

ESTUDO DO TRABALHO DE PARTO (PERÍODOS DE DILATAÇÃO, EXPULSÃO, DEQUITAÇÃO E DE GREENBERG) EM PACIENTES OBESAS NO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA: ASPECTOS MATERNAIS, FETAIS E PERINATAIS
STUDY OF LABOUR (DILATION, EXPULSION, DEQUITATION AND GREENBERG PERIODS) IN OBESE PATIENTS AT THE CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA: MATERNAL, FETAL AND PERINATAL ASPECTS

André de Araújo Rozas¹, João Marcelo Pedroso Wey¹, Joe Luiz Vieira Garcia Novo²

RESUMO

Objetivo: analisar em parturientes obesas os períodos do trabalho de parto (dilatação, expulsão, dequitação e de Greenberg) e as repercussões maternas, fetais e perinatais. Método: estudo prospectivo de partos de pacientes obesas, comparando-as com um grupo de não obesas, identificadas através do Índice de Massa Corporal (IMC), assistidos no Conjunto Hospitalar (CHS) e Hospital Santa Lucinda (HLS) de Sorocaba de março de 2008 a janeiro de 2009. As variáveis pesquisadas foram as fases do parto (dilatação, expulsão, dequitação e de Greenberg), tipos de partos, intercorrências maternas, características e evolução de seus recém-nascidos no berçário. A análise estatística incluiu testes de diferenças entre proporções e de correlação. Resultados: foram estudadas 40 pacientes obesas, as quais tinham maior proporção em: idade de 20 - 29 anos (62,50%), casadas (45,00%), cor branca (57,50%), escolaridade de segundo grau incompleto (42,50%), provenientes de Sorocaba em 87,50%. A média de acompanhamento pré-natal foram nove consultas, providas de Sorocaba (90,00%), maior proporção de multiparidade (60,00%) e partos vaginais (77,50%). As fases de evolução do trabalho de parto (dilatação, expulsão, dequitação e de Greenberg) foram similares em duração nos grupos de estudo e o de controle. Os recém-nascidos das obesas também não tiveram valores estatísticos significantes, em relação aos índices de vitalidade, sexo, peso e evolução em berçário, quando comparados aos parâmetros similares em recém-nascidos de pacientes não obesas. Conclusões: apesar citarem-se as possibilidades de várias patologias em parturientes obesas e em seus recém-nascidos, nesta pesquisa tais fatos não foram estatisticamente significantes quando comparados a um grupo de pacientes não obesas. Trabalho da Iniciação Científica - fomento através do CNPq. Descritores: obesidade, trabalho de parto, fatores de risco, atenção à saúde.

ABSTRACT

Purpose: observation of the stages of obese pregnant women who are in labor (dilation, expulsion, dequitation and Greenberg), and their maternal, fetal and perinatal repercussions. Methods: prospective study of childbirth in obese patients, comparing them to a non obese group, identified through the body mass group (BMI) observed at Conjunto Hospitalar (CHS) and Hospital Santa Lucinda (HSL) in Sorocaba, from March 2008 to January 2009. The variables investigated were the stages of childbirth (dilatation, expelling, dequitation and Geenberg) stages of labor, maternal interurrences, characteristics and evolution of their neonates in the nursery. The statistical analysis included tests of differences between proportions and correlations. Results: forty obese patients were studied. They had a higher proportion to: age between 20 - 29 (62,50%), married (45,00%), white colour (57,50%), unfinished high school (42,50%), who came from Sorocaba (87,50%).

The average of prenatal care originally from Sorocaba was nine appointment (90,00%), greater proportion of multiparous women (60,00%) and vaginal delivery (77,50%). The stages of labor evolution (dilatation, expelling, dequitation and Greenberg) were similar in duration in the groups of study and control. The neonates of the obese parturient didn't have significant values related to the index of vitality, sex, weight and evolution in the nursery, when compared to similar values in neonates of non obese parturient. Conclusions: Despite the pathologies mentioned in obese parturient and their neonates, such facts weren't statistically significant, when compared to a group of non obese parturient. Support of CNPq. Key-words: obesity, labor, risk factors, health care.

