

Características de gestantes de risco e relação com tipo de parto e complicações

Characteristics of pregnant women at risk and relationship with type of delivery and complications

Características de la gestante en riesgo y relación con tipo de parto y complicaciones

Marina de Góes Salvetti^I

ORCID: 0000-0002-4274-8709

Luciana Garcia Lauretti^{II}

ORCID: 0000-0002-7847-560X

Roseni Carvalho Muniz^{III}

ORCID: 0000-0002-7979-7934

Thalynne Yuri Souza Farias Dias^{III}

ORCID: 0000-0001-6670-6610

Amanda Aparecida Duarte Gomes de Oliveira^I

ORCID: 0000-0001-9180-2110

Luciana Magnoni Reberte Gouveia^I

ORCID: 0000-0002-7105-313X

^I Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} AzimuteMed. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III} Curae Caicó: Cuidado, Educação e Saúde. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

Como citar este artigo:

Salveti MG, Lauretti LG, Muniz RC, Dias TYSF, Oliveira AADG, Gouveia LMR. Characteristics of pregnant women at risk and relationship with type of delivery and complications.

Rev Bras Enferm. 2021;74(4):e20200319.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0319>

Autor Correspondente:

Marina de Góes Salvetti

E-mail: mgsalveti@usp.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 20-07-2020

Aprovação: 06-01-2021

RESUMO

Objetivo: descrever as características de gestantes de risco e analisar relação com tipo de parto e complicações na gestação e puerpério. **Métodos:** estudo retrospectivo com dados secundários de 1.574 gestantes de risco acompanhadas em intervenção educativa por telemedicina. **Resultados:** gestantes com idade média de 35 anos e escolaridade elevada participaram da intervenção. A preferência pelo parto normal foi de 43,1%, mas apenas 17,3% tiveram parto normal. Durante a gestação, 43,5% buscaram o pronto-socorro. No pós-parto, 2,0% necessitaram de UTI. A busca pelo pronto-socorro esteve associada à idade e contatos com a intervenção. O parto cesáreo esteve associado à idade, sedentarismo e sobrepeso/obesidade. A internação em UTI esteve associada à idade e IMC. **Conclusão:** as gestantes tinham idade e escolaridade elevadas, as mais jovens e que tiveram mais contatos com a intervenção buscaram mais o pronto-socorro. Idade mais elevada, sedentarismo e sobrepeso/obesidade foram fatores associados ao parto cesáreo.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Gravidez de Alto Risco; Enfermagem; Promoção da Saúde; Telemedicina.

ABSTRACT

Objective: to describe characteristics of pregnant women at risk and analyze the relationship with type of delivery and complications during pregnancy and puerperium. **Methods:** a retrospective study with secondary data of 1,574 at-risk pregnant women followed up in an educational intervention by telemedicine. **Results:** pregnant women with an average age of 35 years and high educational level participated. Preference for normal delivery was 43.1%, but only 17.3% had normal delivery. During pregnancy, 43.5% sought emergency care. In the postpartum period, 2.0% needed an ICU. Emergency room search was associated with age and contacts with the intervention. Cesarean delivery was associated with age, physical inactivity and overweight/obesity. ICU admission was associated with age and BMI. **Conclusion:** pregnant women were of high age and education, the younger and who had more contacts with the intervention sought more the emergency room. Older age, physical inactivity and overweight/obesity were factors associated with cesarean delivery.

Descriptors: Prenatal Care; Pregnancy, High-Risk; Nursing; Health Promotion; Telemedicine.

RESUMEN

Objetivo: describir las características de las gestantes en riesgo y analizar la relación con el tipo de parto y las complicaciones durante el embarazo y el puerperio. **Métodos:** estudio retrospectivo con datos secundarios de 1.574 gestantes de alto riesgo seguidas en una intervención educativa por telemedicina. **Resultados:** participaron de la intervención gestantes con edad promedio de 35 años y estudios secundarios. La preferencia por el parto normal fue del 43,1%, pero solo el 17,3% tuvo un parto normal. Durante el embarazo, el 43,5% acudió a urgencias. En el posparto, el 2,0% necesitó una UCI. La búsqueda del servicio de urgencias se asoció con la edad y los contactos con la intervención. El parto por cesárea se asoció con la edad, la inactividad física y el sobrepeso/obesidad. El ingreso a la UCI se asoció con la edad y el IMC. **Conclusión:** las gestantes tenían mayor edad y educación, las más jóvenes y que tenían más contactos con la intervención acudieron más a urgencias. La edad avanzada, la inactividad física y el sobrepeso/obesidad fueron factores asociados con el parto por cesárea.

