



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Primíparas do Centro Hospitalar Cova da Beira, um estudo de 3 anos: sociodemografia, correlações obstétricas e neonatais

Nádia Virgínia Carvalho Duarte

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Doutora Andrea Cunha Henriques Brito
Coorientador: Doutora Nélia Lamberta Pereira Rodrigues

Covilhã, abril de 2019

Dedicatória

À minha mãe, o suporte à minha existência, quem tudo fez para que fosse possível realizar o meu sonho e alcançar a satisfação, a realização e a paz que sinto hoje.

Agradecimentos

À minha orientadora Doutora Andrea Cunha Henriques Brito por ter aceite o meu pedido, pelo acolhimento, orientação e pelo privilégio de a ter como parte deste longo percurso.

À minha coorientadora Doutora Nélia Lamberta Pereira Rodrigues pelo apoio incondicional e pela orientação e disponibilidade demonstrada.

Uma mensagem de reconhecimento ao Doutor Jayson William Meyer pela ajuda imprescindível na realização deste trabalho.

Os meus agradecimentos a Direção Geral do Ensino Superior de Cabo Verde pela segunda chance, pelo reconhecimento do mérito e pelo apoio financeiro nesta longa caminhada.

À minha supermãe Francisca. Não há nada que possa recompensar todas as lutas por mim, pelo meu objetivo.

Gostaria de agradecer às minhas irmãs, Sílvia e Denise, minhas companheiras, minhas conselheiras que sempre acreditaram no meu sucesso.

Ao Rui, por ter me aceitado, com todos os meus defeitos, com toda a minha angústia, com toda a minha história.

A todos os que participaram desta jornada e dos momentos maravilhosos que tenho tido na minha vida.

Agradeço com um sorriso tudo o que a vida me ofereceu.

Em toda a luta, há uma vitória.

Resumo

Introdução: A gravidez é uma etapa da vida importante para a mulher e para a sociedade. Assegurar o planeamento, a deteção precoce e o acompanhamento da gestação, do parto e do período neonatal é um dos grandes objetivos para a manutenção de altos índices de saúde materno-infantil e bem-estar físico e psicológico no ato de gerar.

Objetivos: Pretende-se com este estudo aprofundar os conhecimentos sobre o parto no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, conhecer a estatística e o impacto das características socio demográficas, obstétricas e maternas nos recém-nascidos, na gravidez e no parto das primíparas do serviço de Obstetrícia.

Métodos: O presente estudo retrospectivo é de carácter transversal e observacional, cujos dados foram recolhidos de uma amostra dos processos clínicos de mulheres que tiveram o primeiro parto entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017 no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Resultados: Entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017 ocorreram 1626 partos dos quais 831 foram primíparas. A amostra é constituída por 264 primíparas com idade média de 30,25 anos. Destas, 15,9% encontravam-se em situação de desemprego. O ganho ponderal gestacional médio foi $10,729 \pm 4,810$ Kg.

Destas gestações, 45,5% culminaram em partos eutócicos, 38,6% em cesarianas e 15,9% em partos vaginais instrumentalizados. As três justificações mais frequentes dos partos distócicos foram: sofrimento fetal agudo (12,1%), estado fetal não tranquilizador (9,5%) e incompatibilidade feto-pélvica (6,8%). Nos partos vaginais, 33,95% ocorreram com recurso a epidural sendo os restantes sem recurso a analgesia. Os recém-nascidos de partos vaginais instrumentalizados obtiveram, no 1º minuto, valores de APGAR mais baixos do que os nascidos de parto eutócico (p-value = 0,001).

Nasceram 265 nados vivos com peso médio de $3038,98 \pm 434,55$ gramas. Destes, 9,8% possuíam um peso inferior a 2500 gramas sendo que as respetivas primíparas gestantes obtiveram um ganho ponderal médio ($9,120 \pm 5,5330$ gramas) inferior ao das gestantes de recém-nascidos com peso superior a 2500 gramas. Com uma relação estatisticamente significativa, as primíparas desempregadas geraram recém-nascidos com peso superior às empregadas e quanto maior o ganho ponderal durante a gestação maior o peso ao nascimento.

Conclusão: A gravidez e o parto são afetados pelas alterações sociodemográficas observadas atualmente e, tanto o peso dos recém-nascidos como o desfecho materno e neonatal são influenciados pelas intercorrências na gestação, pelo estilo de vida e pelos antecedentes

maternos. O seguimento da gestação é uma das principais formas de assegurar o bem-estar tanto materno-fetal bem como de todo o núcleo familiar do novo elemento a ser gerado.

Palavras-chave

Primíparas, gravidez, parto, baixo peso ao nascimento, ganho de peso na gestação

Abstract

Introduction: Pregnancy is an important life stage either for the women as for the society. Ensuring the planning, earlier detection and monitoring of the gestation, the delivery and the neonatal period is one of the major goals for achieving and maintaining high levels of maternal-child health and physical and psychological wellbeing at the gestation act.

Objectives: The purposes of the present study are to deepen the knowledge about the delivery on “Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira” hospital, get to know the statistics and the impact of sociodemographic, obstetric and maternal characteristics on the newborn, on pregnancy and in labor of the primiparous women followed in the Obstetrics service.

Methods: The present retrospective cross-sectional and observational study, whose data were collected from a sample of the clinical processes of women who had their first childbirth between January 2015 and December 2017 at “Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira” hospital.

Results: Between January 2015 and December 2017 there were 1626 deliveries of which 831 were primiparous. The sample consisted of 264 primiparous women with a mean age of 30.25 years. Of these, 15.9% were unemployed. The mean gestational weight gain was $10.729 \pm 4,810$ Kg.

Of these pregnancies, 45.5% resulted in eutocic deliveries, 38.6% in cesarean sections and 15.9% in operative vaginal deliveries. The three most frequent reasons for dystocia were acute fetal distress (12.1%), non-reassuring fetal status (9.5%) and fetal-pelvic incompatibility (6.8%). In the vaginal deliveries, 33.95% occurred with the use of an epidural and the remainder without anesthesia. The newborns of operative vaginal deliveries obtained, at the 1st minute, lower APGAR scores than those born by eutocic delivery.

There were 265 live births born with an average weight of $3038,98 \pm 434,55$ grams. Of these, 9.8% had a weight lower than 2500 grams and the respective primiparous women had a lower mean weight gain ($9,120 \pm 5,5330$ grams) than that of pregnant women with newborns weighing more than 2,500 grams. With a statistically significant relationship, the primiparous unemployed women generated newborns with a higher weight than those employed and the higher the weight gain during gestation, the higher the birth weight.

Conclusion: Pregnancy and delivery are affected by sociodemographic changes currently observed, and both newborn weight and maternal and neonatal outcome are influenced by interferences during pregnancy, lifestyle and maternal history. Follow-up of gestation is one

of the main ways to ensure the well-being of both the mother and fetus as well as the entire family nucleus of the new element to be generated.

Keywords

Primiparous women, pregnancy, delivery, low birth weight, weight gain during pregnancy

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-Chave	viii
Abstract	ix
Keywords	x
Lista de Gráficos	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
2. Caracterização do estudo	3
2.1 Objetivos.....	3
3. Material e métodos	5
3.1 Tipo de estudo.....	5
3.2 População em estudo	5
3.3 Processo de recolha de dados.....	5
3.4 Descrição das variáveis.....	5
3.5 Análise estatística	6
4. Resultados	7
4.1 Estatística descritiva	7
4.1.1 Caracterização sociodemográfica	7
4.1.2 Caracterização dos antecedentes obstétricos	9
4.1.3 Caracterização da gestação atual	9
4.1.4 Caracterização do recém-nascido	13
4.2 Estatística inferencial.....	15
5. Discussão.....	29
6. Conclusão	35
6.1 Limitações	36
6.2 Linhas futuras de investigação.....	36
7. Lista de referências bibliográficas	39
8. Anexos.....	41
Anexo 1 - Parecer da comissão de ética	41
Anexo 2 - Autorização para investigação no CHUCB	42

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição por ano de parto	7
Gráfico 2 - Situação profissional das gestantes	8
Gráfico 3 - Peso habitual das grávidas anterior a gestação	9
Gráfico 4 - Idade gestacional no parto	10
Gráfico 5 - Patologias e outras ocorrências apresentadas pelas primíparas antes e durante a gestação	11
Gráfico 6 - Utilização de analgesia nos partos vaginais	13
Gráfico 7 - Utilização de anestesia nas cesarianas	13
Gráfico 8 - Distribuição dos recém-nascidos quanto ao sexo	13
Gráfico 9 - Peso dos recém-nascidos ao nascer	14
Gráfico 10 - Relação entre a idade média e a situação profissional das gestantes	15
Gráfico 11 - Relação entre o aumento ponderal médio durante a gestação e a situação profissional materna	16
Gráfico 12 - Distribuição do tipo de parto de acordo com a situação profissional das gestantes	16
Gráfico 13 - Relação entre a idade média e os antecedentes de abortamento das gestantes	17
Gráfico 14 - Relação entre a utilização de anestesia/analgesia e a idade materna média....	18
Gráfico 15 - Relação de dependência entre o peso dos recém-nascidos ao nascimento e a situação profissional das respetivas gestantes	19
Gráfico 16 - Relação entre a idade gestacional no final da gestação e o peso dos recém-nascidos ao nascimento	20
Gráfico 17 - Distribuição das patologias e ocorrências de acordo com o peso dos recém-nascidos ao nascimento	21
Gráfico 18 - Distribuição dos motivos de distocia de acordo com o tipo de parto distócico ..	23
Gráfico 19 - Analgesia de acordo com o tipo de parto vaginal.....	23
Gráfico 20 - Anestesia nas cesarianas	24
Gráfico 21 - Relação entre o peso dos recém-nascidos e o tipo de parto.....	25
Gráfico 22 - Relação entre o APGAR ao nascimento e o tipo de parto	26
Gráfico 23 - Distribuição dos motivos de distocia relacionadas com APGAR inferior a 7 no 1º minuto	27

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Grupos etários maternos	8
Tabela 2 - Antecedentes de abortamentos	9
Tabela 3 - Distribuição do ganho ponderal na gestação.....	10
Tabela 4 - Distribuição por tipo de parto	11
Tabela 5 - Motivos de distocia	12
Tabela 6 - Categorias de peso dos recém-nascidos.....	14
Tabela 7 - Frequência absoluta dos valores de APGAR no 1º, 5º e 10º minutos.....	15
Tabela 8 - Distribuição do tipo de parto em relação a utilização de anestesia/analgesia e a idade média das primíparas.....	18
Tabela 9 - Frequência absoluta das patologias ou outras intercorrências na gestação de acordo com o peso do recém-nascido	22
Tabela 10 - Distribuição das patologias e outras intercorrências na gestação de acordo com o tipo de parto.....	24

Lista de Acrónimos

CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
DGS	Direção Geral da Saúde
HTA	Hipertensão arterial
IFP	Incompatibilidade Feto-Pélvica
IMC	Índice de massa corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCIU	Restrição de crescimento intrauterino
RN	Recém-nascido
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

1. Introdução

A gravidez é uma etapa fisiológica vivenciada pela maior parte das mulheres ao longo do seu percurso de vida. Representa uma alteração na fisiologia corporal e emocional da mulher que gera, promovendo a adaptação a uma nova forma de vida e a um novo ser. Não existem duas gestações iguais ou dois partos iguais. Cada gestação é única e é influenciada por fatores sociodemográficos e culturais, bem como maternos e inerentes ao tipo e especialidade dos cuidados de saúde prestados à grávida. É neste sentido que se torna importante o diagnóstico precoce e o seguimento, tanto no período pré-concepcional bem como ao longo da gestação e no período pós-parto, incluindo os cuidados pediátricos ao recém-nascido (RN).