INTRODUÇÃO

Durante a evolução do ciclo grávido puerperal (CGP), são inúmeras as alterações e adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que se realizam para a perfeita interação entre a formação do embrião e o desenvolvimento do feto e, o relacionamento fisiológico dos mesmos, com o organismo materno que os mantém. Essas trocas funcionais iniciam-se com a fertilização do ovócito materno, interagem durante toda a gravidez, desaparecendo de forma quase completa após o término da lactação.¹

O organismo da mulher desenvolve, com a fecundação e a implantação do ovo durante todo o CGP, uma verdadeira síndrome de adaptação e regulação circulatória e metabólico-funcional, através de modificações gerais e locais, para prover o relacionamento harmônico, anatômico, imunológico e funcional com o alo-enxerto embrionário em desenvolvimento e, mesmo até a sua completa expulsão da cavidade uterina ao se ultimar o parto.²

O CGP normal compreende três fases: a primeira evolutiva representada pela gestação, a segunda é a resolutive através do trabalho de parto ou expulsão fetal e de seus anexos e, finalmente, a última é representada pelo puerpério ou fase involutiva, durando até o retorno às condições maternas pré-gravídicas.¹

A fisiologia da intimidade materno-fetal, porém, poderá ser desregulada pela presença de patologias maternas clínicas e/ou obstétricas preexistentes, ou que surjam durante a gestação, no parto e/ou no puerpério. Entre as patologias clínicas preexistentes, temos a obesidade, como assinalado em vários estudos.³⁻⁷

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 13, n. 1, p. 9 - 16, 2011

1. Acadêmico do Curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP

Recebido em 27/10/2009. Aceito para publicação em 12/11/2010.

Contato: joeluznovo@hotmail.com

A síndrome da obesidade apresenta-se como um distúrbio ou alteração da composição corporal demonstrada pela presença de excesso absoluto e/ou relativo de gordura corporal.⁸ Em outras palavras é uma condição caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no organismo.⁶

Na atualidade entendem muitos autores (AA) que a obesidade possa representar patologia de múltiplas causas, em pessoas com susceptibilidade de natureza genética, entretanto, diversas influências ambientais favorecem um balanço energético e metabólico aumentado, portanto, positivo e ganho de peso.^{9,10}

Nas três últimas décadas a prevalência da obesidade vem aumentando de maneira significativa, constante e crescente na população adulta e mesmo na infantil. A obesidade representa atualmente importante problema de saúde pública, através de seus custos diretos e indiretos, incluindo-se, também, as suas complicações clínicas e/ou cirúrgicas, que são responsáveis pelo aumento da morbidade e mortalidade populacionais.¹⁰

No que tange às complicações, relatam os AA que esta patologia, mesmo agindo isoladamente, é reconhecida como fator importante no desencadeamento de morbidade humana, entre as quais: doença cardiovascular, respiratória, *Diabetes mellitus*, dislipidemia, colecistite, osteoartrite, hérnias ventrais e diafragmáticas e alguns tipos de câncer.^{8,9}

O CGP representa, *a priori*, para a mulher determinado risco. Entretanto, quando existem patologias clínicas pré-gestacionais, onde se inclui a obesidade, ou surgem patologias durante a gravidez, poderá elevar a incidência de morbiletalidade ao binômio materno-fetal.^{4,6,11}

Compilando a literatura verifica-se a escassez, principalmente entre nós, de estudos focalizando a evolução do trabalho de parto de pacientes obesas e das condições perinatais de seus recém-nascidos.

O Conjunto Hospitalar (CHS) e Hospital Santa Lucinda (HSL) de Sorocaba representam hospitais de referência regional, voltados à assistência médica para várias cidades da região sudeste paulista. Para as suas maternidades são encaminhadas pacientes com diversas e importantes patologias, dentre as quais, e cada vez com mais frequência, a associação da obesidade materna durante a gravidez.

Esta pesquisa teve a intenção de estudar as alterações patológicas da associação obesidade e gravidez ao binômio materno-fetal durante evolução do trabalho de parto (períodos de dilatação, expulsão, dequitação e de Greenberg) e os resultados perinatais dos seus nascituros no CHS e HSL.

