



COMPLICAÇÕES MATERNO-PERINATAIS EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

MATERNAL-PERINATAL COMPLICATIONS IN HIGH RISK PREGNANCY

COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN GESTACIÓN DE ALTO RIESGO

Ruanna Cardoso Leal¹, Charles Nonato Cunha Santos², Marcelo Jean Vieira Lima³, Suélen Karina Silva Moura³, Aliny Oliveira Pedrosa⁴, Ana Carla Marques Costa⁵

RESUMO

Objetivo: identificar a prevalência das complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. **Método:** estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, prospectivo, transversal, realizado por meio da análise dos dados de prontuários de gestantes e seus respectivos recém-nascidos, atendidos em dois centros de referência para pré-natal de alto risco. **Resultados:** foram analisados 43 prontuários. Constatou-se que o sobrepeso/obesidade (20,9%) foi a complicação materna mais prevalente, estando relacionada com o ganho ponderal excessivo na gravidez e diretamente associada com macrosomia fetal (18,6%). **Conclusão:** o estudo permitiu identificar a complicação materno-perinatal mais prevalente, assim como os fatores associados, a qual mostra a necessidade de acompanhamento nutricional mais eficiente na gestação a fim de minimizar futuros desfechos desfavoráveis. **Descritores:** Gravidez de Alto Risco; Complicações na Gravidez; Assistência Perinatal.

ABSTRACT

Objective: to identify the prevalence of maternal-perinatal complications during high-risk pregnancy. **Method:** this is an exploratory-descriptive study with a quantitative, prospective, cross-sectional approach performed through the analysis of the data of records of pregnant women and their NBs assisted at two reference centers for high-risk prenatal care. **Results:** there were 43 medical records analyzed. It was found that overweight/obesity (20.9%) was the most prevalent maternal complication, related to excess weight gain in pregnancy and directly associated with fetal macrosomia (18.6%). **Conclusion:** the study allowed to identify the most prevalent maternal-perinatal complication, as well as the associated factors, showing the need for more efficient nutritional monitoring in pregnancy to minimize unfavorable future outcomes. **Descriptors:** High-Risk Pregnancy; Pregnancy Complications; Perinatal Care.

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia de las complicaciones materno-perinatales en gestación de alto riesgo. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, con enfoque cuantitativo, prospectivo, transversal, realizado por medio del análisis de los datos de prontuarios de gestantes y sus respectivos RNs, atendidos en dos centros de referencia para prenatal de alto riesgo. **Resultados:** fueron analizados 43 prontuarios. Se constató que el sobrepeso/obesidad (20,9%) fue la complicación materna más prevalente, está relacionada con el ganho ponderal exceso en el embarazo y directamente asociado con macrosomia fetal (18,6%). **Conclusión:** el estudio permitió identificar la complicación maternas-perinatales más prevalentes, así como los factores asociados, en la cual muestra la necesidad de acompañamiento nutricional más eficiente en la gestación, con o intuito de minimizar futuros desfechos desfavorables. **Descriptores:** Embarazo de Alto Riesgo; Complicaciones en el Embarazo; Asistencia Perinatal.

^{1,2,3,4,5}Graduandos de Enfermagem, Universidade Estadual Maranhão/UEMA. Caxias (MA), Brasil, E-mails: ruannaleal@hotmail.com; charles.enf@hotmail.com; marcelojean28d@gmail.com; susuka77@hotmail.com; alinyapedrosa08@hotmail.com; ⁶Enfermeira Obstétrica, Professora Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada, Universidade Estadual Maranhão/UEMA. Caxias (MA), Brasil, E-mail: carlama271@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico e em algumas situações podem ocorrer agravos durante o período gravídico colocando em risco a saúde da mãe e do feto, a chamada gestação de alto risco. Frequentemente resulta em morte materna e esta, por sua vez, é considerada um dos indicadores de desenvolvimento humano de um país.¹

A gravidez de alto risco pode ser diagnosticada precocemente nas primeiras consultas de pré-natal, levando-se em consideração os vários fatores de risco categorizados em características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas, que requerem técnicas mais especializadas.² Essa classificação é importante para que se possa identificar precocemente tais riscos e direcionar assistência adequada capaz de se obter resultados satisfatórios para o binômio mãe-filho.