O grande objetivo no seguimento de uma gravidez é antecipar fatores de mau prognóstico e acompanhar o desenrolar da gestação tendo em conta o bem-estar da mãe e do feto. As mulheres que recebem cuidados antepartos regulares e desde o início da gestação, têm maior probabilidade de ter *outcomes* maternos e infantis saudáveis (1). Em Portugal, de acordo com as estatísticas do instituto nacional de estatística (INE) (2), atualizadas a 22 de dezembro de 2018, entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2017 ocorreram 255265 partos. Destes partos, 1626 foram realizadas no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) sendo 864 partos eutócicos (53%) e 762 partos distócicos (47%) com a seguinte distribuição: 572 por cesariana (75%) e 24 por fórceps (3%) e 166 por ventosa (22%) (3).

No que respeita à saúde materno-infantil, Portugal destaca-se como sendo um país com um acesso universal e indiscriminado tanto ao planeamento familiar como ao seguimento da gravidez e no parto, conseguindo apresentar e manter taxas de mortalidade materna e perinatal baixas.

Em Portugal a frequência de mulheres primíparas tem aumentado nos últimos anos devido ao adiamento da maternidade resultante de alterações de natureza socioeconómicas e conjugais. Ao longo dos anos observa-se um adiamento da maternidade, um maior planeamento do nascimento do primeiro filho, fazendo com que as primíparas tenham idades mais avançadas e um aumento de todos os riscos inerentes a uma gravidez mais tardia (4). Fatores socioeconómicos como o aumento da taxa de desemprego também são fatores influentes no adiamento da maternidade. O desemprego na gravidez representa um marcador de *status* socioeconómico, um marcador de stress e de diminuição da saúde mental, um aumento do uso de serviços de saúde e um aumento do risco de consumo de substâncias nocivas tanto para a grávida como para o feto (5). O acumular de riscos não médicos nomeadamente sociais, económicos, mentais e de acesso inadequado aos cuidados de saúde contribuem para fracos desfechos maternos e neonatais. É de especial importância focar o cuidado pré-natal nos fatores médicos mas também nos fatores não médicos susceptíveis de afetar os *outcomes* de uma gravidez.

Revela-se de suma importância diagnosticar precocemente ou antecipar problemas desde o período pré-concepcional até ao termo da gravidez, minimizando os riscos de problemas que possam surgir na gravidez.

O reconhecimento da importância da saúde materna e infantil é fundamental para assegurar a manutenção das gerações atuais e promover a renovação das gerações futuras através da redução do impacto negativo dos diversos fatores na experiência do gerar e do nascer.

2. Caracterização do estudo

2.1 Objetivos

A realização desta tese tem como objetivo primário caracterizar as primíparas do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, através de uma amostra representativa (32%). O intuito é fornecer uma perspetiva sócio demográfica, uma análise obstétrica e neonatal e contribuir para um maior fluxo de conhecimentos e informações sobre os partos no CHUCB.

Objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas e maternas das primíparas do Serviço de Obstetrícia do CHUCB;
- Avaliar o impacto dos diferentes fatores socioeconómicos, obstétricos e maternos na gravidez, no parto e nos recém-nascidos do CHUCB;
- Avaliar o impacto das características maternas e pré-natais no peso ao nascimento;
- Analisar os diferentes fatores que contribuem para o nascimento de recém-nascidos com um peso inferior a 2500 gramas;
- Fornecer uma perspetiva acerca dos desfechos maternos e neonatais;
- Definir, de acordo com os resultados obtidos, possíveis medidas a adotar para melhorar a experiência do parto e do nascer no CHUCB;
- Alargar o repertório de informações sobre nascer na Beira Interior.

3. Material e Métodos

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo é observacional, retrospectivo e de carácter transversal tendo por base a recolha e análise de dados dos processos clínicos de uma amostra constituída por mulheres que tiveram o primeiro parto entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017 no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

3.2 População em estudo

Entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017, realizaram-se no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira 1626 partos sendo 551 partos em 2015 (34%), 532 em 2016 (33%) e 543 em 2017 (33%). No estudo foi incluída uma amostra aleatória de 264 primíparas (32%) num universo de 831 mulheres registadas como primíparas nos processos clínicos do CHUCB entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017.

3.3 Processo de recolha de dados

Após obter o parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (ver anexo 1) e da Comissão de Ética do CHUCB e as autorizações do Conselho de Administração do CHUCB e do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher (ver anexo 2) foi selecionada uma amostra aleatória de 264 primíparas de um universo de 831 primíparas registadas no livro de partos para consulta dos respetivos processos clínicos.

3.4 Descrição das variáveis

Distinguimos 5 dimensões de acordo com os dados: caracterização sociodemográfica, antecedentes obstétricos, dados da gestação atual, parto e dados relativos ao recém-nascido. Cada dimensão contempla um grupo de variáveis. Foram analisados nos processos clínicos os seguintes dados: ano de parto, idade da mãe, situação profissional da mãe (empregada/desempregada), número de abortos, idade gestacional à data do parto, peso habitual da mãe, peso no final da gestação, aumento ponderal durante a gestação, existência de patologias na gravidez, tipo de parto, presença de distocia, motivo da

distocia, utilização de analgesia no parto, sexo do RN, peso do RN, APGAR no 1º minuto, APGAR no 5º minuto e APGAR no 10º minuto.

3.5 Análise estatística

A análise estatística foi realizada com recurso aos programas informáticos Microsoft Excel 2019® e IBM SPSS 25.0® (Statistical Package for the Social Sciences 25.0), e avaliadas para um nível de significância de 5%. Na análise descritiva recorreram-se a estatísticas para caracterizar a amostra. E na inferência estatística, na comparação de duas amostras independentes recorreu-se ao teste t de Student, ao teste de qui-quadrado, ao coeficiente de correlação linear de Pearson e à análise de variância (ANOVA) para avaliar se duas variáveis, expressas em tabela de contingência, são independentes entre si.

4. Resultados

4.1 Estatística descritiva

Entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017 ocorreram 1626 partos no CHUCB sendo 831 primíparas (51,1%).

A amostra inclui 264 primíparas entre um total de 831. Foram selecionadas aleatoriamente 92 de 2015, 83 de 2016 e 89 primíparas de 2017 (Gráfico 1).



Gráfico 1 - Distribuição por ano de parto

4.1.1 Caracterização sociodemográfica

As idades da amostra variam entre 16 e 41 anos sendo a média das idades 30,25 e o desvio padrão de 5,391.

Obtivemos a seguinte distribuição por grupos etários (Tabela 1):

Tabela 1 - Grupos etários maternos

Idade Materna	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Menor de 18 Anos	6	2,3	2,3
18 Anos - 25 Anos	41	15,5	17,8
26 Anos- 34 Anos	159	60,2	78
35 Anos - 39 Anos	46	17,4	95,5
Maior/Igual a 40 Anos	12	4,5	100
Total	264	100	

Relativamente à situação profissional, 42 mulheres estavam desempregadas (15,9%) na altura de gravidez e 183 possuíam um emprego (69,3%). Não foram encontrados dados relativamente à profissão de 39 das mulheres da amostra (Gráfico 2).

Situação profissional das gestantes

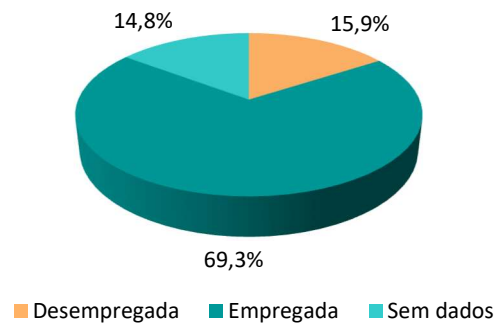


Gráfico 2 - Situação profissional das gestantes

O peso habitual das mães antes da gravidez variava entre um mínimo de 40Kg e um máximo de 128Kg, destacando-se 9 mães com um peso habitual igual ou inferior a 45 Kg e 13 com um peso habitual superior a 90Kg. Não foram encontrados registos do peso habitual de 21 das mães da amostra seleccionada (Gráfico 3).

Idade gestacional no parto

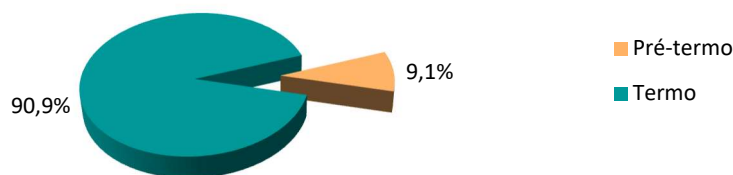


Gráfico 4 - Idade gestacional no parto

No que concerne ao ganho ponderal ao longo da gestação, houve uma média de 10,729 \pm 4,810 Kg de aumento ponderal, com um mínimo de 0kg e um máximo de 24,5Kg. A maioria aumentou entre 5Kg e 10 Kg (31,4%) e entre 10 Kg e 15 Kg (34,5%). Salientamos 3 das mães que não obtiveram nenhum ganho de peso e 11 mães que tiveram um aumento ponderal superior a 20 Kg (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do ganho ponderal na gestação

Ganho de Peso na Gestação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Ajustada (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sem ganho de peso	3	1,2	1,2
Ganho Menor de 5Kg	29	12	13,2
Ganho entre 5Kg - 10Kg	83	34,3	47,5
Ganho entre 10Kg - 15Kg	91	37,6	85,1
Ganho entre 15Kg- 20Kg	25	10,3	95,5
Ganho Maior de 20Kg	11	4,5	100
Total	242	100	
Missing	22		
Total	264		

Pela análise das ocorrências apresentadas pelas primíparas tanto anteriores à gestação como as desenvolvidas na gravidez, encontramos 202 primíparas sem patologias ou ocorrências referidas, 2 gestações não vigiadas sem dados relativos e 60 primíparas com patologias e outras ocorrências de acordo com as seguintes distribuições (Gráfico 5).

