

# PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ<sup>1</sup>

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS TREATED IN CLINIC OF HIGH RISK PREGNANCY IN THE FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Cecília Mendes MARREIRO<sup>2</sup>, Nicelly Cristina Ferreira da PAIXÃO<sup>2</sup>, Nara Macedo Botelho BRITO<sup>3</sup> e José Carlos Wilkens CAVALCANTE<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** estabelecer o perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP). **Método:** estudo descritivo do tipo transversal, com dados coletados nos prontuários do Ambulatório de Gravidez de Alto Risco desta fundação, período de janeiro a julho de 2007. Após a aplicação do critério de exclusão, obteve-se uma amostra de 549 prontuários. **Resultados:** observou-se que 50,1% destas pacientes encontravam-se na faixa etária de 21 a 30 anos; 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% 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%, macrosomia 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%), ginecopatia (18,6%) e doenças infecciosas (11,1%). **Conclusão:** a gravidez de alto risco resulta em maior probabilidade de agravo materno-fetal. Pela participação efetiva de uma equipe multidisciplinar especializada e instalações hospitalares adequadas para atendimento da gestante e do concepto, conseguir-se-á reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

**DESCRITORES:** Gestação de alto risco; prematuridade; ameaça de abortamento; anemia.

## INTRODUÇÃO

A gravidez de alto risco é responsável por 50% da mortalidade fetal anteparto<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>. Toda gestação traz risco para a mãe ou para o feto, que se encontra aumentado na gestação de alto risco<sup>3</sup>.

Embora não haja uma definição acerca da gravidez de alto risco, entende-se ser esta, a gravidez onde existem fatores que sujeitam a mãe, e/ou feto, e/ou recém-nascido, à maior probabilidade de dano<sup>4</sup>.

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<sup>2</sup>. 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<sup>4</sup>.

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<sup>4,5,6</sup>.

Para tanto, é preciso investigar as características individuais e condições sócio-demográficas das grávidas, bem como a história reprodutiva anterior à

1. Trabalho realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

2. Graduandas do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA)

3. Professora Doutora da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da UFPA.

4. Professor Mestrando da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da UFPA.

gestação atual, as doenças obstétricas e as intercorrências clínicas. A escassez de estudos regionais atualizados sobre o assunto, torna necessária a aquisição de novos dados acerca 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.

## OBJETIVO

Estabelecer o perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de Gravidez de Alto Risco da FSCMP.

## MÉTODO

Todos as pacientes foram estudadas, 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 FSCMP.

Estudo descritivo do tipo transversal, com dados coletados nos prontuários do ambulatório de Gravidez de Alto Risco.

Adotou-se como critério de inclusão, as pacientes que receberam assistência pré-natal no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCMP, 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 FSCMP, foram identificadas as pacientes atendidas neste ambulatório, 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 que obtivessem 10 ou mais pontos na ficha de seleção do risco gestacional.

Dentre os prontuários catalogados, foram localizados na Gerência de Informação de Pacientes (GIP) da FSCMP 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 no qual foram incluídos todos os dados necessários.

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 pelo programa EXCEL versão 2007. Para editoração do texto foi utilizado o programa Microsoft WORD versão 2007.

De acordo com a natureza das variáveis, aplicou-se 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.

## RESULTADOS

**Tabela I-** Faixa etária das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCMP, 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)

**Tabela II-** Distribuição das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCMP 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>ABORTOS</b>		
Nenhum*	337	61,4
Um	125	22,8
Dois	58	10,6
Três	20	3,6
Quatro ou mais	9	1,6
<b>MOLA</b>		
SIM	12	3,0
NÃO*	389	97,0

Fonte: Protocolo de pesquisa.  
\*p < 0,00001\* (Qui-Quadrado)

**Tabela III-** Antecedentes de prematuridade, neomortalidade, natimortalidade, macrosomia e malformação fetal das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCMP, 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)

**Tabela IV-** Antecedentes obstétricos patológicos das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCMP, 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)

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

Intercorrências Obstétricas da Gestação Atual	Frequência	%
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
Macrosomia Fetal (< 4kg)	4	0,7
Outros	14	2,6

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

**Tabela IV-** Intercorrências clínicas das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCMP, janeiro a julho de 2007

Intercorrências Clínicas	Frequência	%
Hemopatia <sup>1</sup>	244	44,4
Nefropatia	118	21,5
Ginecopatia	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.  
p > 0,05 (Qui-Quadrado)

## DISCUSSÃO

A gravidez de alto risco apresenta uma incidência que oscila entre 10 a 20 %<sup>4</sup>, sendo responsável por 50% da mortalidade fetal anteparto<sup>1</sup>.

