

RESUMO EXPANDIDO

Título: Perfil epidemiológico das gestantes com restrição de crescimento intrauterino de início precoce atendidas em um hospital escola de Pernambuco.

Alex Sandro Rolland Souza

Marília Wanderley de Siqueira Galindo

Isabela Melo Buarque de Gusmão

Lycia Siqueira Vilela

Silvia de Lourdes Loreto Faquini

INTRODUÇÃO: A restrição de crescimento intrauterina (RCIU) por disfunção placentária está relacionada à falha no potencial de crescimento genético fetal, acometendo 7-10% de todas as gestações e relacionando-se a substanciais taxas de morbimortalidade perinatal. Esse cenário cria a necessidade de traçar o perfil epidemiológico das gestantes acometidas, visando determinar a melhor abordagem de vigilância, o prolongamento seguro da gravidez e identificação do momento mais propício para intervenção. **OBJETIVO:** determinar o perfil epidemiológico das gestantes com RCIU de início precoce admitidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **MÉTODOS:** o estudo é de corte transversal, descritivo, retrospectivo, desenvolvido no IMIP entre agosto/2017 e julho/2018, referente aos dados de 2013-2017. Incluiu gestantes com diagnóstico de RCIU de início precoce definido pelo *Delphi procedure*, acompanhadas pelo setor de gestação de alto risco e medicina fetal do IMIP. A amostra foi de conveniência, através de análise de prontuários, incluindo 159 gestações. As variáveis foram: características biológicas, sociodemográficas e antecedentes obstétricos. O estudo excluiu gestação múltipla,

malformação fetal, rotura prematura das membranas, suspeita ou confirmação de cromossomopatia ou síndromes genéticas e infecção congênita. Utilizou-se formulários padronizados, digitalizados em banco de dados específicos, criado no programa Epi-info versão 3.5.4. **RESULTADOS:** A idade média materna foi $28,4 \pm 6,39$ anos. Das características sociodemográficas, 55,3% eram pardas, 25,3% brancas e 14% negras. A maioria das pacientes estudou até o ensino médio (44%), procedia de Recife/Região metropolitana (52,5%), não possuía renda monetária (56,6%) e era casada ou vivia em união consensual (76,3%). Nos antecedentes obstétricos, obteve-se mediana de paridade zero e duas gestações anteriores, sendo 40,3% primíparas. Antecedentes pessoais de feto morto e RCIU foram relatados por 8% e 2,9%, respectivamente, e 21,7% relataram passado de síndromes hipertensivas. A média da idade gestacional (IG) do diagnóstico de RCIU foi $27,96 \pm 2,73$ semanas e a mediana de consultas pré-natais, quatro. Nesta gestação, 74,7% apresentaram pré-eclâmpsia/eclâmpsia, 9,5% síndrome HELLP e 13,4% diabetes mellitus pré-gestacional/diabetes gestacional. O peso fetal estimado (PFE) e a circunferência abdominal (CA) pela ultrassonografia apresentava-se abaixo do percentil três para IG em 82,9% e 79,1%, respectivamente. **CONCLUSÃO:** a maioria das gestantes encontra-se na terceira década de vida, era parda, primípara e casada ou vivia em união consensual, estudou até o ensino médio e residia em Recife/Região metropolitana. A média de IG no diagnóstico de RCIU foi menor que 28 semanas. Grande parte das pacientes apresentou pré-eclâmpsia/eclâmpsia nesta gestação e percentil três para PFE e CA.

PALAVRAS-CHAVES: Perfil de Saúde; Retardo do Crescimento Fetal; Gravidez de Alto Risco

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM
RESTRICÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO DE INÍCIO
PRECOCE ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESCOLA DE
PERNAMBUCO**

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN WITH EARLY-ONSET
INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION TREATED AT A UNIVERSITY
HOSPITAL IN THE STATE OF PERNAMBUCO

Alex Sandro Rolland Souza^{1,2,3}

Marília Wanderley de Siqueira Galindo^{1,4}

Isabela Melo Buarque de Gusmão^{1,4}

Lycia Siqueira Vilela^{1,4}

Silvia de Lourdes Loreto Faquini^{1,2}

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Recife, PE, Brasil

² Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil

³ Instituto de Pesquisa Prof. Joaquim Amorim Neto – Ipesq. Campina Grande, PB,
Brasil.

