avaliar, com base na atribuição de escores para os marcadores e fatores de risco gestacionais definidos pelo MS e OPAS, o risco gestacional por diferentes perspectivas, além da concordância entre eles e o conhecimento da puérpera acerca do seu risco gestacional.

Os fatores que mais contribuíram para o risco gestacional foram: ganho de peso inadequado e muito inadequado; cirurgia uterina; história de aborto; infecção de urina; anemia; e hipertensão gestacional. Além disso, verificou-se que a concordância entre o risco gestacional baseado nas orientações do MS e da OPAS é moderada, e que, entre

Tabela 2. Distribuição das variáveis segundo o método de classificação de risco da Organização Pan-Americana de Saúde na Região Metropolitana Grande Vitória/ES e São Mateus/ES, de 2010, 2012 e 2013.

| Variáveis | Categorias | Escore | % (n=1.777*) |
|---|--------------------|--------|--------------|
| Idade (*=1) | <15 ou >35 anos | 1 | 7,2 (127) |
| Alcoolismo, tabagismo e drogas (*=51) | Sim | 5 | 18,0 (311) |
| Ganho de peso ponderal (*=577) | Inadequado | 2 | 57,0 (684) |
| | Muito inadequado | 3 | 10,1 (121) |
| Drogas teratogênica (*=160) | Sim | 5 | 0,1 (1) |
| Sem pré-natal (*=4) | Sim | 5 | 2,1 (37) |
| Trabalho de parto em curso (*=68) | <37 ou >41 semanas | 10 | 6,8 (117) |
| Problemas de saúde bucal (*=974) | Sim | 5 | 42,2 (339) |
| Gestação | 0 ou ≥5 gestações | 10 | 8,9 (158) |
| Intervalo entre gestações (*=3) | <2 anos | 2 | 4,9 (87) |
| Cesárea anterior (*=38) | Sim | 2 | 49,8 (866) |
| Antecedente de prematuridade, baixo peso ou malformação (*=116) | Sim | 5 | 14,0 (233) |
| Antecedente de aborto, morte fetal ou neonatal precoce (*=170) | Sim | 5 | 22,8 (367) |
| Infecção urinária (*=335) | Sim | 10 | 27,8 (401) |
| Diabetes mellitus (*=18) | Controlada | 5 | 1,7 (31) |
| | Não controlada | 10 | 0,3 (5) |
| Sangramento vaginal (*=1) | Sim | 10 | 0,1 (2) |
| Hipertensão arterial (*=26) | Sim | 10 | 2,8 (49) |
| Palidez palmar (*=413) | Hb <7mg/dl | 10 | 0,6 (8) |
| Corrimento | Sim | 2 | 0,3 (5) |
| VDRL, HIV, hep B e C, TOXO, EGB, CMV** (*=1) | Sim | 5 | 2,4 (43) |
| Classificação do risco gestacional | Baixo risco | 0 | 0,3 (3) |
| | Alto risco | 1 a 9 | 25,1 (280) |
| | Risco iminente | ≥10 | 74,6 (832) |

- As categorias que não contribuíram para o risco gestacional foram omitidas da tabela. São elas: idade materna entre 15 e 35 anos; ganho de peso ponderal adequado; trabalho de parto entre 37 e 41 semanas; gestação de 1 a 4; intervalo entre gestações <2 anos ou sem gestação; sem diabetes mellitus; palidez palmar Hb ≥7mg/dl e a categoria não para todas as outras variáveis.

*=dados faltantes

***Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) positivo, vírus da imunodeficiência humana (HIV) vírus da hepatite B e C, toxoplasmose, estreptococos do grupo B (EGB), citomegalovírus (CMV).

Tabela 3. Concordância entre o método de classificação do risco gestacional do Ministério da Saúde e o autorrelato da puerpera. Espírito Santo, Brasil. 2010, 2012 e 2013.

| | | Ministério da Saúde (2012) | | | Total | Kappa | IC95% | P-valor Kappa | Kappa Ajustado |
|------------------------|-------------------|-------------------------------|----------------|---------------|------------|-------|-------------|------------------|-------------------|
| | | Baixo risco | Médio risco | Alto risco | | | | | |
| OPAS (2012) | Baixo risco | 3 | 0 | 0 | 3 | 0,45 | 0,41 a 0,50 | <0,01 | 0,64 |
| | Alto risco | 106 | 100 | 43 | 249 | | | | |
| | Risco Iminente | 4 | 76 | 625 | 705 | | | | |
| Total | | 113 | 176 | 668 | 957 | | | | |

Tabela 4. Concordância entre o método de classificação do risco gestacional do Ministério da Saúde e o da Organização Pan-Americana de Saúde. Espírito Santo, Brasil. 2010, 2012 e 2013.