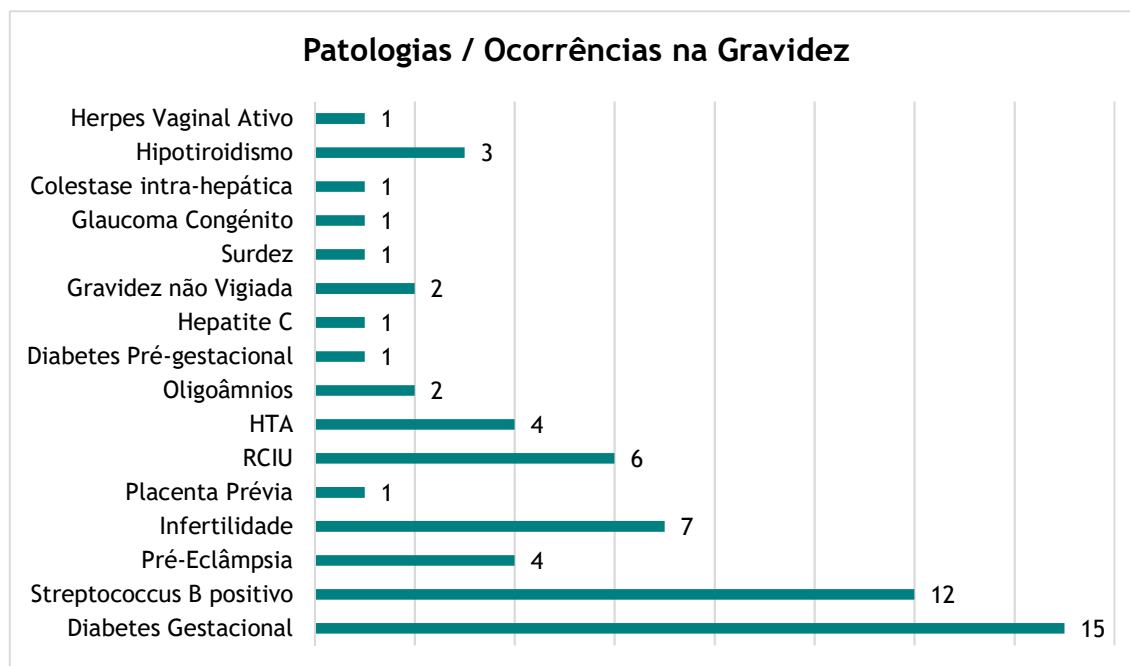


Gráfico 5 - Patologias e outras ocorrências apresentadas pelas primíparas antes e durante a gestação

Nesta amostra 45,5% das primíparas tiveram um parto eutócico concluído de forma espontânea. A maior parte das gestações (n=144, 54,5%) terminaram com um parto instrumentalizado abdominal ou vaginal, sendo 38,6% por cesariana, 13,6% com utilização de ventosa, 1,9% com fórceps e um único parto com utilização de ventosa e fórceps (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição por tipo de parto

Tipo de Parto	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Parto Eutócico	120	45,5
Cesariana	102	38,6
Ventosa	36	13,6
Fórceps	5	1,9
Ventosa + Fórceps	1	0,4
Total	264	100

Grande parte das parturientes (45,5%) tiveram um parto eutócico. As restantes primíparas tiveram partos distócicos e com complicações intraparto com os motivos apresentados na tabela 5. A maior parte das distocias foram por sofrimento fetal agudo (22,2%)

ou por estado fetal não tranquilizador (17,4%) seguido de incompatibilidade feto-pélvica (12,5%), apresentação pélvica (8,3%) e difícil progressão na apresentação (8,3%). Dos partos distócicos, 14 não tiveram registos justificativos da distocia (Tabela 5).

Tabela 5 - Motivos de distocia

Motivo da Distocia	Frequência Absoluta	Frequência Relativa Ajustada (%)
Sufrimento Fetal Agudo	32	22,2
Estado Fetal não tranquilizador	25	17,4
Incompatibilidade Feto-Pélvica	18	12,5
Apresentação Pélvica	12	8,3
Difícil progressão na apresentação	12	8,3
Falha de Indução	7	4,9
Má colaboração materna	7	4,9
Pré-eclampsia Severa	5	3,5
Bradycardia Expulsiva	4	2,8
Trabalho de Parto Estacionário	2	1,4
Descolamento Prematuro da Placenta	1	0,7
Placenta Prévia	1	0,7
Gemelar (cefálico/transverso)	1	0,7
Herpes Genital Ativa	1	0,7
Patologia Materna	2	1,4
Distocia Não Justificada	14	9,7
Total	144	100,00

Um grande número de primíparas (n=107) tiveram partos vaginais sem recurso a qualquer tipo de analgesia e 55 recorreram a analgesia epidural (Gráfico 6). Nas cesarianas, 41 primíparas foram submetidas a anestesia raquidiana enquanto 61 submeteram-se a anestesia geral (Gráfico 7).

Analgesia nos partos vaginais

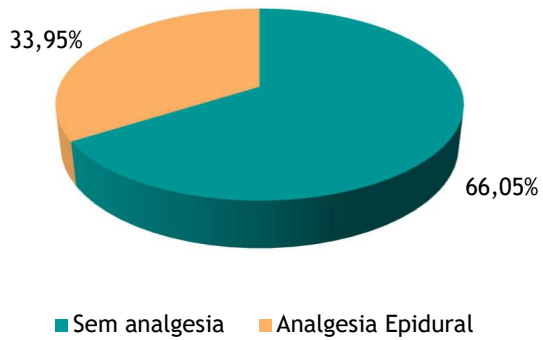


Gráfico 6 - Utilização de analgesia nos partos vaginais

Anestesia nas cesarianas

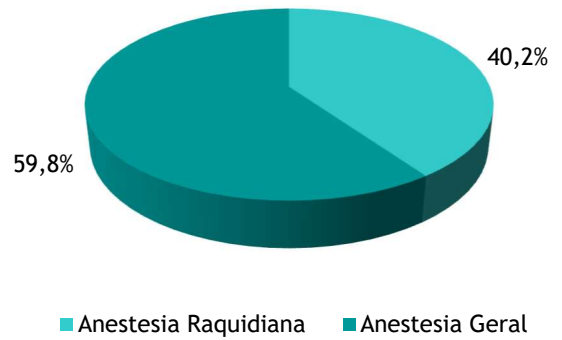


Gráfico 7 - Utilização de anestesia nas cesarianas

4.1.4 Caracterização do recém-nascido

Em 264 partos nasceram 265 nados vivos, 135 do sexo masculino e 130 do sexo feminino (Gráfico 8).

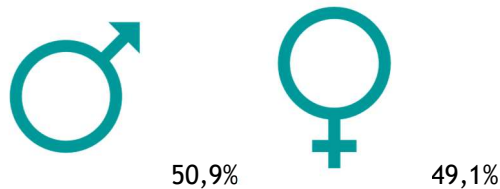


Gráfico 8 - Distribuição dos recém-nascidos quanto ao sexo

Os 265 nados vivos tiveram um peso médio ao nascer de $3038,98 \pm 434,55$ gramas, com um peso mínimo de 1570 gramas e máximo de 4170 gramas (Gráfico 9).

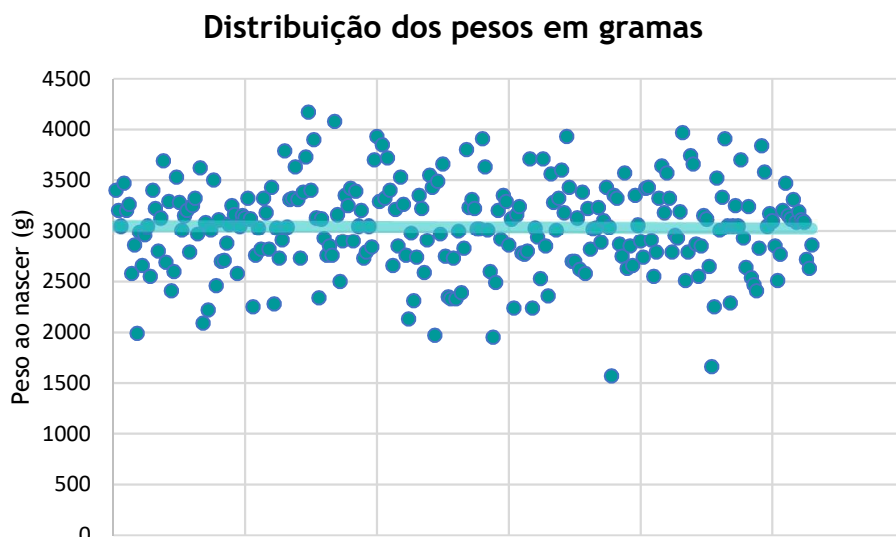


Gráfico 9 - Peso dos recém-nascidos ao nascer

A distribuição dos pesos foi feita de acordo com a tabela 6, que demonstra que 56,6% dos recém-nascidos nasceram com um peso entre 3000 e 3999 gramas, 32,8% nasceram com peso estimado normal baixo entre 2500 e 2999 gramas e 9,8% com peso entre 1500 e 2499 gramas (Tabela 6).

Tabela 6 - Categorias de peso dos recém-nascidos

Distribuição de Pesos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Entre 1500g e 2499g	26	9,8
Entre 2500g e 2999g	87	32,8
Entre 3000g e 3999g	150	56,6
Mais de 4000g	2	0,8
Total	265	100

Em relação ao índice de APGAR dos 265 nados vivos, encontrou-se um apgar mínimo de 2 e máximo de 10, sendo que 146 recém-nascidos obtiveram um APGAR inicial de 9. No 5º minuto, a maioria dos recém-nascidos (n=220) foram classificados com um apgar 10 e dois recém-nascidos ainda mantinham um índice de APGAR de 6. No 10º minuto, excetuando dois recém-nascidos, todos os restantes alcançaram um APGAR igual ou superior a 9 (Tabela 7).

Tabela 7 - Frequência absoluta dos valores de APGAR no 1º, 5º e 10º minutos

Apgar	1º minuto	5º minuto	10º minuto
2	2	-	-
3	4	-	-
4	2	-	-
5	4	-	-
6	18	2	-
7	16	3	1
8	39	12	1
9	146	28	13
10	34	220	250
Total	265	265	265

4.2 Estatística Inferencial

Utilizando a estatística inferencial analisaram-se os possíveis impactos da idade materna e da situação profissional (empregada/desempregada) na gravidez e no trabalho de parto.

Recorrendo-se ao teste t de Student, pode-se concluir que a relação entre a idade das mães e a sua situação profissional foi significativa ($p\text{-value} \approx 8 \times 10^{-6}$) tendo as mães desempregadas (24,93 anos) uma média de idades inferior às mães empregadas (31,71 anos) (Gráfico 10).

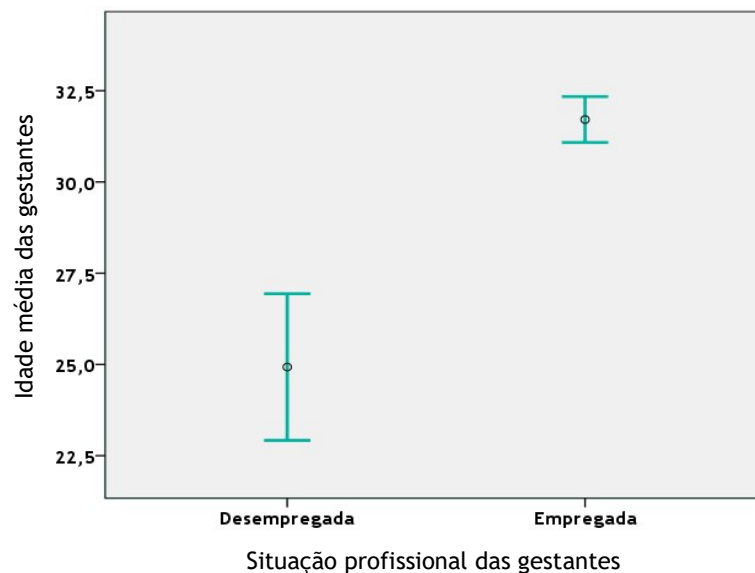


Gráfico 10 - Relação entre a idade média e a situação profissional das gestantes

Os resultados do teste t de Student revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} = 0,272$) no ganho ponderal das empregadas e das desempregadas (Gráfico 11).

