



---

# Rastreamento







# Classificação do risco

- 1 Introdução
- 2 Considerações teóricas
- 3 Utilidade da classificação
- 4 Conclusões

## 1 Introdução

Um dos principais objetivos da atenção pré-natal é identificar fatores que poderiam colocar a mãe ou o bebê sob maior risco de um resultado adverso, num momento em que se possa intervir para evitar ou reduzir as conseqüências prejudiciais. Outros capítulos deste livro abordam o processo de rastreamento de problemas específicos. Neste capítulo, consideramos um aspecto bastante diferente, o risco geral das mulheres e a gravidez.

Há muito tempo os profissionais sabem que algumas mulheres são mais propensas que outras a apresentar problemas durante a gravidez. Aspectos da sua história familiar, história médica pregressa, história obstétrica pregressa ou achados observados ao exame físico ou laboratorial podem aumentar o risco de seqüelas graves. Os clínicos, de forma consciente ou subconsciente, formal ou informal, tentam identificar essas mulheres e oferecer-lhes maior supervisão e atenção. Entretanto, ainda se questiona se a avaliação do risco de maneira formal e quantitativa é mais eficaz que os métodos usados tradicionalmente, e se os rótulos e intervenções decorrentes da avaliação do risco melhoram o resultado para a mãe ou o bebê.

## 2 Considerações teóricas

O objetivo primário de um sistema de classificação do risco é agrupar mulheres em categorias diferentes, para as quais podem ser planejadas, recomendadas e implementadas ações específicas. Foram propostos vários sistemas de classificação, nos quais os supostos fatores de risco de uma mulher são identificados e somados para produzir uma “pontuação de risco” total. Em alguns deles, o processo foi aperfeiçoado (ou complicado) atribuindo-se um peso para cada risco, de forma que riscos relativamente pequenos aumentam pouco a pontuação, enquanto riscos mais graves recebem maior ênfase.

Teoricamente, um processo racional de classificação do risco deve ser mais preciso que o processo bastante nebuloso de impressão clínica que faz parte da prática clínica diária. Entretanto, essa conduta tem vários problemas. Em primeiro lugar, é difícil fazer estimativas quantitativas do risco exato associado a um determinado fator. Esse tipo de informação só é possível com determinados fatores, geralmente os mais graves, que por si sós já são suficientes para alertar o clínico. Em segundo lugar, não há indicações de que a atribuição de um número ou peso a uma característica permita que seja somada a outras para se chegar a uma medida válida do risco. A combinação de três fatores de risco semelhantes não corresponde ao triplo do risco de uma delas.

Também existem dificuldades na definição dos fatores de risco. Por exemplo, “sangramento” também inclui *spotting* ou sangramento de uma lesão local na vagina ou no colo do útero? A necessidade de dicotomizar variáveis contínuas que são tão diferentes umas das outras quanto a pressão arterial (que grau de elevação?) ou o tabagismo (que quantidade?) impõe uma rigidez que freqüentemente pode ser contraproducente. Com a classificação formal do risco, uma mulher pode ser designada para um grupo de alto risco devido a definições fixas dos indicadores de risco, enquanto um clínico competente — ou a própria mulher — poderia ter avaliado a situação de forma mais sensível por julgamento clínico ou bom senso.

A classificação do risco prevê melhor os resultados na segunda gestação, ou em gestação posterior, do que quando é usada em mulheres grávidas pela primeira vez. O pequeno valor preditivo dos sistemas de classificação nas nulíparas é, ao menos em parte, inerente à escolha dos marcadores de risco, muitos dos quais estão relacionados a características da história obstétrica prévia.

Alguns sistemas de classificação exigem que as mulheres sejam avaliadas apenas uma vez, na primeira consulta, enquanto outros podem exigir reavaliação a cada consulta pré-natal. A reavaliação permite a inclusão de complicações que surgem na gravidez atual e a revisão da pontuação para cima ou, o que é menos comum, para baixo, dependendo das novas circunstâncias. Um sistema de classificação útil deve permitir a determinação do risco a tempo para que sejam tomadas medidas apropriadas. Os sistemas de classificação correspondem melhor aos resultados se forem implementados na gravidez



avançada, ou se permitirem reajuste durante a gravidez. Isso leva ao paradoxo de que as previsões mais precisas são feitas quando há menor necessidade ou oportunidade de influenciar o curso dos eventos, enquanto a identificação precoce do risco, que poderia ser mais útil, é imprecisa.