Descriptorios: Atención Prenatal; Embarazo de Alto Riesgo; Enfermería; Promoción de la Salud; Telemedicina.

INTRODUÇÃO

A assistência no período pré-natal é fundamental para uma experiência positiva na gestação e puerpério, por meio da promoção do cuidado materno respeitoso, individualizado e centrado na mulher a cada contato, com a implementação de práticas efetivas e informações relevantes em momento oportuno, bem como por meio do suporte emocional e psicossocial⁽¹⁾.

Apesar dos grandes avanços alcançados na redução da mortalidade materna nas últimas décadas, principalmente com as iniciativas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 2000 e 2015, bem como com o estabelecimento dos objetivos do desenvolvimento sustentável até o ano de 2030, a mortalidade materna ainda é elevada, com cerca de 295 mil mortes por ano no mundo em 2017⁽²⁻⁴⁾.

Problemas, como acesso desigual aos serviços de saúde, demora na identificação e tratamento de complicações associadas à gestação e falta de orientações, ainda são obstáculos a superar⁽⁴⁻⁵⁾. Se, por um lado, a cobertura para partos assistidos em instituições de saúde é quase universal no Brasil, por outro lado, verifica-se o uso excessivo da medicalização e intervenções cirúrgicas, com taxas elevadas de nascimentos por cesáreas⁽⁴⁾.

Um estudo que analisou a qualidade do pré-natal no Brasil mostrou que apenas 15% das gestantes receberam assistência pré-natal qualificada, se consideradas todas as ações preconizadas para este tipo de cuidado. Índices melhores foram observados entre gestantes mais velhas, com renda mais elevada, da Região Sudeste e de municípios com mais de 300 mil habitantes e índice de desenvolvimento humano (IDH) mais elevado, mostrando o impacto das desigualdades sociais na assistência pré-natal⁽⁶⁾.

Uma pesquisa recente realizada no Sul do Brasil analisou o acompanhamento do pré-natal em gestantes de risco atendidas pelo serviço público. Os resultados mostraram adequação do pré-natal em 74% dos atendimentos, com cobertura elevada e início precoce, mas com falhas em relação à informação sobre doenças gestacionais e resultados de exames⁽⁵⁾.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizam intervenções nutricionais, avaliação materna e fetal, medidas preventivas, intervenções para sintomas e intervenções em saúde para melhorar o cuidado pré-natal⁽¹⁾.

A manutenção de hábitos de vida saudáveis inclui a alimentação consciente e equilibrada e a prática de atividades físicas na rotina da gestante para evitar o ganho de peso excessivo durante a gravidez. Em relação à avaliação materna, as principais recomendações se referem ao monitoramento da diabetes gestacional, redução ou cessação de tabaco e outras substâncias, HIV e sífilis, já em relação ao feto, a principal recomendação é a realização de, pelo menos, um ultrassom antes da 24ª semana de gestação⁽¹⁾.

As medidas preventivas preveem a antibioticoterapia para mulheres com bacteriúria assintomática e vacinação antitetânica. Devem ser ainda oferecidas medidas de alívio de sintomas e dos desconfortos em relação às náuseas e vômitos, pirose, câimbras, dor lombar e pélvica, constipação, edema e veias varicosas⁽¹⁾.

A utilização da caderneta de pré-natal, a promoção de comportamentos saudáveis, a distribuição de suplementos nutricionais e pelo menos oito contatos com o serviço de saúde ou oito

consultas pré-natais constituem elementos de qualificação do cuidado pré-natal⁽¹⁾.

As intervenções educativas para gestantes têm aumentado nos últimos anos, mostrando resultados positivos por meio do uso de cartilhas educativas, intervenções presenciais ou por telefone, contribuindo para melhorar os indicadores de mortalidade materno-fetal⁽⁷⁾.

