



## **GESTANTES DIABÉTICAS E HIPERTENSAS: QUAIS OS RISCOS PARA O RECÉM-NASCIDO?**

**MEDEIROS, Paola de Oliveira<sup>1</sup>; GALHO, Aline Ribeiro<sup>1</sup>; BARRETO, Daniela Hormain<sup>1</sup>; MARTINS, Mariana dos Santos<sup>1</sup>; VIEIRA, Pâmela Cabral<sup>1</sup>; SERPA, Rafaela Abreu<sup>1</sup>; SCHILLER, Tamiris Rosso<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pelotas.  
Centro de Ciências da Vida e da Saúde - Caixa Postal 402 - CEP 96010-000. [ucpel@phoenix.tche.br](mailto:ucpel@phoenix.tche.br)

### **1. INTRODUÇÃO**

A gravidez é uma condição fisiológica em que ocorrem várias adaptações hormonais. Essas mudanças interferem no metabolismo dos carboidratos, podendo resultar, em mulheres susceptíveis, no desencadeamento de diabetes mellitus gestacional e, naquelas previamente diabéticas, em piora do controle glicêmico (Barss, 1998). Um estudo realizado no Reino Unido, revelou que bebês de mães com diabetes têm 5 vezes mais chances de nascerem mortos e 3 vezes mais chances de não sobreviverem ao primeiro mês de vida, além de ocorrer uma maior incidência de cesarianas e intervenções obstétricas (Sociedade Brasileira de Diabetes).

A hipertensão arterial é uma doença poligênica que resulta de anormalidades dos mecanismos de controle da pressão arterial. O grande número de substâncias biologicamente ativas interage com diferentes sistemas fisiológicos de maneira complexa e com redundância para garantir a regulação do sistema cardiovascular (Pascoal, 2002). Cerca de 5% das gestantes adquirem hipertensão durante a gestação. A patologia merece atenção especial porque pode estar relacionada à mortalidade perinatal e, nos casos em que a criança sobrevive, pode haver complicações no desenvolvimento do feto (Sociedade Brasileira de Hipertensos).

Diante do exposto acima, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil das gestantes hipertensas e diabéticas que tiveram seus filhos no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP).

### **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo transversal com gestantes hipertensas e diabéticas, internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tiveram seus filhos no HUSFP no período de Abril a Maio de 2008.

Todas as parturientes internadas nesse período, que concordaram em participar da pesquisa e autorizaram através do Termo de consentimento, foram avaliadas pelos pesquisadores com um questionário com o objetivo de descrever o perfil das gestantes em relação à realização do pré-natal, idade da mãe, peso do

recém nascido, entre outros. Nos casos em que a gestante não teve condições de responder o questionário, este foi aplicado a um acompanhante.

Os dados obtidos foram confirmados através dos prontuários médicos. Os conteúdos expressos pelas entrevistadas foram avaliados através de gráficos e tabelas construídos no Microsoft Excel.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de gestantes internadas pelo SUS no HUSFP durante o período de coleta foi de 175, contudo, quatro destas recusaram-se a responder o instrumento. As 171 gestantes que participaram do estudo tinham idades entre 14 e 43, sendo que a média destas foi de 25,8 anos. Em relação à presença de diabetes e hipertensão constatamos que 34% das puérperas apresentaram pelo menos uma dessas patologias. A prevalência de diabetes gestacional foi de 4%; a de hipertensão durante a gestação foi de 21%; as que apresentavam hipertensão antes da gestação tiveram a prevalência de 6%. A prevalência das duas patologias associadas foi de 2,33%.

Dada a complexidade do diagnóstico diferencial e as limitações de estudo com coleta de dados de prontuários, não foi possível classificar os diferentes tipos de distúrbios hipertensivos. Assim, os dados foram analisados considerando apenas a ocorrência de hipertensão antes ou durante a gestação, ressaltando-se que os resultados mais expressivos foram obtidos na ocorrência da patologia durante o período gestacional, que prevaleceu em 21% das gestantes. Esse percentual está em consonância com os dados encontrados no Parkland Hospital nos Estados Unidos, onde cerca de 10% dos 75 mil partos ocorridos foi diagnosticada hipertensão induzida ou agravada pela gestação (Chaim et al., 2008).

Em relação às complicações durante a gestação, observamos que os maiores índices foram relativos à infecção urinária e a anemia. Não foi observada nenhuma correlação destas intercorrências com as patologias descritas, visto que são complicações freqüentes em outras gestantes.

Conforme a Organização Mundial de Saúde, o peso ao nascer é um dos mais significativos indicadores da qualidade de vida da criança sendo o muito baixo peso (até 1.500g) considerado relevante na taxa de mortalidade infantil (Malveira et al., 2006). Já o recém-nascido de baixo peso é aquele com até 2.500g e a prematuridade é a interrupção da gravidez antes de 37 semanas completas (Rezende, 1998), essa última esteve presente em 49% dos casos sendo que na Maternidade Leonor Mendes, SP, o percentual foi de 10,6%. Neste mesmo estudo verificou-se que 0,8% dos neonatos foram a óbito (Chaim et al., 2008). No presente estudo os índices foram mais elevados: 13% das puérperas hipertensas tiveram seus bebês internados na UTI, onde destes 67% foram a óbito, dados descritos na tabela abaixo.