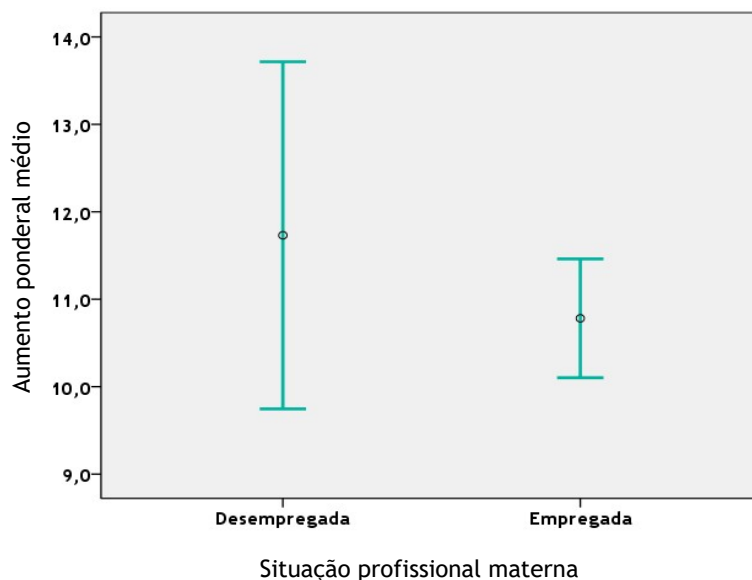


Gráfico 11 - Relação entre o aumento ponderal médio durante a gestação e a situação profissional materna

De acordo com o teste do qui-quadrado, a distribuição do tipo de parto (Gráfico 12) é semelhante no grupo das empregadas e das desempregadas ($p\text{-value} = 0,818$).

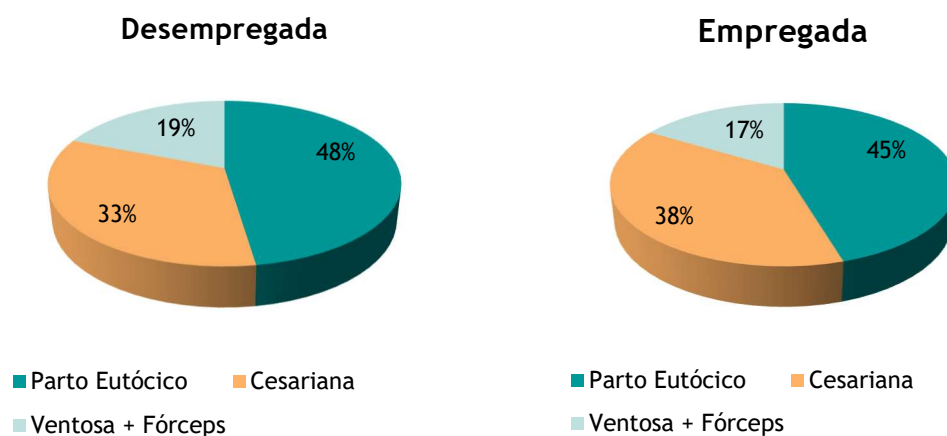


Gráfico 12 - Distribuição do tipo de parto de acordo com a situação profissional das gestantes

O teste do qui-quadrado evidenciou que os antecedentes de abortamento das mães empregadas distribuem-se de igual forma face às desempregadas (p-value= 0,491).

O teste de qui-quadrado evidenciou uma distribuição semelhante das primíparas empregadas e desempregadas quanto à utilização de analgesia no parto (p-value= 0,703). As desempregadas tiveram 40,5% dos partos sem utilização de analgesia e 26,2% com utilização de analgesia epidural. As empregadas não utilizaram analgesia em 39,9% dos partos e em 21,9% realizou-se analgesia epidural. As restantes mulheres efetuaram cesarianas, das quais 9,5% das desempregadas e 16,4% das empregadas foram submetidas a anestesia raquidiana. Quanto à anestesia geral, foi utilizada em 23,8% das desempregadas e 21,9% das empregadas.

Em relação à idade das mães, com a utilização do teste t de Student, foi possível concluir que existem diferenças estatisticamente significativas (p-value= 0,004) entre a média das idades e o número de abortos anteriores. Constatou-se que as mulheres sem antecedentes de abortos possuíam uma idade média de 29,84 anos e as que apresentaram um ou mais abortos possuíam uma idade média de 32,43 anos (Gráfico 13).

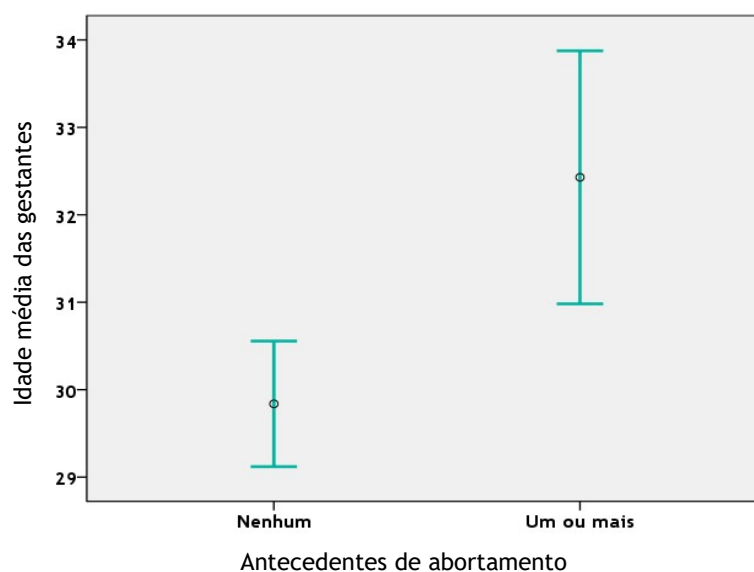


Gráfico 13 - Relação entre a idade média e os antecedentes de abortamento das gestantes

Ao analisar a relação entre a idade e o tipo de parto, com o teste t de Student foi possível verificar que as primíparas que tiveram partos por cesariana são em média mais velhas (31,11 anos) do que aquelas que tiveram partos eutócicos (29,51 anos), com uma diferença estatisticamente significativa e um p-value de 0,031.

As primíparas que recorreram à utilização de analgesia epidural tinham em média 30,35 anos e as que tiveram um parto sem recurso a analgesia tinham em média 29,38 anos.

Relativamente à anestesia nas cesarianas, as 41 primíparas que efetuaram cesarianas com anestesia raquidiana apresentavam uma idade média de 31,85 anos e as 61 submetidas a anestesia geral apresentavam uma média de 30,61 anos (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição do tipo de parto em relação a utilização de anestesia/analgesia e a idade média das primíparas

	Utilização de Anestesia ou analgesia	Frequência Absoluta	Idade Média das Primíparas
Parto Eutócico	Sem analgesia	107	29,38
	Analgesia Epidural	55	30,35
Cesariana	Anestesia Raquidiana	41	31,85
	Anestesia Geral	61	30,61
	Total	264	

O teste t de Student evidenciou uma variação na idade materna tendo em conta a utilização de analgesia/anestesia (p-value= 0,010) apenas nas mães que não utilizaram qualquer tipo de analgesia e nas mães que tiveram cesarianas com recurso a utilização de anestesia raquidiana. Estas últimas tinham em média idades superiores ($31,85 \pm 4,028$ anos) às que tiveram partos sem anestesia ($29,38 \pm 5,482$ anos) (Gráfico 14).

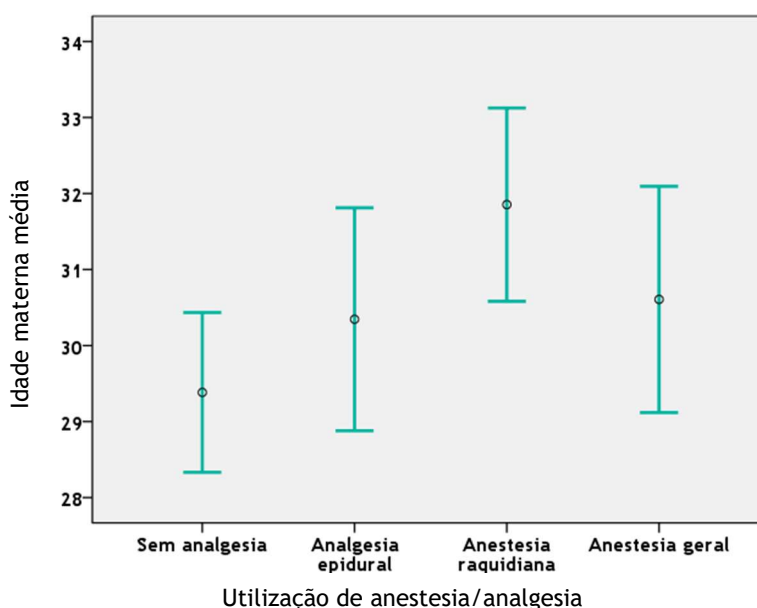


Gráfico 14 - Relação entre a utilização de anestesia/analgesia e a idade materna média

O ganho ponderal durante a gestação foi largamente variável, e a idade não apresentou influência estatisticamente significativa nestas primíparas.

Analisando as influências dos diferentes fatores no peso dos recém-nascidos, com uma relação estatisticamente significativa ($p\text{-value}= 0,008$), constata-se que em média os recém-nascidos das primíparas desempregadas da amostra nasceram com um peso superior ($3195,95 \pm 344,171$ gramas) aos recém-nascidos das primíparas empregadas ($3001,37 \pm 347,387$ gramas) (Gráfico 15).

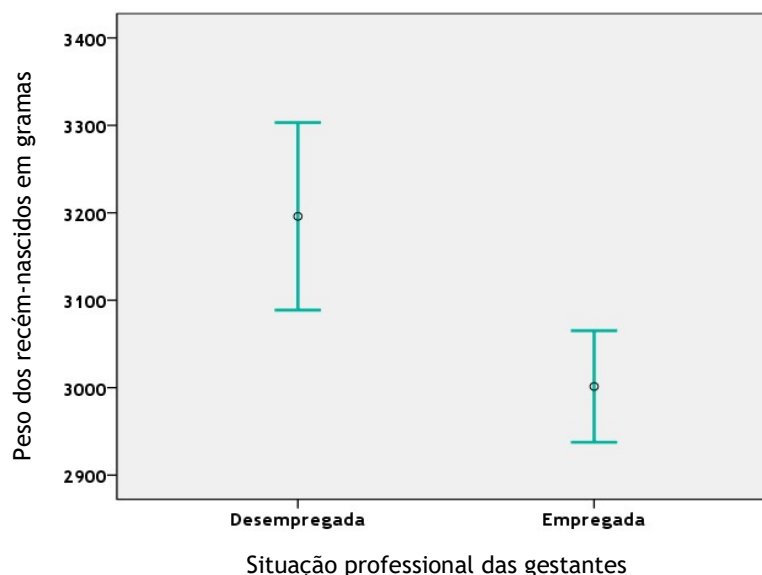


Gráfico 15 - Relação de dependência entre o peso dos recém-nascidos ao nascimento e a situação profissional das respetivas gestantes

Pelo coeficiente de correlação linear de Pearson, constata-se que não existe relação estatisticamente significativa entre a idade das mães e o peso dos respetivos recém-nascidos ($r=-0,053$; $p\text{-value}= 0,394$).

Fez-se um estudo da correlação entre o ganho ponderal das grávidas durante a gestação e o peso dos recém-nascidos ao nascimento. O coeficiente de correlação linear de Pearson demonstra que os RN são mais pesados quanto maior o ganho ponderal da mãe durante a gestação com uma correlação fraca, mas estatisticamente significativa ($r=0,134$; $p\text{-value}= 0,037$).

Os recém-nascidos de pré-termo, ou seja, de idade gestacional inferior a 37 semanas, nasceram com peso médio de $2476,67 \pm 498,089$ gramas e os de termo com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas nasceram com uma média de $3098,17 \pm 383,845$ gramas. Recorrendo ao teste t de Student foi demonstrado, como previsto, que quanto menor a idade gestacional menor o peso ao nascimento do bebé ($p\text{-value} \approx 2,6 \times 10^{-12}$) (Gráfico 16).

