

ANTROPOMETRIA E ASPECTOS NEONATAIS DE RECÉM-NASCIDOS DE GESTAÇÕES DE 41 A 42 SEMANAS

ANTHROPOMETRY AND NEONATAL ASPECTS OF NEWBORNS WITH GESTATIONAL AGE OF 41 TO 42 WEEKS

Leticia de Arruda Camargo¹, Caroline Rosa Pellicciari¹, Joe Luiz Vieira Garcia Novo², Neil Ferreira Novo³

RESUMO

Introdução: considera-se que a duração de uma gravidez seja ao redor de 280 dias (40 semanas) contados a partir do primeiro dia da última menstruação. **Objetivo:** comparar as gestações de 41 a 42 semanas com as gestações de 37-40 semanas em uma maternidade de atenção secundária, em relação aos aspectos neonatais e dados antropométricos dos recém-nascidos. **Metodologia:** foram analisadas 137 puérperas e seus recém-nascidos, obtendo-se uma amostra de 37 para as gestações de 41-42 semanas e 100 para as gestações de 37-40 semanas. As variáveis dependentes dos recém-nascidos foram os valores antropométricos, os resultados neonatais foram os índices de Apgar (1º e 5º minutos) e de Capurro, e suas complicações. **Resultados:** observou-se que para o sexo feminino, a comparação entre os dois grupos, as variáveis antropométricas, índices de Apgar e de Capurro não obtiveram significância. Para o sexo masculino houve significância somente para o parâmetro Capurro ($p = 0,0015$). Foi significativa a presença de sofrimento fetal no grupo de estudo ($p = 0,0188$). **Conclusões:** a presença de sofrimento fetal no grupo de estudo foi significativa, permitindo concluir-se que deve haver cautela em condutas assistenciais em relação às gestações de 41 a 42 semanas. Além disso, com o aumento da idade gestacional não houve aumento estatisticamente significativo dos parâmetros antropométricos. PIBIC-CNPQ.

Descritores: gravidez prolongada; antropometria; recém-nascido.

ABSTRACT

Introduction: it is considered that the duration of a pregnancy is around 280 days (40 weeks) counted from the first day of the last menstrual period. **Objective:** to compare the 41 to 42 weeks of pregnancy with pregnancies of 37-40 weeks in a secondary care maternity, in relation to neonatal and anthropometric aspects of the newborns. **Methodology:** a total of 137 mothers and their newborns were studied, resulting in a sample of 37 for pregnancies of 41-42 weeks and 100 for pregnancies of 37-40 weeks. The dependent variable of the newborns were the anthropometric values, the neonatal outcomes were analysed by Apgar score (1 and 5 minutes), Capurro and its complications. **Results:** it was observed that for females, the comparison between the two groups in those aspects: anthropometric variables, Apgar scores and Capurro, not reach significance. For males, there were significance only for Capurro ($p = 0.0015$) parameter in the study group. Was significant the presence of fetal distress in the study group ($p = 0,0188$). **Conclusions:** the presence of fetal distress in the study group was significant, allowing to conclude that there must be caution in care practices in relation to pregnancies 41-42 weeks. Furthermore, with the increase of gestational age, there was no statistically significant increase in anthropometric parameters.

Key-words: prolonged pregnancy; anthropometry; newborn.

INTRODUÇÃO

Considera-se de maneira clássica que a duração de uma gravidez seja ao redor de 266 dias subsequentes ao dia provável de fertilização de uma mulher, ou a média de 280 dias (40 semanas) contados a partir do primeiro dia da última menstruação. Por outro lado, estudos demonstram e aceita-se que fisiologicamente esta duração possa atingir até 42 semanas ou 294 dias. Com este raciocínio, estaria o feto ao final desse tempo de evolução gestacional em sua plenitude de condições de desenvolvimento fisiológico para sua vinda ao meio exterior através da parturição.¹