**Tabela I:** Perfil dos conceitos das gestantes hipertensas ao nascer de acordo com peso, internação na UTI e óbito.

Nº	Peso ao nascer	Classificação	UTI	Óbito
5	330g-1330g	Muito baixo peso	4	3
4	2215g-2500g	Baixo peso	0	0

De acordo com o presente estudo não foi possível associar a ocorrência de hipertensão gestacional e o baixo peso e/ou muito baixo peso ao nascer à frequência de consultas pré-natais, já que 63% das gestantes realizaram entre 7 e 10 consultas. Porém, outro estudo realizado com os recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer, internados na unidade neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, observou que a maioria dos recém-nascidos que foram internados não recebeu assistência pré-natal (Malveira et al., 2006).

Quanto ao tipo de parto encontramos um predomínio de cesariana em 74% dos casos. Dados semelhantes foram encontrados no Hospital São Paulo onde o percentual foi de 73,3% (Chaim et al., 2008). Já em relação às complicações do parto, segundo um estudo realizado pela Universidade do Rio de Janeiro, estão à desproporção cefalopélvica, o descolamento prematuro da placenta, a aminiorrexe prematura, o sofrimento fetal e acidentes de cordão (Souza et al., 2007). Todavia, em nosso achado, apenas 4% das gestantes apresentaram complicações referentes a descolamento de placenta, hemorragia, convulsão e sofrimento fetal.

Além dos dados referidos acima sobre hipertensão, obtivemos dados de semelhante importância relacionados a diabetes. A prevalência desta doença foi de 4%, destacando que todas realizaram no mínimo quatro consultas pré-natais. Contudo, não podemos relacionar a ausência de consultas a prevalência de diabetes gestacional. Em um estudo desenvolvido em Pernambuco esta patologia teve uma prevalência de 10,5% e foi observado que a média das idades das gestantes foi de 26,7 (Katz et al., 2002); já no nosso estudo essa média foi de 28 anos.

Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi verificado que independente do tipo de diabetes, as mulheres com este diagnóstico apresentam um risco maior de várias complicações relacionadas à gestação: parto prematuro, infecções e partos operatórios (Kerche et al., 2005). Esses dados podem ser relacionados com os obtidos pelo nosso estudo, já que houve presença de infecção urinária nas gestantes e, além disso, quadros de anemia, hipertensão gestacional e o parto cesariana em 57% dos casos. Deve-se salientar ainda que nenhuma gestante teve seu bebê prematuro, nem internado na UTI, tampouco ocorreu algum óbito destes.

Através de um estudo realizado na UNESP, descobriu-se que há uma associação significativa entre a macrossomia e diabetes gestacional, visto que a hiperglicemia materna resulta em hiperglicemia fetal. O estado de hiperinsulinismo e excesso de glicose no meio intra-uterino, comum nas gestações complicadas pela diabetes, favorecem a macrossomia fetal (Kerche et al., 2005). Esse resultado não foi obtido em nosso estudo, pois não houve nenhum caso de macrossomia resultante das gestantes diabéticas, os pesos dos recém-nascidos variaram entre 2.825g e 3.938g. É relevante ressaltar que nossa amostra foi pequena e que não houve caso de diabetes antes da gestação.

Conforme um estudo multicêntrico CPEP ("Calcium for Preeclampsia Prevention Study Group"), mulheres com diabetes gestacional mostraram risco aumentado para distúrbios hipertensivos durante a gravidez. Os autores concluíram que o achado confirmava a hipótese de que a resistência à insulina pode ter um papel na patogênese das síndromes hipertensivas na gestação (Katz et al., 2002). No nosso trabalho verificou-se que 43% das gestantes com diabetes apresentaram hipertensão associada.

## 5. CONCLUSÃO

Diante dos dados expostos pelo presente trabalho, a hipertensão assume especial relevância, devido aos altos índices encontrados e ao elevado índice de mortalidade resultante dos neonatos de muito baixo peso. Assim, o cuidado adequado ao nascimento destes deverá ser uma das prioridades na assistência pré-natal, pois, seguramente, é um aspecto muito importante na redução da mortalidade infantil.

Além disso, ressaltamos que não obtivemos dados expressivos para concluir os malefícios resultantes da diabetes gestacional. Contudo, não excluímos o agravo que tal patologia poderá causar à mulher durante o período gestacional e ao recém-nascido.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PASCOAL, I. F. Hipertensão e gravidez. *Revista Brasileira de Hipertensos*, São Paulo, v.9, n.3, jul./set. 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaogravidez.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSOS. **Pré-natal rigoroso é a melhor forma de prevenir a hipertensão em gestantes.** Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/imprensa/portaluai2003.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2008.

BARSS, V. A. Diabetes e gravidez: aspectos clínicos e perinatais. *RBGO*, São Paulo, v.20, n.4, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n4/a04v20n4.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Riscos de uma Gravidez com Diabete Mellitus.** Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/imprensa/noticias\\_internacionais/index.php?id=176](http://www.diabetes.org.br/imprensa/noticias_internacionais/index.php?id=176)>. Acesso em: 15 mar. 2008.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão Arterial na Gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Pulo, v.21, n.1, jan./mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 6 mar. 2008

MALVEIRA, S. S. et al. Recém-nascidos de muito baixo peso em um Hospital de Referência. *Revista Paraense de Medicina*, Pará, v.20, n.1, mar. 2006. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-59072006000100007&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jun. 2008

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

SOUZA, N. L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n. 5, 2007. Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00348910200700050003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200700050003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jun. 2008

KATZ, L. et al. Análise comparativa de testes diagnósticos para diabetes gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.24, n. 8, 2002. Disponível em: < <http://www.doaj.org/doaj?func=abstract&id=23197&toc=y> >. Acesso em: 6 mai. 2008

KERCHE, L. T. R. L. et al. Fatores de risco para macrosomia fetal em gestações complicadas por diabete ou por hiperglicemia diária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n4/a01v28n4.pdf>.>. Acesso em: 24 mai. 2008.