| | | Ministério da Saúde (2012) | | | Total | Kappa | IC95% | P-valor Kappa | Kappa Ajustado |
|-------------|----------------|-------------------------------|----------------|---------------|-------------|-------|----------------|------------------|-------------------|
| | | Baixo risco | Médio risco | Alto risco | | | | | |
| Autorrelato | Baixo risco | 147 | 223 | 573 | 943 | 0,05 | 0,03 a 0,07 | 0,50 | -0,01 |
| | Médio risco | 3 | 5 | 63 | 71 | | | | |
| | Alto risco | 6 | 12 | 136 | 154 | | | | |
| | Total | 156 | 240 | 772 | 1168 | | | | |

Tabela 5. Concordância entre os métodos de classificação do risco gestacional da Organização Pan-Americana de Saúde e o autorrelato da puerpera. Espírito Santo, Brasil. 2010, 2012 e 2013.

| | | OPAS (2012) | | | Total | Kappa | IC95% | P-valor Kappa | Kappa ajustado |
|--------------|----------------|----------------|---------------|-------------------|-------------|-------|----------------|------------------|-------------------|
| | | Baixo risco | Alto risco | Risco Iminente | | | | | |
| Autorrelato | Baixo risco | 3 | 254 | 634 | 891 | 0,01 | 0,00 a 0,02 | 0,50 | -0,31 |
| | Médio risco | 0 | 9 | 52 | 61 | | | | |
| | Alto risco | 0 | 17 | 127 | 144 | | | | |
| Total | | 3 | 280 | 813 | 1096 | | | | |

o risco gestacional baseado nas orientações do MS e o autorrelato e o risco gestacional baseado nas orientações da OPAS e o autorrelato são ruins. Isto evidencia a pouca similaridade nas características utilizadas nas diferentes organizações de saúde, além do possível distanciamento entre os protocolos de orientação dos profissionais acerca do risco gestacional e a prática realizada pelos serviços de saúde.

As condições que emergem na avaliação do risco gestacional, quando controladas ou eliminadas, podem contribuir para uma gestação sem muitas intervenções e com desfechos favoráveis. A estratificação do risco gestacional deve ser um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança, permitindo uma assistência diferenciada segundo as necessidades de saúde¹³.

A proposta de atribuir escores aos marcadores e fatores de risco gestacionais revela-se de grande importância para assistência obstétrica, dada a necessidade de instrumentalizar os serviços de assistência pré-natal. Mostra-se como essencial para estabelecer possibilidades avaliativas do serviço de acompanhamento da gestante, porque, segundo orientação do MS⁸, o planejamento dos cuidados dispensados à gestante está baseado na sua alocação no grupo de risco, podendo ser direcionado a condutas distintas de acordo com o nível de risco gestacional existente.

A classificação de risco a partir das orientações da OPAS foi a que mais classificou as gestantes no nível de risco elevado. Isso pode ser explicado pelo fato de que a sua

orientação pressupõe atribuir ao baixo risco gestacional o escore zero, considerando que a gestante só deverá ser classificada nessa categoria quando não apresentar nenhuma variável definida como geradora de risco.

É importante ressaltar que o conjunto de variáveis que compõem as orientações do MS difere do da OPAS, visto que, em um universo de 60 variáveis, apenas nove são iguais. Além disso, enquanto o MS apresenta em seu escopo variáveis biomédicas e sociodemográficas, a OPAS se restringe aos fatores clínicos.

Essas características podem influenciar o tipo de assistência dispensada pelo serviço de saúde, dado que a prevalência de somente variáveis clínicas pode refletir na opção por uma assistência mais curativista, baseada na doença e suas complicações. Em contrapartida, a inclusão de variáveis ditas como sinalizadoras das desigualdades sociais em saúde propõe a amplitude da assistência à saúde, depositando seu foco nos fatores contextuais e individuais relacionados ao meio social no qual a mulher está inserida, além das doenças e agravos, possibilitando a interação com outros serviços de saúde e sociais. A Organização Mundial de Saúde reconhece que a integração do atendimento pré-natal com outros serviços de saúde é uma estratégia primordial na redução das oportunidades perdidas e no atendimento efetivo às necessidades abrangentes de saúde das mulheres¹⁴.

Na prática, a subjetividade imprimida por essas orientações permite ao profissional de saúde a possibilidade de definir o risco gestacional de acordo com seus preceitos.

Isso ficou evidenciado no autorrelato das puérperas, quando praticamente todas as gestantes relataram terem recebido a informação de que foram classificadas como de risco habitual, mais do que o dobro do observado com a aplicação das classificações do MS e da OPAS. Esse achado pode ser reflexo da organização do serviço de saúde em que o profissional de saúde está inserido. Estudo realizado por Rocha *et al.* (2017)¹⁵, com o objetivo de compreender a percepção dos médicos sobre a implantação e desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense, demonstrou que os médicos da rede pública apresentaram dificuldades na estratificação do risco gestacional, isto porque referiram não terem recebido capacitação adequada, utilizando apenas alguns aspectos a partir de outras experiências e cursos.