Esses eventos estão dinamicamente coordenados através de alterações maternas gerais e locais, provendo íntima e fisiológica relação para com o conjunto embrionário em desenvolvimento.² É de consenso que essas adaptações funcionais extremamente vitais para o perfeito desenvolvimento fetal estejam intimamente dependentes das condições clínicas e nutricionais maternas.³

O potencial de crescimento coordenado pelo genoma fetal, em verdade, incorpora para o desenvolvimento, diferenciação e maturação de seus tecidos e órgãos, íntimas interações com as ofertas e transferências maternas através da placenta e do cordão umbilical.⁴

Inclui-se neste contexto que as atenções à saúde da mulher durante a sua fase reprodutiva devam proporcionar a ela práticas modernas e/ou atualizadas de atenção, para que a saúde materno-infantil possa alcançar resultados dignos da importância a que se referem.³ Esses preceitos encontram-se à disposição e em funcionamento nos países desenvolvidos. Entre nós essas práticas estão implícitas em consonância com os modelos utilizados mundialmente, com a tentativa de implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN).⁵

O escopo do programa a partir de sua implantação representa, atualmente, instrumento vital em organização e estruturação do atendimento materno-fetal no sentido de centralizar esforços, com o fito de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, melhorando os cuidados e atenções aos períodos pré-natal, de assistência ao parto, puerpério e neonatal.⁵

O uso deste programa vem trazendo valorização do fenômeno do parto e nascimento fisiológicos como processos naturais e inclusive em sua dimensão social nas maternidades brasileiras de atenções secundária e terciária.⁵

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 4, p. 182 - 187, 2014

1. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

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

3. Professor do Depto. de Morfologia e Patologia - FCMS/PUC-SP

Recebido em 24/4/2014. Aceito para publicação em 11/11/2014.

Contato: leticia_acamargo@hotmail.com

Dentro dessas atenções atuais, citam-se os cuidados direcionados em relação à gravidez que ultrapassa 40 semanas completas e que, em cerca de um terço das vezes, pode ser acompanhada da síndrome da pós-maturidade do recém-nascido. Esta síndrome é caracterizada pela presença de insuficiência placentária funcional, podendo levar a complicações das trocas materno-fetais, expondo o feto a graus variáveis de hipoxemia e a outros prejuízos, como, escassez de líquido amniótico, emissão de mecônio, panículo adiposo escasso, sinais de desidratação, hipoglicemia e policitemia.⁶ Diante dessas possibilidades, a síndrome descrita pode ser relatada como provável responsável pela elevação de morbidade e morbiletalidade perinatais.^{7,8}

Nesta pesquisa colocam-se em pauta a descrição e a análise dos parâmetros antropométricos e aspectos neonatais de recém-nascidos em gestações de 41 a 42 semanas em maternidade de atenção secundária.

OBJETIVO

Este projeto teve como objetivo analisar as prováveis interações do desenvolvimento e a evolução neonatal de recém-nascidos em gestações de 41 e 42 semanas completas, assistidos em hospital universitário de atenção secundária na cidade de Sorocaba-SP.

METODOLOGIA

A pesquisa incluiu e analisou prospectivamente pacientes atendidas na Maternidade do Hospital Santa Lucinda de Sorocaba-SP, durante o período de 01/08/2012 a 30/06/2013. A pesquisa incluiu 137 puérperas e seus recém-nascidos, assistidos através do Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais 37 foram do grupo de estudo e 100 do grupo de controle. As pacientes concordaram e assinaram afirmativamente o termo de consentimento livre e esclarecido para participarem desta pesquisa. No grupo de estudo, as gestações antes da parturição estavam de acordo com as condições abaixo:

1. Acompanhamento pré-natal desde o primeiro trimestre da gravidez.
2. Avaliações clínica e laboratorial de boas condições de nutrição e saúde maternas.
3. Confirmação de idade gestacional superior a 40 semanas completas.
4. Feto único em apresentação cefálica, sem malformações associadas.
5. Intervalo interpartal do último parto superior a um ano.