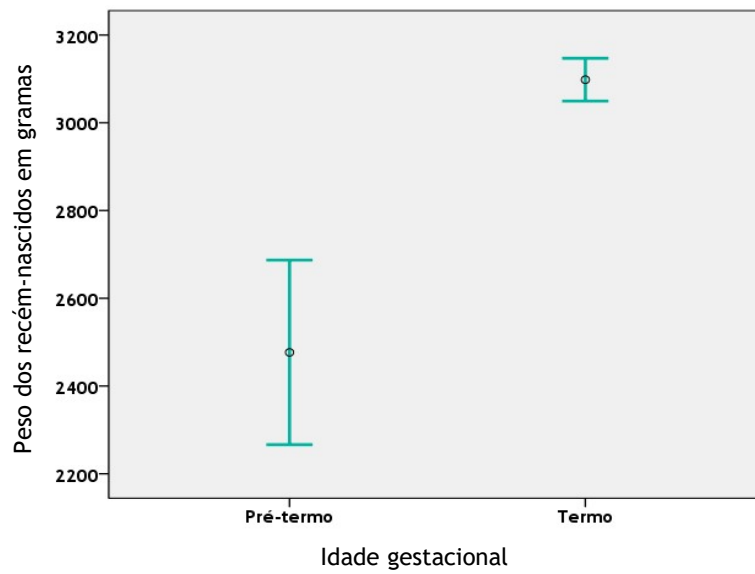


Gráfico 16 - Relação entre a idade gestacional no final da gestação e o peso dos recém-nascidos ao nascimento

O gráfico 17 demonstra a distribuição das patologias e outras ocorrências apresentadas pelas primíparas antes e no decorrer da gestação de acordo com os pesos dos recém-nascidos. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o peso dos recém-nascidos de mães sem patologias ou ocorrências e o peso dos recém-nascidos de mães com alguma patologia ou ocorrência referida nos processos clínicos.

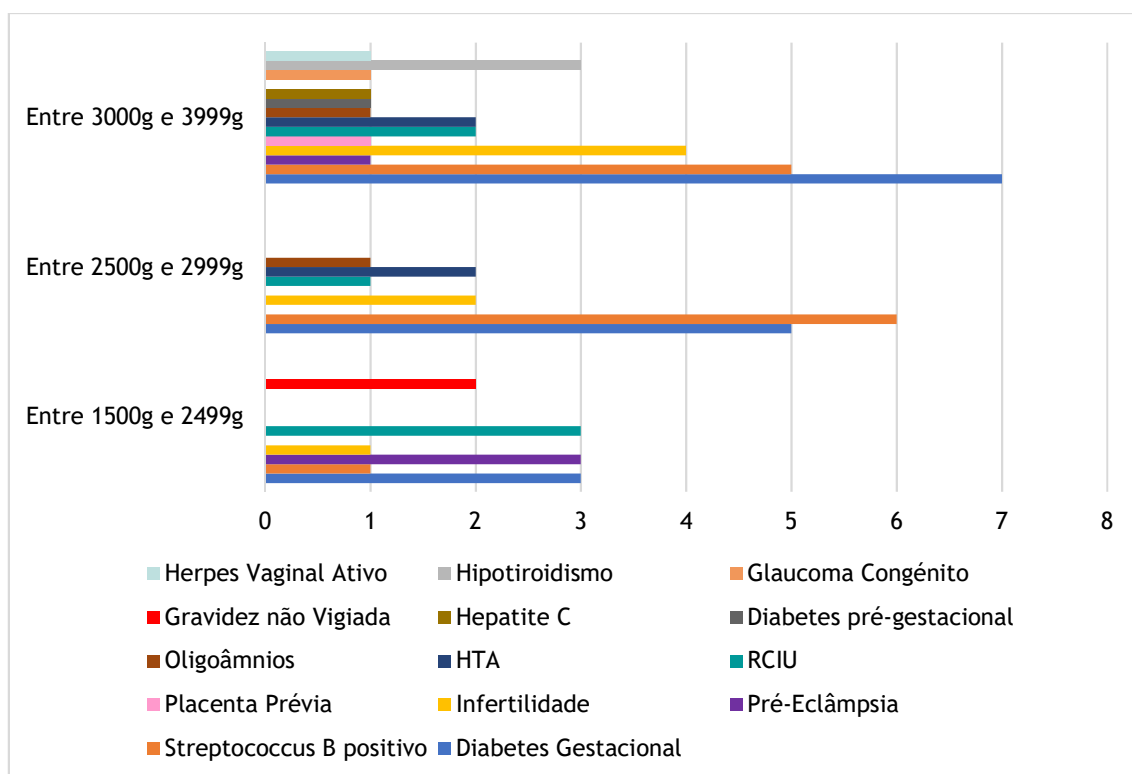


Gráfico 17 - Distribuição das patologias e ocorrências de acordo com o peso dos recém-nascidos ao nascimento

Na amostra de primíparas em estudo encontrámos 26 recém-nascidos (9,8%) com peso inferior a 2500 gramas. As mães destes recém-nascidos tiveram uma idade média ($30,24 \pm 4,746$ anos) semelhante às mães de recém-nascidos com mais de 2500 gramas ($30,25 \pm 5,463$ anos). Destes recém-nascidos, 12 nasceram de gestações pré-termo e 14 de gestações de termo. As primíparas tiveram, em média, um ganho ponderal de $9,120 \pm 5,5330$ gramas, valor inferior à média de ganho ponderal das mães de recém-nascidos de peso superior a 2500 gramas ($10,873 \pm 4,7272$ gramas).

Encontraram-se 13 recém-nascidos com peso inferior a 2500 gramas que nasceram de gestações sem patologias nem ocorrências e 13 de gestações com patologias ou outras ocorrências como demonstra a tabela 9.

Tabela 9 - Frequência absoluta das patologias ou outras intercorrências na gestação de acordo com o peso do recém-nascido

Patologia na Gravidez	Peso < 2500 g	Peso ≥ 2500 g	Total
Sem patologia	13	190	203
Diabetes gestacional	3	12	15
Streptococcus B positivo (+)	1	11	12
Pré-eclâmpsia	3	1	4
Infertilidade	1	6	7
Placenta prévia	0	1	1
RCIU	3	3	6
HTA	0	4	4
Oligoâmnios	0	2	2
Diabetes pré-gestacional	0	1	1
Hepatite C	0	1	1
Gravidez não vigiada	2	0	2
Colestase intra-hepática	0	1	1
Glaucoma congénito	0	1	1
Surdez congénita	0	1	1
Hipotiroidismo	0	3	3
Herpes vaginal ativo	0	1	1
Total	26	239	265

A idade materna e o ganho ponderal durante a gestação não tiveram influência no peso à nascença dos bebés com peso inferior a 2500 gramas nesta amostra de primíparas.

O gráfico 18, apresenta a distribuição das justificações encontradas para a existência de distocia nos partos.

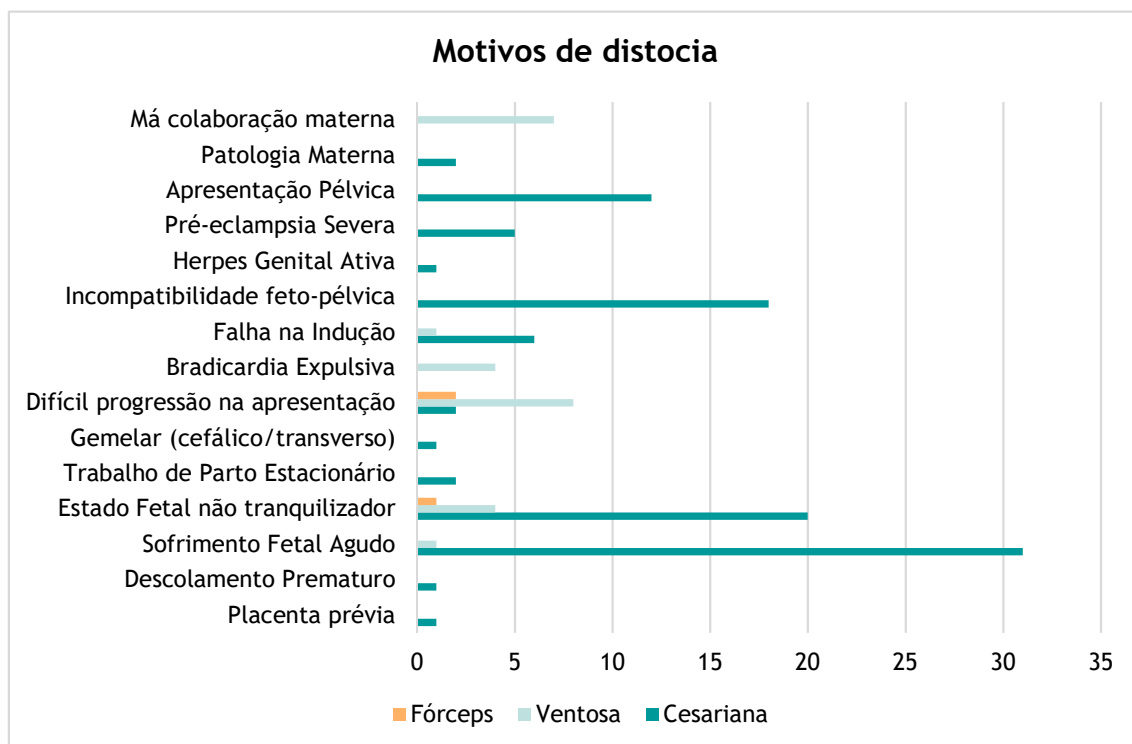


Gráfico 18 - Distribuição dos motivos de distocia de acordo com o tipo de parto distócico

Nos partos vaginais, 66,05% ocorreram sem utilização de analgesia e 33,95% com analgesia epidural com uma distribuição de acordo com o gráfico 19.

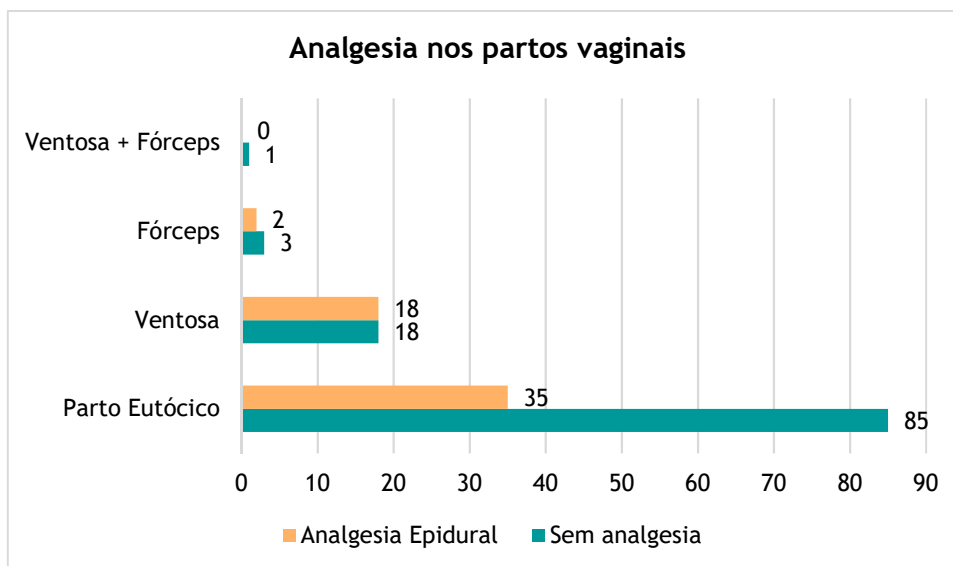


Gráfico 19 - Analgesia de acordo com o tipo de parto vaginal

Das 102 cesarianas, 59,8% ocorreram com anestesia geral e as restantes com anestesia raquidiana (40,2%) (Gráfico 20).