Atividades educativas de enfermagem com gestantes e puérperas foram avaliadas no Nordeste do Brasil. Uma intervenção educativa com o uso de uma cartilha para promover práticas alimentares saudáveis se mostrou eficaz para melhorar o conhecimento, as atitudes e as práticas das gestantes quanto à alimentação saudável baseada no uso de alimentos regionais⁽⁸⁾.

Outra intervenção de enfermagem com gestantes, por telefone, para promoção da autoeficácia e do aleitamento materno exclusivo, incluiu três contatos telefônicos ao longo de um mês. A intervenção foi aplicada por uma enfermeira experiente em lactação para melhorar a autoeficácia e a duração do aleitamento materno. Houve diferença significativa aos dois meses de vida do bebê em relação à duração do aleitamento materno, e aos quatro meses, com maior autoeficácia para a amamentação⁽⁹⁾.

Em relação às gestantes de alto risco, as ações educativas têm se mostrado limitadas, como avaliou uma revisão integrativa que descreveu estratégias educativas para prevenção de complicações na gestação que não identificou estudos com ações educativas para gestantes de alto risco⁽⁷⁾.

Buscou-se, no presente estudo, explorar as características de gestantes de risco participantes de uma intervenção educativa por telemonitoramento e a relação destas características com os desfechos e complicações relacionadas ao parto e puerpério.

OBJETIVO

Descrever as características de gestantes de risco e analisar relação com tipo de parto e complicações na gestação e puerpério.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo analisou dados secundários de uma empresa de saúde privada e seguiu as recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que afirma que não há necessidade de submissão e avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa em estudos com banco de dados de informações agregadas, sem possibilidade de identificação individual dos sujeitos do estudo.

Desenho

Estudo observacional, do tipo série de casos retrospectivo, com análise de dados secundários de um programa de telemedicina direcionado a gestantes de risco de uma empresa de saúde privada, que seguiu a recomendação STROBE.

Os dados analisados neste estudo foram gerados durante os atendimentos telefônicos do programa de telemedicina, seguindo roteiro específico para cada sessão. Os atendimentos

foram realizados ao longo de um ano (abril de 2018 a abril de 2019), e os dados gerados durante as sessões foram armazenados em *software* desenvolvido pela própria empresa de saúde e, posteriormente, extraídos na forma de Planilha do Programa Excel pela equipe de tecnologia da informação, com apoio da enfermeira gerente do programa de telemedicina, no período de agosto a outubro de 2019.

O programa de telemedicina denominado “Futura Mamãe” foi um programa com acompanhamento mensal, realizado por enfermeiras e direcionado a gestantes de risco. O Programa Futura Mamãe foi aplicado por telemonitoramento e incluiu estratégias educativas (aplicadas por telefone, chat, SMS e WhatsApp), vídeos educativos e uma a três visitas presenciais com enfermeiros ou outros profissionais de saúde (nutricionista ou educador físico), além de acompanhamento do recém-nascido até 4 meses de vida.

O conteúdo das estratégias educativas incluiu: cuidados para uma gestação saudável; importância do pré-natal; conscientização para escolha do tipo de parto; nutrição adequada; desconforto gástrico e edema; preparo das mamas; preparando-se para o parto e orientações acompanhante; importância do repouso, revisão geral das orientações; preparando-se para o parto e cuidados com o bebê (pediatria em casa).

As gestantes foram contadas por telefone pela equipe do programa e as que aceitaram participar receberam em média 9 contatos do Programa “Futura Mamãe”. As participantes também poderiam entrar em contato com o programa durante 24 horas (contato gratuito via 0800) para tirar dúvidas sobre a gestação ou intercorrências, sempre que necessário.

O programa teve como objetivos aumentar a taxa de parto normal/reduzir a taxa de cesáreas e reduzir atendimentos em pronto-socorro e reduzir internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

As gestantes foram consideradas de risco a partir dos seguintes indicadores: idade >35 anos, histórico de abortos, obesidade, gestações múltiplas, doenças prévias e/ou doenças adquiridas durante a gestação (como diabetes, pré-eclâmpsia e eclâmpsia), fatores emocionais e presença de maus hábitos de saúde (consumo de tabaco ou álcool)⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

As variáveis dependentes ou desfechos deste estudo foram: taxa de parto normal/taxa de parto cesárea, atendimentos em pronto-socorro durante a gestação e taxa de internações em UTI após o parto.

