

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES DE ALTO RISCO DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL

Paula Fernanda Jantsch¹, Ioná Carreno², Adriane Pozzobon³,
Fernanda Scherer Adami⁴, Carolina de Souza Leal⁵,
Ticiane Codevila da Silva Mathias⁶, Amanda Savaris Ludwig⁷,
Pedro Henrique Fernandes Bergo⁸

Resumo: Introdução: No mundo, em torno de 20% das gestações apresentam uma evolução desfavorável, implicando em risco tanto para a mãe quanto para o bebê, caracterizando-se como gestação de alto risco. Objetivo: analisar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul, 2014. Metodologia: A presente pesquisa é um estudo do tipo descritivo-exploratório, transversal de caráter epidemiológico e quantitativo. A amostra deste estudo foi composta pela totalidade dos prontuários das gestantes acompanhadas no ambulatório especializado da região central do Rio Grande do Sul em 2014. Resultados: Constatou-se que as doenças com maior prevalência foram Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus Gestacional, sendo que a maioria das gestantes era de cor branca, com idade entre 30 e 39 anos e foram

-
- 1 Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade do Vale do Taquari Univates.
 - 2 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Vale do Taquari Univates.
 - 3 Biomédica. Mestrado e doutorado em Ciências Biológicas - Fisiologia. Docente da Universidade do Vale do Taquari Univates.
 - 4 Nutricionista. Mestrado em Gerontologia Biomédica. Doutorado em Ciências Ambiente e Desenvolvimento. Docente da Universidade do Vale do Taquari Univates.
 - 5 Médica. Residência em ginecologia e obstetrícia. Docente da Universidade do Vale do Taquari Univates.
 - 6 Médica. Residência em ginecologia e obstetrícia. Mestrado em Ciências da Saúde. Docente da Universidade do Vale do Taquari Univates.
 - 7 Acadêmica do curso de medicina da Universidade do Vale do Taquari Univates.
 - 8 Acadêmico do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica PUC/RS.

encaminhadas ao serviço entre o segundo e terceiro trimestre de gestação. Conclusões: Os resultados do presente estudo podem auxiliar profissionais da saúde no atendimento de gestantes de alto risco, especialmente na atenção primária, visando melhorias na saúde materno-infantil. Com um pré-natal de qualidade é possível reduzir taxas de morbidades que afetam as gestantes, diminuindo assim o risco materno-infantil.

Palavras-chave: Saúde Materna; Gravidez de alto risco; Hipertensão; Diabetes Gestacional.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que pode ser considerado pelas gestantes e profissionais da saúde como uma experiência de vida saudável, a qual proporciona mudanças dinâmicas no âmbito físico, social e emocional. Porém, algumas gestantes em condições socioeconômicas desfavorável e comorbidades apresentam maior probabilidade de desenvolver uma evolução desfavorável, implicando em risco tanto para a mãe quanto para o bebê, caracterizando-se como gestação de alto risco. Dentre as doenças que as gestantes podem desenvolver estão diabetes gestacional não controlada, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de Hellp (BRASIL, 2012; COSTA E SILVA, 2013).

A gestação é considerada de alto risco quando a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto podem ser atingidas por complicações. Aproximadamente 15% das gestações apresentam complicações que requerem uma assistência qualificada e especializada. Mesmo que as intercorrências sejam as mesmas em todo o mundo, as consequências podem variar conforme a demografia na qual a gestante está inserida (BRASIL, 2012; PIMENTA, 2012).

Nos países em desenvolvimento o cenário é de fragilidade tendo em vista que, em 2005, registraram-se 533 mil mortes maternas. No Brasil, neste mesmo ano, houve 1.619 óbitos maternos, os quais em sua maioria poderiam ter sido evitados se ocorresse o atendimento adequado, assim como, intervenções apropriadas reduzem o risco de morte e morbidade do recém-nascido, particularmente no período neonatal que representa 25% dos casos de mortalidade (PIMENTA, 2012).