Neste estudo incluíram-se puérperas com índice de massa corporal (IMC) no início da gestação normal (18,5 - 24,9), evitando-se a inclusão de obesas e/ou pacientes desnutridas. A estatura e o peso materno pré-gestacionais foram anotados em entrevistas ou captados dos prontuários médicos das pacientes. À avaliação do estado nutricional materno seguiram-se as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual orienta utilizar o índice de massa corporal (IMC) no início da gestação como procedimento mais adequado. Obtém-se o IMC materno dividindo-se o peso corporal (em quilogramas) pelo quadrado da altura corporal (em metros). A sua classificação compreende: 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 foi definida pelo primeiro dia da última menstruação, confirmada através da ultra-sonografia obstétrica. Como variáveis de controle materno foram

consideradas: idade, grupo étnico (brancas e não brancas), união marital (união estável, aquela em que a puérpera é casada/amigada, ou união instável, aquela em que a puérpera é solteira), assistência pré-natal referida como sim (≥ 6 consultas) e não (< 6 consultas), partos espontâneos e/ou induzidos, tipos de partos (vaginais ou cesáreos).⁸

Nos recém-nascidos estudaram-se como variáveis dependentes os parâmetros antropométricos e as suas prováveis relações com a evolução neonatal. Os parâmetros antropométricos foram representados pelo peso, comprimento e perímetro cefálico analisados logo após o parto. O perímetro braquial foi estimado durante a entrevista materna.⁸

Os recém-natos foram pesados sem roupas, em decúbito dorsal, com a utilização de balança elétrica marca WELMY, cuja capacidade máxima de peso é de 15 kg e a mínima de 125 g, com subdivisões de 5 g. Esta balança foi previamente calibrada através dos padrões do Instituto Nacional de Pesos e Medidas (INMETRO).^{9,10}

O comprimento foi medido em superfície rígida, com régua antropométrica de madeira, com divisões de 0,1 centímetros (cm).⁹ A medida do perímetro cefálico foi realizada com o recém-nato em decúbito dorsal, através de fita métrica não distensível, largura de 1 cm e subdivisões de 0,1 cm.¹¹

O perímetro braquial foi mensurado com o mesmo tipo de fita anterior, no membro superior esquerdo do recém-nascido, cuidando-se para não enrugar a pele. O recém-nato esteve em decúbito dorsal, com o braço em posição lateral ao tronco. O ponto médio foi medido entre as distâncias das extremidades do acrômio e olécrano, com o cotovelo fletido em ângulo de 90°.^{10,11}

A idade gestacional foi estimada através do cálculo pós-natal de seus parâmetros físicos e neurológicos (Índice de Capurro).¹² O peso ao nascer foi avaliado em gramas, e a adequação ponderal analisada em tabela padronizada.¹³ Os recém-nascidos com bem-estar e/ou hipóxicos foram definidos através de avaliação de dados padronizados de seu exame físico.¹⁵

O tempo de permanência hospitalar no setor de neonatologia foi normal se até sete dias e prolongado a partir do oitavo dia. Recém-nato natimorto seria aquele sem sinais de vitalidade ao nascer; neomorto o que apresentasse algum sinal de vitalidade ao nascer, vindo a falecer após alguns segundos ou minutos.¹⁰

Os resultados obtidos da avaliação do grupo de estudo foram comparados aos de um grupo controle de puérperas e recém-nascidos do Hospital Santa Lucinda durante o mesmo período da pesquisa. O grupo controle teve idênticos critérios de inclusão adotados para o grupo de estudo, exceto a duração da gravidez, as quais foram de 37 a 40 semanas completas. Preencheu-se detalhada observação confidencial e individual dos dados de cada paciente e de seu recém-nascido. Os dados foram inseridos para leitura em planilha impressa do Programa Excel (Windows) e foram analisados estaticamente no final deste trabalho.