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)<sup>7</sup> e Cavalcante et al. (1997)<sup>6</sup>. Enquanto que, Faneite et al. (2000)<sup>8</sup> identificaram em sua casuística maior percentual de gravidez de alto risco entre as adolescentes. Segundo Cavalcante et al. (1997)<sup>6</sup>, a faixa etária mais incidente é compatível com o menacme, fase de maior atividade reprodutiva da mulher.

É válido ressaltar que se 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<sup>9</sup>, acarretando em repercussões clínicas, sociais e, conseqüentemente, aumento dos registros de gestações de alto risco<sup>6</sup>.

De acordo com Fielding (1978 apud ARAÚJO; FRANÇA, 1995)<sup>10</sup>, 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)<sup>11</sup>, observou que os riscos para a gravidez em adolescentes devem-se 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<sup>9,12</sup> 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.

No que concerne ao número de gestações anteriores, não houve diferença significativa entre estes. Em contrapartida, Cavalcante et al. (1997)<sup>6</sup> e Galarreta; Ascón e Aroca (1986)<sup>13</sup> encontraram maior incidência de primigestas em seu estudo.

Ao se analisar o perfil de paridade, obteve-se um leve predomínio de nulíparas. Espada (1981)<sup>7</sup> e Cavalcante et al. (1997)<sup>6</sup> também relatam em seus trabalhos a nuliparidade como perfil predominante. Este achado pode estar relacionado à maior divulgação e acesso aos métodos anticoncepcionais<sup>6</sup> 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)<sup>6</sup>. 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<sup>13</sup>, 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)<sup>6</sup> e Espada (1981)<sup>7</sup>. 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)<sup>14</sup>, 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)<sup>15</sup>, afirma que mulheres com antecedente de abortamento não apresentam um risco, significativamente, maior de uma segunda perda fetal consecutiva.

Segundo Azevedo et al. (2002)<sup>16</sup>, a prematuridade entre gestantes em idade avançada pode estar associada a fatores relacionados a intercorrências clínicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia e infecção urinária, ou

obstétricas como a ruptura prematura de membranas e placenta prévia.

A prematuridade alcançou resultados superiores aos descritos por Espada (1981)<sup>7</sup>, Cavalcante et al. (1997)<sup>6</sup> e Faneite et al. (2003)<sup>17</sup>. Segundo Victora (2001, apud SILVEIRA et al., 2008)<sup>18</sup>, 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)<sup>19</sup> 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, acredita-se 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<sup>6</sup>, a DHEG apresenta-se como intercorrência que atingiu maior percentual. Fato também observado por Faneite et al. (2003)<sup>17</sup>. Já Galarreta; Ascón e Aroca (1986)<sup>13</sup> descrevem o trabalho de parto prematuro e rotura prematura de membranas como os mais representativos em sua casuística. Enquanto que Faneite et al. (2000)<sup>8</sup> 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)<sup>14</sup>, aumenta o risco para novos eventos. Este achado pode ainda ser decorrente da alta incidência de incompetência istmo cervical, pois de acordo com Harger et al. (1983, apud BARINI et al., 2000)<sup>20</sup>, os defeitos anatômicos do útero são tidos como

possíveis causas de abortamento, incluindo-se entre estes a incompetência istmo-cervical, septos uterinos e sinéquias.

Na casuística em questão, a anemia representou a intercorrência clínica mais significativa, semelhante aos achados descritos por Espada (1981)<sup>7</sup> e Faneite et al. (2003)<sup>17</sup>. Opostamente, Cunha et al. (1990)<sup>21</sup> encontrou em sua série a HAC e Cavalcante et al. (1997)<sup>6</sup>, 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 Nordeste do Brasil. Cavalcante et al. (1997)<sup>6</sup> 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<sup>22</sup>.

De acordo com Santos e Cerqueira (2008)<sup>22</sup>, a anemia na gravidez destaca-se, não só pela freqüência 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.

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 doenças 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.

## CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a população atendida no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCMP, período de janeiro a julho de 2007, é constituída principalmente por mulheres na faixa etária

de 21 a 30 anos. 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.