Sendo verdadeiras essas assertivas, a vivência prática relatada através dessa comunicação poderá ser utilizada na atividade assistencial cotidiana, com resultados salutarres à assistência obstétrica, beneficiando a mãe e aos recém-nascidos.

MATERIALE MÉTODOS

O material de estudo foi constituído através da análise prospectiva, de entrevistas e de prontuários de 40 parturientes e seus recém-nascidos assistidos nas maternidades e berçários do CHS (01/03/2008 a 15/09/2008) e HSL (20/09/2008 a 31/01/2009). Foram pacientes que concordaram e assinaram afirmativamente o termo de conhecimento livre e esclarecido em relação a esta pesquisa, incluídas de acordo com as condições abaixo:

- Iniciaram o acompanhamento pré-natal durante o

primeiro trimestre da gravidez,

- Tinham confirmação de feto único em desenvolvimento,
- Apresentavam obesidade como patologia associada à gravidez na consulta inicial da assistência pré-natal,
- Foram parturientes com idade gestacional no mínimo de 37 semanas completas ou mais,
- As pacientes e seus recém-nascidos estudados receberam assistência médica e pediátrica até sua alta hospitalar.

Nessas pacientes estudaram-se como variáveis: idade materna, cor, escolaridade, estatura, peso antes da gravidez, ganho ponderal na gestação atual, índice de massa corporal, antecedentes obstétricos, idade gestacional, intercorrências clínicas e obstétricas no acompanhamento pré-natal, evolução dos períodos do trabalho de parto (dilatação, expulsão, dequitação e período de Greenberg), tipos de parto e intercorrências, procedimentos anestésicos. Nos recém-nascidos avaliaram-se sexo, peso, vitalidade, idade, classificação e evolução neonatal.

Os resultados obtidos da avaliação do grupo de estudo foram comparados aos de 50 pacientes e seus recém-nascidos de grupo-controle de parturientes não obesas, atendidas nas maternidades do CHS e HSL durante o mesmo período da pesquisa. No grupo-controle, com exceção da obesidade, foram os mesmos critérios de inclusão adotados para o grupo de estudo.

A pesquisa respeitou as normas da Declaração de Helsinque e da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos. A avaliação inicial realizou-se ao redor de até 24 horas após o término do parto, evitando-se, portanto, quaisquer interferência na assistência obstétrica e neonatal. A avaliação final se fez quando da alta materna e de seu recém-nascido.

A estatura das pacientes foi medida em metros e seu peso atual em quilogramas, através de balança elétrica aferida marca WELMY (modelo RIW200), com divisões de 0,100 gramas e peso máximo de 200 quilos.

A obesidade foi definida e avaliada através do índice de massa corporal (IMC), calculado dividindo-se o peso corporal (em quilogramas) pelo quadrado da altura corporal (em metros).^{4,5,6,8,11}

A classificação do sobrepeso e da obesidade com base no índice de massa corporal assim se escalonou: baixo peso (IMC < 18,5), peso normal (IMC 18,5 - 24,9), obesidade classe I ou sobrepeso (IMC 25,0 - 29,9), obesidade classe II (IMC 30,0 - 39,9) e obesidade extrema ou classe III (IMC > 40,0).⁸ A idade gestacional considerou-se definida através do primeiro dia da data da última menstruação, auxiliada pela mensuração da altura uterina, e confirmada através de ultrassonografia obstétrica.¹²

O estudo e a evolução do trabalho de parto foram através da aplicação do partograma, no qual se avaliaram a parturição em sua totalidade, dilatação cervical, descida da apresentação fetal, a variedade da posição fetal, a frequência cardíaca fetal, o padrão cinético das contrações uterinas, a infusão de medicamentos e analgesia.¹³

As anestésias utilizadas para os partos cirúrgicos foram preferentemente anestésias de condução (subaracnoide, peridural e/ou peridural-raquianestesia). Em casos de distúrbios de coagulação, convulsões maternas e/ou sofrimento fetal agudo, a anestesia geral seria a de escolha.

O controle puerperal imediato realizou-se inicialmente em sala de recuperação anexa ao centro obstétrico da maternidade. Após a estabilização clínica, as pacientes foram encaminhadas para a Enfermaria.