Os índices de morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevados no Brasil, estando esta diretamente associada a complicações maternas durante a gravidez, parto e puerpério, sendo que o acesso a uma assistência à saúde humanizada e de boa qualidade evitaria que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos.³ A Organização Mundial de Saúde estima que, no mundo, 1.000 mulheres morram de complicações da gravidez ou do parto todos os dias.⁴ Atualmente, no país, a cada 100 mil mulheres, 70 a 150 morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, e suas principais causas são referentes a complicações durante a gestação, parto e puerpério, sendo estas a hipertensão gestacional, complicações no trabalho de parto, infecção puerperal, aborto e outras por causas obstétricas indiretas.²

No Maranhão (MA), Brasil, a razão de mortalidade materna foi de 74,31 por 100 mil nascidos vivos, apresentando cerca de 23,7% com predomínio de causas agrupadas em um único grupo: edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério. As complicações do trabalho de parto e do parto vêm em segundo lugar com um percentual de 13,8%.⁵ Já o município de Caxias/MA, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), registrou no período de 2009 a 2013, em números absolutos, 10 óbitos maternos.⁶

Para que a assistência obstétrica no país possa melhorar, é fundamental garantir à mulher o direito de acompanhamento desde o início da gravidez até o nascimento do filho, passando pelo pré-natal e o puerpério, além de acolher e fornecer assistência de qualidade tanto no atendimento ambulatorial básico quanto no atendimento hospitalar para alto risco.³

Nesse sentido, vêm sendo implantadas políticas públicas no Brasil com a finalidade de melhorar a atenção ao pré-natal e acesso das gestantes à assistência ao parto e puerpério de qualidade.⁷ Atualmente, a assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde materna, é organizado de maneira hierarquizada e integra todos os níveis de atenção, compreende um conjunto de atividades de promoção de saúde das gestantes e seus recém-nascidos, que concerne no monitoramento e controle dos fatores de risco gestacional.

Nesse contexto, tendo a compreensão de que durante a gravidez podem ocorrer intercorrências que afetam de maneira drástica a mãe e o feto, considera-se que a identificação precoce dos fatores de riscos e prevenção desses agravos podem diminuir as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o que ainda é um desafio à saúde em todo o país. Assim, objetiva-se:

- ♦ identificar a prevalência das complicações materno-perinatais em gestação de alto risco.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, prospectivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Caxias (MA), localizada na mesorregião do leste maranhense, acerca de 354 km da capital São Luís (MA), Brasil. O município possui duas instituições de referência para acompanhamento de gestação de alto risco, o Centro de Especialidades ao Atendimento Materno-Infantil (CEAMI) e Maternidade Carmosina Coutinho (MCC).

A amostra foi constituída por 43 gestantes de alto risco acompanhadas pelos centros de referência, no período de maio a novembro de 2014, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram gestantes a partir da 20ª semana de gestação, em qualquer faixa etária, que residiam no município de Caxias/MA, onde foram acompanhadas no pré-natal de alto risco pela MCC e CEAMI. Foram excluídas as gestantes de baixo risco e de risco habitual, abaixo da 20ª semana de gestação, residentes de outro município, que não tenham sido acompanhadas pela MCC e CEAMI, com partos

Leal RC, Santos CNC, Lima MJV JM et al.

Complicações materno-perinatais em gestação...

não realizados na MCC (parto domiciliares ou em trânsito) e/ou ausência de registros.

A coleta de dados foi realizada por meio de preenchimento de dois formulários previamente construídos aplicados nos prontuários. O primeiro instrumento foi utilizado para o registro de acompanhamento do pré-natal e para o prontuário da parturiente e o segundo aplicado ao prontuário do RN. Os dados maternos avaliados foram características sociodemográficas (idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal e raça), história de antecedentes pessoais e reprodutiva, condições obstétricas atuais e complicações de trabalho de parto e nascimento. Quanto às condições dos RNs, foram avaliados peso ao nascer, adequado para IG e intercorrências do RN. Foram considerados macrosomia fetal os RNs com peso ao nascer > 4.000g ou GIG (>P90 *Curva peso/idade gestacional*).

Os dados foram inseridos em banco de dados no programa Epi-Info, versão 3.5.3 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA), sendo que para a análise

dos dados foi utilizado o programa SPSS, versão 20.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA), utilizando a estatística descritiva, fazendo uso de tabelas e gráficos, sendo os dados resultantes das variáveis quantitativas apresentados sob a forma de percentuais. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), na cidade de São Luís/MA, recebendo parecer de aprovação com nº 566.348 e nº do CAAE: 26415914.3.0000.5086.

RESULTADOS

Conforme mostra a Tabela 1, a maioria das gestantes possui faixa etária de 21 a 30 anos (60,5%) e 27,6% de 31 a 40 anos. Em relação à cor, 86% são pardas. As mulheres sem companheiros (solteiras) totalizaram 39,5%. Analisando o grau de instrução, verificou-se que 48,8% concluíram o ensino médio. Quanto à ocupação, 62,8% são domésticas.

Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes de alto risco atendidas na MCC e CEAMI. Caxias (MA), Brasil (2014)

Características sociodemográficas	n	%
Idade		
Menor de 15 anos	2	4,7
15 a 17 anos	2	4,7
18 a 20 anos	1	2,3
21 a 30 anos	26	60,5
31 a 40 anos	12	27,9
Cor		
Branca	5	11,6
Parda	37	86
Preta	1	2,3
Grau de escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	8	18,6
Ensino fundamental completo	5	11,6
Ensino médio incompleto	2	4,7
Ensino médio completo	23	53,5
Ensino superior	4	9,3
Não alfabetizada	1	2,3
Estado civil		
Casada	15	34,9
Solteira	17	39,5
União estável	11	25,6
Ocupação		
Dona de casa	27	62,8
Trabalha fora	16	37,2
Total	43	100%

Quanto aos antecedentes pessoais, 6 (14%) possuíam fator Rh-, 3 (7%) hipertensão arterial, 3 (7%) ginecopatias (miomatosa uterina, útero septado), 2 (4,7%) transtorno mental e nas demais foram encontradas DST, nefropatias, obesidade, epilepsia, hérnia umbilical, hipotireoidismo, LES, anemia, e bartholinite, 1 caso (2,3%) para cada complicação.

Em relação à história gestacional, 26 (60,5%) eram múltiparas e 17 (39,5%) nulíparas. História de abortamento foi

verificada em 11 (25,6%) das mulheres, enquanto as demais, 8 (18,6), tiveram cesárea anterior, 4 (9,3%) história de natimorto e síndrome hipertensiva específica da gestação, cada. O número de gestações variou de 2 a 4 gestação entre 27 (62,8%) das mulheres, 4 (9,3) acima de 5 gestações, enquanto 12 (27,9%) eram primigestas. Quanto ao acompanhamento do pré-natal, 69,8% (30) das mães realizaram pré-natal efetivamente, ou seja, igual ou acima de seis consultas.

As principais complicações na gestação registradas são apresentadas na Tabela 2. Como não foram patologias mutuamente exclusivas, houve gestante que teve mais de uma complicação, classificando-a de alto risco. A complicação materna mais prevalente foi sobrepeso/obesidade (18,6%), seguida de ameaça de aborto e vaginose bacteriana, com 16,3% cada.

Tabela 2. Complicações na gestação atual das gestantes de alto risco atendidas na Maternidade Carmosina Coutinho. Caxias (MA), Brasil (2014)

Complicações na gestação atual	n	%
Sobrepeso/Obesidade	9	20,9
Ameaça de aborto	7	16,3
Vaginose bacteriana	7	16,3
Síndrome hipertensiva da gestação	5	11,6
Infecção por DST (sífilis; HPV)	5	11,6
Infecção urinária	4	9,3
Anemia severa	2	4,7
Descolamento prematuro de placenta	2	4,7
Placenta prévia	1	2,3
Diabetes gestacional	1	2,3
Citomegalovírus	1	2,3
Depressão	1	2,3
Esteatose hepática	1	2,3
Polidrâmnio	1	2,3
Hematoma subcoriônico	1	2,3
Violência sexual	1	2,3

Na análise do tipo de parto, vale ressaltar a alta prevalência de parto cesáreo, 29 (67,4%), enquanto 14 (32,6%) foram vaginais. Houve associação entre alta taxa de cesariana em primíparas ($p=0,01$). As principais intercorrências no trabalho de parto e nascimento foram interatividade, 6 (14%); oligoidrâmnio, 6 (14%); DCP, 3 (7%); distocia, 3 (7%); amniorrexe prematura, 2 (4,7%); pós-datismo, 2 (4,7%); hemorragia pós-parto, 1 (2,3%); óbito fetal, 1 (2,3%); apresentação pélvica, 1 (2,3%); eclâmpsia, 1 (2,3%); parto prematuro, 1 (2,3%) (Gráfico 1). Dentre essas intercorrências, ocorreu uma internação em UTI devido à eclâmpsia.