As variáveis independentes foram: variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade) e clínicas (percepção de saúde, dados emocionais, acompanhamento obstétrico, intercorrências na gravidez, Índice de Massa Corporal (IMC), gestação planejada, tipo de parto que deseja, doenças crônicas, tabagismo, bebidas alcoólicas, alimentação, atividade física e adesão ao plano de consultas.

A análise dos dados incluiu estatística descritiva e inferencial. Os dados descritivos qualitativos foram apresentados por meio de frequência e porcentagem. Os dados quantitativos foram apresentados na forma de média, desvio padrão e mediana. A associação entre as variáveis qualitativas foi testada por meio do Qui-Quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher. A associação entre as variáveis quantitativas foi testada por meio dos testes Brunner-Munzel, Wilcoxon-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Este estudo analisou dados de 1.574 gestantes que participaram do Programa “Futura Mamãe” no período de abril de 2018 a abril de 2019. Os dados foram extraídos da base de dados da empresa no período de agosto a outubro de 2019. As gestantes eram de 20 estados do país, com predomínio em São Paulo (69,0%), Rio de Janeiro (13,3%) e Minas Gerais (4,2%).

A idade média das gestantes foi de 34,9 anos e o IMC médio no primeiro trimestre da gestação foi de 27,2. As participantes tinham bom nível de escolaridade, 22,4% já tiveram aborto, 43,5% foram ao pronto-socorro (PS) durante a gestação, 42,1% apresentaram alguma intercorrência durante a gestação e 2,0% das puérperas precisaram de internação em UTI no período pós-parto (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das gestantes conforme características sociodemográficas e obstétricas, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

Variável	n	%
Idade (anos)		
<30	218	13,8
30 – 34	380	24,1
35 – 39	731	46,4
40 – 44	230	14,6
45 e mais	15	0,9
Escolaridade		
Ensino fundamental	6	0,38
Ensino médio*	179	11,4
Ensino superior*	1001	63,8
Pós-graduação**	382	24,4
Sem informação	6	0,4
Procedência		
São Paulo	1086	69,0
Rio de Janeiro	209	13,3
Minas Gerais	66	4,2
Pernambuco	52	3,3
Bahia	47	3,0
Distrito Federal	39	2,5
Outros***	42	4,8
Abortos anteriores		
Não	1222	77,6
Sim	352	22,4
Intercorrência durante a gestação		
Não	911	57,9
Sim	663	42,1

Nota: *Completo/incompleto; **Lato sensu e Stricto sensu; ***Alagoas, Amazonas, Amapá, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Paraná, Rondônia, Roraima, Rio Grande do Sul, Santa Catarina.

Os dados relacionados à saúde mostraram que as gestantes avaliaram a sua saúde como boa (96,9%), planejaram a gestação (73,6%), eram sedentárias (66,2%) e nunca deram à luz (57,6%). A análise dos hábitos mostrou que 92,3% das gestantes nunca fumou e 6,8% eram ex-fumantes. Apenas 0,9% relataram ser fumantes durante a gestação e 10,8% referiram ter o hábito de consumir bebidas alcoólicas.

A análise dos aspectos emocionais em relação à gestação atual mostrou que as gestantes referiram principalmente alegria (92,9%) e ansiedade (5,7%). Além disso, 97,8% referiram se sentir animadas, 40,7%, mais emotivas (choram mais do que antes) e 33,9%, mais irritadas.

Em relação à dieta, 92,0% referiram se alimentar normalmente e 7,7% relataram apetite reduzido. A maior parte das gestantes afirmou trabalhar normalmente durante a gestação (86,7%), muitas relataram distúrbios do sono (37,4%) e fadiga (45,0%).

No início do programa, observou-se predomínio de preferência pelo parto normal (43,1%) e cesárea (35,7%). Parte das gestantes, no entanto, não soube informar a preferência por tipo de parto (21,2%) no início do programa. Ao final do programa, 71,5% das gestantes afirmaram ter planejado parto cesárea e 28,5% parto normal, mas 82,5% tiveram parto cesárea e 17,5% tiveram parto normal. Entre as participantes, 98,2% referiram que o programa foi um apoio importante durante a gestação.