⁴ Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Recife, PE, Brasil.

Autor correspondente: Alex Sandro Rolland Souza

Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista

50.070-550 Recife, PE, Brasil

E-mail: alexrolland@uol.com.br

RESUMO

OBJETIVOS: determinar o perfil epidemiológico das gestantes com diagnóstico de restrição de crescimento intrauterino (RCIU) de início precoce atendidas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **MÉTODOS:** o estudo é de corte transversal, descritivo, retrospectivo, com dados de 2013-2017. Foi realizado no IMIP, incluiu gestantes com diagnóstico de RCIU de início precoce acompanhadas no setor de gestação de alto risco. As variáveis foram: características biológicas, sociodemográficas e antecedentes obstétricos. A amostra foi de 159 gestações, sendo a RCIU definida pelo *Delphi procedure*. Os dados foram coletados em formulários padronizados, digitalizados em banco de dados no programa Epi-info 3.5.4. **RESULTADOS:** a idade média das gestantes foi $28,4 \pm 6,39$, a maioria (55,3%) era parda, estudou até o ensino médio (44%), era procedente de Recife/Região metropolitana (52,5%), não possuía renda monetária (56,6%) e 73,3% estavam casadas/em união consensual. 40,3% eram primíparas e 74,7% apresentaram quadro de pré-eclâmpsia/eclâmpsia associado, sendo 5,8% tabagistas. **CONCLUSÃO:** a maioria das pacientes estava na terceira década de vida, era parda, vivia com parceiro e morava em Recife/região metropolitana. Poucas eram tabagistas. A idade gestacional média no diagnóstico da RCIU foi < 28 semanas. A maior parte apresentava quadro de síndrome hipertensiva associada, e peso fetal estimado e circunferência abdominal abaixo do percentil 3 para idade gestacional.

PALAVRAS-CHAVES: Perfil de Saúde; Retardo do Crescimento Fetal; Gravidez de Alto Risco

ABSTRACT

OBJECTIVE: to determinate the epidemiological profile of pregnant women diagnosed with early-onset intrauterine growth restriction (IUGR) at the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **METHODS:** the study is cross-sectional, descriptive, retrospective, with data from 2013 to 2017. It was performed at IMIP with pregnant women diagnosed with early-onset IUGR in the high-risk gestation and fetal medicine setor. The variables were: biological characteristics, sociodemographic characteristics and obstetric history. The sample was 159 pregnancies and the IUGR was defined by the Delphi procedure. The data were collected in standardized forms, scanned in database in the program Epi-info7. **RESULTS:** the mean age of the pregnant women was 28.4 ± 6.39 , the majority (55.3%) were brown, studied until high school (44%), were from Recife/Metropolitan Region (52.5%), did not have monetary income (56.6%) and 73.3% were married or were in a common-law marriage. 40.3% were primiparous and 74.7% had associated pre-eclampsia/eclampsia. 5.8% were smokers. **CONCLUSIONS:** most were in the third decade of life, were brown, lived with a partner and lived in Recife/metropolitan region. Few were smokers. The mean gestational age was less than 28 weeks, had an associated hypertensive syndrome and had an estimated fetal weight and abdominal circumference below the 3rd percentile for gestational age.