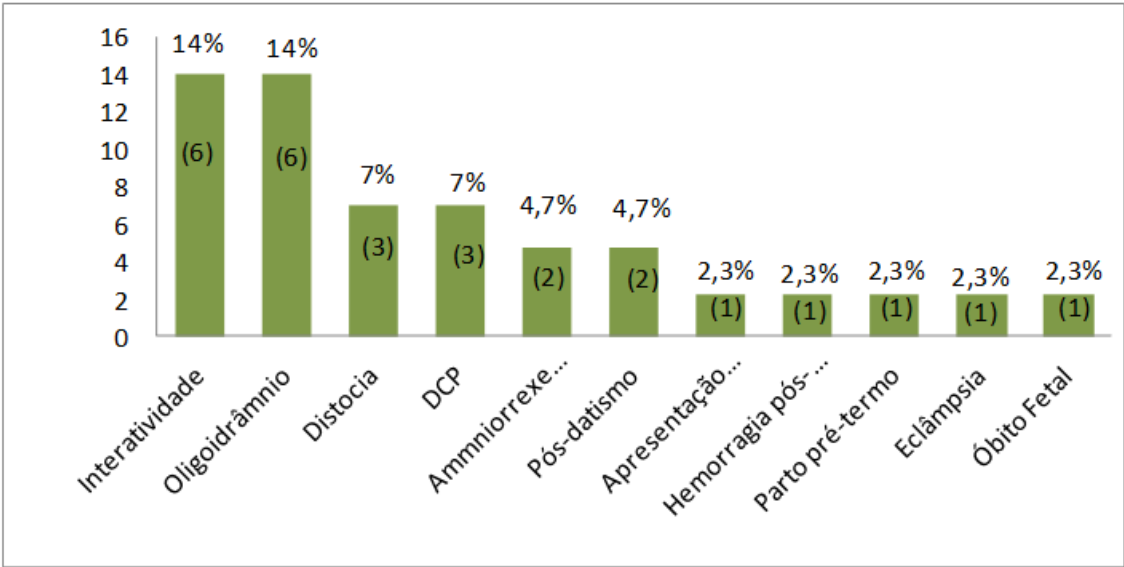


Figura 1. Distribuição quanto à intercorrência no trabalho de parto e nascimento. Caxias (MA), Brasil (2014)

Quanto aos recém-nascidos, 15 tiveram complicações (Gráfico 2), em que se observou a prevalência de macrossomia fetal em 8 (18,6%) dos RNs; os demais RCIU, 4 (9,3%), pós-maturidade fetal, 2 (4,7%), e óbito fetal, 1 (2,3%). Dentre as complicações perinatais encontradas, constatou-se que 4,7% dos RNs necessitaram de internação em UTI neonatal, o que se deu por insuficiência respiratória e infecção neonatal.

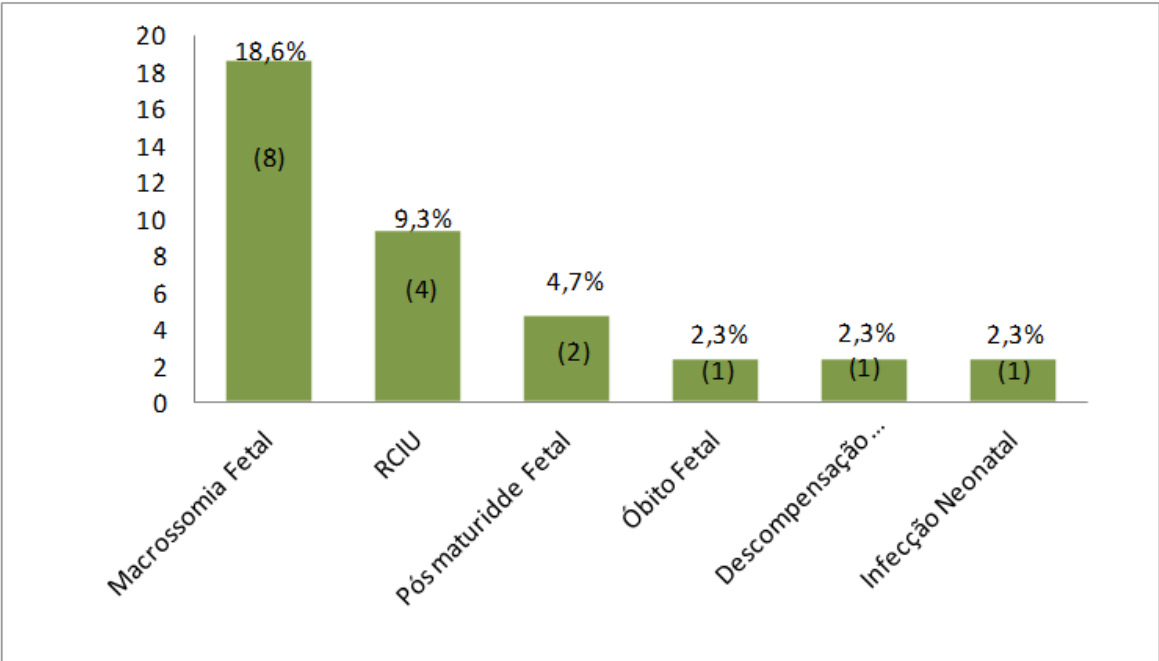


Figura 2. Distribuição quanto à prevalência de complicações perinatais. Caxias (MA), Brasil (2014)

