

ANÁLISE DAS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE GESTANTES DE RISCO COM BAIXO NÍVEL SOCIOECONÔMICO

Martina Estevam Brom Vieira^{1,4}; Josy Paula Souza Vieira^{2,4}; Ludmilla Marques Rabello^{2,4}; Patrícia D'Angelles Pereira^{2,4}; Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga^{3,4,5}; Maria Beatriz Martins Linhares⁵.

¹ Bolsista PBIC/UEG

² Voluntário Iniciação Científica PVIC/UEG

³ Pesquisadora – Orientadora

⁴ Curso de Fisioterapia, Unidade Universitária de Goiânia, ESEFFEGO, UEG.

⁵ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo, USP.

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar as principais intercorrências gestacionais e obstétricas, relacionando-as com o nível socioeconômico de 119 gestantes de risco provenientes de um hospital público da cidade de Goiânia, Goiás. Para a coleta dos dados foram utilizados questionários padronizados de classificação socioeconômica e análise dos prontuários clínicos das pacientes. Verificou-se que a intercorrência mais freqüente foi a infecção do trato urinário (32,8%), 70,59% das gestantes foram classificadas como pertencentes às classes sociais D e E, com baixa escolaridade e tendo pouco acesso à assistência à saúde. Os resultados indicaram que as condições socioeconômicas podem exercer influência nas probabilidades de ocorrência da gestação de risco.

Palavras-chave: intercorrências clínicas; antecedentes obstétricos; nível socioeconômico.

Introdução

Para que se obtenha uma gravidez tranqüila e sem riscos, há necessidade de se identificar todos os fatores que potencialmente poderiam aumentar a morbimortalidade em uma determinada gravidez e atuar sobre eles precocemente (Zugaib, 1994). Contudo, faz-se necessário uma assistência pré-natal adequada, pois este é o instrumento mais eficaz que o obstetra dispõe para manter uma gestação saudável, sendo assim fator essencial para proteção do binômio feto-mãe (Sancovski, 1994; Corrêa, 1988).

Além de sua finalidade psicológica, educacional e social, a assistência pré-natal preocupa-se com a identificação da “gestação de alto-risco” em que os organismos da mãe e do feto estão sujeitos a agravos, transtornos e até mesmo à morte. De acordo com Belfort (1995), o pré-natal é justificado ao mostrar que sua ausência está associada à mortalidade

perinatal cinco vezes superior àquela encontrada nas clínicas de atendimento pré-natal regular. (Sancovski, 1994 & Corrêa, 1988).

O grupo de gestação de risco é constituído segundo Huges & Kisner (2005) e Zugaib (1994); por gestações que apresentam complicação por doença ou problemas que colocam a mãe ou o feto em risco de enfermidade ou morte.

Para Corrêa (1988), problemas já existentes, ou que surjam durante a gravidez ou no momento do parto, freqüentemente reduzem o feto normal a uma condição de inferioridade física e mental, mostrando, portanto, que bebês de alto risco podem advir de uma gestação de alto risco. Além destes fatores, as más condições socioeconômicas da população têm influência bastante desfavorável sobre a evolução da gravidez (Corrêa, 1988).

Os objetivos do presente estudo foram identificar as principais intercorrências clínicas maternas, os antecedentes obstétricos e o número de consultas durante o pré-natal quanto à freqüência e percentagem; realizar um levantamento da classificação socioeconômica das famílias das gestantes e relacionar os resultados obtidos com as condições socioeconômicas das famílias.

Metodologia

Participantes - A amostra constituiu-se de 119 pacientes grávidas, com média de idade de 24 anos (DP: seis anos) que freqüentaram o Hospital Materno Infantil de Goiânia no período de dezembro de 2004 a julho de 2005. A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra, em relação à escolaridade, estado civil e tipo de parto.

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n = 119)

	ASPECTOS	Freqüência	%
Escolaridade	Baixa*	61	51,26
	Média**	50	42,02
	Alta***	8	6,72
Estado civil	solteira	59	49,58
	casada	60	50,42
Tipo de parto	cesárea	58	48,74
	normal	61	51,26

*Nenhuma instrução a até ensino fundamental completo;

**Ensino médio incompleto ou completo;

***Ensino superior incompleto ou completo.

Todas as mães tiveram bebês que foram classificados como alto risco e, portanto, ficaram internados na UTI neonatal, no berçário ou foram acompanhados em nível

ambulatorial. A média de peso ao nascer foi de 1775,71 g (DP: 558,39 g), caracterizando a maioria deles como baixo peso. A média de idade gestacional foi de 33 semanas e quatro dias (DP: duas semanas e quatro dias). Sendo assim, todas essas mães geraram bebês pré-termo e tiveram uma gestação de alto risco. Estas crianças foram selecionadas para o projeto “*Follow up do Desenvolvimento do Bebê de risco*”.