A assistência das pacientes contou sempre com o sinergismo de equipes multidisciplinares, de acordo com a evolução de cada uma delas.¹⁴

Caso houvesse morte materna seriam definidas em três grupos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) na 10ª edição, considerando todo óbito ocorrido durante qualquer época da gravidez, independente de sua localização, e/ou até 42 dias após o seu término.

A morte obstétrica direta seria consequência de complicações obstétricas peculiares ao CGP. A morte obstétrica indireta é a que provém de doença preexistente, ou que se desenvolve durante a gestação, não relacionada a causas obstétricas diretas, mas que é agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.¹⁵ A morte obstétrica tardia é a que decorre de causas obstétricas diretas ou indiretas entre 43 e 365 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito.¹⁶ A mensuração da Mortalidade Materna seria realizada através da Razão de Mortalidade Materna (RMM), calculada pelo número de mortes maternas, divididas pelo número de recém-nascidos vivos durante um ano, multiplicados por 100.000.^{14,15}

Nos recém-nascidos estudaram-se as repercussões das alterações maternas desencadeadas pela evolução e resolução do trabalho de parto. A idade gestacional dos recém-natos estimou-se através de seus parâmetros físicos e neurológicos.¹⁷ O peso ao nascer avaliou-se em gramas, e a adequação ponderal dos nascituros analisada em tabela padronizada.¹⁸ Recém-nascidos com bem-estar e/ou hipóxicos foram definidos através de dados de seu exame físico.¹⁹ Considerou-se hipoglicemia nos recém-nascidos quando igual e/ou inferior a 40 mg/dl após três horas do parto e 45 mg/dl após 24 horas de vida,²⁰ e hiperbilirrubinemia quando a dosagem sanguínea das bilirrubinas fosse superior a 5 mg/dl.²¹

O tempo de permanência hospitalar utilizado pelos recém-nascidos no Berçário estipulou-se como normal até sete dias, e prolongado quando a partir do oitavo dia.

O conceito de natimorto seria aplicado ao nascituro sem sinais de vitalidade ao nascer; neomorto como o recém-nascido que apresentasse algum sinal de vitalidade ao nascer, vindo a

falecer a seguir. A neomortalidade precoce seria aquela em que ocorresse o óbito dos nascituros até sete dias de vida extra-uterina, e neomortalidade tardia em óbito transcorrido entre o 8º e 28º dias de pós-parto. A expressividade da natimortalidade e neomortalidade seria realizada através de seus coeficientes calculados pelas fórmulas.²²

Coeficiente de natimortalidade = número de natimortos iguais ou acima de 1.000 g X 1.000 sobre o número total de nascidos vivos iguais ou acima de 1.000 g. Coeficiente de neomortalidade = número de neomortos de 28 semanas gestacionais completas, ou iguais ou acima de 1.000 g X 1.000 sobre o número de nativos de 28 semanas gestacionais completas ou iguais ou acima de 1.000 g.

Para a avaliação estatística adotou-se o nível de significância de 5% (0,050) para a aplicação dos testes estatísticos, ou seja, quando o valor da significância calculada (p) for menor que 5% (0,050), observa-se uma diferença ou relação estatisticamente significante. Quando o valor da significância calculada (p) for igual ou maior que 5% (0,050) observa-se uma diferença ou relação denominada estatisticamente não significante. Utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), em sua versão 13,0 para a obtenção dos resultados. Aplicou-se o Teste de Mann-Whitney com o intuito de verificarem-se possíveis diferenças entre os dois grupos estudados, isto é, variáveis paramétricas e variáveis não paramétricas.²³

RESULTADOS

Entre 1º de março de 2008 a 31 de janeiro de 2009 foram avaliadas 40 parturientes obesas em relação às fases da parturição (dilatação, expulsão, dequitação e período de Greenberg), tipos de partos e intercorrências e a evolução de seus recém-nascidos no Berçário.

As pacientes obesas tinham maior proporção em: idade de 20 - 29 anos (62,50%), casadas (45,00%), de cor branca (57,50%), escolaridade de segundo grau incompleto (42,50%), provenientes de Sorocaba em 87,50% (Tabela 1).