Analisou-se a relação entre o número de contatos da gestante com o programa e o tipo de parto, as intercorrências, a busca pelo PS durante a gestação e a internação em UTI no período pós-parto. As gestantes que foram ao PS durante a gestação tiveram significativamente mais contatos com o programa, mas não se observou associação entre o número de contatos e as demais variáveis analisadas (Tabela 2).

Tabela 2 - Relação entre o número de contatos com o programa, tipo de parto, intercorrência, idas ao Pronto-socorro e internação em Unidade de Terapia Intensiva, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

Variável	Número de contatos	Valor de p*
Tipo de parto		0,194
Cesárea	9,19	
Fórceps	9,00	
Normal	9,68	
Intercorrência		0,057
Sim	9,08	
Não	9,41	
Pronto-socorro durante a gestação		<0,001*
Sim	9,68	
Não	8,95	
Idas ao pronto-socorro durante a gestação		<0,001**
Nenhuma vez	8,95	
1 vez	9,55	
2 vezes	9,87	
3 vezes	9,01	
4 vezes ou mais	10,02	
Foi para a Unidade de Terapia Intensiva após o parto		0,933
Sim	9,65	
Não	9,26	

Nota: *Wilcoxon-Mann-Whitney(p<0,001); **Kruskal-Wallis (p<0,001).

Analisou-se também a possível relação entre o tipo de parto realizado, a idade e o IMC. Verificou-se que o parto cesáreo esteve associado à idade e IMC mais elevados (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre tipo de parto, idade e Índice de Massa Corporal, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

Variável	Tipo de parto	Valor de p*
Idade (anos)		
35,1	Cesárea	<0,001*
34,3	Normal	
Índice de Massa Corporal		
27,4	Cesárea	<0,001**
25,9	Normal	

Nota: *Wilcoxon-Mann-Whitney(p<0,001); **Brunner-Munzel (p<0,001).

O tipo de parto apresentou associação significativa com a prática de exercícios físicos durante a gestação. O parto normal

foi mais frequente entre as mulheres que praticaram exercícios durante a gestação (p<0,001).

A internação em UTI esteve associada à idade mais elevada e maior IMC (Tabela 4). As demais variáveis analisadas não apresentaram associação com a internação em UTI. A análise da busca ao pronto-socorro durante a gestação mostrou que as mulheres que foram ao PS eram significativamente mais jovens (p<0,001). O IMC, no entanto, não apresentou associação com a busca ao PS durante a gestação (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação entre idade, Índice de Massa Corporal, Internação em Unidade de Terapia Intensiva e idas ao pronto-socorro durante a gestação, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

Variável	Internação em Unidade de Terapia Intensiva	Valor de p	Idas ao pronto-socorro	Valor de p
Idade (anos)		<0,001**		<0,001*
38,2	Sim		34,5	
34,3	Não		35,4	
Índice de Massa Corporal		<0,001*		0,143
28,6	Sim		27,4	
27,1	Não		26,9	

Nota: *Wilcoxon-Mann-Whitney(p<0,001); **Brunner-Munzel (p<0,001).

Buscou-se também identificar possível associação entre variáveis emocionais, hábitos de vida e a busca pelo PS durante a gestação. As gestantes que referiram insegurança e medo, que choravam com mais frequência, que referiram mais cansaço/fadiga e que apresentavam dificuldade para trabalhar, foram significativamente mais ao PS durante a gestação (Tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre a ida ao pronto-socorro durante a gestação e variáveis emocionais e hábitos de vida, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

Variável	Foi ao pronto-socorro na gestação				Valor de p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Sentimento gestação atual					0,033*
Alegria	822	56,9	622	43,1	
Ansiedade	49	55,1	40	44,9	
Insegurança	05	45,5	6	54,5	
Medo	01	11,1	8	88,9	
Tristeza	-	-	1	100,0	
Sente-se animada					0,790
Não	19	54,3	16	45,7	
Sim	868	56,6	667	43,4	
Sente-se emotiva					0,013*
Não	545	59,1	377	40,9	
Chora mais do que antes	337	52,7	302	47,3	
Chora o tempo todo	02	33,3	04	66,7	
Não consegue chorar	03	100,0	-	-	
Sente-se irritada					0,149
Não	597	58,0	432	42,0	
Mais do que antes	287	53,9	245	46,1	
Não tanto como antes	01	50,0	01	50,0	
O tempo todo	02	28,6	05	71,4	
Sente-se cansada					0,036*
Não	509	59,1	352	40,9	
Mais do que antes	358	54,4	300	45,6	
Ao fazer qualquer coisa	19	41,3	27	58,7	
Demais para fazer qualquer coisa	1	33,3	02	66,7	

