

RELAÇÃO ENTRE OS DESVIOS DE CRESCIMENTO FETAL/NEONATAL E ALTERAÇÕES MACROSCÓPICAS PLACENTÁRIAS NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – Resultados Preliminares

Wilzianne Silva RAMALHO, Ana Karina Marques SALGE, Raphaela Maione XAVIER, Janaina Valadares GUIMARÃES

U.A.: Faculdade de Enfermagem/UFG (www.fen.ufg.br)

Palavras-chave: Gestação de Alto Risco; Alterações Placentárias; Desvio de Crescimento Intra-Uterino.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2000), gravidez de alto risco é aquela na qual a saúde da mãe e/ou do feto/recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas por alterações. Dentre as alterações determinantes de mal prognóstico materno e fetal/neonatal, incluem-se doenças maternas que desencadearão as alterações anatomopatológicas placentárias macroscópicas (calcifilaxia, fibrina, infarto, descolamento, fibrose, hematoma e outros) juntamente com os resultados de peso ao nascimento, que são influenciados por fatores diversos, representando um indicador de saúde, pois seus extremos representam grupos de recém-nascidos (RN) com risco aumentado de morbimortalidade. Destacam-se os menores de 2500g (baixo peso ao nascer) e os de peso ≥ 4000 g (macrossômicos) e os fetos/RN com Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU), estes representam importantes condições clínicas associadas com morbidade e mortalidade perinatal e aumento do risco de doenças do adulto (ROOS *et al.*, 2007; WHO, 2007).

A classificação dos desvios de crescimento intra-uterino também é possível, comparando-se o peso e idade gestacional, com valores de referência, resultando em curvas de crescimento (OLIVEIRA; FRANCESCHINI; PRIORE, 2008; LUBCHENCO, 1963).

2. Objetivo Geral: Investigar a ocorrência de fatores relacionados ao desvio de crescimento fetal/neonatal em mulheres com gestação de alto risco e associá-los a alterações anatomopatológicas placentárias. **Objetivos Específicos:** Identificar a freqüência das alterações placentárias em mulheres

com gestação de alto risco; Comparar as alterações placentárias com os dados clínicos das gestantes; Verificar a existência de associação entre as alterações placentárias e as condições do RN na primeira hora de vida a os dados clínicos neonatais e maternos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório transversal, com abordagem quantitativa. **Questões éticas que envolvem a pesquisa:** O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o número de **protocolo 101/2008**. **Sujeitos e local do estudo:** A população constitui-se de todos os fetos/RN nascidos por parto normal ou cesariana na Maternidade de um Hospital público de grande porte, situado na cidade de Goiânia, de agosto de 2010 a janeiro de 2011. **Crítérios de inclusão:** Fetos/RN nascidos vivos ou natimortos por parto normal ou cesariano. **Grupo controle:** Fetos/RN com peso na faixa de normalidade entre 2.500 g e 4000 gramas e que atendem aos critérios de normalidade propostos por Lubchenco (1963) nas curvas de crescimento. A fonte de informação para esse estudo foi composta pelo prontuário médico de cada paciente, de onde foram coletados e transcritos em formulário próprio. Para a análise estatística foi elaborada uma planilha eletrônica. As informações foram analisadas através do programa eletrônico SPSS versão 3.0. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de parturientes foi de 123 parturientes, a média \pm DP da idade materna foi de 28,73 \pm 1,2 anos. Ao estratificar a população estudada, 8 (6,50%) parturientes apresentaram idade igual ou inferior a 18 anos; 100 (81,30%) de 19 a 35 anos e 15 (12,20%) possuíam idade superior a 36 anos.

Segundo Guimarães e Velasquez – Melendez (2002) a idade materna inferior a 19 anos é um fator determinante do baixo peso ao nascer (BPN) achado semelhantes ao de Oliveira e colaboradores (2002). Menezes e colaboradores (1998) afirmaram que a maternidade após os 35 anos é fator de risco para mortalidade perinatal.

A média do perímetro abdominal encontrada foi $31,58 \pm 1,1$, do perímetro cefálico $33,69 \pm 0,9$, do perímetro torácico igual a $32,05 \pm 0,8$, e do peso do RN de $2961,19 \pm 0,530$. O índice de Apgar avalia a capacidade de adaptação à vida extra-uterina. É composto por cinco parâmetros: a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a coloração da pele do RN. Numa escala de 0 a 10 se o seu valor for menor que sete, será diagnosticada hipóxia fetal (APGAR, 1953). A média do Índice de Apgar no 1º e 5º minuto foi, respectivamente, $7,66 \pm 0,5$ e $9,15 \pm 1,0$.

Tabela 02 Características biométricas (média medidas antropométricas) dos recém-nascidos (RN) em maternidade de alto risco, Goiânia – GO.

Características do RN	Média (\pmDP)
Perímetros (cm)	
Abdominal	$31,58 \pm 1,1$
Perímetro Cefálico	$33,69 \pm 0,9$
Torácico	$32,05 \pm 0,8$
Apgar (pontos)	
Apgar 1º min	$7,66 \pm 0,5$
Apgar 5º min	$9,15 \pm 1,0$
Peso RN (g)	$2961,19 \pm 0,530$

cm: centímetros; g: gramas, RN: recém-nascido.