As pacientes incluídas neste estudo foram puérperas além de seis horas de pós-parto, quando, em geral, já estavam em condições de responder convictamente à entrevista consentida e informada. Para a análise estatística dos resultados foram aplicados os seguintes testes:

1. Teste t de Student, com o objetivo de comparar os gêneros feminino ou masculino em relação aos valores do peso, comprimento, perímetro cefálico e perímetro braquial. Este teste foi aplicado, inicialmente, em separado para os grupos de estudo e controle, e, em uma segunda etapa, para

comparar os grupos de estudo e de controle separadamente para os gêneros feminino ou masculino.¹⁵

2. Teste de Mann-Whitney, com o objetivo de comparar os grupos acima citados na mesma ordem de aplicação referida acima, em relação aos valores dos índices de Capurro, Apgar e idade gestacional dos recém-nascidos.¹⁵

3. Teste do Quiquadrado ou Teste Exato de Fisher foi utilizado com o objetivo de comparar os grupos em relação à paridade, tipo de parto, união marital, grupo étnico e complicações neonatais.¹⁶

4. Coeficiente de correlação de Spearman, com a finalidade de estudar a relação entre as idades gestacionais e os valores do índice de Capurro dos recém-nascidos.¹⁶

Em todos os testes, o nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5%.^{15,16} A pesquisa respeitou as normas da Declaração de Helsinque e da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 137 puérperas, sendo 37 do grupo de estudo e 100 do grupo de controle. O número de pacientes utilizados para o grupo de estudo foi considerado como suficiente para os cálculos estatísticos (por ser de rotina no serviço obstétrico estudado, há resolução de gestações quando de 41 a 42 semanas e, mesmo assim, encontramos duas pacientes com idade gestacional de 42 semanas).^{17,18}

A tabela 1 revela a descrição e a comparação entre os grupos em relação à paridade materna, a qual não obteve valores estatísticos significativos entre os grupos ($p=0,2673$).

Em relação ao grupo étnico, o grupo de estudo apresentou 64,95% de brancas e o grupo controle 66% de brancas. A união marital foi dita estável em 86,49% no grupo de estudo e em 76% no grupo controle. O grupo étnico ($p = 0,9011$) e a união marital ($p = 0,1822$) obtiveram valores não significativos.

O estudo revelou que em relação ao acompanhamento pré-natal, 97,3% das pacientes do grupo controle e 86% das pacientes do grupo de estudo realizaram mais de seis consultas durante o período gestacional. O tipo de parto predominante foi o normal, apresentando as seguintes taxas: 54,9% no grupo de estudo e 64% no grupo controle; porém não houve significância entre os grupos ($p = 0,7579$). Dos 137 recém-nascidos estudados, somente quatro do grupo de estudo e um do grupo controle apresentaram complicações

neonatais, sendo representadas por aspiração meconial. Dessa forma, estatisticamente, o grupo de estudo ($p = 0,0188$) foi significativamente associado à presença de complicações neonatais (Tabela 2).

Observou-se também que os grupos não diferem significativamente quando comparados em relação à classificação de peso para a idade gestacional (GIG - grande para a idade gestacional, AIG - adequado para a idade gestacional e PIG - pequeno para a idade gestacional; $p = 0,7371$). No grupo de estudo 5,4% foram considerados GIG, 83,8% AIG e 10,8% PIG. Já no grupo controle 7% foram considerados GIG, 86% AIG e 7% PIG.