As morbimortalidades maternas e perinatais continuam com índices elevados em nosso país, em desacordo com o atual nível de desenvolvimento social. A maioria dos óbitos e complicações do período gravídico e do puerpério são evitáveis, exigindo a participação ativa do sistema de saúde. Destaca-se que os países em desenvolvimento já conseguiram melhorias nos seus indicadores e resultados a partir de ações organizadas e integradas de cobertura abrangente, por meio da utilização de tecnologia simples e economicamente viável (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha foi criada com objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal bem como melhorar o atendimento às gestantes. A partir

disso, criaram-se os Ambulatórios de Gestação de Alto Risco, que representam o sistema de referência onde é oferecido atendimento multiprofissional com acompanhamento periódico de doenas **prévias ou da própria gestao** (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012). Dessa forma este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul, 2014.

METODOLOGIA

O estudo é de caráter epidemiológico do tipo exploratório-descritivo, transversal e quantitativo, foi desenvolvida no ambulatório especializado em atendimento de gestantes de alto risco na região central do RS. A coleta de dados foi realizada nos prontuários das gestantes que continham as informaoes completas, constituíram-se em critérios de exclusão os prontuários das gestantes que foram transferidas para outro servio de saúde. Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2016.

O banco de dados foi organizado em planilha Excel, de acordo com as variáveis sociodemográficas e suas estratificaoes correspondentes, foram a faixa etária, cor/raa, escolaridade, estado civil e com quem reside. As variáveis obstétricas analisadas foram os dados obstétricos, antecedentes obstétricos, morbidades e motivo do encaminhamento. O banco de dados foi exportado para software SPSS v. 21 para análise estatística e os resultados foram apresentados em tabelas. A pesquisa foi aprovada pelo Comit  de  tica em Pesquisa da UNIVATES, sob protocolo n  1.591.097, estando de acordo com a resoluo do Conselho Nacional de Saúde n  466/2012.

RESULTADOS

Neste estudo foram revisados 233 prontuários de gestantes de alto risco, que tiveram acompanhamento no ambulatório especializado em 2014. Em relao a faixa etária, os dados mostraram uma maior concentrao de gestantes entre 30 e 34 anos 29,4% (n=69), seguido das com 35 e 39 anos 20,2% (n=47) e abaixo de 20 anos, com percentual de 7,3% (n=17). (Tabela 1)

Em relao à escolaridade, observou-se que 50,6% (n=118) das gestantes apresentavam o ensino fundamental, e a apenas 3,9% (n=9) o ensino superior. A maioria 82% (n=191) das gestantes do estudo eram de cor branca e 75,1% (n=175) delas responderam que possuem companheiro. Quando analisado o número de gestaoes a maioria 76,8% (n=179) era múltipara e foi encaminhada ao ambulatório no segundo trimestre de gestao 42,5% (n=99) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes atendidas no ambulatório especializado, região central do RS, Brasil, 2014

Variável	N	%
Faixa etária		
< 20 anos	17	7,3
20 a 24 anos	36	15,5
25 a 29 anos	44	18,9
30 a 34 anos	69	29,6
35 a 39 anos	47	20,2
40 a 44 anos	19	8,2
Ignorado	1	0,4
Escolaridade		
Fundamental	118	50,6
Médio	101	43,3
Superior	9	3,9
Ignorado	5	2,1
Cor/raça		
Branca	191	82,0
Parda e preta	37	15,9
Indígena	2	0,9
Ignorado	3	1,3
Estado Civil		
Com companheiro	175	75,1
Sem companheiro	55	23,6
Ignorado	5	1,3
Número de gestações		
Primípara	53	22,7
Múltipara	179	76,8
Ignorado	1	0,4
Idade gestacional		
Primeiro trimestre	46	19,7
Segundo trimestre	99	42,5
Terceiro trimestre	86	36,9
Ignorado	2	0,9

Fonte: pesquisa, 2016.

Os dados representados na Tabela 2 correspondem ao histórico obstétrico dessas usuárias. Observou-se que 58,8% (n=137) não tiveram nenhum parto, 31,8% (n=74) tiveram de um a dois partos e apenas 8,6% (n=20) tiveram de três a cinco partos normais. Das gestantes, 62,2% (n=145) não tiveram nenhum parto cesariana, 34,8% (n=81) tiveram entre um e três e 1,3% (n=03) tiveram mais que quatro cesarianas. A média de abortos encontrada foi de 24,9% (n=58), correspondendo de um a dois abortos, e 72,1% (n=168) não tiveram nenhum aborto. Foi observado que 61,8% (n=144) das gestantes tinham de um

a três filhos nascidos vivos. Em relação aos nascidos mortos, 87,1% (n=203) não tiveram nenhum e 4,3% (n=10) tiveram feto morto (Tabela 2).