Materiais - Os dados das complicações clínicas das mães foram coletados dos prontuários médicos e complementados por meio de entrevistas com as mães. Cada mãe também respondeu a um questionário de classificação socioeconômica, elaborado pela ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado).

Procedimentos - As mães foram entrevistadas durante o período de internação ou quando freqüentavam o serviço de ambulatório do referido hospital. Os dados coletados foram estudados com base na análise descritiva.

Aspectos Éticos - O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia. E as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Quanto ao nível socioeconômico da amostra, a classe E (21,01%) foi o nível econômico mais baixo e a classe B (1,68%) o mais alto encontrado no estudo; numa classificação de A a E, segundo o critério da ABIPEME. Também se observou que houve mais famílias na Classe D (49,58%) e na Classe E, indicando que 70,59% das mães são pertencentes aos mais baixos níveis socioeconômicos. Conseqüentemente, vivem com baixa renda familiar, em condições escassas de higiene, possuem uma assistência à saúde deficitária, insuficiente ingestão de alimentos (ou até mesmo baixa qualidade desses), baixo grau de escolaridade, condições precárias de saneamento básico, pouco acesso a informações, etc. Este fato passa a ter maior relevância quando se sabe que o segmento de baixa renda da população constitui-se no grupo de maior risco de adoecer ou morrer e, por isso mesmo, o de maior necessidade de cuidados a saúde.

Quanto às intercorrências clínicas apresentadas pelas mães (Tabela 2), os resultados indicam que a complicação materna mais comum da amostra foi a Infecção do Trato Urinário (32,8%) seguido pela Hipertensão Induzida pela Gestação (18,5%) e em último lugar, a anemia desenvolvida durante a gestação (1,7%). A Tabela 2 ainda mostra que houve a ocorrência de 104 (87,4%) complicações maternas, portanto 15 (12,6%) mães da amostra não apresentaram nenhuma intercorrência clínica.

Tabela 2 - Resultado das intercorrências da amostra durante a gestação (n = 119)

Intercorrências	Frequência	%
Infecção do Trato Urinário	39	32,8
Doença Hipertensiva Arterial	22	18,5
Oligoâmnio	11	9,2
Sangramentos	9	7,6
Pré-eclampsia	6	5
Doenças Prévias*	6	5
Bolsa Rota	5	4,2
Eclampsia	4	3,4
Anemia	2	1,7
<i>Total</i>	104	87,4

*Doenças prévias: toxoplasmose, sífilis, candidíase.

Estes resultados encontrados vão de encontro aos estudos de Cunha et al. (1990), em que a complicação clínica mais freqüente em uma amostra de 302 mulheres foi à hipertensão arterial, que acometeu 62,6% das gestantes. Porém, o estudo não aborda especificamente as infecções do trato urinário, relatando apenas a presença de nefropatias em três (1,3%) pacientes. Entretanto, no presente estudo, a complicação com maior incidência foi à infecção do trato urinário, atingindo mais freqüentemente as vias inferiores, ao contrário das nefropatias, as quais hostilizam os rins.

A infecção do trato urinário pode decorrer das importantes modificações fisiológicas ocorridas no organismo da mulher durante o período gestacional, como por exemplo, a retenção de líquidos e sais minerais e a sobrecarga sob o sistema urinário (Rezende, 1995). Portanto, qualquer gestante está propensa a apresentar este problema. Todavia, esta complicação se torna realmente importante quando associada às precárias condições socioeconômicas, pois o baixo nível de instrução, pouco acesso às informações e a falta de conhecimento do seu próprio corpo faz com que as mulheres ignorem a presença de alguma complicação ou procurem a orientação médica tardiamente, podendo acarretar complicações ao feto, como as infecções neonatais.

Quanto aos antecedentes obstétricos foram obtidos os seguintes resultados: a média de gestações foi de 1,97 (DP: 1,12), a média do número de partos foi de 1,6 (DP: 0,83) e a de abortos foi 0,36 (DP: 0,66). Pode-se afirmar que, em termos gerais, cada paciente da amostra já ficou grávida pelo menos duas vezes. Outro resultado importante foi à ocorrência de 43 abortos na amostra, o qual pode ser um dos fatores que justifique a gravidez de alto risco. Segundo Zugaib (1994), a história obstétrica também identifica uma gestação de risco

aumentada, pois mulheres que apresentaram perdas fetais ou complicações obstétricas têm tendência à repetição dos mesmos problemas.