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA

Agradecemos a colaboração da Associação dos Docentes da PUC-SP

Diretoria

*Enio Marcio Maia Guerra
João Luiz Garcia Duarte
Celeste Gomes Sardinha Oshiro
José Eduardo Martinez
Dirce Setsuko Tacahashi
Nelson Boccato Jr.*

Tabela 1. Distribuição segundo as características maternas

FAIXA ETÁRIA	CONTROLE		OBESAS	
	Nº	%	Nº	%
10 a 19	15	30	6	15
20 a 29	25	50	25	62,5
30 a 39	10	20	8	20
>40	0	0	1	2,5
Total	50	100	40	100
ESTADO CIVIL	Nº	%	Nº	%
solteira	14	28	6	15
casada	24	48	18	45
v. estável	12	24	16	40
Total	50	100	40	100
COR	Nº	%	Nº	%
Branca	33	66	23	57,5
Não Brancas	17	34	17	42,5
Total	50	100	40	100
ESCOLARIDADE	Nº	%	Nº	%
1º Grau Incompleto	13	26	10	25
1º Grau Completo	10	20	5	12,5
2º Grau Incompleto	5	10	8	20
2º Grau Completo	22	44	17	42,5
Total	50	100	40	100
PROCEDÊNCIA	Nº	%	Nº	%
Sorocaba	35	70	35	87,5
Região	15	30	5	12,5
Total	50	100	40	100

A tabela 2 descreve média de acompanhamento pré-natal de nove consultas, pacientes provindas de Sorocaba (90,00%), maior proporção de multiparidade (60,00%), partos

vaginais (77,50%) e fases de evolução do trabalho de parto em tempos similares nos grupos de estudo e de controle.

Tabela 2. Distribuição segundo as características maternas

CONSULTAS PRÉ-NATAL	CONTROLE		OBESAS	
	Nº	Consultas (média)	Nº	Consultas (média)
		9,1		9,4
Total	50		40	
LOCAL DO PRÉ-NATAL	Nº	%	Nº	%
Sorocaba	35	70	36	90
Região	15	30	4	10
Total	50	100	40	100
PARIDADE	Nº	%	Nº	%
primípara	27	54	16	40
múltipara	23	46	24	60
Total	50	100	40	100
PARTO	Nº	%	Nº	%
normal	35	70	31	77,5
fôrcipe	10	20	2	5
cesáreo	5	10	7	17,5
Total	50	100	40	100
FASES DO PARTO	Nº 50 mulheres (minutos)		Nº 40 mulheres (minutos)	
Dilatação	216,02		208,90	
Expulsão	19,94		17,50	
Dequitação	12,04		12,20	
Greenberg	60		60	
T	308		298,6	

Na tabela 3 observam-se os recém-nascidos exibindo boa vitalidade em maior proporção a um minuto (90,00%) e também após cinco minutos de vida (95,00%).

Nasceram em proporção maior em sexo masculino (52,50%) e de peso de 3.000 a 3.499 g em 47,70%.

Tabela 3. Distribuição segundo as características dos recém-nascidos

	CONTROLE		OBESAS	
APGAR 1º minuto	Nº	%	Nº	%
< 7	3	6	4	10,0
7 a 10	47	94	36	90
Total	50	100	40	100
APGAR 5º minuto	Nº	%	Nº	%
< 7	0	0	2	5
7 a 10	50	100	38	95
Total	50	100	40	100
SEXO	Nº	%	Nº	%
masculino	23	46	19	47,5
feminino	27	54	21	52,5
Total	50	100	40	100
PESO	Nº	%	Nº	%
< 2500	2	4	3	7,5
2500 a 2999	20	40	7	17,5
3000 a 3499	21	42	19	47,5
3500 a 3999	7	14	9	22,5
= 4000	0	0	2	5
Total	50	100	40	100
PERMANÊNCIA	DIAS		DIAS	
	3,38		3,05	
Total	50		40	

A tabela 4 revela a comparação entre os grupos de pacientes, através de suas variáveis paramétricas (períodos do

trabalho de parto, vitalidade e peso dos recém-nascidos), cujos resultados não tiveram significância estatística.

