

## **PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE GESTANTES DE ALTO RISCO INTERNADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM MACEIÓ-AL**

*Elaine Luiza Santos Soares de Mendonça*

*Andrea Costa Morais Amaral*

*Carolina Santos Mello*

*Alane Cabral Menezes de Oliveira*

**Resumo:** A presença de alguma co-morbidade materna e/ou condição sociobiológica que eleve o risco de intercorrências na gravidez, ameaçando a vida materno-fetal, caracteriza-se como gestação de alto risco, por este motivo, o presente estudo objetivou conhecer o perfil clínico e nutricional de gestantes de alto risco admitidas num Hospital de referência em Maceió/AL, visando identificar sua representatividade, auxiliando no cuidado à saúde para que os agravos nocivos ao binômio materno-infantil sejam atenuados. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, realizado por dados secundários, provenientes de prontuários clínicos e registros nutricionais de gestantes, coletados em julho de 2018. Os dados continham informações clínicas (Idade cronológica e gestacional, Tempo de hospitalização, co-morbidades, paridade e motivo admissional) e nutricionais (peso PG (kg), peso G (kg), ganho ponderal (kg) e estatura (m)). Foram admitidas 104 gestantes, com média de  $27 \pm 7,1$  anos, estando com  $26,8 \pm 8,8$  semanas, sendo destas 2,0% gemelares. O Estado Nutricional (EN) PG e G foi predominantemente de eutrofia, com percentual de 47,1% e 39,4%, respectivamente, no entanto, pode-se constatar que 12,24% ( $n=6$ ) das gestantes modificaram seu EN, do período PG, de eutrofia, para o G de sobrepeso/obesidade. Dentre os agravos admissionais observados, majoritariamente foi detectada a Infecção do trato urinário (ITU) (20,2%), entretanto, ao comparar os agravos com os EN, verificou-se que gestantes com SHEG e DMG apresentavam maior frequência na classificação de sobrepeso (26,3%; 31,6%) e obesidade (38,5%; 46,1%), respectivamente. Destarte, considera-se que os resultados encontrados neste estudo contribuem para o desenvolvimento de estratégias de saúde, auxiliando no cuidado a vida materno-fetal.

**Palavras-chave:** Atenção Pré-Natal. Saúde da Mulher. Perfil de saúde.

**Abstract:** The presence of some maternal co-morbidity and / or sociobiological condition that increases the risk of intercurrents during pregnancy, threatening the maternal-fetal life, is characterized as a high-risk pregnancy. For this reason, the present study aimed to

know the clinical profile and nutritional status of high-risk pregnant women admitted to a reference hospital in Maceió / AL, aiming to identify their representativeness, assisting in health care so that the harmful effects on the maternal-infant binomial are attenuated. This was a descriptive, observational, cross-sectional study carried out by secondary data from clinical records and nutritional records of pregnant women collected in July, 2018. Data contained clinical information (Chronological and gestational age, hospitalization time, co-(kg), weight G (kg), weight gain (kg) and height (m)). A total of 104 pregnant women were admitted, with a mean of  $27 \pm 7.1$  years, with  $26.8 \pm 8.8$  weeks, of which 2.0% were twins. The nutritional status (PG) and G were predominantly eutrophic, with a percentage of 47.1% and 39.4%, respectively, however, it can be seen that 12.24% ( $n = 6$ ) of the pregnant women modified their EN, from the PG period, from eutrophy to G overweight / obesity. Urinary tract infection (UTI) (20.2%) was detected in most of the admitted admissions, however, when comparing the injuries with EN, it was found that pregnant women with SHEG and DMG had a higher frequency in the classification of overweight (26.3%, 31.6%) and obesity (38.5%, 46.1%), respectively. Thus, it is considered that the results found in this study contribute to the development of health strategies, assisting in the care of maternal-fetal life.

**Keywords:** Prenatal Care. Women's Health. Health profile.

## 1 INTRODUÇÃO

A presença de alguma co-morbidade materna e/ou condição sociobiológica que eleve o risco de intercorrências na gravidez, ameaçando a vida materno-fetal, pode ser caracterizada como gestação de alto risco (ANJOS et al., 2014). Diante disto, estima-se que algumas das condições elencadas possam ocasionar na necessidade de assistência médica especializada, conjecturando percentual de morbidade entre as gestantes de 15 – 20% (PIMENTA et al., 2012). Ainda, vale ressaltar que tais agravos podem evoluir com prognóstico desfavorável, levando ao óbito materno-fetal, com complicações surgidas durante a gravidez, parto ou puerpério, prevendo-se que dentre as causas de mortalidade materna, 47% possui decorrência de uma gestação de alto risco (BRASIL 2012).