A descrição e a comparação entre os recém-nascidos do grupo de estudo e do grupo controle (sexos feminino e masculino) são observados na tabela 3. As variáveis do grupo de estudo: peso ($p = 0,8357$), comprimento ($p = 0,90$), perímetro cefálico ($p = 0,80$), perímetro braquial ($p = 0,99$) e índice de Apgar no 5º minuto ($p = 0,15$) do grupo de estudo não obtiveram valores significativos; o índice de Apgar no 1º minuto ($p = 0,006$) do grupo feminino e a variável índice de Capurro ($p = 0,018$) no grupo masculino foram significativos. Em relação ao grupo controle para as variáveis perímetro braquial ($p = 0,1490$), índice de Apgar no 5º minuto ($p = 0,5033$) e índice de Capurro ($p = 0,58$) não se observou significância entre os sexos. Para os parâmetros peso ($p = 0,110$), comprimento ($p = 0,0031$) e perímetro cefálico ($p = 0,0123$) obteve-se significância no sexo masculino. Com relação ao índice de Apgar no 1º minuto ($p = 0,0039$), o grupo feminino prevaleceu sobre o masculino.

Na tabela 4 são descritos e comparados os parâmetros antropométricos e índices de Apgar (1º e 5º minutos) e de Capurro dos recém-nascidos entre os grupos de estudo e de controle. Para o sexo feminino, a comparação entre os dois grupos, as variáveis peso ($p = 0,12$), comprimento ($p = 0,08$), perímetro cefálico ($p = 0,12$), perímetro braquial ($p = 0,14$), índice de Apgar 1º ($p = 0,9121$) e 5º minutos ($p = 0,7405$) e Capurro ($p = 0,1918$) não obtiveram significância estatística. Os resultados foram similares para o sexo masculino e esta comparação mostrou significância somente para o índice de Capurro ($p = 0,0015$).

Estudando-se a correlação de Spearman entre a idade gestacional e o índice de Capurro, observou-se uma correlação fraca e baixo coeficiente de explicação: grupo estudo feminino obteve-se $r^2s = 0,1020$ ou 10,2%, grupo estudo masculino obteve-se $r^2s = 0,0130$ ou 1,3%; para o grupo controle feminino $r^2s = 0,135$ ou 13,5% e para o grupo controle masculino $r^2s = 0,177$ ou 17,7% (Tabela 5).

Tabela 1. Descrição e comparação entre os grupos de estudo e controle em relação à paridade materna

Paridade	Grupo Estudo		Grupo Controle	
	N	%	N	%
1	22	59,46	54	54
2	6	16,22	29	29
3 ou +	9	24,32	17	17
Total	37	100	100	100
$\chi^2 = 2,54$				
$(p = 0,2673)$				

Tabela 2. Descrição e comparação entre os grupos de estudo e controle em relação às complicações neonatais

Grupo	Complicações Neonatais		Total	% Complicações
	Sim	Não		
Estudo	4	33	37	10,8
Controle	1	99	100	1
Total	5	132	137	3,6
$(p = 0,0188)$				

Tabela 3. Descrição e comparação entre os recém-nascidos do grupo de estudo e do grupo controle (sexos feminino e masculino) em relação aos parâmetros neonatais (peso, comprimento, perímetro cefálico e perímetro braquial), índices de Apgar (no 1º e 5º minutos) e de Capurro.

Variável	Grupo Estudo			Grupo Controle		
	♀	♂	♀x♂	♀	♂	♀x♂
Peso (g)						
\bar{x}	3337,9	3365	t = 0,21	3155,2	3379,5	t = 2,57
DP	373,2	415,7	(p = 0,8357)	459,46	406,02	(p = 0,0110)
Comprimento (cm)						
\bar{x}	49,34	49,27	t = 0,13	48,4	49,6	t = 3,02
DP	1,57	1,51	(p = 0,90)	2	1,98	(p = 0,0031)
Perímetro Cefálico (cm)						
\bar{x}	34,34	34,44	t = 0,244	33,7	34,5	t = 2,55
DP	1,3	1,2	(p = 0,80)	1,6	1,6	(p = 0,0123)
Perímetro Braquial (cm)						
\bar{x}	10,56	10,56	t = 0,011	10,15	10,43	t = 1,45
DP	0,94	0,9	(p = 0,99)	1,0176	0,9	(p = 0,1490)
APGAR 1'						
\bar{x}	8,7	7,1	z = 2,75	8,65	8,08	t = 2,88
Mediana	8	9	(p = 0,006)	9	8	(p = 0,0039)
APGAR 5'						
\bar{x}	9,26	8,72	z = 1,42	9,2	9,1	t = 0,67
Mediana	9	9	(p = 0,15)	9	9	(p = 0,5033)
Idade Materna (anos)						
\bar{x}	23,68	23,94	z = 0,15	23,21	24,08	t = 0,39
Mediana	22	22,5	(p = 0,88)	22,5	23	(p = 0,6941)
Capurro (dias)						
\bar{x}	276,7	282,9	z = 2,37	273,8	274,8	t = 0,55
Mediana	278	283	(p = 0,018)	274,5	275	(p = 0,58)