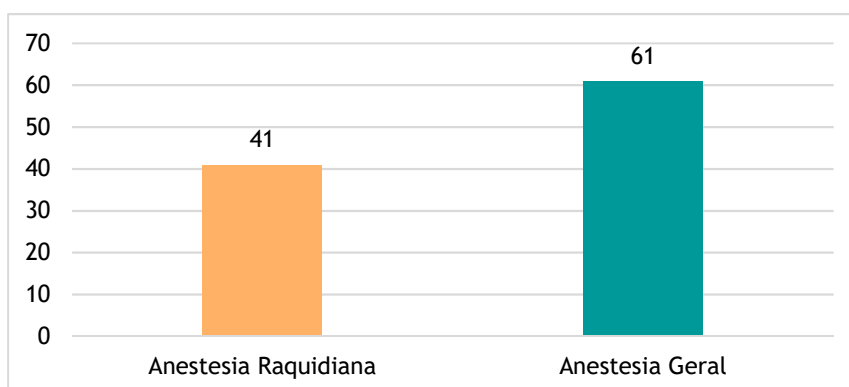


Gráfico 20 - Anestesia nas cesarianas

A maior parte das gestações ocorreram sem patologias ou ocorrências (n=202, 77%). Destas gestações, 99 resultaram em partos eutócicos, 70 em cesarianas, 28 em ventosas, 4 em fórceps e em apenas um parto com utilização de ventosa e fórceps. Das duas gestações não vigiadas, uma terminou com recurso a cesariana (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das patologias e outras intercorrências na gestação de acordo com o tipo de parto

Patologia na Gravidez	Tipo de parto					Total
	Parto Eutócico	Cesariana	Ventosa	Fórceps	Ventosa + Fórceps	
Sem	99	70	28	4	1	202
Diabetes gestacional	6	8	1	0	0	15
Streptococcus B positivo	5	4	2	1	0	12
Pré-eclâmpsia	0	4	0	0	0	4
Infertilidade	3	2	2	0	0	7
Placenta prévia	0	1	0	0	0	1
RCIU	1	4	1	0	0	6
HTA	1	2	1	0	0	4
Oligoâmnios	1	1	0	0	0	2
Diabetes pré-gestacional	0	1	0	0	0	1
Hepatite C	1	0	0	0	0	1
Gravidez não vigiada	1	1	0	0	0	2
Surdez congénita	1	0	0	0	0	1
Colestase intra-hepática	1	0	0	0	0	1
Glaucoma congénito	0	1	0	0	0	1
Hipotiroidismo	0	2	1	0	0	3
Herpes vaginal ativo	0	1	0	0	0	1
Total	120	102	36	5	1	264

Utilizando a análise de variância (ANOVA), constatou-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o peso do recém-nascido e o tipo de parto das primíparas da amostra (p -value= 0,437). Os RN de parto eutócico apresentaram um peso médio de 3025,50 \pm 413,77 gramas, os nascidos por cesariana tinham 3028,14 \pm 483,36 gramas e os nascidos com recurso a ventosa e/ou fórceps apresentavam um peso médio de 3120,71 \pm 351,43 gramas (Gráfico 21).

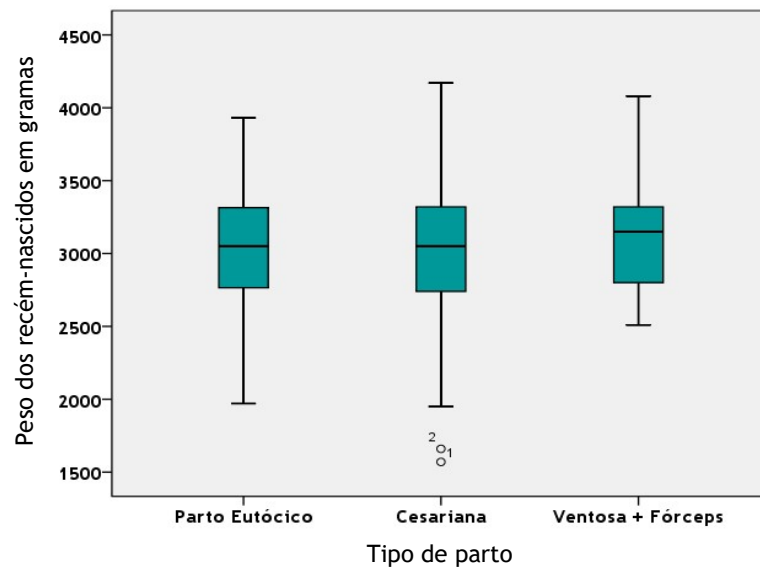


Gráfico 21 - Relação entre o peso dos recém-nascidos e o tipo de parto

A avaliação do APGAR dos recém-nascidos, de acordo com o tipo de parto, demonstrou que os recém-nascidos de partos vaginais instrumentalizados (ventosa ou fórceps) obtiveram valores de APGAR no 1º minuto mais baixos do que os nascidos de parto eutócico, com uma diferença estatisticamente significativa (p -value= 0,001). No 5º minuto o APGAR entre os grupos de parto eutócico, parto por cesariana e parto por ventosa ou fórceps não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas (Gráfico 22).

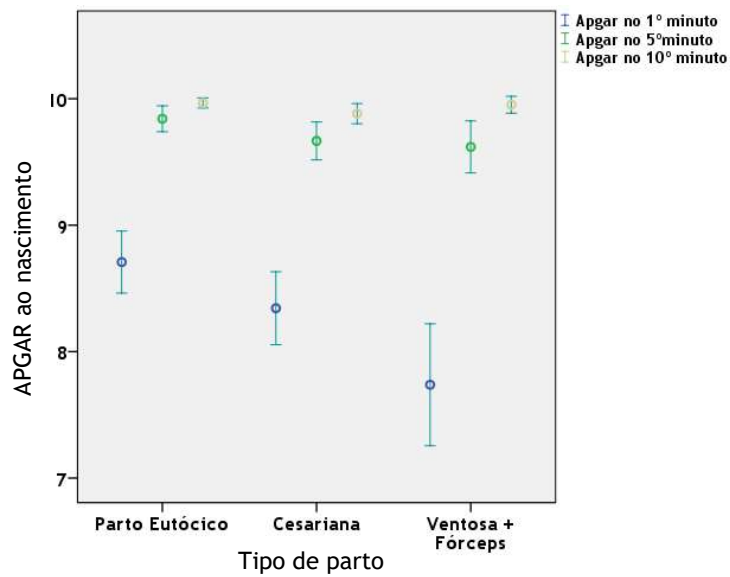


Gráfico 22 - Relação entre o APGAR ao nascimento e o tipo de parto

No primeiro minuto apenas 26 recém-nascidos obtiveram um índice de APGAR inferior a 7. No quinto minuto apenas 2 recém-nascidos mantinham um APGAR inferior a 7. No décimo minuto somente 2 recém-nascidos mantinham valores de APGAR inferior a 9. Os recém-nascidos de partos sem distocia (n=120, 45,5%) obtiveram um valor de APGAR mediano de 9 no 1º minuto e de 10 no 5º e 10º minutos.

O gráfico 23 demonstra as distocias referidas nos processos relacionadas com um valor de APGAR inferior a 7 no 1º minuto. No 5º minuto os 2 recém-nascidos com APGAR inferior a 7 nasceram de um parto sem distocia e de um parto classificado como estado fetal não tranquilizador. Em 14 das gestações não foi referido o motivo da distocia no processo clínico.

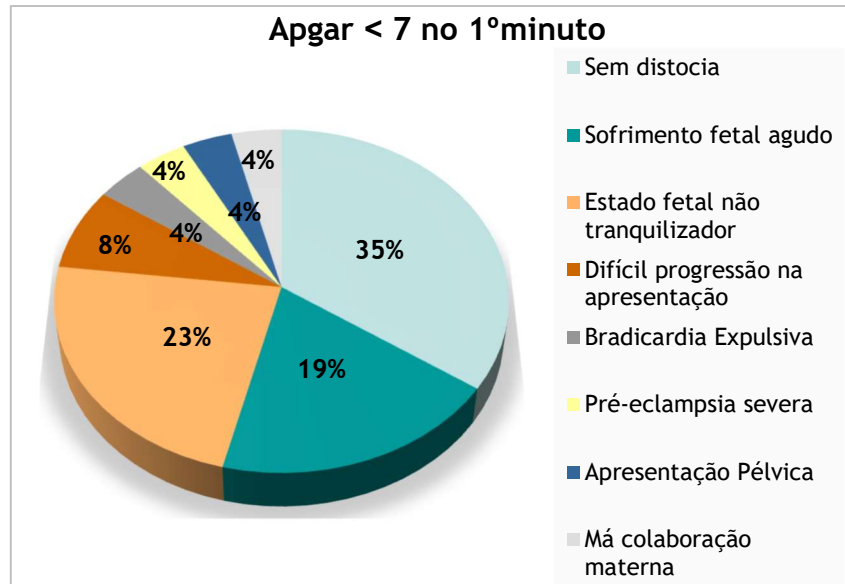


Gráfico 23 - Distribuição dos motivos de distócia relacionadas com APGAR inferior a 7 no 1º minuto

Nos partos distócicos por estado fetal não tranquilizador obtiveram-se valores de APGAR mais baixos no 1º minuto do que nos partos sem distócia, com uma diferença estatisticamente significativa ($p\text{-value}= 0,039$). Nos restantes partos distócicos por outra justificação, não foram encontradas diferenças no valor de APGAR em relação aos partos sem distócia.

5. Discussão

Diversos estudos e estatísticas realizadas relatam um aumento significativo na proporção de primíparas em Portugal nos últimos anos (6-8). Efetuou-se o estudo com vista a esclarecer melhor os fatores que afetam o decorrer da gestação, o trabalho de parto e os recém-nascidos das primíparas do CHUCB.

No estudo efetuado, quase a totalidade das primíparas tiveram uma adequada vigilância da gestação. Apenas duas gestações foram consideradas não vigiadas de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS). Este facto está de acordo com o panorama nacional em que nos últimos 35 anos a cobertura de mulheres com consultas de vigilância pré-natal, partos em meio hospitalar e assistidos por profissionais de saúde qualificados tem vindo a aumentar aproximando-se da totalidade (4,9).

As características maternas têm sido apontadas como importantes indicadores do prognóstico na gravidez e no parto. Tanto a concepção como o decorrer da gravidez e do parto são influenciados pelas características sociodemográficas da mulher tais como a idade, estado civil, escolaridade, profissão, raça e religião (4,5).

De acordo com os dados da Eurostat (8) e da Pordata (7), em Portugal no ano de 2015 nasceram 44892 primeiros filhos e em 2016 nasceram 45269 primeiros filhos. A média das idades das mães portuguesas no nascimento do primeiro filho em 2015 foi de 30,2 anos e em 2016 e 2017 foi de 30,3 anos (7), o que está de acordo com a média de 30,25 anos da amostra das primíparas do CHUCB. No entanto, na amostra, 2,3% das mulheres possuíam menos de 18 anos. Pelos dados da Eurostat (8), em Portugal verifica-se uma diminuição lenta no número de adolescentes mães pela primeira vez, sendo que em 2013 5,7% dos primeiros filhos nasceram de mães com menos de 20 anos e em 2017 este valor diminuiu para 4,4%.