## SUMMARY

### CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS TREATED IN CLINIC OF HIGH RISK PREGNANCY IN THE FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Cecília Mendes MARREIRO, Nicelly Cristina Ferreira da PAIXÃO, Nara Macedo Botelho BRITO e José Carlos Wilkens CAVALCANTE

**Objective:** Establish the clinical and epidemiological profile of patients treated in clinic of high risk pregnancy in the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Method:** Became made a descriptive study, type of cross and was collected in retrospect way the charts of patients treated in 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. **Results:** Was found that 50.1% of these patients were in age from 21 to 30 years. There was no significant difference between the number of pregnancies. Regarding parity, there was a higher percentage among those who never lambed (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%). **Conclusion:** 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.

## REFERÊNCIAS

1. Rezende J, Montenegro CAB- Obstetrícia Fundamental, 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 328, 1987.
2. Ciari Júnior C, Almeida PAM- Elementos de avaliação do "risco gravídico". Rev. Saúde Pública. 1972; 6(1): 57-8.
3. Gomes R, et al- Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001; 9(4): 64.

4. Corrêa MD- Noções Práticas de Obstetrícia, 11 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 281 e 286, 1994.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Manual Técnico – Gestação de Alto Risco. Brasília: MS, 2000. p.13-17.
6. Cavalcante JCW, et al- Gravidez de alto risco: análise estatística das patologias mais incidentes no ambulatório de tocoginecologia da UFPA. Revista Paraense de Medicina. 1997; 11(2): 32-40.
7. Espada AM- Diagnóstico etiológico de 400 casos de embarazo de alto riesgo. Acta. Méd. Costarric. 1981; 24(2): 87-92.
8. Faneite P, et al- Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela. 2000; 60(4): 217-221.
9. Murata MK, et al- Gravidez na adolescência: estudo epidemiológico no hospital evangélico de Curitiba. ACM. Arq. Catarin. Med. 1998; 27(1/4): 20.
10. Fielding JE- Adolescent pregnancy revisited. N. Engl. J. Med. 1978; 299:893. Apud Araújo LFB, França BEC- Incidência de complicações clínicas em adolescentes grávidas. J. Bras. Med. 1995; 68(6): 64.
11. Mcanarney ER- Adolescent pregnancy. A national priority. Am. J. Dis. Child. 1978; 132: 125. Apud Araújo LFB, França BEC- Incidência de complicações clínicas em adolescentes grávidas. J. Bras. Med. 1995; 68(6): 64.
12. Magalhães MC, et al- Gestação na adolescência precoce e tardia - há diferenças nos riscos obstétricos? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006; 28(8): 446.
13. Galarreta RA, Ascón RA, Aroca EM- Embarazo de alto riesgo: hospital de especialidades médicas Belén-Trujillo. Diagnóstico (Perú). 1986; 18(2): 54.
14. Watanabe CL, et al- Achados ultra-sonográficos em pacientes com ameaça de abortamento no primeiro trimestre da gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2000; 22(5): 275-7.
15. Everett C- Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. BMJ, 1997; 315: 32-4. Apud Watanabe CL, et al- Achados ultra-sonográficos em pacientes com ameaça de abortamento no primeiro trimestre da gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2000; 22(5): 277.
16. Azevedo GV, et al- Efeitos da idade materna sobre os resultados perinatais. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002; 24(3): 182.
17. Faneite P, et al- ¿Em cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal? Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2003; 63(2): 61-6.
18. Victora CG- Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev. Bras. Epidemiol. 2001; 4(1): 63-9. Apud Silveira MF, et al- Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(5): 958.
19. Rivero SB- Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome hellp: características maternas y resultado neonatal. Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramón Sardá. 2002; 21(1): 18-21.
20. Harger JH, et al- Etiology of recurrent pregnancy losses and outcome of subsequent pregnancies. Obstet. Gynecol. 1983; 62: 574-81. Apud Barini R, et al- Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2000; 22(4): 218.
21. Cunha AA, et al- Gestação de alto risco – avaliação de sua incidência. Jornal Brasileiro de Ginecologia. 1990; 100(3-4): 83-5.
22. Santos PNP, Cerqueira EMM- Prevalência de anemia nas gestantes atendidas em Unidades de Saúde em Feira de Santana, Bahia, entre outubro de 2005 e março de 2006. RBAC. 2008; 40(3): 219.

#### **Endereço para correspondência**

Cecília Mendes Marreiro

Tel: (91) 3244-1975 / 8134-6353.

Passagem Nossa Senhora Auxiliadora, 2631. Pedreira.

CEP: 66080-195.

E-mail: [ceciliamendesmarreiro@yahoo.com.br](mailto:ceciliamendesmarreiro@yahoo.com.br)

Recebido em 19.06.09 – Aprovado em 27.08.09