Embora listem os fatores de risco associados a uma gravidez, os protocolos não se referem aos valores necessários para que a gestação seja considerada de alto risco. De igual forma, há poucas indicações para saber se cada um desses fatores tem a mesma ponderação para a classificação dos casos. Assim sendo, detectar cada um desses fatores de risco no decorrer de consultas obstétricas, que podem ser de curta duração e desprovidas de material e tecnologia para sua avaliação, além da dificuldade diante dos métodos utilizados na classificação do risco, seja pela soma desses fatores, seja por determinadas combinações, ocasiona uma lacuna nas próprias definições institucionais e aumenta as dificuldades da avaliação na prática¹⁶.

Dessa forma, atribuir escores aos marcadores e fatores de risco gestacionais, apresenta-se como uma importante estratégia na assistência obstétrica, considerando a necessidade de fornecer ferramentas que subsidiem a tomada de decisão frente ao risco gestacional na assistência pré-natal.

O desenho transversal do estudo pode ser apontado como uma limitação na busca de uma relação causal, no entanto, esse delineamento permitiu a análise de uma amostra probabilística e mostrou resultados consistentes com a literatura. Além disso, outra limitação é a perda de 33% das mulheres por falta de informação em alguma das variáveis que compõem o risco. Ainda, apesar do Ministério da Saúde ter publicado um manual mais recente em 2016¹⁸, este documento é semelhante ao utilizado na pesquisa e, desta forma, não afeta os resultados descritos neste artigo.

Os principais resultados da pesquisa indicam a necessidade e a importância de um instrumento qualificado e operacional que permita a classificação do risco gestacional e possibilite o planejamento adequado da assistência à saúde da gestante, inclusive incluindo a adequada informação da gestante sobre o seu real risco gestacional e suas formas de controle, além das possíveis implicações para sua saúde e a do bebê. Assim sendo, este estudo poderá contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas, subsidiando o aprimoramento das ferramentas de avaliação do risco gestacional e aumentando a qualidade na assistência materna-infantil.

AGRADECIMENTOS

Ambos os projetos que disponibilizaram os dados receberam financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito

Santo (FAPES), sendo o da RMGV-ES registrado sob o nº 45581630/09, por meio de edital Universal, e o da MRSM-ES sob o nº 54685265/201, por meio do edital do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS).

REFERÊNCIAS

- Hirshberg A, Srinivas SK. Epidemiology of maternal morbidity and mortality. *Semin Perinatol* [Internet]. 2017; 41(6):332-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000517300794?via%3Dihub>
- Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco, Manual Técnico*. Brasília; 2012.
- World Health Organization. Millennium Development Goals (MDGs) [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 28]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- Brasil. Ministério da Economia. *Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idade. O que mostra o retrato do Brasil?* Brasília; 2019.
- World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund. *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Integrated Management of Pregnancy And Childbirth*. Geneva; 2017. (2nd).
- Merck & Co. *Avaliação dos Riscos da Gestação* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 28]. p. 1–6. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetrícia/gestação-de-alto-risco/visão-geral-da-gestação-de-alto-risco>
- Brasil. Ministério da saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. *Manual AIDPI Neonatal* [Internet]. Brasília; 2014. (5ª ed.). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 2013. 190 p.
- Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS, Martins A de C. Risco Reprodutivo e Renda Familiar: análise do perfil de gestantes. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2013;18(4):1161–71. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>
- Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN da G, Leal M do C. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012;28(9):1650–62. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900005>
- Martinelli KG, Santos Neto ET dos, Gama SGN da, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. 2014 Feb;36(2):56–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>
- Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159–74.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde da gestante: critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante*. 2016. 21 p.
- Firoz T, McCaw-Binns A, Filippi V, Magee LA, Costa ML, Cecatti JG, et al. A framework for healthcare interventions to address maternal morbidity. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018;141(Suppl. 1):61–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
- Rocha RR de M, Caldeira S, França AFO, Moura CB de, Zilly A, Silva RMM da. Percepção de médicos sobre a implementação e desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense. *Rev Pesqui Qual* [internet]. 2017;5(7):143–67. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/48>
- Robles AF. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. *Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife*. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2015;25(1):139–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100009>

17. Brasil, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres [Internet]. 1st ed. Brasília-DF; 2016 [cited 2021 Nov 13]. 1–231 p. Available from: www.dab.saude.gov.br

CORRESPONDÊNCIA

Érica Marvila Garcia

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Av Dr Arnaldo, 715, 01246-904, São Paulo, SP, Brasil

E-mail: ericamarvila@usp.br