Tabela 2. Dados obstétricos anteriores das gestantes atendidas no ambulatório especializado, região central do RS, Brasil, 2014

Variável	N	%
Parto normal		
Nenhum	137	58,8
1 a 2	74	31,8
3 a 5	20	8,6
Ignorado	02	0,9
Parto cesariano		
Nenhum	145	62,2
1 a 3	81	34,8
> 4	03	1,3
Ignorado	04	1,7
Aborto		
Nenhum	168	72,1
1 a 2	58	24,9
3 a 4	04	1,7
Ignorado	03	1,3
Nascidos Vivos		
1 a 3 filhos	144	61,8
4 a 6 filhos	11	4,7
Ignorado	17	7,3
Nascidos Mortos		
Nenhum	203	87,1
1 a 2	10	4,3
>4	01	0,4
Ignorado	19	8,2

Fonte: pesquisa, 2016.

Em relação ao motivo do encaminhamento ao ambulatório especializado destacam-se as doenças de maior prevalência que acometem as gestantes. Entre as principais morbidades, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge 21% (n=49) das gestantes e a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) 12,9% (n=30) das gestantes (Tabela 3).

Tabela 3. Morbidades das gestantes atendidas no ambulatório especializado, região central do RS, Brasil, 2014

Motivo do encaminhamento	N	%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	49	21
Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)	30	12,9
HAS + DMG	11	4,7
Toxoplasmose	5	2,1
HIV	6	2,6
Depressão	17	7,3
Gemelar	2	0,9
Aborto	9	3,9
Câncer de Colo	2	0,9
DM + TPP + > 35 anos	13	5,6
Alterações em exames laboratoriais	25	10,7
RCIU	07	3,0
Idade	18	7,7
Outros	37	15,9
Ignorado	2	0,9

Fonte: pesquisa, 2016.

Salienta-se que entre as morbididades que atingiram as participantes deste estudo, destaca-se as alterações em exames laboratoriais 10,7% (n=25), a idade acima de 35 anos 7,7% (n=18) e transtornos psiquiátricos 7,3% (n=17) como a depressão, ansiedade, tabagismo, consumo de álcool e uso de medicamentos psiquiátricos (Tabela 3).

DISCUSSÃO

No ano de 2014, a maior concentração de gestantes estava na faixa etária entre 30 e 34 anos. O grupo das gestantes menores de 20 anos compreende a faixa etária de menor incidência no serviço de atendimento. Em contraponto a um estudo atual realizado em Francisco Beltrão/PR, Brasil, verificou-se que a maior parte das gestantes tinha idade entre 15 e 35 anos, ou seja, a maioria das gestantes era jovem em idade fértil, sendo que o risco é aumentado na fase adolescente, tais como nas mulheres com idade superior a 35 anos (DALLA COSTA, L, et al., 2016). A gestação que ocorre a partir dos 34 anos é considerada gravidez tardia, apresentando maior disposição para morbididades maternas e fetais (GONÇALVES, ZR, MONTEIRO, DML, 2012).

Na análise dos dados referentes à escolaridade, observou-se que a metade das gestantes apresentava o ensino fundamental, e um número não

expressivo possuía o ensino superior. Em um estudo realizado em um hospital em São Paulo, Brasil, no período de abril a setembro de 2000 com gestantes de risco, 36,6% tinham o ensino fundamental e 9,8% apresentavam o ensino superior completo ou incompleto (GOUVEIA, HG, LOPES, MHBM, 2004), fator que pode influenciar na compreensão das informações ministradas durante a consulta do pré-natal, tanto sobre hábitos de vida como com cuidados em gerais (PEIXOTO, CR, et al., 2012).

Adicionalmente, verificou-se que a maioria das gestantes de alto risco compreendida no estudo era de cor branca. Resultado semelhante ao estudo realizado pelo Instituto da Mulher, da Secretaria de Saúde do município de Francisco Beltrão/PR, Brasil, no ano de 2015, onde 62,3% das gestantes eram de cor branca (DALLA COSTA, L, et al. , 2016). Fator que pode influenciar positivamente, sabendo-se que as mulheres não brancas têm maior pré-disposição genética para HAS em relação às mulheres brancas. Em outro estudo desenvolvido na maternidade pública de Maceió/AL, Brasil, observou-se que a cor da pele parda e preta pouco estavam relacionadas à fatores associados à DMG e síndrome hipertensiva gestacional (OLIVEIRA, ACM, GRACILIANO, NG, 2015). Em uma pesquisa realizada em um centro de referência de pré-natal no município de Santarém/PA, Brasil, descobriu-se que as mulheres pardas e pretas têm maior pré-disposição para HAS em relação às mulheres brancas (ANJOS, JCS, et al, 2014).