KEYS-WORDS: Helth Profile; Fetal Growth Retardation; Pregnancy, High-Risk

INTRODUÇÃO

A restrição de crescimento intrauterina (RCIU) por disfunção placentária está relacionada a uma falha no potencial de crescimento genético do feto, a qual acomete 7% a 10% de todas as gestações e está relacionada a substanciais taxas de morbidade e mortalidade perinatais.¹ As abordagens atuais sobre a história natural da restrição de crescimento classificam a doença em RCIU de início precoce e RCIU de início tardio. Quando de início precoce, os fetos apresentam desfechos mais graves, com maior risco de óbito intraútero e sequelas pós-natais.^{2,3}

De acordo com o último consenso de 2016, RCIU de início precoce é descrita como fetos abaixo da 32ª semana de gravidez, com um critério maior ou dois critérios menores assim descritos. Entende-se como critérios maiores: circunferência abdominal abaixo do percentil 3 para a idade gestacional; peso fetal abaixo do percentil 3 para a idade gestacional; e dopplervelocimetria da artéria umbilical apresentando diástole zero ou reversa. Entende-se como critérios menores: circunferência abdominal abaixo do percentil 10 para a idade gestacional; peso fetal abaixo do percentil 10 para a idade gestacional; e dopplervelocimetria da artéria umbilical ou artéria uterina com índice de pulsatilidade acima do percentil 95 para a idade gestacional.³

A RCIU de início precoce está relacionada a sérias complicações fetais e maternas, como morte fetal, prejuízo cerebral perinatal e sofrimento intraparto grave. Essas complicações aumentam a incidência de problemas neurológicos, cognitivos, endócrinos e cardiovasculares na idade adulta, propiciando prejuízos sociais e maiores custos à saúde.^{4,5} Vale ressaltar ainda que a RCIU é, excluindo-se anomalias congênitas, o principal fator de risco para morte perinatal.⁶

Algumas características epidemiológicas foram relacionadas à doença, como os antecedentes obstétricos de pré-eclâmpsia e RCIU e a presença de descolamento prematuro de placenta (DPP) e pré-eclâmpsia na gestação atual.⁷

Em gestações complicadas por RCIU de início precoce, em consequência da disfunção placentária, o feto pode ser comprometido em suas funções vitais de forma irreversível, inclusive com risco de óbito intrauterino. Devido a este cenário de deterioração fetal existente, há necessidade de determinar a melhor abordagem de vigilância a fim de permitir o prolongamento seguro da gravidez e identificar o momento mais propício para intervenção.⁸ O primeiro passo para isso é identificar os principais fatores sociodemográficos, obstétricos e maternos relacionados a doença para se identificar mulheres de risco. O nosso estudo tem por objetivo determinar o perfil epidemiológico das gestantes com RCIU de início precoce.

MÉTODOS

O estudo realizado foi de corte transversal, descritivo e retrospectivo no período de agosto de 2017 a julho de 2018. A população incluiu gestantes com diagnóstico de RCIU de início precoce acompanhadas no setor de gestação de alto risco e medicina fetal do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) do período de 2013 a 2017. A amostra foi do tipo conveniência, na qual foram analisados os prontuários das 514 gestantes com esse diagnóstico, sendo 159 gestações selecionadas para inclusão no estudo conforme os critérios de elegibilidade.

Foram incluídas no trabalho as gestantes com diagnóstico de RCIU de início precoce definidos pelos critérios do *Delphi procedure*³. Os critérios de exclusão foram: gestação múltipla, suspeita ou confirmação de cromossomopatia ou síndromes

genéticas, rotura prematura das membranas ovulares, malformação fetal e infecção congênita.

As variáveis estudadas foram: idade materna, cor da pele, escolaridade, procedência, ocupação, estado civil, tabagismo, etilismo, drogas ilícitas, idade gestacional no diagnóstico de RCIU, número de consultas pré-natais, número de gestações, número de partos anteriores, número de abortos anteriores, idade gestacional (IG) no parto, índice de líquido amniótico (ILA), peso fetal estimado (PFE), PFE abaixo do percentil 3 (pct 3), percentil da circunferência abdominal (CA) abaixo de 3, antecedentes de feto morto (FM), antecedentes de RCIU, antecedentes de síndromes hipertensivas, diagnóstico na gestação de hipertensão arterial sistêmica crônica (HASC), hipertensão gestacional (HASG), pré-eclâmpsia (PE)/eclâmpsia, eclâmpsia, PE grave, síndrome de HELLP (hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia), collagenoses, diabetes gestacional (DG) e diabetes pré-gestacional (DM), corticoterapia antenatal.