Tabela 4. Comparação estatística entre os grupos de pacientes (variáveis paramétricas)

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Significância (p)
Dif_Peso	Estudo	40	6,56	6,45	0,204
	Controle	50	8,30	5,41	
Dil_Colo_Dilatação	Estudo	40	208,90	165,43	0,720
	Controle	50	216,02	153,58	
Dil_Colo_Expulsão	Estudo	40	17,50	8,59	0,197
	Controle	50	19,94	9,49	
Dil_Colo_Dequitação	Estudo	40	12,20	4,64	0,634
	Controle	50	12,04	5,54	
Dil_Colo_4_Período	Estudo	40	60,00	0,00	> 0,999
	Controle	50	60,00	0,00	
Rn_Apgar_1	Estudo	40	8,13	1,42	0,539
	Controle	50	8,32	1,20	
Rn_Apgar_5	Estudo	40	8,83	0,81	0,814
	Controle	50	8,94	0,31	

A tabela 5 contém a comparação entre os grupos de pacientes através de variáveis não paramétricas: tipo de parto (vaginal ou cesárea), complicações maternas do trabalho de

parto, qualidade de índices de vitalidades dos recém-nascidos e complicações dos recém-nascidos, observando-se resultados sem significância estatística.

Tabela 5. Comparação estatística entre os grupos de pacientes (variáveis não paramétricas)

Tipo de Parto			
Grupo	Vaginal	Cesárea	Total
Estudo	33	7	40 (n)
	82,50	17,50	100,00 (%)
Controle	45	5	50 (n)
	90,00	10,00	100,00 (%)
Total	78	12	90
	86,67	13,33	100

p = 0,301

Complicações do Parto			
Grupo	Sim	Não	Total
Estudo	4	36	40
	10,00	90,00	100
Controle	2	48	50
	4,00	96,00	100
Total	6	84	90
	6,67	93,33	100

p = 0,259

RN Apgar 1'			
Grupo	Bom	Não Bom	Total
Estudo	36	4	40
	90,00	10,00	100
Controle	47	3	50
	94,00	6,00	100
Total	83	7	90
	92,22	7,78	100

p = 0,484

RN Apgar 5'			
Grupo	Bom	Não Bom	Total
Estudo	38	2	40
	95,00	5,00	100
Controle	50	0	50
	100,00	0,00	100
Total	88	2	90
	97,78	2,22	100

p = 0,112

RN Complicações			
Grupo	Sim	Não	Total
Estudo	25	15	40
	62,50	37,50	100
Controle	28	22	50
	56,00	44,00	100
Total	53	37	90
	58,89	41,11	100

p = 0,536

DISCUSSÃO

A obesidade representa um dos mais frequentes problemas de saúde mundial, coexistindo endemicamente em países ricos e também em povos subdesenvolvidos.^{3,5}

Apesar de ser meta em saúde pública a sua redução em 20% de prevalência de pessoas com sobrepeso no final do século passado, em verdade, a obesidade não diminuiu e, ao contrário, a sua incidência vem aumentando progressivamente: de 15% para 31%, e o sobrepeso de 47% para 54%.^{5,8}

A obesidade é considerada como o principal fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais estão as cardiopulmonares, hipertensão arterial, *Diabetes mellitus*, dislipidemia entre outras.⁷ Durante a gravidez a obesidade se associa a maior risco de pré-eclâmpsia, a *Diabetes mellitus* gestacional, infecções urinárias, alterações tromboembólicas, disfunções cardiopulmonares.^{3,5,7,24}

Em relação à parturição, existem relatos de partos distócicos, elevando as taxas de partos cirúrgicos, e a morbiletalidade pós-operatória materna.^{4,25,26}

Estudos relacionados aos conceitos citam complicações como macrosomia fetal, prematuridade, natimortalidade, mal-formações de tubo neural, onfalocele e/ou múltiplas,⁵ pós-datismo e menores chances de parto espontâneo.²⁷ Essas complicações associadas em relação às parturientes obesas e seus recém-nascidos contribuem para maiores cuidados e custos hospitalares.²⁸

A importância da obesidade, hoje reconhecida com problema de saúde mundial, a presença das prováveis complicações entre a associação obesidade e gravidez citada em vários AA serviram de motivo para esta proposição de pesquisa.