Em relação ao estado civil, grande parte das gestantes possui companheiro. Resultado semelhante ao estudo de Dalla Costa et al. (2016), onde constatou-se que 85,5% das mulheres viviam com o companheiro. A presença do companheiro pode remeter à segurança, rapidez e acesso aos serviços de saúde, evitando complicações graves que possam levar ao óbito materno e perinatal (CARRENO, 2017), assim como, é fundamental a presença do pai e da mãe no desenvolvimento da criança para segurança emocional do novo membro (ANJOS, JCS, et al., 2014).

Este estudo demonstrou que a maioria das gestantes era múltipara, resultado semelhante ao realizado em Santarém/PA, Brasil, pois 59% dos casos de pré-natal de alto risco atendidas eram múltiparas (XAVIER, RB, JANNOTTI, CB, SILVA, KS, MARTINS, AC, 2013). E em relação ao encaminhamento para o ambulatório especializado, foram em sua maioria, no segundo e terceiro trimestres da gestação. O pré-natal é uma acompanhamento importante na saúde das mulheres no período gravídico, pois o cuidado prestado pelo serviço de saúde evita desfechos maternos e neonatais desfavoráveis, evitando a morbi-mortalidade materno-infantil (GAMA, SGN, et al., 2014; GOMES, RMT, CÉSAR, JA. 2013). Conforme o Ministério da Saúde, o pré-natal ocorre por medidas acolhedoras e de qualidade, evitando intervenções desnecessárias e verificando precocemente patologias que podem causar risco gestacional. (BRASIL, 2013).

Levando em consideração todo o histórico da gestante, a maior prevalência foi no parto normal quando comparado com a cesariana em suas gestações anteriores. No Brasil, o número de cesarianas vem crescendo significativamente, sendo que no ano de 2000 a incidência de cesárea era de 38% e em 2010 passou para 52%, demonstrando ser um evento que acontece em todos os níveis socioeconômicos (GAMA, SGN, et al., 2014). Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (1996) foi constatado que 33% dos partos normais são realizados pelo SUS enquanto que 67% foram realizados pelo sistema suplementar no Brasil. A escolha da via de parto é determinada por vários fatores, avaliando o risco e benefícios às gestantes. Para isso, são necessárias informações corretas sobre o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, bem como direito à escolha da via de parto. As informações que são abordadas no decorrer da gestação sobre o tipo de parto são de suma importância para troca de conhecimento aliviando, assim, a ansiedade das mulheres durante o parto e gestação. Em um estudo realizado em Florianópolis/SC, Brasil, no ano de 2010, as participantes mostraram relevar a importância da informação, podendo assim se preparar para o parto, conhecendo as vantagens de cada tipo de parto e de que forma essa escolha acarreta na vida do bebê (COSTA E SILVA, SP, PRATES, RCG, CAMPELO, BQA, 2014; VELHO, MB, DOS SANTOS, EKA, COLLAÇO, VS, 2015).

O histórico de abortos prévios se mostrou presente em algumas gestantes que fizeram o acompanhamento, resultados semelhantes foram encontrados no ambulatório de pré-natal da FIOCRUZ, sendo que 31,2% das mulheres informaram algum episódio e 10,7% já haviam abortado duas ou mais vezes (XAVIER, RB, JANNOTTI, CB, SILVA, KS, MARTINS, AC, 2013).

Em um estudo realizado em Porto Alegre/RS, com nascidos vivos e mortos, foram encontrados resultados semelhantes ao atual, sendo que 4,6% das gestantes referiram ter pelo menos um filho nascido morto no seu passado obstétrico¹⁶. Em outro estudo de coorte realizado pela pesquisa “Nascer no Brasil” que analisou 23.940 prontuários, foi encontrado 24.061 nascidos vivos e 268 óbitos neonatais (LANSKY, S, et al., 2014).