Confrontando as complicações maternas na gestação atual com as complicações perinatais, não foi possível verificar associação entre elas, no entanto as gestantes consideradas com sobrepeso/obesidade foram mais propensas a ter bebês macrossômicos, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Frequência da complicação materna segundo macrossomia fetal. Caxias (MA), Brasil (2014)

Variável	Macrossomia Fetal				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sobrepeso/obesidade	3	33,3	6	66,7	0,34
Infecção urinária	2	50	2	50	0,22
Infecção por DST	2	40	3	60	0,37
Síndrome hipertensiva	1	20	4	80	0,80
Diabetes gestacional	1	100	0	-	0,10

DISCUSSÃO

Este estudo identificou as complicações materno-perinatais mais frequentes em gestação de alto risco no município de Caxias (MA), Brasil. Quanto à idade dessas mulheres, constatou-se maior ocorrência de gravidez de alto risco em mulheres jovens (21 anos a 30 anos), compatível com a idade reprodutiva. Vale ressaltar a incidência de gestante em idade avançada (27,9%). O Ministério da Saúde considera fator de risco gestacional a idade materna maior que 35 anos.² Mulheres com idade avançada, comparadas com mulheres adultas e adolescentes, apresentam maior risco de parto cesáreo, pré-eclâmpsia, diabetes e ruptura prematura de membranas e com prognóstico fetal desfavorável, com índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto, natimorto e anomalias congênitas.⁸

Referente à situação conjugal, identificou-se um quantitativo importante de gestantes que não possuem companheiros (39,5%). Leva-se em consideração que a situação conjugal insegura é um agravante à saúde materna e segundo o Ministério da Saúde é considerada como fator de risco gestacional, ainda mais quando se trata de gestantes de alto risco que

estão mais suscetíveis a desequilíbrio emocional, na ausência da figura paterna, podendo, portanto, desencadear crises emocionais e um desfecho patológico. Em estudo realizado com 100 gestantes acerca da percepção e sentimentos da vivência de gravidez de risco, verificou-se que é significativo o envolvimento da figura paterna na gestação de alto risco, na qual, entre as mulheres ditas solteiras, foram observados os sentimentos de preocupação e ansiedade em relação à maternidade.⁹

Dentre os antecedentes pessoais, o fator Rh- foi encontrado em 6 (14%) mulheres. Sabe-se que a incompatibilidade materno-fetal é a responsável por causar a doença hemolítica perinatal. Se a gestante for Rh- e coombs indireto (CI) negativo, deve ser informada quanto à incompatibilidade sanguínea com seu companheiro, solicitando o exame ABO-Rh desse indivíduo. Caso o companheiro for Rh+ ou desconhecido, faz-se necessária a realização do CI mensalmente, e se este mantiver negativo, deve ser imunizada com imunoglobulina anti-Rh D intramuscular na 28ª semana e nas primeiras 72h pós-parto ou até 28 dias.¹⁰

Fato que despertou a atenção, as mulheres não sensibilizadas deste estudo receberam a imunização somente no pós-parto. Isso implica na falta de conhecimento dos profissionais de saúde acerca da administração da imunoglobulina no pré-natal, como visto no estudo realizado no Rio Grande do Norte sobre o conhecimento de médicos e enfermeiros acerca da importância da utilização da vacina anti-Rh durante o pré-natal em gestantes portadoras de Rh negativo, no qual evidenciou-se que esses profissionais não possuem conhecimento acerca da administração da vacina anti-Rh no período pré-natal.¹¹ A profilaxia antenatal reduz a taxa de sensibilização durante a gravidez para 0,2%.¹²

Quanto ao perfil obstétrico, 69,8% (30) das mães realizaram pré-natal efetivamente, ou seja, igual ou acima de seis consultas. Dados semelhantes foram encontrados em estudo que buscou traçar o perfil de mulheres de uma maternidade pública de alto risco no município de Curitiba, onde a maioria das mulheres realizou 7 ou mais consultas de pré-natal.¹³ Sabe-se que a assistência adequada no pré-natal possui papel importante para o desfecho perinatal, refletindo na diminuição do índice de morbimortalidade perinatal.