Em detrimento ao supracitado, conhecer o perfil de gestantes de alto risco, bem como os fatores de risco associados, podem contribuir para a melhoria da assistência à

saúde, visando a atenuação dos agravos nocivos ao binômio materno-infantil. Em meio a esta prerrogativa, o objetivo do presente estudo consiste em traçar o perfil clínico e nutricional das gestantes de alto risco admitidas num Hospital de referência de Maceió-AL, para nortear estratégias do cuidar de forma multidisciplinar.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

No Brasil, entre os anos de 1990 a 2011, houve uma redução de 3,7% na Razão da Mortalidade Materna (RMM), no entanto, mesmo diante desta redução, estudiosos evidenciam que os resultados encontrados não podem ser considerados promissores, em virtude de cada óbito materno impreterivelmente poder ser compreendido como falha no sistema de saúde, assim como, violação aos direitos humanos de reprodução (SZWARCOWALD et al., 2014).

Além do supracitado, vale ressaltar que grande parte dos problemas detectados durante a gestação, podem ser antecipados e tratados na assistência pré-natal, contudo, esta cobertura no Brasil pode ser considerada baixa, mesmo após o incremento detectado nos últimos anos, evidenciando que indiferenças nesse tipo de assistência ainda permanecem (SAMPAIO et al. 2018). Essa indiferença pode variar segundo as regiões geográficas, sendo o Nordeste, o principal representante do amplo número de gestantes que não comparecem ao acompanhamento do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2004).

Diante do elencado, evidencia-se a importância do conhecimento do perfil de gestantes de alto risco, considerando este de suma importância à identificação de fatores que levam à complicações gestacionais, assim como, ao aperfeiçoamento de estratégias de políticas públicas de saúde, especialmente aquelas voltadas à saúde da mulher e da criança.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de caráter transversal, baseado em dados secundários, por análise documental de prontuários e de planilha eletrônica com registros nutricionais de gestantes de alto risco, admitidas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), um dos centros de referência de Maceió/AL para gestantes de alto risco, o qual dispõe de equipe multidisciplinar (Obstetras, Enfermeiros, Psicólogos e Nutricionistas) para o cuidado à saúde.

Foram recrutados dados secundários de pacientes admitidos no mês de julho de 2018. A população amostral constituída no presente estudo foi composta por 104 gestantes, por livre demanda (amostra de conveniência), as quais eram atendidas pelo serviço ambulatorial do HUPAA, sendo estas admitidas nas enfermarias quando em âmbito ambulatorial alguma condição de risco à vida materna ou fetal fosse detectada, ainda poderiam ser hospitalizadas, aquelas encaminhadas de maternidades/hospitais que constatassem risco potencial à vida. Os critérios de inclusão foram: paciente estar hospitalizado no período da pesquisa (julho de 2018) na maternidade do HUPAA, apresentar registro na planilha eletrônica de registros nutricionais e possuir prontuário clínico. Como critérios de exclusão, foram adotados: gestantes que evoluíram ao parto em até 72 horas de internação; gestações ectópicas; e diagnóstico de Doença Trofoblástica *Gestacional* (DTG).

Para a análise documental, realizou-se instrumento de coleta de dados contendo informações a respeito do perfil clínico do paciente (Idade Cronológica (anos), Idade Gestacional - IG (semanas), Paridade, Co-morbidades associadas, Motivo de admissão hospitalar e Tempo de hospitalização) e nutricional (variáveis antropométricas como: peso pré-gestacional (kg), peso gestacional (kg), ganho ponderal gestacional (kg) e estatura (m)). Para caracterização do Estado nutricional (EN) Pré-Gestacional (PG), foi considerada a

classificação do IMC PG ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ), de acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2000), e para o Gestacional (G), o IMC G ( $\text{kg}/\text{m}^2$  para IG), segundo Atalah et al. (1997).

Os dados foram tabulados e armazenados em planilha eletrônica, utilizando o programa Microsoft Office Excel®, sendo estes analisados por meio da estatística descritiva, com variáveis numéricas apresentadas em média de tendência central e dispersão e as variáveis nominais em números absolutos e proporções.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Foram admitidas no estudo 104 gestantes, com média de idade cronológica de  $27,0 \pm 7,1$  anos, e gestacional de  $26,8 \pm 8,8$  semanas, sendo destas 2,0% (2/104) com gestação gemelar, e 98% (102/104) de feto único, com período de internação médio de  $13,5 \pm 6,4$  dias (tabela 1).

