

INFLUÊNCIA DO PESO MATERNO ADQUIRIDO NA GESTAÇÃO NA CLASSIFICAÇÃO DE PREMATURIDADE

GIOVANA RIBEIRO PEGORARO¹; **THIELEN BORBA DA COSTA²**; **BETÂNIA BOEIRA SHEER³**; **ANDRIELE MADRUGA PERES⁴**; **SIMONE MUNIZ PACHECO⁵**; **SANDRA COSTA VALLE⁶**

¹*Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança – HE/UFPEL*
giovana.pegoraro@hotmail.com

²*Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança – HE/UFPEL*
thielenborba@hotmail.com

³*Mestrado em Nutrição e Alimentos – UFPEL* – *nutricionistabetania@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas* – *andrieleperes@gmail.com*

⁵*Hospital Escola – UFPEL/EBSERH* – *simonemunizpacheco@gmail.com*

⁶*Faculdade de Nutrição – UFPEL* – *sandracobcostavalle@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

O recém-nascido prematuro é definido como um nascido vivo antes de completar 37 semanas de gestação, e para fins de prognóstico, pode ser classificado em prematuro extremo (< 28 semanas), muito prematuro (28 a < 32 semanas), prematuro moderado (32 a < 34 semanas) e prematuro tardio (34 a < 37 semanas) (JAMAL & SCRIVASTAVA, 2017). Os bebês nascidos nestas condições apresentam um risco aumentado de comprometimento do desenvolvimento neurológico e de complicações relacionadas ao sistema respiratório e gastrointestinal (CHEN et al., 2019). Além disso, suas peculiaridades estruturais, sistêmicas e metabólicas demandam cuidados de maior complexidade (AUGUSTO et al., 2009).

A prematuridade é considerada um problema de saúde pública complexo, pois se trata de uma questão multifatorial que se inter-relaciona e que pode variar em diferentes populações (OLIVEIRA et al., 2016). Estima-se que anualmente nasçam cerca de 15 milhões de bebês prematuros no mundo, estando o Brasil entre os dez países com as taxas mais elevadas (WHO, 2018). As complicações prematuras do nascimento são a principal causa de morte neonatal e de crianças menores de 5 anos de idade (WHO, 2018).

A prematuridade é precipitada por diversos fatores de risco englobando características sociodemográficas maternas como idade ≤ 18 e ≥ 35 anos, baixo peso pré-gestacional, tabagismo, uso de drogas e bebidas alcoólicas, baixo nível socioeconômico, estado civil, baixa escolaridade e o estresse durante a gestação (ALMEIDA et al., 2012). Além disso, destacam-se as características clínicas maternas que também interferem a exemplo do histórico prévio de prematuridade, presença de intercorrências gestacionais (doença hipertensiva, sangramento vaginal, infecção do trato urinário, dentre outras), e assistência pré-natal ausente ou inadequada (ALMEIDA et al., 2012). Todos os fatores descritos são determinantes para um desfecho gestacional negativo (ALMEIDA et al., 2012).

Além desses fatores o ganho de peso materno durante a gestação possui implicação direta na saúde materno-infantil e por isso existem valores de referência de ganho de peso total diferenciados considerando o estado nutricional pré-gestacional (GONÇALVES et al., 2012). Estes valores ficam em torno de 12,5 a 18 kg para mulheres com baixo peso, de 11,5 a 16 kg para peso adequado, 7 a 11 kg para sobrepeso e ≤ 7 kg para obesidade, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Diante disso, o objetivo do presente estudo

foi investigar a associação entre ganho de peso materno e a idade gestacional ao nascer de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal.

2. METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal com RNPT admitidos na UTIN do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPel), na cidade de Pelotas – RS, no período de maio a outubro de 2017. Foram incluídos no estudo neonatos prematuros, de ambos os sexos e excluídos os gemelares. Os responsáveis foram esclarecidos sobre o protocolo do estudo e os que autorizaram a participação dos RNPT assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Na sequência responderam a questionários contendo informações relativas a dados sociodemográficos e de saúde. As variáveis clínicas foram coletadas diretamente dos prontuários e das evoluções diárias na UTIN.

Como variáveis sociodemográficas maternas, foram coletadas idade, cor/raça, renda, escolaridade e estado civil. As variáveis de saúde e comportamentais foram: complicações na gestação atual, complicações prévias a gestação (a partir de diagnóstico prévio), uso de drogas na gestação (álcool, tabaco ou drogas de abuso), número de consultas pré-natais e tipo de parto. A IG foi a considerada mais adequada pela equipe de profissionais da UTI, sendo como primeira opção aquela a partir da data da última menstruação. Quando não confiável, seguiu-se a ordem: IG a partir de ultrassom gestacional ou método capurro. O ganho de peso total materno ao final da gestação foi obtido por meio da diferença entre o peso pré-gestacional e o último peso gestacional.

Este projeto está inserido em um projeto maior, caracterizado como Projeto Guarda Chuva intitulado Atuação Específica e Multiprofissional em um Programa de Residência em Atenção à Saúde da Criança, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, sob o número 1.639.674, via Plataforma Brasil.

Os dados foram digitados no Microsoft Office Excel® 2013 e analisados com o software STATA® versão 15. Os resultados foram expressos como frequência absoluta e relativa. Foi utilizado o teste exato de Fischer para avaliar a associação entre as categorias de idade gestacional de nascimento e as categorias de ganho de peso materno. O nível de significância adotado foi de $p<0,05$.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletadas informações de 48 RNPT e de suas mães. Após aplicados os critérios de exclusão a amostra resultou em 38 RNPT. A maioria dos bebês eram do sexo masculino (60,5%), e no que se refere às mães, 94,7% (36) eram casadas, 60,5% (23) realizaram parto cesárea e 31,6% (12) não possuíam grau de instrução algum (Tabela 1).