Tabela 4. Descrição e comparação entre o grupo estudo e controle em relação aos parâmetros antropométricos (peso, comprimento, perímetro cefálico e perímetro braquial) e índices de Apgar (no 1º e 5º minutos) e de Capurro.

Variável	Grupo Estudo x Grupo Controle	
	♀	♂
Peso (g)		
\bar{x}	t=1,55	t = 0,1282
DP	(p = 0,12)	(p = 0,8984)
Comprimento (cm)		
\bar{x}	t = 1,77	t = 0,7133
DP	(p = 0,08)	(p = 0,4783)
Perímetro Cefálico (cm)		
\bar{x}	t = 1,57	t = 0,1596
DP	(p = 0,12)	(p = 0,8737)
Perímetro Braquial (cm)		
\bar{x}	t = 1,50	t = 0,5121
DP	(p = 0,14)	(p = 0,61)
Apgar 1'		
\bar{x}	z = 0,1104	z = 1,5982
Mediana	(p = 0,9121)	(p = 0,1100)
Apgar 5'		
\bar{x}	z = 0,3312	z = 1,0078
Mediana	(p = 0,7405)	(p = 0,3135)
Capurro (dias)		
\bar{x}	z = 1,3053	z = 3,1819
Mediana	(p = 0,1918)	(p = 0,0015)

Tabela 5. Descrição da correlação de idade gestacional e índice de Capurro pela correlação de Spearman

Correlação entre Idade Gestacional e Capurro	
Grupo Controle ♀	Grupo Controle ♂
$r^2s = 0,135$ ou 13,5%	$r^2s = 0,177$ ou 17,7%
$r^2s = 0,3679$	$r^2s = 0,4212$
$t = 2,7975$	$t = 3,1497$
$(p = 0,0073)$	$(p = 0,0028)$
Grupo Estudo	Grupo Estudo
$r^2s = 0,1020$ ou 10,2%	$r^2s = 0,0130$ ou 1,3%
$r^2s = 0,3193$	$r^2s = 0,1140$
$t = 1,3894$	$t = 0,4588$
$(p = 0,01826)$	$(p = 0,6525)$
Correlação de Spearman	

DISCUSSÃO

A duração da gestação tem sido estimada considerando-se a data do primeiro dia da última menstruação (DUM). Porém, alguns autores questionam a acurácia desse indicador. A possibilidade do sangramento no primeiro trimestre ser confundido com a última menstruação e a ocorrência de ciclos longos e/ou irregulares, ampliando as diferenças entre idade da gestação e idade da concepção, são alguns dos motivos que dão base a este questionamento. Ainda assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a data do primeiro dia da última menstruação como o método de escolha para o cálculo da idade gestacional, tanto para fins clínicos como para as pesquisas na área.¹⁷

As assistências obstétricas destinadas às gestações que ultrapassam 40 semanas completas, apesar de estarem ainda sob um conceito de duração fisiológica, merecem especial atenção dentro do contexto assistencial obstétrico atual, uma vez que a literatura mundial revela que podem representar cerca de 3,5% a 10% delas.⁶