Corroborando tal achado, Costa et al. (2016) ao analisar o perfil epidemiológico de 61 gestantes de alto risco do Estado de Paraná detectaram que majoritariamente (82%) sua amostra foi composta por gestantes com idade cronológica entre a faixa etária de 15 - 35 anos ( $n=50$ ). Igualmente ao elencado, Melo et al. (2016), ao analisarem os fatores de risco na gestação de alto risco em mulheres procedentes no Noroeste do Pará, averiguaram que dentre 97 gestantes avaliadas, a média de idade de  $27,9 \pm 7,5$  anos.

Assim, de acordo com os dados supracitados, pode-se reconhecer que predominantemente, as gestantes admitidas em centros de referência de alto risco gestacional estão inseridas num período caracterizado como idade fértil, as quais, aparentemente não estariam enquadradas na faixa-etária considerada de alto risco para a gestação, distanciando-se assim do risco aumentado em complicações durante a gestação para o binômio materno-fetal, igualmente a maior probabilidade de malformações fetais ou cromossomais (MS, 2001).

Quanto ao EM, também presente na tabela 1, foi observado no PG e G, predominantemente classificação para eutrofia, com percentual de 47,1% e 39,4%, respectivamente (Tabela 1). No entanto, ao analisar o comportamento amostral do EN, identificou-se que a porcentagem correspondente ao EN adequado no período pré-gestacional (47,1%) sofre atenuação de sua taxa quando comparado ao estado gestacional ( $\downarrow 7,7\%$ ), aumentando desta forma outros percentuais de classificação do EN gestacional, como baixo peso ( $\uparrow 1,9\%$ ), sobrepeso ( $\uparrow 2,0\%$ ) e obesidade ( $\uparrow 3,8\%$ ), destacando a constatação que 12,24% (n=6) das gestantes modificaram seu EN, do período pré-gestacional, de eutrofia, para o gestacional de sobrepeso ou obesidade.

Godinho et al. (2014), ao analisarem o ganho ponderal excessivo em 164 gestantes de alto risco residentes no município de Goiânia, identificaram que 48,5% das gestantes no período pré-gestacional, apresentaram estado nutricional adequado, entretanto, ao relacionar com o estado nutricional durante a gestação, mais da metade (52,4%) das gestantes passaram a ser classificadas com excesso de peso.

Desta forma, vale destacar o ganho ponderal durante a gravidez, pode levar a caracterização do estado de obesidade para idade gestacional, fato que eleva os riscos de condições e agravos metabólicos que podem atingir o binômio mãe-filho, pois, para as gestantes, pode haver desenvolvimento de Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG), assim como de pré-eclâmpsia, podendo haver prejuízos no parto, tornando-o mais prolongado, aumentando a probabilidade para partos cesáreos, além de depressão no puerpério. Entretanto, para o recém-nascido, observa-se maior morbidade neonatal e maior probabilidade de obesidade, sobrepeso e distúrbios metabólicos na infância e adolescência (NOMURA et al., 2012).

Em relação as condições clínicas admissionais, foram detectados nove agravos distintos (Tabela 2), apresentando de forma preponderantemente o diagnóstico obstétrico de Infecção do Trato Urinário – ITU (20/104; 19,2%). Correspondente a este, estudo ao avaliar

o perfil clínico de 61 gestantes, detectou que dentre as razões admissionais, aquela de maior frequência foi ITU, com 52,5% (n=32) das gestantes, seguido da HAS (21,3%) (n=13) (COSTA, et al. 2014).

Alterações anatômicas e fisiológicas ocorridas no trato geniturinário na gestação podem facilitar o desenvolvimento de ITU, estando as gestantes mais propensas, devido a compressão extrínseca dos ureteres, assim como pela diminuição da atividade peristáltica provocada pela progesterona, a qual provoca dilatação progressiva das pelvis renais e ureteres. Estas modificações fisiológicas, quando somadas ao aumento do débito urinário, levam à estase urinária, que pode ser favorecida pela diminuição do tônus vesical, seguido do aumento da capacidade da bexiga e seu esvaziamento incompleto, facilitando a manifestação de pielonefrites. Ainda, os rins perdem sua capacidade máxima de concentrar a urina, reduzindo sua atividade antibacteriana, passando a excretar teores maiores de glicose e aminoácidos, fornecendo meio apropriado para a proliferação bacteriana (STENQVIST et al. 1989; Baleiras, et al. 1998).

Além do elencado anteriormente, as ITU possuem agravantes nocivos, os quais podem piorar o prognóstico gestacional, estando este associado ao Trabalho de Parto Prematuro, assim como a Ruptura prematura de membranas amnióticas, a recém-nascidos de baixo peso ao nascer (BPN) e óbito perinatal (MILLAR, COX 1997; DUARTE et al., 1985). As ITU na gestação estão associadas ao dobro da mortalidade fetal observada em gestações normais de uma mesma área geográfica (ANDRIOLE, PATTERSON et al., 1991).