Continua

Continuação da Tabela 5

Variável	Foi ao pronto-socorro na gestação				Valor de p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Trabalha normalmente					0,018**
Sim	89	58,1	569	41,9	
Precisa de um esforço extra	05	38,5	08	61,4	
Muito esforço	01	25,0	03	75,0	
Não consegue trabalhar como antes	78	50,0	78	50,0	
Não consegue trabalhar	14	38,9	22	61,1	
Alimenta-se normalmente					0,294
Sim	826	57,2	619	42,8	
Apetite menor	54	48,6	57	51,4	
Apetite muito menor	06	54,6	05	45,4	
Perdeu todo apetite	01	33,3	02	66,7	
Fuma					0,728
Não	817	56,2	636	43,8	
Ex-fumante	63	58,9	44	41,1	
Sim	09	64,3	05	35,7	
Consome bebidas alcoólicas					0,510
Nunca	791	56,3	613	43,7	
Até 3 doses	91	58,3	65	41,7	
De 4 a 7 doses	05	41,7	07	58,3	
Mais de 7 doses	02	100,0	-	-	
Consome bebidas alcoólicas					0,510
Nunca	791	56,3	613	43,7	
Até 3 doses	91	58,3	65	41,7	
De 4 a 7 doses	05	41,7	07	58,3	
Mais de 7 doses	02	100,0	-	-	
Atividade física na gestação					0,682
Não	553	56,1	433	43,9	
Sim	336	57,1	252	42,9	
Padrão de sono					0,426
Normal	571	58,1	412	41,9	
Não dorme como costumava	240	53,7	207	46,3	
Dificuldade de voltar a dormir	29	56,9	22	43,1	
Não consegue voltar a dormir	47	53,4	41	46,6	

Nota: *Teste Exato de Fisher; **Qui-Quadrado de Pearson ($p < 0,005$).

DISCUSSÃO

A caracterização da amostra mostrou que a maioria das gestantes incluídas no programa estava na faixa etária de 35 anos ou mais, tinha elevada escolaridade e sobrepeso, o que reflete a mudança comportamental feminina ao longo das últimas décadas. As mulheres no Brasil e no mundo têm optado pela maior dedicação aos estudos e à vida profissional, estão inseridas em posições de liderança profissional e convivem com a competitividade e maior sobrecarga de estresse, em ambientes de trabalho desafiadores, adiando, cada vez mais, a maternidade, principalmente nas classes sociais mais favorecidas⁽¹²⁾.

As mães com idade mais avançada se preparam mais para a gestação, seja física, psicológica, emocional, relacional, social ou financeiramente. São mulheres que podem ter filhos mais saudáveis e com melhores capacidades de desenvolvimento⁽¹³⁾. Por outro lado, as mulheres podem se sentir inadequadas em relação à idade e à gravidez, atitudes que podem desencadear outros fatores adicionais aos já comumente associados ao rótulo de risco, como insegurança e ansiedade, prejudicando a evolução normal desse período⁽¹³⁾.

A idade materna avançada mostrou associação com parto cesárea, assim como observado em outros estudos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No entanto, a preferência inicial das gestantes pelo parto normal, no presente estudo, ocorreu em 43,1% das gestantes e apenas 17,3% tiveram parto normal.

A maior proporção de gestantes do estudo tinha idade entre 35 e 39 anos e a média de idade associada ao parto cesárea foi de 35,1 anos. Os estudos sugerem que mães com idade ≥ 40 anos podem apresentar riscos mais elevados de diabetes gestacional, cesárea eletiva e placenta prévia, em comparação às mães mais jovens. Um estudo recente mostrou que mulheres ≥ 45 anos apresentaram risco aumentado para complicações obstétricas, como pré-eclâmpsia, hospitalização prolongada e rotura prematura de membranas⁽¹⁵⁾.