As gravidezes pós-termo (> 42 semanas completas), assim como as superiores a 41 semanas gestacionais, têm sido associadas com vários resultados desfavoráveis tanto do ponto de vista materno como do fetal.¹⁸⁻²⁰ Acresçam-se a esses fatos, os custos de monitorações da vitalidade fetal anteparto, tentativas de indução ao parto, além de uma série de transtornos emocionais às pacientes e familiares.²¹ Esses fatos conduzem na atualidade às tentativas de resolução através de indução do parto e/ou interrupção da gravidez de 41 a 42 semanas através de partos cesáreos eletivos.⁶

O peso, o comprimento e o perímetro cefálico, no momento do nascimento, são os parâmetros clínicos de eleição para avaliar o crescimento e o estado de nutrição intrauterino no RN. De todos os parâmetros antropométricos neonatais, o peso é o que oferece mais rigor e reprodutibilidade e, por isso, o elemento mais utilizado para avaliação do estado de nutrição. No entanto, o peso não permite uma estimativa da composição corporal, sendo que aumento ponderal não significa necessariamente crescimento. O comprimento, considerado um indicador global da massa magra, reflete o crescimento esquelético. E o perímetro cefálico reflete o crescimento do encéfalo, exceto na presença de hidrocefalia.^{22,23}

Por outro lado as medidas antropométricas dos recém-nascidos, ao utilizarem parâmetros clínicos, apresentam vantagens de ser o mais simples e econômico método não

invasivo praticável à beira do leito materno, podendo fornecer a previsão de riscos metabólicos precoces, durante a adolescência e fase adulta dos indivíduos.^{10,22,23}

Nesta pesquisa tentou-se a avaliação desses parâmetros antropométricos em relação a recém-nascidos advindos de gestações de 41 a 42 semanas, comparando-os aos de recém-natos de gestações de termo (38 a 40 semanas gestacionais). O raciocínio mais lógico seria que se a gestação prosseguir além de 40 semanas completas, a nutrição fetal deveria continuar com a sua contribuição para a continuidade de crescimento dos valores antropométricos dos fetos até 41 a 42 semanas gestacionais. Porém, os resultados observados neste estudo não revelaram diferenças estatísticas significantes com o aumento da idade gestacional do feto do grupo de estudo em comparação aos do grupo controle, vindo ao encontro de informações similares anteriores, isto é, há desaceleração de desenvolvimento dos valores antropométricos dos conceptos a partir da 38ª semana de gestação.²⁴⁻²⁶

Projetou-se ainda neste estudo, acompanhar a evolução neonatal destes recém-nascidos de gestações de 41 a 42 semanas. Os resultados neonatais estudados concomitantemente revelaram significância para aspiração meconial neste grupo de estudo. Em recente estudo de fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico, demonstrou-se similarmente que a presença de mecônio esteve associado com a idade gestacional de 41 semanas, reforçando a necessidade de cuidados específicos às pacientes que atingem uma idade gestacional de 41-42 semanas.²⁷

A incidência de gestações com 42 semanas ou mais é variável, fato atribuível aos vários fatores que intervêm em sua estimativa, mas oscila entre 3% - 14%. Em nossa pesquisa foram encontradas apenas duas gestações de 42 semanas, uma amostra pequena, mas similar à literatura estudada.

Deve ser lembrado que esses resultados obtidos representam uma população específica e temporal, baseados em informações pessoais e dados de prontuários.

CONCLUSÕES

1. O estudo dos valores antropométricos dos recém-nascidos revelou a não existência de aumento significativo de seus valores com a elevação da idade gestacional de 40 para 41 a 42 semanas gestacionais.
2. Do ponto de vista estatístico, obteve-se correlação

fraca e baixa dos coeficientes de explicação (r^2 s) entre a idade gestacional e o índice de Capurro, isto é, esta relação depende de outros fatores não estudados ou exemplificados neste estudo.