As pacientes foram identificadas por meio de uma listagem do setor de medicina fetal, sendo identificado o registro e solicitado o resgate dos prontuários hospitalares. Os dados foram coletados por meio de formulários padronizados, pré-codificados para entrada de dados no computador. Esses dados foram digitados em um banco específico criado no programa estatístico de domínio público Epi-info versão 3.5.4 para Windows (Centers for Disease Control and Prevention – CDC, Atlanta, GA, USA).

A análise estatística foi realizada pelos pesquisadores e seus orientadores e pelo estatístico envolvido na pesquisa, utilizando o programa estatístico Epi-info versão 3.5.4. Para as variáveis numéricas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão, para as categóricas, foram obtidas tabelas de distribuição de frequência.

A pesquisa foi iniciada apenas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do IMIP (CAAE – 68788217.7.0000.5201), sendo consentida a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido por ser uma análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes. Todos os autores declaram não haver conflitos de interesse nesse estudo.

RESULTADOS

Das 514 pacientes listadas no setor de medicina fetal, 278 eram gemelares e 42 não foram encontrados os prontuários, restando 194 gestantes com diagnóstico de RCIU de início precoce. Destas, 37 pacientes apresentaram algum critério de exclusão: ruptura prematura das membranas (n = 20), suspeita ou confirmação de cromossomopatia (n = 2), malformações fetais (n = 6), infecção congênita (n = 1) e dados incompletos do parto (n = 8), ficando 157 gestantes. Vale ressaltar que duas delas tiveram duas gestações elegíveis em anos diferentes, totalizando 159 formulários realizados.

Devido à falta de algumas informações nos prontuários, as variáveis possuem números analisados distintos (Tabela 1 e 2).

A idade média obtida foi 28,4 anos. Em relação às características sociodemográficas, observou-se que 55,3% das gestantes eram pardas, seguido de 25,3% de brancas, 14% de negras e 5,3% amarelas. Não houve mulheres indígenas na amostra. A maioria apresentava como escolaridade o ensino médio (44%), seguido do ensino fundamental (34,7%), ensino superior (20,7%) e apenas uma analfabeta (0,7%). Recife ou região metropolitana (52,5%) foi a principal região de procedência, sendo 43,7% do interior e 3,8% de outros estados (Tabela 1).

Em relação à ocupação, a maioria não possuía renda financeira (56,6%). As pacientes casadas ou que viviam em união consensual foram 76,3% da amostra, 23%

solteiras, 0,7% separadas e nenhuma viúva. Em relação ao uso do álcool, fumo e drogas ilícitas, respectivamente, oito, seis e duas gestantes relataram utilizá-las durante a gravidez (Tabela 1).

Em relação aos antecedentes obstétricos, obteve-se uma mediana de paridade zero e duas gestações anteriores, sendo 40,3% primíparas. Antecedentes pessoais de feto morto foi 8% e de RCIU, 2,9%. Antecedente de síndromes hipertensivas foi relatado em 21,7% dos casos. A média da idade gestacional (IG) do diagnóstico de RCIU foi $27,96 \pm 2,73$ semanas e a mediana do número de consultas pré-natais foi $4,0 \pm 2,31$ (Tabela 2).

Na gestação atual, 74,7% apresentaram quadro de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, 49% de PE grave; 35,2% de HASC; 9,5% de síndrome de HELLP, 7% de diabetes gestacional e 6,4% de diabetes mellitus pré-gestacional; 3,8% de hipertensão gestacional; 4,5% de colagenoses e 0,6% de eclâmpsia. O peso fetal estimado (PFE) pela ultrassonografia apresentava-se abaixo do percentil três para a idade gestacional em 82,9% e a circunferência abdominal (CA), em 79,1%. O oligidrânio/anidrânio foi observado em 12,7% dos casos. O PFE teve como média $820,0g \pm 323,0g$. Em relação à corticoterapia antenatal, a maior parte das mulheres foi submetida ao esquema completo (85,4%), sendo que 4,5% foram incompletos e 10,2% não realizaram nenhuma dose. Descolamento prematuro de placenta ocorreu em apenas dois casos (3,5%) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O crescimento fetal é resultado de múltiplos fatores, incluindo o potencial genético para o crescimento, nutrição materna, metabolismo materno, fatores endócrinos e perfusão e função placentária⁹. Existem diversos fatores de risco

