

## **PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO DA GESTANTE E PESO AO NASCER DA CRIANÇA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DE PELOTAS/RS**

**BIERHALS, Isabel O.<sup>1</sup>; FERNANDES, Mayra P.<sup>1</sup>; DEMOLINER, Fernanda<sup>1</sup>; COSTA, Maria Verónica M.<sup>2</sup>; PASTORE, Carla A.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica Curso de Nutrição. Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Pelotas. UFPel.

<sup>2</sup> Nutricionista Residente. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança. Hospital Escola. UFPel/FAU.

<sup>3</sup> Docente da Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Pelotas. UFPel.

[isabelbierhals@hotmail.com](mailto:isabelbierhals@hotmail.com)

### **1 INTRODUÇÃO**

O período neonatal corresponde ao intervalo de tempo entre o nascimento e o 27º dia de vida. Os óbitos ocorridos nesse período apresentam estreita relação com a atenção à saúde das crianças e das mães, associados, principalmente, a falhas na assistência pré-natal, durante o parto e ao recém-nascido (BERCINE, 1994; LANSKY et al., 2002; FRIAS et al., 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a mortalidade neonatal está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência prestada. As causas relacionadas à assistência, à gestação e ao parto representam 20,6% das mortes, demonstrando a importância da atenção ao pré-natal e ao nascimento para a redução da mortalidade infantil no Brasil (BRASIL, 2009). Assim, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

O peso ao nascer é uma das medidas mais importantes que temos do estado de saúde de uma população, sendo um forte preditor de mortalidade e morbidade, refletindo no estado nutricional e nas taxas de crescimento (BRASIL, 2009). De acordo com Lima e Sampaio (2004), entre os numerosos fatores condicionantes do risco neonatal que ainda subsistem, se encontram o baixo peso de nascimento (<2500 g) e o peso insuficiente ao nascer (2500 a 3000 g).

Vários fatores podem estar associados ao baixo peso ao nascer (BPN), entre eles, alguns fatores obstétricos, como paridade, intervalo interpartal e número de consultas de pré-natal (LIMA e SAMPAIO, 2004).

Tendo em vista que as distribuições do peso ao nascer e as condições de saúde são determinadas por diversos fatores complexos e inter-relacionados que se originam de condições biológicas, sociais e ambientais às quais a mulher está exposta durante a gestação, é fundamental que se identifiquem quais os fatores que constituem risco para o nascimento de crianças com peso inadequado (LIMA e SAMPAIO, 2004).

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência de fatores obstétricos da gestante e de baixo peso ao nascer da criança em um Hospital Universitário da cidade de Pelotas/RS.

## 2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Trata-se de um estudo transversal, com gestantes maiores de 18 anos atendidas na maternidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, o qual presta atendimento exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho traz alguns resultados parciais do estudo.

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: idade gestacional  $\geq 37$  semanas, ausência de intercorrências clínicas ativas (infecção de vias urinárias, diabetes, distúrbio hipertensivo específico da gestação, infecção por HIV), feto único, vivo e sem má formação congênita, prontuário de pré-natal no serviço e/ou cartão da gestante devidamente preenchido.

Os dados foram coletados através de um questionário padronizado aplicado diretamente à puérpera, onde foram avaliadas as seguintes variáveis: paridade, intervalo interpartal, idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, frequência ao pré-natal, idade gestacional no momento do parto, tipo de parto e peso do recém-nascido.

A paridade foi entendida como número de gestações que resultaram em nascidos vivos ou mortos, excluindo os casos de abortos: a) primípara (mulher que deu à luz apenas uma vez a feto vivo ou morto com 20 semanas ou mais) (RICCI, 2008), b) múltipara (mulher que deu à luz duas ou mais vezes) (DELASCIO e GUARIENTO, 1994).

O intervalo interpartal foi avaliado considerando o intervalo entre nascimento do último filho e o nascimento do filho atual. Semelhante à avaliação dos fatores de risco na gravidez recomendado pelo Ministério da Saúde, considerou-se como adequado o intervalo interpartal  $\geq 2$  anos e  $< 5$  anos (BRASIL, 2000).

A idade gestacional na primeira consulta de pré-natal e a frequência ao pré-natal foram obtidas através dos dados contidos no Cartão da Gestante. Já a idade gestacional no momento do parto, o tipo de parto e o peso do recém-nascido foram obtidos através do prontuário médico hospitalar da gestante.

O peso ao nascer foi classificado segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) em: baixo peso (RN com menos de 2.500 g), peso insuficiente (RN com peso entre 2.500 e 2.999g), peso adequado (RN com peso entre 3.000 e 3.999g) e excesso de peso ou macrossomia (RN com 4.000 g ou mais).