Diversos estudos demonstram modificações das características sociais e demográficas das parturientes (4,5). Tem-se verificado o adiamento da maternidade associada ao aumento na idade da mulher aquando do nascimento do primeiro filho e um maior planeamento da gravidez. Estas alterações também são decorrentes das mudanças no estatuto da mulher na sociedade, com uma maior emancipação, alargamento do acesso ao ensino e conseqüente aumento da escolaridade e mudanças na natureza das relações conjugais (4). A concepção assistida, cesarianas, partos pré-termo, baixo peso à nascença, cuidados intensivos neonatais, mortalidade perinatal e complicações na gravidez são mais comuns em primíparas com idade avançada (10). O que podemos constatar com os resultados do estudo, sendo que as mulheres que tiveram partos por cesariana tinham uma

média de 31,11 anos, valor superior aos 29,51 anos de média das primíparas de parto eutócico.

A idade avançada da mãe no momento da concepção é um fator de risco comprovado para o aumento de abortos espontâneos e de gravidez ectópica (11,12). A mesma tendência estatisticamente significativa foi observada nas primíparas do CHUCB em que a idade média das mulheres sem antecedentes de abortamentos foi de 29,84 anos e das que apresentam antecedentes de abortamentos de 32,43 anos.

Historicamente, as mulheres são mais afetadas pelo desemprego do que os homens. A população feminina desempregada à procura de um novo emprego ou inscrita nos centros de emprego e de formação profissional portugueses é superior a população masculina, sendo que a taxa de desemprego das mulheres em Portugal no ano de 2017 foi de 9,4% e a dos homens foi de 8,4% (7). Na amostra, 15,9% das mulheres encontravam-se em situação de desemprego. Encontra-se uma relação estatisticamente significativa entre a idade das mães e o estado de desemprego sendo que as mães desempregadas possuíam uma idade média de 24,93 e as mães empregadas uma idade média de 31,71 anos. O desemprego na gravidez continua a ser um importante problema de saúde pública e está associado a desvantagem social e a um aumento dos fatores de risco para piores desfechos na gravidez e no trabalho de parto (5).

Vários estudos demonstram a influência do índice de massa corporal inicial da mãe e do ganho ponderal durante a gestação no desenvolvimento de eventos gestacionais adversos (13-15). Dois terços das mulheres em idade reprodutiva iniciam a gestação com sobrepeso ou obesidade, o que aumenta de forma independente o risco de complicações maternas como hipertensão, diabetes *mellitus* gestacional, pré-eclâmpsia, parto pré-termo, risco de parto por cesariana e o parto de bebés grandes para a idade gestacional ou bebés macrossómicos (13-15).

Neste estudo o peso habitual médio das primíparas antes da gravidez foi de 63,175 kg destacando-se que 11,5% das mulheres iniciaram a gravidez com um peso superior 80 kg. O ganho de peso excessivo na gestação também representa um dos mais importantes fatores na retenção de peso e na obesidade materna pós-parto (15). Na nossa amostra verificamos que 10,3% das mães obtiveram um aumento ponderal superior a 15 kg e 4,5% um aumento superior a 20 Kg. O peso no final da gestação foi em média 73,994 kg, ou seja, 10,819 kg superior ao peso médio habitual das primíparas.

O peso ao nascer é considerado um fator determinante na sobrevivência infantil. É importante detetar, durante o acompanhamento da gravidez, os diversos fatores que podem influenciar o peso de um recém-nascido tais como características maternas (idade, peso e estatura da mãe), estado nutricional materno e aumento ponderal na gestação, paridade e história obstétrica anterior, doenças maternas pré-gestacionais e gestacionais,

hábitos tabágicos e alcoólicos bem como a escolaridade, o nível socioeconómico e o acesso aos cuidados de saúde (6,16). Adicionalmente, ressalta-se também a grande influência da idade gestacional no peso ao nascer (6). Os recém-nascidos de pré-termo da amostra nasceram com peso médio de 2476,67 gramas e os de termo com uma média de 3098,17 gramas. Na amostra foi constatado que quanto menor for a idade gestacional menor é o peso ao nascimento do bebé, conclusão também suportada por diversos estudos (16,17).

É descrito que os recém-nascidos decorrentes da primeira gestação da mulher têm pesos inferiores aos das gestações recorrentes (6,17). Os 265 nados vivos da amostra tiveram um peso médio ao nascer de $3038,98 \pm 434,55$ gramas, com um peso mínimo de 1570 gramas e máximo de 4170 gramas. Embora na amostra não se tenha encontrado uma correlação significativa entre as idades das mães e o peso dos recém-nascidos, são vários os artigos que apontam nas variações do peso do recém-nascido de acordo com a idade da mãe demonstrando uma associação entre os recém-nascidos com pesos mais altos e mães com idade elevada no parto (6,16). A influência do desemprego da mãe no peso do recém-nascido é relatada em vários estudos. O desemprego da mãe foi associado a uma maior proporção de partos pré-termo, menor peso ao nascer e um aumento da mortalidade perinatal (5). Contudo, no nosso estudo a média de peso dos recém-nascidos das primíparas desempregadas foi superior ao das empregadas. Este resultado pode ser explicado por um maior acesso aos cuidados de saúde e por um maior controlo e seguimento na gestação, evidenciado pela vigilância da gravidez da quase totalidade das primíparas da amostra.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define baixo peso a nascença como um peso ao nascimento inferior a 2500 gramas visto que abaixo deste valor a mortalidade infantil aumenta consideravelmente. O baixo peso é considerado um problema global de saúde e está associado a uma variedade de riscos a curto e longo prazo. Encontrámos 26 bebés (9,8%) com peso à nascença inferior a 2500 gramas. Destes recém-nascidos, 12 nasceram de gestações de pré-termo e 14 de gestações de termo. As mães destes recém-nascidos tiveram um ganho ponderal de 9,120 gramas em média, valor inferior à média de ganho ponderal das mães de recém-nascido de peso superior a 2500 gramas (10,873 gramas).

Tanto o baixo peso como a macrossomia estão associados a crescentes riscos para os recém-nascidos. Quanto menor o peso, maior a probabilidade de morbilidade ao nascer e durante o primeiro ano de vida assim como a macrossomia aumenta o risco de partos instrumentalizados e por cesariana, trauma durante o parto e morbilidade infantil (13,17). A quantidade de peso ganho durante a gestação pode afetar a saúde imediata e futura tanto da mãe como do recém-nascido. Quanto maior o ganho de peso da mãe durante a gestação, menor o risco de nascer um bebé pequeno para a idade gestacional (com um peso inferior ao percentil 10) e maior o risco de nascer um bebé grande para a idade gestacional (maior que o percentil 90) (15,18). No entanto, embora um maior ganho de peso diminua a

frequência de baixo peso ao nascer, um ganho excessivo pode levar a complicações maternas e fetais, complicações no parto, um baixo índice de APGAR e obesidade da criança no futuro (15,18). O ganho ponderal durante a gestação das primíparas da amostra foi largamente variável e encontrou-se uma fraca tendência para os bebés serem mais pesados quanto maior o ganho ponderal da mãe durante a gestação.

O índice de APGAR é um método conveniente para relatar o *status* do recém-nascido após o nascimento. Existem muitos fatores que podem afetar a pontuação tais como sedação ou analgesia materna, malformações congénitas, idade gestacional, peso ao nascer, trauma, modo de parto e a própria variabilidade interobservador (19). Na amostra, os bebés nascidos de partos vaginais instrumentalizados (ventosa ou fórceps) obtiveram valores de APGAR no 1º minuto mais baixos do que os nascidos de parto eutócico com uma diferença estatística significativamente forte. No 5º minuto o APGAR entre os grupos de parto eutócico, parto por cesariana e parto por ventosa ou fórceps foram semelhantes. No entanto, não se pode negligenciar as limitações do índice, sendo que a avaliação dos elementos é subjetiva e depende da maturidade do bebé e de vários outros fatores.

A dor no trabalho de parto é considerada uma dor severa. Podem ser utilizados métodos locais, regionais e sistémicos (via intramuscular, intravenosa ou por inalação) no controlo da dor. Atualmente o controlo da dor no parto é efetuado maioritariamente através do recurso a analgesia epidural, uma técnica considerada segura e eficaz na redução e controlo da dor (20). A decisão da mulher pela utilização de epidural pode ser influenciada pela cultura e sociedade em que a parturiente está inserida, pelo nível socio económico, educacional e pela própria tolerância e perceção da mulher à dor (21). A educação sobre a analgesia epidural é importante para prever o desejo da primigesta de solicitar a analgesia epidural (21).

A maior parte dos partos vaginais da amostra ocorreram sem recurso a analgesia e somente 55 partos foram com recurso a analgesia epidural. Embora na nossa amostra a utilização de analgesia epidural seja semelhante entre as primíparas desempregadas e empregadas, sabe-se que as primíparas empregadas são mais propensas a requisitar a epidural do que as desempregadas (21). As primíparas que recorreram à utilização de epidural tinham em média 30,35 anos e as que tiveram um parto sem recurso a analgesia tinham em média 29,38 anos. Na nossa amostra, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa em que as primíparas que recorreram à anestesia raquidiana tinham em média idades superiores ($31,85 \pm 4,028$ anos) às que tiveram partos sem recurso a anestesia ($29,38 \pm 5,482$ anos).

Dos 264 partos, 102 foram cesarianas (38,6%) sendo 41 com recurso a anestesia raquidiana e 61 com recurso a anestesia geral. Nas cesarianas a escolha da anestesia depende da condição da mãe e do feto, da urgência em efetuar o procedimento e da escolha

do médico (20). A anestesia regional nas cesarianas é muito utilizada por ser segura, eficaz e permitir a interação da parturiente com o bebé após o parto (20). A anestesia geral é utilizada em situações de urgência, quando a analgesia regional é contraindicada, por indicação médica e algumas vezes a pedido da parturiente (20).

Das 102 cesarianas da amostra, 31 foram justificadas nos processos como sofrimento fetal agudo (30%), seguido de 20 por estado fetal não tranquilizador (20%), 18 por incompatibilidade feto-pélvica (18%) e 12 cesarianas por apresentação pélvica (12%). A maior parte dos recém-nascidos de cesarianas por sofrimento fetal agudo (n=27) obtiveram um APGAR superior a 7 no primeiro minuto, bem como a maior parte dos recém-nascidos por estado fetal não tranquilizador (n= 19) também obtiveram valores de APGAR superiores a 7 no primeiro minuto. Logo, existe um número elevado de não confirmações através do índice APGAR de cesarianas por sofrimento fetal agudo e por estado fetal não tranquilizador. Mas como relatado anteriormente, o índice de APGAR pode ser afetado por muitos fatores, depende da subjetividade do avaliador, depende da maturidade fisiológica do recém-nascido, não estar alterado em situações menos intensas de hipoxia e não poder ser utilizado singularmente como diagnóstico de asfixia (19).

A apresentação pélvica ocorre em 3 a 4% de partos de termo e é mais frequente no início do terceiro e durante o segundo trimestre (1). É associada a várias condições como prematuridade, gravidez múltipla, polihidrâmnios, hidrocefalia, anencefalia, aneuploidia, anormalidades uterinas e tumores uterinos (1). Pode ser tentada uma versão cefálica externa ao completar as 36 semanas de forma a diminuir uma reversão espontânea e diminuir as taxas de cesariana. Embora a nuliparidade não seja um fator que contraindique um parto vaginal, o parto por cesariana geralmente é preferido devido à diminuta experiência em partos pélvicos vaginais (1).