conhecidos para essa afecção, podendo ser divididos em origem materna (HASC, HASG, DM, colagenoses, infecções - TORCHS, nutrição e uso de drogas), placentária (disfunções placentárias) e fetal (anormalidades genéticas, malformações, etc)¹⁰, os quais serão discutidos.

A restrição de crescimento intrauterino reflete riscos graves para o feto. Gardosi et al ⁶ mostrou que, excluindo-se as anomalias genéticas, a RCIU constituiu o principal fator de risco para morte perinatal, atribuindo um risco ainda maior quando associado ao tabagismo materno. Este estudo de base populacional demonstrou ainda que esse risco é dobrado quando a restrição de crescimento fetal não for diagnosticada no período antenatal, sendo a taxa de mortalidade menor quando esta morbidade é detectada no pré-natal. Assim, sugere-se que o reconhecimento do feto em risco, nesse caso pelo tabagismo, pode levar a um melhor acompanhamento da gestação e auxiliar na definição do momento mais adequado para o parto⁶. O nosso estudo demonstrou um pequeno percentual de gestantes tabagistas, o que pode ser atribuído à tendência atual da diminuição do uso do tabaco devido aos vários programas de saúde pública do país.

Pode-se dizer, ainda, que a RCIU reflete em implicações importantes na vida adulta. Estudos epidemiológicos publicados nas últimas quatro décadas demonstraram pela primeira vez que o baixo peso ao nascer estava associado a um risco aumentado de morte por doença coronariana, acidente vascular encefálico, HAS, DM tipo 2 e intolerância à glicose¹¹⁻¹⁸. Com isso, Crispi et al.⁴ demonstrou recentemente em uma revisão que o principal fator de risco pré-natal para doenças cardiovasculares é a restrição de crescimento fetal. Da mesma forma, estudos de acompanhamento pós-natal de crianças com RCIU relataram a influência da nutrição pós-natal e a recuperação do risco de síndrome metabólica e obesidade. Dessa forma, uma grande justificativa desse estudo é a tentativa de identificar os fatores de risco para a RCIU, para que seja possível

evita-la, além de evitar suas consequências, como as doenças do adulto com raízes na infância.

Um estudo epidemiológico realizado na Turquia sobre fatores de risco para morte perinatal em fetos com RCIU demonstrou que 8 dos 9 casos de natimortos tinham restrição precoce, além de 20 de 22 mortes neonatais. O trabalho mostrou algumas características epidemiológicas semelhantes a essa pesquisa, como a idade média materna (27,25), paridade (1,14), tabagismo (0,7%), história de RCIU (3,7%), história de natimorto (2,2%), diabetes gestacional atual (6,6%) e PFE < percentil 3 para idade gestacional (77,9%)¹⁹.

Outras, entretanto, apresentaram diferenças quando comparadas com o nosso estudo, como história prévia de pré-eclâmpsia (13%), pré-eclâmpsia em gestação atual (35,1%), HAS (1,5%), síndrome de HELLP (1,5%) e média do PFE (1.812,7g)¹⁹. Vale ressaltar ainda que essas características foram relacionadas à RCIU tardia e precoce, sendo esta definida como abaixo de 34 semanas (diferente do presente estudo), a qual a classificação utilizada foi mais atual^{19,3}. Ainda é importante acrescentar que, dos 271 fetos, 31,7% tinham idade gestacional menor que 34 semanas e apresentou associação com PE precoce em até 57% (corroborando com essa pesquisa). Esse grupo apresentou número de pré-eclâmpsia prévia, história anterior de RCIU, pré-eclâmpsia e DPP atuais significativamente maiores¹².