Tabela 1: Características maternas e de recém-nascidos prematuros, internados em unidade de terapia intensiva neonatal, Pelotas-RS (n=38).

| Características Maternas | Média (\pm DP) |
|-----------------------------|--------------------------|
| Idade | 28,7 (\pm 8,4) |
| Renda familiar mensal (R\$) | 2.857,2 (\pm 2.499,5) |

| | |
|--|---------------------|
| Peso pré-gestacional (kg) | 65,0 ($\pm 16,9$) |
| Último peso gestacional (kg) | 73,0 ($\pm 14,9$) |
| Peso total (kg) | 8,0 ($\pm 5,2$) |
| Número de consultas de pré-natal | 5,7 ($\pm 2,1$) |
| Características dos neonatos prematuros | |
| Idade gestacional (semanas) | 32,5 ($\pm 2,4$) |
| Peso (g) | 1.73 ($\pm 0,5$) |
| Comprimento (cm) | 42,9 ($\pm 3,9$) |
| Perímetro cefálico (cm) | 29,1 ($\pm 2,9$) |

Constatou-se que o ganho de peso materno não se associou à idade gestacional de nascimento dos RNPT (Tabela 2). Esse resultado difere de outros estudos que mostraram que os extremos de ganho de peso total gestacional associaram-se a desfechos fetais desfavoráveis, a exemplo da prematuridade (WHO, 2019). Apesar da amostra ser representativa da população de RNPT de Pelotas e região, pode ser necessária uma amostra maior que poderá indicar melhor a tendência dos resultados encontrados no presente estudo.

Tabela 2: Idade gestacional ao nascer, de acordo com o ganho de peso materno de recém-nascidos prematuros, internados em unidade de terapia intensiva neonatal, Pelotas-RS (n=38).

| Idade gestacional de nascimento (semanas) | Ganho de peso materno | |
|--|----------------------------|------------------------|
| | $\leq 8\text{kg}$ n (%) | $>8\text{kg}$ n (%) |
| ≤ 28 a <32 | 10 (50,0) | 4 (22,2) |
| ≥ 32 a <34 | 6 (30,0) | 7 (38,9) |
| ≥ 34 a <37 | 4 (20,0) | 7 (38,9) |
| Total | 20 (100,0) | 18 (100,0) |
| <i>p</i> ^a | 0,199 | |

^aTeste exato de Fischer

Salienta-se que não foi possível comparar o ganho de peso total com os valores preconizados pelo Ministério da Saúde, e isso se deve à gestação não ter transcorrido até o período a termo, por esse motivo utilizou-se como referência a mediana de peso materno do grupo avaliado.

Em um estudo realizado por GONÇALVES et al. (2012), que dentre outros objetivos, buscaram identificar o ganho de peso materno na gestação em 1.235 puérperas de duas maternidades da cidade de Rio Grande (RS), onde concluíram que o risco de trabalho de parto prematuro foi maior no grupo de mulheres que apresentavam um ganho de peso \leq a 8 kg. No presente estudo esperava-se encontrar que o peso abaixo da mediana estivesse relacionado à idade gestacional classificatória de prematuridade extrema a moderada, ou seja, quanto menor o ganho de peso, maior o grau de prematuridade.

Nesse contexto, a supervisão ponderal materna durante o pré-natal faz-se extremamente necessária com o intuito de identificar desvios e assim possibilitar sua resolução, pois sabe-se que um aporte inadequado de nutrientes nesse período reflete no ganho tanto insuficiente quanto excessivo de peso o que está diretamente relacionado ao desenvolvimento inadequado do bebê (TOURINHO & REIS, 2013).

Cabe ressaltar ainda que o acompanhamento pré-natal segue sendo a melhor forma de prevenir ou reduzir os nascimentos prematuros, uma vez que a detecção precoce de fatores de risco possibilita o tratamento de intercorrências minimizando assim suas consequências (OLIVEIRA et al., 2016).

4. CONCLUSÕES

Neste estudo o ganho de peso materno não se associou à idade gestacional de nascimento de prematuros, internados em unidade de terapia intensiva neonatal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.C.; JESUS, A.C.P.; LIMA, P.F.T.; ARAÚJO, M.F.M.; ARAÚJO, T.M. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p.86-94, 2012.

AUGUSTO, A.L.P. Recém-nascido de baixo peso e prematuridade. In: ACCIOLY, E. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. Cap.21, p.333-346.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

CHEN, K.H.; CHEN, I.C.; YANG, Y.C, CHEN, K.T. The trends and associated factors of preterm deliveries from 2001 to 2011 in Taiwan. **Medicine**, v.98, n.13, p.1-6, 2019.

GONÇALVES, C.V.; SSASI, R.A.M.; CESAR, J.A.; CASTRO, N.B.; BORTOLOMEDI, A.P. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo (SP), v.34, n.7, p.304-309, 2012.

JAMAL, S.; SRIVASTAVA, R. A retrospective analytical study of the epidemiology and causes of preterm birth. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**, v.6, n.12, p.5453-5457, 2017.

OLIVEIRA, L.L.; GONÇALVES, A.C.; COSTA, J.S.D.; BONILHA, A.L.L. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo (SP), v.50, n.3, p.382-389, 2016.

TOURINHO, A.B.; REIS, L.B.S.M. Peso ao nascer: Uma abordagem nutricional. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília (DF), v.22, n.4, p.19-30, 2013.

World Health Organization. **Preterm birth**. WHO, Geneva. Atualizado em 19 fev. 2018. Acessado em 13 de setembro de 2019. Online. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>