Após a coleta de dados, os resultados foram tabulados e avaliados usando o programa Microsoft Office Excel 2007<sup>®</sup>.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o número 37/12.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de maio a junho de 2012, 99 gestantes deram entrada na maternidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Destas, 40 gestantes se enquadraram nos critérios de inclusão do presente estudo e foram avaliadas.

Com relação ao pré-natal, observou-se que as mulheres iniciaram o pré-natal com uma média geral de  $16,4 \pm 7,31$  semanas de gestação, assemelhando-se ao que o

Ministério da Saúde (MS) preconiza, ou seja, realização da primeira consulta de pré-natal com até 120 dias de gestação (BRASIL, 2005). Já a média geral de consultas permaneceu em torno de  $8,6 \pm 2,75$ . O MS refere que, durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005).

Quanto ao tipo de parto, observou-se uma maior prevalência de parto vaginal (57,5%). Apesar disso, a prevalência de parto cesáreo foi alta. Estudo de Minamisawa e colaboradores (2004), que avaliou o peso ao nascer no estado de Goiás, também encontrou valor semelhante, em torno de 55,5% de parto vaginal. De acordo com Ramos e colaboradores (2003), o parto cesáreo é uma alternativa médica usada em situações em que as condições materno-fetais não favorecem o parto vaginal. Porém, vale ressaltar que os partos avaliados foram de gestantes com baixo risco obstétrico, onde se acredita que não havia necessidade de um número tão alto desse tipo de parto. Ainda, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice razoável de cesáreas é de 15% (WHO, 1985),

Na Tabela 1 é possível visualizar a classificação do peso ao nascer dos recém-nascidos.

Tabela 1: Classificação do peso ao nascer de recém-nascidos do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, 2012.

<b>Classificação</b>	<b>N (%)</b>
Baixo peso	03 (7,5)
Peso insuficiente	08 (20,0)
Peso adequado	27 (67,5)
Excesso de peso	02 (5,0)
<b>Total</b>	<b>40 (100%)</b>

Observou-se que 32,5% dos recém-nascidos apresentaram peso inadequado ao nascer. A maioria desses recém-nascidos com peso inferior a 3000g (72,7%) são filhos de mães múltiparas. Destas, 62,5% apresentaram intervalo interpartal inadequado. De acordo com Lima e Sampaio (2004), intervalos muito curtos ou prolongados entre as gestações podem aumentar a chance de um bebê nascer prematuro ou com baixo peso.

Analisou-se também que 81,8% dos recém-nascidos com baixo peso e peso insuficiente eram do sexo feminino. Estudos de Minamisawa e colaboradores (2004) e de Antonio e colaboradores (2009) também encontraram essa mesma associação.

Nota-se ainda que a média de consultas e a idade gestacional de início do pré-natal das puérperas que deram a luz a recém-nascidos com baixo peso e peso insuficiente foram menores que a média geral, ou seja, 7,7 consultas e idade gestacional de 15,8 semanas.

#### 4 CONCLUSÕES

De acordo com o observado no estudo, encontrou-se uma prevalência elevada de partos cesáreos e de recém-nascidos com peso inadequado em uma população de gestantes de baixo risco. Desta forma, há de se pensar em maneiras de redução das

cesáreas e desmistificação do parto vaginal. Além disso, as crianças com baixo peso e peso insuficiente ao nascer devem ser priorizadas pelos serviços de saúde, por meio de ações e intervenções que identifiquem e reduzem os fatores que causam impacto na qualidade de vida dessas crianças, evitando intercorrências e morte no primeiro ano de vida.

Por fim, é importante ressaltar a necessidade da educação reprodutiva, principalmente na atenção primária de saúde, visando informar a população quanto à paridade, à importância de uma frequência adequada ao pré-natal e ao intervalo interpartal adequado com o intuito de reduzir os riscos para mãe e filho.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONIO, MARGM; ZANOLLI, ML; CARNIEL, EF; MORCILLO, AM. Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. **Rev Assoc Med Bras**, 55(2):153-7, 2009.
- BERCINE, LO. Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 28:38-45, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Saúde da mulher. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- DELASCIO, D; GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal Briquet**. São Paulo, Sarvier, p.271-7, 1994.
- FRIAS, PG; LIRA, PIC; VIDAL, AS; VANDERLEI, LC. Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde - estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, 78(6):509-516, 2002.
- LANSKY, S; FRANÇA, E; LEAL, MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, 36(6):759-772, 2002.
- LIMA, GSP; SAMPAIO, HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4(3):253-261, jul./set., 2004.
- MINAMISAWA, R; BARBOSA, MA; MALAGONI, L; ANDRAUS, LMS. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 336-349, 2004.
- RAMOS, JGL; MARTINS-COSTA, S; VETTORAZZI-STUCZYNSKY, J; BRIETZKE, E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul: um estudo de 20 anos. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, 25(6):431-6, 2003.
- RICCI, SS. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, 2:436-7, 1985.