CONCLUSÃO

A média da idade materna foi 28,4 anos, sendo a maioria das gestantes parda, que estudou até o ensino médio, residiu em Recife ou região metropolitana, não possuía renda financeira, era primípara e casada ou vivia em união consensual.

Um pequeno percentual fez uso do álcool, fumo e drogas ilícitas e apresentou antecedentes pessoais de feto morto e de RCIU, além de ter ocorrido o DPP. O antecedente de síndromes hipertensivas foi relatado por 21,7% e o oligodrâmnio/anidrâmnio ocorreu em 12,7%. A média da idade gestacional (IG) do diagnóstico de RCIU foi 27,96 semanas e a do peso fetal estimado (PFE), 820,0g, além de apresentar uma mediana do número de consultas pré-natais de quatro.

A maioria apresentou quadro de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, com o PFE e circunferência abdominal pela ultrassonografia abaixo do percentil três para a idade gestacional e foi submetida a corticoterapia antenatal.

REFERÊNCIAS

1. Bernstein, I. M., Horbar, J. D., Badger, G. J., Ohlsson, A., Golan, A., & Vermont Oxford Network. (2000). Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. *American journal of obstetrics and gynecology*, 182(1), 198-206.
2. Kinzler WL, Kaminsky L. Fetal growth restriction and subsequent pregnancy risks. *Semin Perinatol*. 2007; 31(3): 126-134. [PubMed: 17531894] ;
3. Gordijn SJ, Beune IM, Thilaganathan B, Papageorghiou A, Baschat AA, Baker PN, Silver RM, Wynia K, Ganzevoort W. Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;48:333-339 ;
4. CRISPI, Fatima; MIRANDA, Jezid; GRATACÓS, Eduard. Long-term cardiovascular consequences of fetal growth restriction: biology, clinical

implications, and opportunities for prevention of adult disease. American journal of obstetrics and gynecology, v. 218, n. 2, p. S869-S879, 2018. ;

5. Meher, S., Hernandez- Andrade, E., Basheer, S. N., & Lees, C. (2015). Impact of cerebral redistribution on neurodevelopmental outcome in small- for- gestational- age or growth- restricted babies: a systematic review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 46(4), 398-404.
6. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ* 2013;346:108.):
7. Villar J, Carroli G, Wojdyla D, et al. Preeclampsia, gestacional hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions? *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194(4):921-931. [PubMed: 16580277] ;
8. Miller J, Turan S, Baschat AA. Fetal growth restriction. *Semin Perinatol.* 2008;32:274-80.
9. Cetin, I., Alvino, G., Radaelli, T., & Pardi, G. (2005). Fetal nutrition: a review. *Acta Pædiatrica*, 94, 7-13.
10. Haram, K., Svendsen, E., & Myking, O. (2007). Growth restriction: etiology, maternal and neonatal outcome. A review. *Current Women's Health Reviews*, 3(3), 145-160

11. Barker, D.J.P., Osmond, C., Winter, P.D., Margetts, B., and Simmonds, S.J. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet*. 1989; 334: 577–580
12. Rich-Edwards, J.W., Stampfer, M.J., Manson, J.E. et al. Birth weight and risk of cardiovascular disease in a cohort of women followed up since 1976. *BMJ*. 1997; 315: 396–400
13. Leon, D.A., Lithell, H.O., Vågerö, D. et al. Reduced fetal growth rate and increased risk of death from ischaemic heart disease: cohort study of 15 000 Swedish men and women born 1915-29. *BMJ*. 1998;
14. Syddall, H.E., Aihie Sayer, A., Simmonds, S.J. et al. Birth weight, infant weight gain, and cause-specific mortality: the Hertfordshire Cohort study. *Am J Epidemiol*. 2005; 161: 1074–1080
15. Lawlor, D.A., Davey Smith, G., and Ebrahim, S. Birth weight is inversely associated with coronary heart disease in post-menopausal women: findings from the British women's heart and health study. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58: 120–125
16. Frankel, S., Elwood, P., Sweetnam, P., Yarnell, J., and Davey Smith, G. Birthweight, adult risk factors and incident coronary heart disease: the Caerphilly study. *Public Health*. 1996; 110: 139–143