No que se refere ao número de gestações, 27 (62,8%) estavam entre a 2ª e a 4ª gestação. É relevante conhecer essa característica, visto que mulheres que apresentam elevados números de gestações apresentam grande risco de morbimortalidade materna em decorrência dos números de gravidezes. Quanto à paridade, 26 (60,5%) eram multíparas e 17 (39,5%) eram nulíparas. Dados semelhantes foram encontrados em estudos de perfil sociodemográfico e obstétrico de gestante de alto risco, em que a nuliparidade predominou entre as mulheres.¹⁴⁻⁵ É importante se atentar ao fator paridade, uma vez que pode se associar a complicações gestacionais. A incidência de SHG é mais comum em nulípara.¹⁶

Constatou-se que a prevalência da complicação das mulheres deste estudo, o sobrepeso/obesidade, assemelha-se à encontrada em outros estudos. Um estudo realizado no Rio de Janeiro acerca dos resultados obstétricos de gestantes com sobrepeso e obesidade em uma maternidade mostrou que a prevalência de obesidade/sobrepeso foi de 24,5% (n=106).¹⁷

De acordo com os critérios da OMS, o peso adequado é quando o IMC está entre 18,5 e 24,9, sobrepeso entre 25 e 29,9, e obesidade quando IMC é > 30kg/m².¹⁸ A obesidade está relacionada com inúmeras complicações na

gravidez, para isso o ganho de peso na gravidez em números redondos é de 11 a 16 kg para mulheres normais, 7 a 11kg para aquelas com sobrepeso e menos de 7kg para as obesas.¹²

Um aspecto importante é que o sobrepeso/obesidade encontrado no estudo está relacionado com o peso ponderal excessivo. Estudos com delineamento para avaliação nutricional de gestantes de alto risco verificou que o grupo sobrepeso/obesidade apresentou maior proporção de ganho de peso excessivo (p<0,001), que ainda reforça o alerta do ganho excessivo de peso materno em decorrência do risco de complicações no parto e puerpério, como pré-eclâmpsia, DG e cesariana, que aumentam de acordo com o nível do IMC, principalmente em mulheres que atingem a faixa que caracteriza a obesidade.¹⁹

A própria obesidade materna predispõe a mulher a ter complicações no ciclo gravídico-puerperal e aumenta a necessidade de intervenções obstétricas. O acompanhamento e avaliação nutricional do ganho de peso na gravidez contribuem para a redução desse impacto, de forma positiva, na repercussão gestacional e seu desfecho. Grupos com maiores IMC (sobrepeso e obesidade) apresentam maiores chances de complicações no parto (cesariana e hemorragia de grande porte) e intercorrências maternas (diabetes gestacional e síndrome hipertensiva). Maiores chances de intercorrências perinatais (escore Apgar baixo no primeiro minuto e macrosomia).²⁰ O encontrado em estudo realizado em São Paulo verificou a associação de sobrepeso/obesidade com intercorrências clínicas, como a hipertensão, diabetes e cardiopatias, além de desfecho fetal desfavorável e processos infecciosos no puerpério.¹⁹

Quanto ao tipo de parto, vale ressaltar a alta prevalência de cesárea (64,7%). Tendo como base a taxa de cesarianas preconizadas pela OMS (até 15% para população geral e de 30% para gestações com complicações), os índices verificados nesta investigação são bastante elevados. Em estudo realizado em Minas Gerais, a taxa de cesariana (38,3%) teve significativa influência do risco gestacional, sendo 57,8% nas de alto risco e 23,7% nas gestações de baixo risco.²¹ O aumento das taxas de cesárea no país é aspecto importante no manejo das gestações de alto risco, porém gravidez de alto risco não é sinônimo de cesariana. Na prática obstétrica, o uso de partograma é utilizado para acompanhar a evolução do trabalho de parto que dará subsídios para a escolha da via de parto. Na

instituição de estudo, pouco é utilizado o documento, desencadeando, assim, o elevado números de parto cesáreos desnecessários.

Diversas estratégias são dirigidas aos profissionais de saúde para a redução de cesáreas desnecessárias, entre elas o uso de protocolos e fluxograma baseados em evidência, no entanto mesmo que o Ministério da Saúde, OMS ou sociedades federais produzam materiais atualizados para orientar essa prática clínica, o problema é que os profissionais de saúde não têm tempo para leitura e até mesmo interesse para se atualizar.²²

Houve associação entre alta taxa de cesariana em primíparas ($p=0,01$), o que é particularmente preocupante porque implica alta probabilidade de futuras cesarianas, pois, na prática, uma cesariana prévia constitui indicação quase absoluta para nova cesariana, justificando-se o ditado “uma vez cesárea sempre cesárea”.