A média do índice de Apgar neste estudo no primeiro minuto foi de $7,66 \pm 0,5$ e de $9,15 \pm 1,0$ no quinto minuto. No estudo de Cunha Filho e colaboradores (2010) o valor de Apgar 1º minuto foi de $7,7 \pm 1,9$, já o valor de Apgar 5º minuto foi de $9,2 \pm 0,9$. Corrêa e colaboradores (2006) relataram que os menores índices de Apgar e menor idade gestacional foram observados nos casos de alterações compatíveis com baixo fluxo sanguíneo devido à alteração na inserção placentária. Em decorrência da redução no fluxo sanguíneo uteroplacentário nos quadros de hipertensão gestacional o feto pode apresentar restrição de crescimento e sinais de sofrimento, devido a constrição das arteríolas do sistema viloso terciário e diminuição da superfície de troca, com repercussões evidentes no Doppler da artéria umbilical (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

O peso médio dos RN no presente estudo foi de 2.961,19±0,53 gramas, dados semelhantes encontrados no estudo de Oliveira e colaboradores (2002) sobre alterações morfológicas placentárias de RN PIG, a média dos pesos dos RN de toda a amostra foi de 2.783±436g. Um estudo experimental realizado na UNESP em 2000 com ratas prenhas com hipertensão arterial induzida mostrou que os RN apresentaram os menores pesos corpóreos quando comparados ao grupo controle sem doença hipertensiva (DIAS et al., 2000; GILBERT et al., 2009).

Ao avaliar as placentas foram encontradas 155 alterações dos tipos citados abaixo na face materna e 197 alterações na face fetal da placenta.

Em nosso estudo, as principais alterações de face materna encontradas foram: calcifilaxia em 106 (68,39%) casos, fibrina em 6 (3,88%) casos, infarto em 5 (3,22%) casos, fibrose em 5 (3,22%), diferentemente no estudo de Oliveira e colaboradores (2002) onde se verificou apenas a presença de calcificações grosseiras em 29% das placentas examinadas.

TABELA 05 Alterações anatomopatológicas macroscópicas identificadas na face materna e fetal em placentas de parturientes de gestação de alto risco

Alterações Anatomopatológicas Macroscópicas	Face Materna n(%)	Face Fetal n(%)
Calcifilaxia	106 (68,39%)	20 (10,15%)
Fibrina	6 (3,88%)	151 (76,66%)
Infarto	5 (3,22%)	1 (0,50%)
Descolamento	2 (1,29%)	0 (0%)
Fibrose	5 (3,22%)	0 (0%)
Hematoma	0 (0%)	11 (5,59%)
Nenhuma Alteração	31 (20%)	10 (5,07%)
Sem Informação	0 (0%)	4 (2,03%)
Total de Alterações	155 (100%)	197 (100%)

n: número de casos; %: porcentagem

Altemani e Gonzatti (2003), em uma amostra de 79 placentas mostram que nas placentas de gestações com DHEG, a vilosite parenquimatosa foi a mais frequente (16,2%) enquanto que a vilosite basal isolada foi a menos comum (2,7%). De acordo com o estudo de Oliveira e colaboradores (2002) a ocorrência simultânea de infarto placentário e RCIU aponta para a hipóxia intra-útero como um denominador comum. Trata-se de necrose de coagulação do tecido viloso, secundária à oclusão de vasos do leito placentário em casos de má adaptação vascular durante o processo de placentação. Nesse mesmo

estudo citado anteriormente, observou-se associação estatisticamente significativa entre infarto placentário ($p < 0,01$) e deposição de fibrina perivillosa ($p < 0,0001$), com o nascimento de recém-nascido PIG.

4. CONCLUSÕES PRELIMINARES

A ocorrência de alterações macroscópicas placentárias (principalmente fibrina e calcifilaxia) está relacionada aos dados clínicos fetais/maternos em uma gestação de alto risco. Essas alterações podem levar a um quadro de insuficiência placentária por baixo fluxo sanguíneo e como consequência, o feto pode apresentar restrição de crescimento intra-uterino e sinais de sofrimento agudo e crônico, o que influencia diretamente o prognóstico neonatal, além de todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

5. REFERÊNCIAS

- 1.Corrêa RRM, Salge AKM, Ribeiro GA, Ferraz MLF, Reis MA, Castro ECC, Teixeira VPA. Alterações anatomopatológicas da placenta e variações do índice de Apgar. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006;6(2):239-43.
- 2.Lubchenco, L. O. et al. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. Pediatrics, 1963; 32:793-800.
- 3.Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from live born birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. Pediatrics. 1963;32:793-800.
- 4.Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. Gestação de alto risco. 4ª ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Brasília(Brasil); 2000.
- 5.Oliveira RMS, Franceschini SCC, Priore SE. Avaliação Antropométrica do Recém-Nascido Prematuro e/ou Pequeno para Idade Gestacional. Rev. Brás. Nutr. Clin. 2008;23(4): 298-304.
- 6.Roos S, Jansson N, Palmberg I, Saljo K, Powell TL, Jansson T. Mammalian target of rapamycin in the human placenta regulates leucine transport and is down-regulated in restricted fetal growth. J Physiol 2007; 582 (1): 449–459.
- 7.World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates in 2004. Geneva: WHO; 2007.