Neste trabalho, onde se estudaram nas parturientes obesas, a evolução das fases do trabalho de parto (dilatação, expulsão, dequitação e período de Greenberg), tipos e intercorrências patológicas de partos, com os mesmos parâmetros analisados em pacientes não obesas, não se verificaram diferenças que fossem estatisticamente significantes entre os dois grupos estudados. Os recém-nascidos das obesas também não tiveram valores estatísticos significantes em relação aos índices de vitalidade, sexo, peso e evolução em Berçário quando comparados a parâmetros similares em recém-nascidos de pacientes não obesas.

Atualmente há expressiva quantidade de mulheres com desvio ponderal pré-gestacional elevado, tornando-se problema mundial já anteriormente relatado. Reforça o conceito de que obesa que queira engravidar, deva reciclar-se em programas de redução de peso (dietas, exercícios e hábitos existenciais) para melhor prognóstico ao binômio materno-fetal em futura gestação.²⁸ Os serviços obstétricos terciários também devem ser periodicamente reciclados, além de possuírem integração com outros hospitais gerais para gestações de alto risco,^{29,30} com o fito de aprimorar as equipes médicas e de enfermagem, de divulgar conhecimentos adquiridos e, quando possível, poderem treinar hospitais primários e secundários.³⁰

CONCLUSÕES

A obesidade representa um dos mais frequentes problemas de saúde mundial e, quando se associa a gravidez, cita-se a possibilidade de várias patologias associarem-se ao bem-estar do binômio materno-fetal.

Na pesquisa atual não se observaram associações estatísticas significantes entre as fases de evolução do trabalho de parto (dilatação, expulsão, dequitação e período de Greenberg), tipos de partos e complicações entre obesas e não obesas. Os recém-nascidos de mães obesas em relação a índices de vitalidade, sexo, peso e evolução no Berçário não foram estatisticamente significantes quando comparados a parâmetros similares de recém-nascidos de parturientes não obesas.

REFERÊNCIAS

- Rudge MVC, Borges VTM, Calderon IMP. Adaptação do organismo materno à gravidez. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 36-62.
- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins GDV, et al. *Williams Obstetrícia*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000. p. 80-104. A placenta e membranas fetais.
- Neme B. *Obstetrícia Básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 120. Parto: considerações gerais.
- Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy Complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health*. 2001; 91:436-40.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD. *Williams obstetrics*. 22nd edn. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 1007-16. Obesity.
- Magana CB, Zugaib M. Obesidade. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 1316-8.
- Taylor RN, Lebovic DI. Endocrinologia da gestação. In: Greenspan FS, Gardner DG, editores. *Endocrinologia básica e clínica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006. p. 523-40.
- Hellerstein MK, Parks. Obesidade e sobrepeso. In: Greenspan FS, Gardner DG, editores. *Endocrinologia básica e clínica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006. p. 655-72.
- Tanaka ACD. A importância da associação obesidade e gravidez. *Rev Saúde Pública*. 1981; 15: 291-307.
- Matos AFG, Carraro, LM. Tratamento medicamentoso da obesidade. In: Vilar L, Castellar E, Moura E, Leal E, Machado AC, Teixeira L, et al. *Endocrinologia clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p. 747-63.
- Diniz LEV, Rezzaghi A, Araújo MP, Carneiro VD, Zugaib M. Obesidade e gravidez: ganho ponderal na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1996; 17: 515-23.
- Bauer A. Diagnóstico obstétrico. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 99-104.
- Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. *Uso do partograma no acompanhamento do trabalho de parto*. Brasília, 2001. p. 45-63.
- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NL, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. *Williams obstetrícia*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000. p. 607-52. Distúrbios hipertensivos na gravidez.
- Faundes A, Cecatti JG, Parpinelli MA, Serruya SJ. Mortalidade materna. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 1191-200.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde*. 10ª rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a classificação de Doenças em Português, 2006. v. 1.
- Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr*. 1978; 93:120-2.
- Battaglia FC, Lubchenko LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J Pediatr*. 1967; 71:159-63.
- Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of newborn infant. *Rev Anesth Analg*. 1953; 32:260-7.
- Srinivasan G, Pildes RS, Cattamanchi G, Voora S, Lilien LD. Plasma glucose values in normal neonates. A new look. *J Pediatr*. 1986; 109:114-7.
- Porter ML, Dennis BL. Hyperbilirubinemia in the term newborn. *Am Fam Physician*. 2002; 65:599-606, 613-4.
- Santillo H, Carvalho GC, Alves DSN, Neumann ZA, Formiga Filho JNF; Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Brasília, DF; 1994.
- Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 2nd edn. Boston: Duxbury; 1986.
- Walsh SW. Obesity: a risk factor for preeclampsia. *Trends Endocrinol Metab*. 2007; 18:365-70.
- Seligman LC, Duncan BB, Branchtein L, Gaio DSM, Mengue SS, Schmidt MI. Obesity and gestational weight gain: cesarean delivery and labor complications. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:457-65.
- Mighty HE, Fahey JO. Obesity and pregnancy complications. *Curr Diab Rep*. 2007; 7:289-94.
- Denison FC, Price J, Graham C, Wild S, Liston WA. Maternal obesity, length of gestation, risk of postdates pregnancy and spontaneous onset of labor at term. *Br J Obstet Gynaecol*.