Dentre as intercorrências no trabalho de parto e nascimento, obteve-se predominante a interatividade. Refere-se à interatividade quando a mulher apresenta IG a termo, porém apresenta pouca ou nenhuma contração uterina suficiente para trabalho de parto, sendo esta a mais comum indicação de parto cesáreo na instituição. Apenas uma das mulheres foi encaminhada para a UTI com diagnóstico inicial de eclâmpsia. O achado corrobora com a afirmação de autores ao mencionarem que as causas mais frequentes de internação de paciente obstétrico em UTI estão relacionadas com síndrome hipertensiva na gestação.²³⁻⁴ Não houve associação significativa entre complicações maternas na gestação atual com a complicação perinatal mais prevalente, entretanto as gestantes consideradas com sobrepeso/obesidade tiveram mais propensão a ter bebês macrossômicos, conforme apresentado na Tabela 3. Em estudo de coorte transversal realizado no Estado da Paraíba, foi encontrada uma frequência de macrossomia de 5,4% e os fatores de risco associados foram sobrepeso/obesidade, ganho ponderal excessivo, hipertensão e diabetes (clínico ou gestacional).²⁵

O peso do recém-nascido é influenciado pelo IMC e pelo ganho de peso gestacional, sendo que quanto maiores o IMC no início da gestação e o ganho de peso gestacional, maior o risco de macrossomia.²⁶ Então, fica evidente que macrossomia fetal é diretamente associada com o peso materno, ou seja, quanto maior o IMC materno, menor o risco de baixo peso ao nascer e maior o risco de macrossomia.

Dentre as complicações perinatais encontradas, observou-se 4,7% dos RNs necessitaram de internação em UTI neonatal, o que se deu por insuficiência respiratória e infecção neonatal.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar a complicação materno-perinatal mais prevalente, assim como os fatores associados. Verificou-se que, entre as complicações maternas mais envolvidas em gestação de alto risco, o sobrepeso/obesidade foi mais prevalente e que essas mulheres tiveram o risco mais elevado de terem recém-nascidos com macrossomia fetal. A prevalência de obesidade está aumentando em nosso meio, independente de idade, fatores socioeconômicos ou raça, isso reflete nos índices de sobrepeso/obesidade materno encontrado em nosso estudo, o qual está relacionado ao excesso de peso ponderal na gestação. Isso mostra a necessidade de monitoramento nutricional mais eficiente com o ganho de peso na gestação de alto risco a fim de minimizar consequências negativas para o binômio materno-fetal.

Houve predominância do tipo de parto cesáreo, com índices acima do recomendado. Atualmente, com a preocupação das elevadas taxas de cesarianas no país, o Ministério de Saúde vem adotando estratégias para o incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária. O estudo identificou que a principal intercorrência no trabalho de parto e nascimento foi a interatividade, que também é a causa mais comum de indicação de cesarianas na instituição. Essas informações não foram encontradas na literatura. A redução de parto cesárea é um indicador potencial de melhoria de qualidade, uma vez que não traz benefícios adicionais de saúde e ainda pode aumentar os riscos maternos, gerar implicações para gestações futuras e acarretar custos aos serviços de saúde. Os resultados encontrados neste estudo podem fornecer subsídios para aprimoramento dos critérios de indicação de operação cesariana. O cuidadoso monitoramento da condição fetal, durante o trabalho de parto, sobretudo em gestações com mais de 40 semanas, pode diminuir a probabilidade de cesariana.

Espera-se que a presente pesquisa dê margem à melhoria nos serviços prestados a essas usuárias, que recebam mais atenção, a fim de possibilitar uma assistência qualificada e adequada a mulheres com alto risco gestacional. É indispensável a utilização de protocolos e condutas obstétricas

preconizadas pela instituição para sistematizar a assistência, possibilitando, dessa forma, o rastreio e diagnóstico precoce de complicações na gravidez, permitindo estabelecer mais precocemente uma terapêutica eficaz e individualizada.

Além do mais, faz-se necessário que estudos sejam realizados periodicamente para que assim possam ser identificadas as demais doenças de forma isolada e seus fatores de riscos associados, permitindo aos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, adotar estratégias para minimizar essas complicações vivenciadas pela mãe durante a gravidez e direcionar ações preventivas, obtendo-se como resultado a redução das complicações a que essas pacientes estão submetidas.