3. A associação de aspiração meconial significativa no grupo de estudo (gestações de 41 a 42 semanas) demonstra a necessidade de cuidados específicos a essas pacientes.

REFERÊNCIAS

- Galleta MA. Duração da gravidez e evolução cronológica. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 63-71.
- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hanks GDV, et al. *Williams obstetrícia*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000. p. 80-104.
- Coelho KS, Souza AI, Batista Filho M. Avaliação antropométrica do estado gestacional da gestante: visão retrospectiva e prospectiva. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2002;2:57-61.
- Rudge MVC. Avaliação do peso dos recém-nascidos: o que é normal ou anormal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27:299-300.
- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:1281-9.
- Roos N, Sahlin L, Ekman-Ordeberg G, Kieller H, Stephansson O. Maternal risks factors for posterior pregnancy and cesarean delivery following labor induction. *Acta Obstet Gynaecol*. 2010;89:1003-10.
- Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27:103-5.
- World Health Organization. Maternal anthropometry for prediction of pregnancy outcomes: memorandum from USAID/WHO/PAHO/Mother Care meeting. *Bull World Health Org*. 1991;69:523-32.
- Falcão MC. Avaliação nutricional do recém-nascido. *Pediatria (São Paulo)* 2000;22(3):233-9.
- Brock RS, Falcão MC. Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26:70-6.
- Figueira BBD, Segre CAM. Mid-arm circumference and mid-arm/head circumference ratio in term newborns. *São Paulo Med J*. 2004;122:53-9.
- 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.
- Zar JH. *Bioestatistical analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.
- Siegel S, Castalani Jr NJ. *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Moraes CL, Reichenhein, ME. Validade do exame clínico do recém-nascido para a estimação da idade gestacional: uma comparação do escore New Ballard com a data da última menstruação e ultra-sonografia. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(1):83-94.
- Caughey AB, Bishop JT. Maternal complications of pregnancy increase beyond 40 weeks of gestation in low-risk woman. *J Perinatol* 2006; 26: 540-5.
- Caughey AB, Stotland NE, Washington E, Escobar GJ. Who is at risk prolonged and post-term pregnancy? *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(6):683.e1-5.
- Allen VM, O'Connell CM, Farrell SA, Baskett TF. Economic implications of method of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:192-7.
- Marroun H, Zeegers M, Steegers EAP, van der Ende J, Schenk JJ, Hofman A, Jaddoe VVW, Verhulst FC, Tiemeier H. Post-term birth and the risk of behavioural and emotional problems in early childhood. *Int J Epidemiol*. 2012;41:773-81.
- Pereira-da-Silva L, Virella D, Videira-Amaral J, Guerra A. Antropometria no recém-nascido e perspectiva atual. Lisboa: Nestlé Nutrition Portugal; 2007 [acesso em 12 out. 2013]. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/121>
- Miranda M, Bernardes OC, Melo TVC, Silva TA, Rinaldi AEM, Crispim CA. Avaliação antropométrica na infância: uma revisão. *Braz J Sports Nutr*. 2012;1:37-45.
- Margotto PR. Curvas de crescimento intra-uterino: estudo de 4413 recém-nascidos únicos de gestações normais. *J Pediatr (R. Jan.)*. 1995;71:11-21.
- Carrascosa A, Yeste D, Copil A, Almar J, Salcedo S, Gussinyé M. Patrones antropométricos de los recién nacidos pre término y a término (24-42 semanas de edad gestacional) en el Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron (Barcelona) (1997-2002). *An Pediatr*. 2004;60:406-16.
- Cunha M, Marques A, Carreiro H, Machado MC. Percentis do peso de nascimento para a idade gestacional, numa população de recém-nascidos. *Acta Pediatr Port*. 2007;38(5):187-93.
- Osava RH, et al. Fatores maternos e neonatais associados ao meconio no líquido amniótico em um centro de parto normal *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1023-9.