Foi realizada uma comparação entre o diagnóstico obstétrico com o estado nutricional gestacional (Tabela 3), neste pode-se constatar que dentre as condições clínicas presentes no vigente grupo amostral, houve maior frequência de gestantes com sobrepeso para os diagnósticos de pré-eclâmpsia (n=5) e de Diabetes *Mellitus* Gestacional – DMG (n=5), assim como para o diagnóstico de obesidade, obteve-se majoritariamente os mesmos

agravos clínicos supracitados, sendo o maior número de gestantes inseridas nesta condição, no qual 6/19 (31,6%) correspondiam a SHEG e 6/13 (46,1%) a DMG.

Este dado torna-se relevante ao ponto em que se pode averiguar a associação do excesso ponderal sobre os agravos obstétricos, principalmente naqueles onde a modulação nutricional possui maior interferência, como na pré-eclâmpsia e DMG, os quais são de 2 - 6 vezes mais prevalentes em mulheres com sobrepeso ou obesidade, podendo acarretar em complicações no parto (VITOLLO, 2014).

No entanto, não há disponível na literatura científica estudos que retratem a mesma casuística do presente trabalho, em comparar parâmetros de condições obstétricas, com o Estado Nutricional gestacional, a fim de detectar possíveis relações da contribuição do estado nutricional com à instalação de agravos clínicos gestacionais. Por esta razão, não será possível a comparação com estudos que avaliem as mesmas condições amostrais.

Vale ressaltar que o estado nutricional gestacional e o ganho ponderal durante este período têm implicações diretas na saúde materno-infantil, diante disto, a terapia nutricional pode ser considerada a primeira opção de tratamento para a maioria das gestantes com SHEG e DMG, pois evita o ganho excessivo de peso, além de gerar menor taxa de macrosomia fetal e de complicações perinatais (OLIVEIRA, ALMEIDA, NASCIMENTO et al., 2016).

Desta forma, conhecer o perfil de gestantes de alto risco, além de correlacionar com os possíveis fatores de risco, torna-se essencial quanto ao cuidado integral destas, facilitando o mapeamento para o desenvolvimento de ações e de políticas públicas de saúde que possam minimizar os índices de gestações de alto risco, e suas consequências para o binômio materno-infantil.



**Tabela 1.** Caracterização do perfil clínico e nutricional de 104 gestantes admitidas num Hospital de referência em gestação de alto risco. Maceió/AL. Brasil.

	<b>n (%)</b>
<b>Idade Cronológica (anos)*</b>	27,0 ± 7,1
<b>Tempo De Hospitalização (dias)*</b>	13,5 ± 6,4
<b>Idade Gestacional (semanas)*</b>	26,8 ± 8,8
<b>Ganho de Peso (kg)*</b>	9,7 ± 5,1
<b>Fetos por Gestação</b>	
Único	102 (98,0)
Múltiplos	2 (2,0)
<b>Estado Nutricional Pré-Gestacional †</b>	
Desnutrição (<18,5 kg/m <sup>2</sup> )	9 (8,7)
Eutrofia (18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	49 (47,1)
Sobrepeso (25 – 29,9 kg/m <sup>2</sup> )	27 (25,9)
Obesidade (>30 kg/m <sup>2</sup> )	19 (18,3)
<b>Estado Nutricional Gestacional •</b>	
Baixo Peso	11 (10,6)
Eutrofia	41 (39,4)
Sobrepeso	29 (27,9)
Obesidade	23 (22,1)

\*Média ± Desvio Padrão. † Classificação segundo OMS (2000).

• Classificação de acordo com Atalah (1997).

**Tabela 2.** Relação do Estado Nutricional Gestacional com o diagnóstico médico e tempo de hospitalização de 104 gestantes hospitalizadas num centro de referência em gestação de alto risco. Maceió/AL. Brasil.