REFERÊNCIAS

1. Ricci SS. Enfermagem materna-neonatal. 1st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília; 2012 [2014 July 15]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
3. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília; 2010. [2014 July 15]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
4. Martins M, Monticelli M, Bruggemann O M, Costa R. The production of knowledge regarding gestational hypertension in the stricto sensu graduate nursing studies in Brazil. Rev esc enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2014 July 15];46(4):802-08. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/en_03.pdf
5. Trabulsi ALS, Mochel EG, Chein MBC, Brito LMO, Santos AM, Ribeiro IGS. Mortalidade materna em São Luís, Maranhão, Brasil: 1999-2005. Rev do Hosp Univ UFMA [Internet]. 2009 May [2014 July 15];10(2):62-68. Available from: http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_10_2_MAIO_AGO_2009.pdf
6. Departamento de Informática do SUS - DATASUS (BR). Estatísticas vitais - mortalidade e nascidos vivos: 2009-2011. Brasília; 2015. [2014 July 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10ma.def>
7. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas
8. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2009 [2014 July 15];31(7):326-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>
9. Oliveira VJ, Madeira AMF, Penna CMM. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. Rev Rene [Internet]. 2011 [2014 July 15];12(1):49-56. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/108>
10. Baioch, E, Nardozza LMM. Aloimunização. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2009 [cited 13 June 2015];31(6):311-19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n6/08.pdf>
11. Medeiros RT, Bezerra RG, Menezes RMP, Davim RMB, Carvalho CFS. Utilização da vacina rogan durante o pré-natal em mulheres Rh negativo: conhecimento dos profissionais da saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [2014 July 15];5(5):1193-1203. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/15
12. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
13. Bitterman RB, Pivatto LF. Perfil de mulheres de uma maternidade publica de alto risco do município de Curitiba. Bolet de enf [Internet]. 2010 [cited 2015 June 15];1(4):51-3. Available from: http://www.utp.br/enfermagem/boletim_6_a_no4_vol1/...art4_perfil.pdf
14. Silva MS, Rosa MRQP. Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. Rev Interd [Internet]. 2014 [cited 2015 June 15];7(2):95-102. Available from: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/394>
15. Leite FMC, Amorim MHC, Nunes GF, Soares MFS, Sabino NQ. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. Rev Bras de Pesq em Saúd [Internet]. 2009 [cited 23 June 2015];11(1):22-6. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/444>
16. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Saúde da Mulher e Enfermagem

Leal RC, Santos CNC, Lima MJV JM et al.

Complicações materno-perinatais em gestação...

Obstétrica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

17. Seabra G, Padilha PC, Queiroz JA, Saunders C. Sobre peso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2011 [cited 2015 June 15];33(11):348-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n11/a05v33n11.pdf>

18. Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3rd ed. Itapevi SP; 2009 [cited 2015 June 15]. Available from: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf

19. Paiva LV, Nomura RMY, Dias MCG, Zugaib M. Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2012 [cited 2015 June 15];58(4):453-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a16.pdf>

20. Silva JC, Amaral AR, Ferreira BS, Petry JF, Silva MR, Krelling PC. Obesity during pregnancy: gestational complications and birth outcomes. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [cited 2015 June 15];36(11):509-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n11/0100-7203-rbgo-36-11-0509.pdf>

21. Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar JS, Vitral GL, Machado EG. Association between risk pregnancy and route of delivery with maternal and neonatal outcomes. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [cited 2015 June 15];36(2):65-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00065.pdf>

22. Haddad SEMT, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2011 [cited 2015 June 15];33(5):252-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n5/a08v33n5.pdf>

23. Cecconello F, Ferraz L. O perfil sócio-demográfico e patológico de gestantes e puérperas admitidas na unidade de terapia intensiva de um hospital do oeste catarinense. Ágora R Divulg Cient [Internet]. 2010 [cited 2015 June 15];17(1):71-8. Available from: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/44/155>

24. Tonin KA, Oliveira JLC, Fernandes LM, Sanches MM. internação em unidade de terapia intensiva por causas obstétricas:

estudo em hospital público de ensino. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2013 [cited 2015 June 15];3(3):518-27. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/9157/pdf>

25. Amorim MMR, Leite DFB, Gadelha TGN, Muniz AGV, Melo ASO, Rocha AM. Fatores de risco para macrosomia em recém-nascidos de uma maternidade-escola no Nordeste do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2009 [cited 2014 July 11];31(5):241-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5a07.pdf>

26. Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA, Cesar JÁ, Castro NB, Bortolomedi AP. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2012 [cited 2015 June 15];34(7):304-09. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n7/03.pdf>

Submissão: 18/05/2015

Aceito: 10/03/2017

Publicado: 15/04/2017

Correspondência

Ruanna Cardoso Leal
Rua Bom Jesus dos Passos, 607
Bairro Castelo Branco
CEP: 65604-120 – Caxias (MA), Brasil