17. Osmond, C., Barker, D.J., Winter, P.D., Fall, C.H., and Simmonds, S.J. Early growth and death from cardiovascular disease in women. *BMJ*. 1993; 307: 1519–1524
18. Eriksson, J.G., Forsén, T., Tuomilehto, J., Osmond, C., and Barker, D.J. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. *BMJ*. 2001; 322: 949–953
19. Demirci, O., Selçuk, S., Kumru, P., Asoğlu, M. R., Mahmutoğlu, D., Boza, B., ... & Tandoğan, B. (2015). Maternal and fetal risk factors affecting perinatal mortality in early and late fetal growth restriction. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 54(6), 700-704.

Tabelas

Tabela 1. Características biológicas e sociodemográficas das gestantes com restrição de

Característica			N
Idade materna, anos			
(Média/DP)	28,4	6,39	159
Cor da pele (n/%)			
Parda	83	55,3	
Branca	38	25,3	150
Negra	21	14	
Amarela	8	5,3	

Escolaridade (n/%)			
Analfabeta	1	0,7	
Ensino fundamental	52	34,7	150
Ensino médio	66	44	
Ensino superior	31	20,7	
Procedência (n/%)			
Recife	37	23,4	
Região metropolitana	46	29,1	158
Interior	69	43,7	
Outros estados	6	3,8	
Ocupação (n/%)			
Sem renda	86	56,6	152
Com renda	66	43,4	
Estado civil (n/%)			
Casada	63	41,4	
União consensual	53	34,9	152
Solteira	35	23	
Separada	1	0,7	
Tabagismo (n/%)			
Sim	6	5,8	104
Não	98	94,2	
Etilismo (n/%)			
Sim	8	8,1	99
Não	91	91,9	

Drogas ilícitas (n/%)

Sim	2	2,3	88
Não	86	97,7	

DP: desvio padrão; IG: idade gestacional

Tabela 2. Características obstétricas dos fetos com restrição de crescimento precoce.

Características obstétricas	N		
IG diagnóstico da RCIU, sem (Média/DP)	27,96	2,73	158
No de consultas pré-natal (Mediana/DP)	4,0	2,31	123
No de gestações (Med/IIQ)	2,15	1 – 3	159
No de partos anteriores (Med/IIQ)	0,79	0 - 1	159
No de abortos anteriores (Med/IIQ)	0,32	0 - 1	159
IG no parto (Média/DP)	29,41	2,93	158
Índice de líquido amniótico, cm (Média/DP)	7,72	4,17	147
PFE, gramas (Média/DP)	820	323	158
PFE < pct3 (n/%)			158
Sim	131	82,9	
Não	27	17,1	
Percentil da CA < 3 (n/%)	148	79,1	148

Antecedente de feto morto (n/%)			
Sim	12	8	150
Não	138	92	
Antecedente de RCIU (n/%)			136
Sim	4	2,9	
Não	132	97,1	
Antecedentes de síndromes hipertensivas (n/%)			152
Sim	33	21,7	
Não	119	78,3	
Diagnósticos na gestação (n/%)			
HASC	56	35,2	159
Hipertensão gestacional	6	3,8	158
Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia	118	74,7	158
Eclâmpsia	1	0,6	157
PE grave	77	49	157
Síndrome HELLP	15	9,5	158
Colagenoses	7	4,5	155
Diabetes gestacional	11	7	157
Diabetes pré-gestacional	10	6,4	157
Corticoterapia antenatal (n/%)			157
Completo	134	85,4	
Incompleto	7	4,5	
Não realizado	16	10,2	

DPP	2	3,5	159
Oligo/anidrânio (n/%)	20	12,7	157

DP: desvio padrão; IG: idade gestacional; Med: mediana; IIQ: intervalo interquartil;

PFE: peso estimado fetal