- 2008; 115:720-5.
28. Chu SY, Bechman DJ, Callaghan WM, Whitlock EP, Dietz PM, Berg CJ, et al. Association between obesity during pregnancy and increased use of health care. *N Engl J Med*. 2008; 358:1444-53.
29. Sass N, Mattar R, Rocha NSC, Camano L. Coeficientes de mortalidade materna gerais e decorrentes de hipertensão arterial na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo no período de 1983 a 1993. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1995; 17:989-98.
30. Boyaciyan K, Marcus PAF, Veja CEP, Barbosa AS, Pazero LC. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1993 a 1995. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1998; 20:13-8.

AGRADECEMOS A CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DOS DOCENTES DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE - PUC-SP

Alexandre Eduardo F. Vieira	Hamilton Alcardo Gonella	Magali Zampieri
Alfredo Bauer	Hudson Hübner França	Maria Cecília Ferro
Antônio A. R. Argento	Izilda das Eiras Tâmega	Maria Cristina P. Fontana
Antônio Matos Fontana	Jair Salim	Maria Helena Senger
Antônio Rozas	João Alberto H. de Freitas	Marilda Trevisan Aidar
Carlos von Krakauer Hübner	João Edward Soranz Filho	Neil Ferreira Novo
Celeste Gomez Sardinha Oshiro	João Luiz Garcia Duarte	Nelmar Tritapepe
Celso Augusto N. Simoneti	Joe Luiz Vieira Garcia Novo	Nelson Brancaccio dos Santos
Cibele Isaac Saad Rodrigues	José Augusto Costa	Ronaldo D'Ávila
Clodair Carlos Pinto	José Carlos Rossini Iglezias	Rubem Cruz Swensson
Deborah Regina Cunha Simis	José Eduardo Martinez	Rudecinda Crespo
Diana Tannos	José Francisco Moron Morad	Samuel Simis
Edie Benedito Caetano	José Jarjura Jorge Júnior	Sandro Blasi Esposito
Eduardo Álvaro Vieira	José Mauro S. Rodrigues	Saul Gun
Eduardo Martins Marques	José Otávio A. Gozzano	Sérgio Borges Bálamo
Enio Márcio Maia Guerra	José Roberto Maiello	Sérgio dos Santos
Fatima Ayres de Araújo	José Roberto Pretel Pereira Job	Sônia Chebel Mercado Sparti
Scattolin	Júlio Boschini Filho	Sonia Ferrari Peron
Fernando Biazzii	Kouzo Imamura	Vicente Spinola Dias Neto
Gilberto Santos Novaes	Luiz Antônio Guimarães Brondi	Walter Barrella
Gladston Oliveira Machado	Luiz Antônio Rossi	Walter Stefanuto
Godofredo Campos Borges	Luiz Ferraz de Sampaio Neto	Wilson O. Campagnone