As morbidades de maior incidência no serviço foram HAS e DMG. Em estudo prévio realizado no Paraná, Brasil, no ano de 2015, entre as gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco, 24,6% apresentavam diagnóstico de HAS. Esta morbidade é responsável por um índice elevado de morbidade e mortalidade materna e perinatal (PEIXOTO, MV; MARTINEZ, MD, VALLE, NSB, 2008). Em outro estudo realizado em Fortaleza/CE, Brasil, a ocorrência de DMG prevaleceu em mulheres não brancas com idades entre 27 e 37 anos, mas o estudo brasileiro de DMG não encontrou relação com o fato (NETA, FAV, et al., 2014). O diagnóstico precoce corresponde à percepção das alterações da tolerância à glicose e permite medidas terapêuticas que priorizam evitar e postergar as complicações da patologia, preservando a saúde do binômio mãe-bebê (JACOB, TA, et al., 2014).

CONCLUSÃO

Na gestação é importante que os profissionais da saúde identifiquem precocemente riscos ou complicações para que possam desencadear ações direcionadas aos fatores de risco, com possibilidade de resgate do bem-estar materno e neonatal. Na atenção integral a saúde da gestante no pré-natal, seja de risco habitual ou alto risco, deve-se desencadear a proteção à vida das gestantes, pois é um dever do Estado e uma obrigação dos profissionais que atendem as mulheres no período gravídico.

Entre os principais resultados deste estudo destaca-se o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco atendidas no ambulatório especializado, são gestantes com idade acima de 30 anos, brancas, possuem ensino fundamental, com companheiro e encaminhadas ao atendimento especializado entre o segundo e terceiro trimestre de gestação. As morbidades de maior prevalência materna foram a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus Gestacional, demonstrando a importância de um pré-natal precoce visando diminuir os fatores de risco para estas doenças. Dessa forma, os resultados deste estudo busca auxiliar os profissionais da saúde que realizam atendimento às gestantes a desenvolver um olhar mais aguçado sobre o perfil e as principais características epidemiológicas, com a finalidade de adequar a atenção prestada às gestantes reduzindo os riscos à saúde da mãe e do bebê, assim como, espera-se que políticas públicas e ações minimizem os riscos à saúde das mulheres no período reprodutivo.

REFERÊNCIAS

ANJOS, JCS, et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. *Rev Para Med*, 2014; 28(2): 23-33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Portaria 1.459/2011 - Rede cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

COSTA E SILVA, et al. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo hospitalização. *Rev Enfer UERJ* 2013; 2: 792 – 7.

COSTA E SILVA, SP, PRATES, RCG, CAMPELO, BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM* 2014; 4(1): 1-9.

DALLA COSTA, L, et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm* 2016; 21(2): 01-08.

GAMA, SGN, et al. Fatores Associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(1): 117- 127.

GOMES, RMT, CÉSAR, JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(27): 80-9.

GONÇALVES, ZR, MONTEIRO, DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Femina* 2012; 40:5.

GOUVEIA, HG, LOPES, MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(2): 175-182.

JACOB, TA, et al. Diabetes *Mellitus* Gestacional: uma revisão de literatura. *Braz J Surg Clin Res* 2014; 6(2): 33-37.

LANSKY, S, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(1): 192-207.

NETA, FAV, et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. *Rev Rene* 2014; 15(5): 823-31.

OLIVEIRA, ACM, GRACILIANO, NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes *mellitus* gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol Serv Saúde*, 2015; 24(3): 441-451.

PEIXOTO, MV; MARTINEZ, MD, VALLE, NSB. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. *Rev Edu Meio Amb e Saúde* 2008a; 3(1): 208-222.

PEIXOTO, MV; MARTINEZ, MD, VALLE, NSB. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. *Rev Edu Meio Amb e Saúde* 2008b; 3(1): 208-222.

PEIXOTO, CR, et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. *Reme – Bra-* 2012; 16(2): 171-177.

PIMENTA, AM, et al. Programa “Casa das Gestantes”: perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(4): 912-920.

VELHO, MB, DOS SANTOS, EKA, COLLAÇO, VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Rev Bras Enferm 2014; 67(2): 282-9.

XAVIER, RB, JANNOTTI, CB, SILVA, KS, MARTINS, AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. Ciênc Saúde Coletiva 2013; 18(4): 1161-1171.