No ano de 2018, a OMS recomendou a utilização de intervenções não clínicas para reduzir o número de cesáreas em todo o mundo por meio da educação em saúde, com ênfase nos tópicos sobre o medo e a ansiedade relacionada ao parto, o processo natural e reações individuais, os estágios, as rotinas hospitalares e as formas de alívio da dor⁽¹⁶⁾.

Neste processo educativo, salienta-se a necessidade de dar maior atenção às lacunas identificadas pelas próprias mulheres como relacionadas às escolhas da mulher como o parto domiciliar e o parto vaginal após cesárea. Salienta-se a importância do reconhecimento do parto como uma experiência de vida importante e valiosa para as pessoas envolvidas⁽¹⁶⁾.

A análise do banco de dados do Programa "Futura Mamãe" mostrou um impacto significativo do perfil médio de IMC de sobrepeso (27,2) no primeiro trimestre da gestação e maior risco de parto cesárea, com mais de 60% das mulheres com sobrepeso/obesidade. O IMC elevado no início da gestação e o excesso de ganho de peso gestacional têm sido associados a desfechos obstétricos negativos e maior risco de complicações^(10,17-19).

Um estudo que descreveu o resultado obstétrico de mulheres com sobrepeso/obesidade concluiu que as mulheres com sobrepeso/obesidade pré-gestacional apresentaram risco aumentado de desenvolver pré-eclâmpsia (OR 3,3; IC95% 1,1-9,9; $p=0,03$). Houve tendência à associação entre tipo de parto cirúrgico ou a fórceps e sobrepeso/obesidade (OR 1,8; IC95% 0,9-3,5; $p=0,04$)⁽¹⁷⁾.

A obesidade também esteve associada a maior risco de desenvolver trombose, diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e pré-eclâmpsia, problemas de saúde mental na gravidez e pós-parto⁽¹⁸⁾. Os riscos fetais associados à obesidade materna incluem abortamento, defeitos do tubo neural, macrosomia fetal, óbitos fetais e maior necessidade de exames de ultrassom⁽¹⁸⁾.

Uma pesquisa realizada no Sul do Brasil, que analisou o impacto do IMC no início da gestação e o ganho de peso gestacional no desfecho gestacional, concluiu que quanto maior o IMC no primeiro trimestre e o ganho de peso durante a gestação, maior o risco de parto cirúrgico. Não se observou, no entanto, relação entre IMC e ganho de peso gestacional com aumento do risco de hipertensão e diabetes⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, a prática de atividade física durante a gestação esteve associada a uma proporção significativamente maior de partos normais (49,6%) do que partos cesáreos (34,7%), à semelhança de outros estudos⁽²⁰⁻²¹⁾. Gestantes sedentárias durante a gravidez tiveram risco aumentado de ter parto cesárea de emergência e necessidade de vácuo extrator para partos vaginais⁽²¹⁾.

O exercício durante a gravidez esteve associado com redução de risco de cesáreas, particularmente de emergência⁽²⁰⁾. A maior redução de risco foi relacionada ao exercício mais de 5 vezes durante 17 semanas (-2,2%) e 30 semanas de gestação (-3,6%), comparado com gestantes sedentárias ($p < 0,001$). Exercícios de alto impacto

entre 17 e 30 semanas de gestação estiveram associados com redução de risco de cesárea (-3.0% e -3.4%, respectivamente)⁽²⁰⁾.

No presente estudo, encontrou-se associação significativa entre variáveis emocionais, alguns hábitos de vida e a busca ao PS durante a gestação. As gestantes que referiram insegurança e medo, que choravam com mais frequência, que referiram mais cansaço/fadiga e que apresentavam dificuldade para trabalhar foram significativamente mais ao PS durante a gestação.

Limitações do estudo

Foram utilizados dados secundários de uma empresa que ofereceu a intervenção e a amostra, incluindo gestantes com elevada escolaridade e acesso a serviços de saúde privados, o que não representa o perfil médio das mulheres brasileiras e dificulta generalizações. Outra limitação é o desenho do estudo, do tipo série de casos retrospectivo, com dados secundários, que não permite estabelecer relações causais entre as variáveis, apenas associações.