A desproporção entre a dimensão da pélvis materna e a dimensão da parte do feto que se apresenta é designada incompatibilidade feto pélvica (IFP). Embora esta desproporção possa ser medida ecograficamente, através de tomografia computadorizada e manualmente através de pelvimetria clínica, estes são pobres indicadores da obtenção de um parto vaginal o que faz com que a IFP seja uma indicação possivelmente sobrevalorizada para a cesariana (1).

A saúde da mulher tem sido um campo de grandes estudos e preocupações nas últimas décadas. A gravidez é considerada como um estado de desenvolvimento físico e psicológico de grande importância. Neste sentido, os programas de vigilância e de atenção obstétrica devem ser de qualidade e focados no acolhimento e atenção da mulher, do recém-nascido e da família em si de forma a melhorar a vivência gestacional e tendo em vista o aumento da natalidade e a renovação da população portuguesa.

6. Conclusão

No CHUCB, assim como em todo o país, quase todas as gestações (99%) são vigiadas de acordo com a DGS salientando-se o sucesso do plano nacional de vigilância da gravidez.

Conclui-se que no CHUCB a gravidez e o parto são fortemente afetados por características sociodemográficas, espelhando o que tem vindo a acontecer no resto do país com um aumento no número de primíparas, adiamento da maternidade e consequente aumento da idade materna no primeiro parto e com um número significativo de grávidas em situação de desemprego. Na amostra as mulheres que não apresentavam abortos anteriores possuíam idade média inferior (29,84 anos) em relação àquelas que apresentavam 1 ou mais abortos (32,43 anos). As gestantes em situação de desemprego possuíam uma média de idade inferior (24,93 anos) em relação as gestantes empregadas (31,71 anos).

Uma parte significativa das mulheres iniciaram a gravidez com excesso de peso ou obesidade o que reflete o panorama mundial de aumento do sobrepeso e obesidade. Constatou-se um ganho de peso excessivo em algumas mulheres o que poderá contribuir para uma maior retenção de peso pós-parto.

Conclui-se que diversos fatores afetam o peso dos recém-nascidos como o estado de emprego da grávida, o ganho ponderal na gestação, a idade gestacional e o próprio facto de ser uma primeira gravidez.

Os recém-nascidos de mães primíparas desempregadas na altura da gravidez nasceram em média com pesos superiores (3195,95 gramas) aos das mães primíparas com emprego (3001,37 gramas). Foi encontrada uma predisposição para os recém-nascidos possuírem um maior peso à nascença quanto maior for o ganho de ponderal das mães durante a gestação. A idade gestacional também influenciou o peso dos recém-nascidos podendo concluir-se que quanto menor a idade gestacional menor é o peso à nascença.

Em Portugal existe uma maior capacidade de lidar com o nascimento de bebés com peso inferior a 2500 gramas, resultando numa maior sobrevivência. No nosso estudo obtivemos uma taxa significativa de recém-nascidos nestas condições (9,8%).

Conclui-se que os 36,8% de cesarianas da amostra do CHUCB são superiores aos 10 a 15% recomendados pela OMS. As mulheres que tiveram parto por cesariana, apresentam em média idade superior (31,11 anos) àquelas que tiveram parto eutócico (29,51 anos). As duas principais indicações para realização de parto por cesariana foram sofrimento fetal agudo (30%) e estado fetal não tranquilizador (20%). A terceira indicação consistiu em incompatibilidade feto pélvica (18%) seguida de apresentação pélvica (12%). Conclui-se que existe um número elevado de não confirmações das cesarianas por sofrimento fetal agudo e por estado fetal não tranquilizador através dos valores de APGAR.

Uma percentagem relevante (15,9%) dos partos vaginais foram instrumentalizados com repercussão no APGAR dos recém-nascidos em que estes últimos obtiveram valores mais baixos de APGAR.

É importante o estudo e seguimento obstétrico para a obtenção de melhores resultados maternos e neonatais. Para isso é necessária uma articulação entre os vários profissionais de saúde com a finalidade de garantir e progredir para a vigilância da totalidade das gestações com vista à diminuição da mortalidade e morbilidade materno-infantil.

6.1 Limitações

Por se tratar de um estudo retrospectivo, alguns processos em estudo possuíam informações incompletas ou em falta, o que dificultou a organização, recolha e análise dos dados.

Os registos relativos à situação profissional das primíparas, ao ganho de peso durante a gestação e à estatura das primíparas foram procurados nos processos clínicos e nos registos de enfermagem e algumas parturientes não possuíam informações registadas. A altura das mulheres revelou-se um importante elemento em falta para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Este último seria de especial importância para melhor perceber a distribuição da obesidade inicial destas primíparas, para melhor retratar a evolução do peso durante a gestação e para avaliar o IMC no final da gestação.

Algumas informações foram recolhidas do livro de partos, no qual os dados são apontados manualmente estando assim sujeitos a possíveis erros de registo.

6.2 Linhas futuras de investigação

O presente estudo foi efetuado com base numa amostra de primíparas do CHUCB pelo que futuramente pode ser pertinente considerar uma amostra maior ou mesmo efetuar o estudo de toda a população de primíparas. Devido ao estudo estar limitado regionalmente, seria interessante a comparação com amostras ou com a população de outras regiões portuguesas.

O período de estudo das primíparas engloba até à consulta do puerpério. Seria pertinente o acompanhamento a longo prazo das primíparas para melhor avaliação da retenção de peso pós-parto, da amamentação bem como da perceção acerca da experiência do parto. Também seria importante avaliar outros parâmetros neonatais ou possíveis ocorrências durante o internamento e nos primeiros anos de vida dos recém-nascidos.

O estudo demonstrou uma alta taxa de cesarianas, o que merece uma investigação mais aprimorada. Foi encontrada uma percentagem significativa (66,05%) de partos vaginais sem analgesia epidural. Seria de especial importância o estudo da perspectiva das mulheres em relação ao trabalho de parto para melhorar a qualidade e a experiência do parto no CHUCB.

A taxa de desemprego materno foi significativa na nossa amostra (15,9%). Avaliar os impactos do desemprego na mulher grávida e no futuro do recém-nascido é uma área de considerável investigação e seguimento de forma a antecipar futuros problemas sociais e económicos com o nascimento da criança.

7. Lista de Referências Bibliográficas

1. American college of obstetricians and gynecologists, Casanova R, Chuang A, Goepfert AR, Hueppchen NA, Weiss PM. Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. P.142-182; 216-298
2. Instituto Nacional de Estatística [Internet]. 2019 [updated 2018 Dez 22; cited 2019 Jan 24]. Available from:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008349&contexto=bd&selTab=tab2
3. Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E. Relatório e contas 2017. Covilhã: Centro Hospitalar Cova da Beira; Abril 2018.
4. Santos V, Moura M, Pinho JP, Almeida V, Maio J. Características sócio- demográficas das puérperas e seguimento da gravidez, O Que Mudou em 17 Anos? Acta Med Port. 2011;24:877-84.
5. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Does unemployment in family affect pregnancy outcome in conditions of high quality maternity care? BMC Public Health. 2006;6:46. doi:10.1186/1471-2458-6-46
6. Fuster V, Santos C. Determinants of birth weight in Portugal: 1988 to 2011. Anthropol Anzeiger. 2016;73(1):33-43. doi: 10.1127/anthranz/2015/0541
7. PORDATA [Internet]. 2019 [updated 2018 Jun 14; cited 2019 Jan 24]. Available from:
<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
8. Eurostat [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan]. Available from: www.ec.europa.eu/eurostat
9. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção Geral da Saúde; Novembro 2015
10. Delbaere I, Verstraelen H, Goetgeluk S, Martens G, De Backer G, Temmerman M. Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007;135(1):41-46. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.10.030
11. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Andersen AN. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. Hum Reprod Update. 2012;18(1):29-43. doi:10.1093/humupd/dmr040

12. De La Rochebrochard E, Thonneau P. Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; Results of a multicentre European study. *Hum Reprod.* 2002;17(6):1649-56. doi:10.1093/humrep/17.6.1649
13. Zhao R, Xu L, Wu ML, Huang SH, Cao XJ. Maternal pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain influence birth weight. *Women and Birth.* 2018;31:20-25. doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.003
14. Harrison CL. Gestational Weight Gain and its Association with Infant Birth Weight. *Obesity.* 2017;25(9):1468-9. doi:10.1002/oby.21912
15. Nohr EA, Vaeth M, Baker JL, Sorensen TI, Olsen J, Rasmussen KM. Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. *Am J Clin Nutr.* 2008;87(6):1750-9. doi: 10.1093/ajcn/87.6.1750
16. Mohsin M, Wong F, Bauman A, Bai J. Maternal and neonatal factors influencing premature birth and low birth weight in Australia. *J Biosoc Sci.* 2003;35(2):161-74. doi:10.1017/S002193200300161
17. Kramer MS. Determinants of low birth Weight: Methodological Assesment and Meta-analysis. *Bull WHO.* 1987;65(5):663-737.
18. Abbasi S, Dewan F, Karmakar A, Rijvi S, Siddiqua SF. A Study on Maternal Weight Gain and its Correlation with Birth Weight of Baby at Term. *Anwer Khan Mod Med Coll J.* 2018;9(1):22-8. doi: 10.3329/akmmcj.v9i1.35820
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. The Apgar Score. Committee Opinion No.644. *Obstet Gynecol.* 2015;126(4):52-55. doi:10.1097/AOG.0000000000001108
20. Hurt KJ, Guile MW, Bienstock JL, Fox HE, Wallach EE. Manual de Ginecologia e Obstetrícia do John Hopkins [Toledo MG, trans]. 4th ed. Porto Alegre-RS: Artmed Editora LTDA; 2011. P.82-118; 320-327
21. Alakeely MH, Almutari A khalaf, Alhekail GA, Abuoliat ZA, Althubaiti A, Aboltai LAR, et al. The effect of epidural education on Primigravid Women's decision to request epidural analgesia: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):1-6. doi: 10.1186/s12884-018-1766-5

8. Anexos

Anexo 1- Parecer comissão de ética



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2018-034

Na sua reunião de 12 de junho de 2018, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto **“Primíparas do Centro Hospitalar Cova da Beira, um estudo de 3 anos: sócio demografia, correlações obstétricas e neonatais”**, da proponente **Nádia Virgínia Carvalho Duarte**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2018-034.

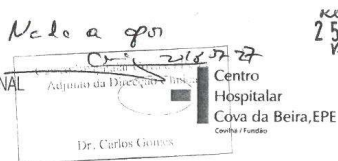
Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 13 de junho de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático

Anexo 2 - Autorização para investigação no CHUCB



Assunto: Projecto de Investigação n.º 52/2018 - "A prevalência e características da anemia em doent	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 38/2018
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 27-07-2018


Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Nádía Virgínia Carvalho Duarte, aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Primíparas do Centro Hospitalar Cova da Beira, um estudo de 3 anos: sócio demografia, correlações obstétricas e neonatais", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da mulher deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer CE-UBI-Pj-2018-34, emitido pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,


(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/RS

Centro Hospitalar Cova da Beira Presente em reunião de C.A.
Em 10 AGO 2018
Despacho
Autorizado
Presidente do C.A. Director Clínico Dr. João José Castelhano Alves
Vogal do C.A. Dr. Vítor Manuel Pinheiro da Silva
Vogal do C.A. Dr.ª Maria de Jesus Encanto Marques
Enfermeiro Director Enf. João José Castelhano Ramalhão