### 3 Utilidade da classificação

Basicamente, a classificação do risco é um teste de rastreamento, e deve ser adaptada aos critérios necessários para todos os bons testes de rastreamento. O teste deve ser capaz de discriminar claramente entre aquelas que correm, e as que não correm, alto risco, e deve haver tratamento eficaz para aquelas identificadas como de alto risco. Os valores preditivos positivos e negativos de todos os sistemas de classificação são insatisfatórios. Dependendo do limite e do teste escolhido, apenas 10 a 30% das mulheres pertencentes aos grupos de alto risco realmente apresentam o efeito adverso cujo risco o sistema de classificação afirma existir. Vinte a 50% das mães que dão à luz lactentes prematuros ou de baixo peso ao nascimento têm baixas pontuações de risco. Como em muitos outros testes, ainda é necessário determinar a sensibilidade, especificidade, validade e utilidade dos sistemas de classificação de risco.

Pode ser útil para o clínico saber que gravidezes sob seus cuidados são mais propensas a ter resultados adversos. Entretanto, para a mulher individualmente, ser rotulada como de “alto risco” só será benéfico se for possível fazer algo para reduzir o risco ou suas conseqüências. Se, por outro lado, o rótulo resultar no uso de uma intervenção que não era necessária, terá causado mais danos que benefícios.

Embora freqüentemente sejam denominados fatores de risco, a maioria dos elementos incorporados à pontuação representa apenas indicadores de risco, mostrando que há uma associação estatística com um determinado resultado. Esses indicadores de risco não causam o resultado. Os mais importantes deles, como paridade, peso antes da gravidez, altura e história reprodutiva pregressa, não podem ser modificados por qualquer intervenção. Para a mulher identificada como de “alto risco”, a ameaça do resultado adverso associada à impossibilidade de modificar seus indicadores pode causar ansiedade. Da mesma forma, ser identificada como de “baixo risco” não garante um bom resultado. É muito fácil cair na armadilha de acreditar que “risco” implica um destino, e não uma previsão freqüentemente errada.

A melhor forma de determinar a eficácia de sistemas formais de classificação do risco é realizar estudos randomizados

e controlados nos quais a avaliação formal do risco é um componente da atenção pré-natal a um grupo de mulheres, enquanto um grupo de controle recebe a atenção pré-natal habitual sem classificação formal do risco. Esses estudos não foram realizados.

Vários estudos de observação afirmaram que houve redução dos partos prematuros após a introdução da classificação sistemática. Eles atribuíram essa melhora à melhor seleção daquelas mulheres que necessitam de tratamento e à melhor “sistematização das intervenções”. Em muitas situações houve aumento da freqüência com que foram realizadas intervenções de valor dúbio. Embora alguns autores tenham expressado a crença de que sua política de prevenção foi importante na redução geral das taxas de parto pré-termo, a maioria dos casos de melhora do resultado ocorreu nas mulheres consideradas de baixo risco.

### 4 Conclusões

Os sistemas formais de classificação do risco são uma bênção mista para determinada mulher e seu bebê. Podem ajudar a oferecer um nível mínimo de cuidados e atenção em situações em que esses são inadequados. Entretanto, em outras situações, a classificação formal do risco e a rotulagem resultam em várias intervenções não-indicadas. A introdução da classificação do risco na prática clínica traz o perigo de substituir um possível risco de resultado adverso pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosos.

Os potenciais benefícios da classificação do risco foram amplamente alardeados, mas os possíveis danos raramente são mencionados. Esses danos podem resultar da invasão injustificada da vida particular das mulheres, de intervenções e tratamentos supérfluos, da geração de estresse e ansiedade desnecessários e da alocação de recursos escassos para áreas onde eles não são necessários.

#### Fontes

*Effective care in pregnancy and childbirth*

**Mohide, P. and Grant, A.**, Evaluating diagnosis and screening during pregnancy.

**Alexander, S. and Keirse, M.J.N.C.**, Formal risk scoring during pregnancy.

*Outras fontes*

**Chard, T. and Carrol, S.** (1990). A computer model of antenatal care: relationship between the distribution of obstetric risk factors in simulated cases and in a real population. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 35, 51–61

**Hall, P.** (1994). Rethinking risk. *Can. Fam. Physician*, 40, 1239–44