	Total	ESTADO NUTRICIONAL GESTACIONAL		
		Baixo Peso	Eutrofia	Excesso de peso
<b>DIAGNÓSTICO OBSTÉTRICO</b>				
ITU n (%)	21 (20,2)	4 (19,1)	12 (57,1)	5 (23,8)
TPP n (%)	20 (19,2)	4 (20,0)	11 (55,0)	5 (25,0)
AMU n (%)	19 (18,3)	0 (0,0)	10 (52,5)	9 (47,5)
SHEG n (%)	19 (18,3)	0 (0,0)	8 (42,1)	11 (57,9)
DMG n (%)	13 (12,4)	0 (0,0)	2 (15,4)	11 (84,6)
HG n (%)	5 (4,8)	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)
C.A. n (%)	3 (2,8)	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)
HIV n (%)	2 (2,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
LES n (%)	1 (1,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Zyca n (%)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)

ITU: Infecção do Trato Urinário; TPP: Trabalho de parto prematuro; AMU: Alterações Morfológicas Uterinas; SHEG: Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação; DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; HG: Hiperêmese Gravídica; C.A.: Câncer; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico. \*Classificação do Estado Nutricional Gestacional de acordo com a classificação de Atalah (1997).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, constatou-se que a amostra de gestantes do centro de referência de alto risco de Maceió-AL, foi composta majoritariamente por mulheres de idade fértil, aparentemente não enquadradas na faixa-etária considerada de alto risco para a gestação, com estado nutricional pré-gestacional e gestacional adequado, entretanto, quando

associados pode ser constatado ganho ponderal excessivo, de forma que 12,24% das gestantes passaram da eutrofia no período pré-gestacional para excesso de peso durante a gravidez. Ainda, foi detectado que dentre os diagnósticos obstétricos observados, o de maior predominância foi a ITU, entretanto, ao relacionar as condições clínicas com o estado nutricional, foi verificado que as gestantes com pré-eclâmpsia e DMG possuíam maior frequência com o diagnóstico nutricional de sobrepeso e obesidade.

Considera-se que os resultados encontrados neste estudo contribuem para o desenvolvimento de estratégias de saúde, principalmente nutricionais, a fim de auxiliar no cuidado à vida de gestantes de alto risco, além de atenuar as consequências dos agravos para o binômio materno-fetal.

## **REFERÊNCIAS**

ANDRIOLE, V.T.; PATTERSON, T.F. **Epidemiology, natural history, and management of urinary tract infections in pregnancy.** Med Clin North Am 1991; 75:359-73.

ANJOS, J.C.S. et al. **The epidemiological profile of pregnant women served in a reference center in prenatal high risk.** Revista Paraense de Medicina - V.28 (2), 2014.

ATALAH, E. et al. **Propuesta de um nuevo estandar de evaluación nutricional em embarazadas.** Ver. Med. Chile. 1997; 125 (12): 1429-36.

BALEIRAS C, et al. **Infecções urinárias e gravidez.** Acta Med Port 1998; 11:839-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 43 (1); 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; **Saúde reprodutiva: gravidez, assistências pré-natal, parto e baixo peso ao nascer.** Saúde Brasil 2004, uma análise da situação de saúde. 1 ed. Brasília 2004. p. 69 -84.

COSTA, L.D ET al. **Perfil Epidemiológico de Gestantes de Alto Risco**. Cogitare Enferm. 2016 Abr/jun;21(2): 01-08

DUARTE, G. et al. **Feto morto I**. Aspectos conceituais e etiopatogênicos (análise de 437 casos). Rev Bras Ginecol Obstet 1985; 7:115-8.

GODINHO, J.C.M. et al. **Ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em serviço público de alto risco**. Fragm. Cult. 2014; 24(n.esp.): 85-95.

INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary reference intakes (DRI's). **Recommended intakes for individuals**. Washington: Food and Nutrition Board National Academic; 2005.

MELO, W.A. et al. **High-risk pregnancy: associated factors in a municipality of the northwest of the state of Paraná**. Revista de Saúde Pública Do Paraná. Londrina . V. 17,N. 1, 82-91, julho 2016.

MILLAR, L.K.; COX, S.M. **Urinary tract infections complicating pregnancy**. Infect Dis Clin North Am 1997; 11:13-26.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

NOMURA, R.M.Y. et al. **Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012; 34(3): 107-12

OLIVEIRA, A.C.; ALMEIDA, L.B.; NASCIMENTO, A.L.V. **Study of the relationship between excessive wight gain and development of diabetes mellitus and disease specific hypertensive in pregnancy**. J Health Sci Inst. 2016;34(4):231-9

PIMENTA, A.M. et al. Programa “Casa das gestantes”:**Perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal**. Texto Contexto Enferm. 2012 Out-Dez; 21(4):912-20.

STENQVIST K., et al. **Bacteriuria in pregnancy. Frequency and risk of acquisition**. Am J Epidemiol 1989; 129:372-9. 5.

VITOLO, M.R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

SAMPAIO, A. F. S.; et al. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 18, n. 3, p. 559-566, set. 2018

SZWARCWALD C.L., et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**. 2014; 30(Suppl 1): S71-S83.