Contribuições para a área da saúde

Entre as contribuições do estudo destaca-se o potencial de intervenções por telemedicina, para gestantes de risco, podendo contribuir para estimular hábitos de vida saudáveis, como a prática

da atividade física durante a gestação, além de apoio emocional à gestante. Estas medidas podem impactar nas taxas de parto normal e na utilização mais racional dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

As gestantes de risco tinham idade e escolaridade elevadas, com predomínio de sobrepeso. As mais jovens, que tiveram mais contatos com a intervenção, que relataram medo, insegurança, maior emotividade, fadiga e maior dificuldade para o trabalho, buscaram mais frequentemente atendimento no PS durante a gestação. Idade mais elevada, sedentarismo e sobrepeso/obesidade foram fatores associados ao parto cesárea. O parto normal foi mais frequente entre as mulheres que praticaram exercícios na gestação. A internação em UTI no período pós-parto esteve associada à idade e IMC mais elevados.

Esses dados permitem planejar intervenções para melhorar as condições de saúde de gestantes de risco, com vistas a ampliar a taxa de partos normais e redução de complicações.

AGRADECIMENTO

Agradecimentos à AzimuteMed, pela parceria no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>
2. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development 2015: Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 [Internet]. United Nations General Assembly, Seventieth session. New York (NY): United Nations; 2015 [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
3. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2020 Mar 29]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/793971568908763231/pdf/Trends-in-maternal-mortality-2000-to-2017-Estimates-by-WHO-UNICEF-UNFPA-World-Bank-Group-and-the-United-Nations-Population-Division.pdf>
4. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(12):549-51. <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>
5. Medeiros FF, Santos IDDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. *Rev Bras Enferm*. 2019;72 (suppl 3):204-11. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>
6. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DSD, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>
7. Jacob LMS, Mafetoni RR, Figueira MCS, Lopes MHBM, Shimo AKK. Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação. *Rev Enferm Atual Derm*. 2019;87:25. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.197>
8. Oliveira SCD, Fernandes AFC, Vasconcelos EMRD, Ximenes LB, Leal LP, Cavalcanti AMTS, et al. Efeito de uma intervenção educativa na gravidez: ensaio clínico randomizado em cluster. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):291-98. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800041>
9. Chaves AFL, Ximenes LB, Rodrigues DP, Vasconcelos CTM, Santos Monteiro JC, Oriá MOB. Intervenção telefônica na promoção da autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: estudo experimental randomizado controlado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3140. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2777-3140>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 Oct 23]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2020 Oct 23]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/10/Manual_obstetr%C3%ADcia-final-1.pdf

12. Riad S. Under the desk: on becoming a mother in the workplace. *Cult Organ*. 2007;13(3):205-22. <https://doi.org/10.1080/14759550701486522>
 13. Aldrighi JD, Wal ML, Souza SRRK, Cancela FZV. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):509-18. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>
 14. Ojule JD, Ibe VC, Fiebai PO. Pregnancy outcome in elderly primigravidae. *Ann Afr Med*. 2011;10(3):204-8. <https://doi.org/10.4103/1596-3519.84699>
 15. Nieto MC, Barrabes EM, Martínez SG, Prat MG, Zantop BS. Impact of aging on obstetric outcomes: defining advanced maternal age in Barcelona. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:342. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2415-3>
 16. World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections[Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf>
 17. Seabra G, Padilha PC, Queiroz JA, Saunders C. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(11):348-53. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001100005>
 18. Yang Z, Phung H, Freebairn L, Sexton R, Raulli A, Kelly P. Contribution of maternal overweight and obesity to the occurrence of adverse pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019;59:367–74. <https://doi.org/10.1111/ajo.12866>
 19. Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Castro NBD, Bortolomedi AP. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(7):304-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000700003>
 20. Owe KM, Nystad W, Stigum H, Vangen S, Bø K. Exercise during pregnancy and risk of cesarean delivery in nulliparous women: a large population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(6):791.e1-13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.08.014>
 21. Nielsen EM, Andersen PK, Hegaard HK, Juhl M. Mode of delivery according to leisure time physical activity before and during pregnancy: a multicenter cohort study of low-risk women. *J Pregnancy*. 2017;!D6209605. <https://doi.org/10.1155/2017/6209605>
-