O grupo estudado foi constituído por mulheres relativamente jovens e que apresentaram considerável número de gestações. Este fator pode ser considerado de risco, pois mulheres que começam a sua vida reprodutiva em idade mais precoce têm maior número de gestações e partos até idades mais avançadas. Isso pode indicar ainda que a gravidez das mesmas pode não ter sido desejada ou planejada. Zugaib (1994) afirmava que a gravidez indesejada ou não planejada pode ser reflexo de um estado civil instável. No presente estudo, a amostra apresentou elevada frequência de mulheres solteiras.

Verificou-se ainda que cada mãe foi assistida em média 4,52 vezes durante o pré-natal (DP: 3,23). Sendo esse resultado apenas estatístico, na prática pode-se observar que 29 (24,37%) mães não fizeram nenhuma consulta pré-natal. O estudo de Nascimento (2001) constatou que a maioria dos nascimentos prematuros estava relacionada com a insuficiência ou mesmo ausência da assistência pré-natal. De uma amostra total de 589 mães; 70 (11,9%) dos recém-nascidos eram pré-termo, e as variáveis com significância estatística foram história prévia de natimorto, tabagismo na gravidez, ganho de peso insuficiente, hipertensão arterial, sangramento, infecção do trato geniturinário e cinco ou menos consultas no pré-natal. Concordando com este fato, o autor também destaca a importância do pré-natal, enfatizando que um pré-natal bem conduzido e eficiente tem grande importância na prevenção do nascimento prematuro, pois as complicações maternas podem ser controladas.

Considerações Finais

Os resultados obtidos com o presente estudo permitiram-nos a chegar a algumas considerações, dentre elas que as principais intercorrências clínicas que acometeram as gestantes da amostra foram à infecção do trato urinário e a hipertensão arterial, e que algumas mães tiveram.

Como a amostra constituiu-se de mulheres jovens, e a maior parte delas não planejou a gravidez, não moram com o companheiro e nem ao menos são socioeconomicamente estável, é preocupante o fato de que muitas delas já ficaram grávidas em mais de uma vez; associando-se ao fato da considerável incidência de aborto. Com relação ao nível socioeconômico, quase dois terços dessas mulheres foram classificadas em baixa ou muito baixa classe social, representando um reduzido grau de instrução, acesso deficiente ao serviço de saúde, precária disponibilidade de saneamento básico, insuficiente ou inadequada ingestão

de alimentos, dentre outros agravos que acabam tendo como consequência o maior risco de adquirir problemas de saúde.

Portanto, as condições socioeconômicas podem exercer influência na ocorrência de uma gestação de risco, sendo que quanto mais baixa a renda da família, maiores serão as chances de um fenômeno indesejado. Entretanto, isso não significa que as gestantes com melhores condições de vida também não venham a apresentar intercorrências.

Referências Bibliográficas

BELFORT, P. Medicina Preventiva Assistência Pré-Natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.p.254-257.1360p.

CORRÊA, M.D. **Noções Práticas de Obstetrícia**. 10.ed. Minas gerais: Coopmed Editora, 1988.392 p.

REZENDE, J. A Gravidez. Conceito. Duração. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**.7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.p.108-110. 1360p.

HUGE, B.S.; KISNER, C. Princípio de Exercícios para Paciente Obstétrica. In: **Exercícios Terapêuticos**. COLBY, L.A.; KISNER, C. 4.ed. Barueri,SP: Manole, 2005. P.681-707. 841p.

SANCOVSKI, M. Consulta Pré-Natal. In: SANCOVSKI, M.; ZUGAIB, M. **Pré-Natal**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 1994.p. 13-20.140p.

ZUGAIB, M. Identificação do risco Obstétrico. In: SANCOVSKI, M.; ZUGAIB, M. **Pré-Natal**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 1994.p. 149-54.140p.

CUNHA, A.A. Gestão de alto risco-avaliação de sua incidência. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, v.100, n,3 e 4, mar./abr. 1990. p.83 e 84.

NASCIMENTO, F.C. Epidemiology of preterm deliveries in Southeast Brazil: a hospital-based study. **Revista brasileira de saúde materna infantil**. Recife: p. 263-268, set./dez., 2001.