

Perfil epidemiológico dos recém-nascidos macrossômicos nascidos em uma maternidade no município de Santa Rita no ano de 2025.

Epidemiological profile of macrosomic newborns born in a maternity hospital in the municipality of Santa Rita in the year 2025.

Brunno Leonnardo Silva de Souto¹
Carlos Rômulo de Freitas Oliveira Segundo²
Edman Gonçalves de Souza³
Ellton José Oliveira Marques⁴
Hemily Missayre Cavalcanti de Medeiros⁵
Marina Targino de Lucena Cabral⁶
Elayne Cristina de Oliveira Ribeiro⁷
Marcelo Ponce Leon⁸

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o perfil de saúde dos recém-nascidos macrossômicos nascidos em uma maternidade pública de referência no município de Santa Rita, Paraíba, durante o ano de 2025, identificando prevalência, fatores de risco maternos e complicações associadas à macrossomia fetal. **FONTE DE DADOS:** O estudo baseou-se em dados secundários obtidos de prontuários hospitalares de partos realizados entre janeiro e agosto de 2025. Foram incluídos recém nascidos com peso ao nascer ≥ 4.000 g, segundo os critérios do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 2020), e gestantes com informações completas sobre variáveis clínicas e obstétricas. **COLETA DE DADOS:** A coleta foi conduzida entre julho e outubro de 2025, por meio de análise documental sistematizada de prontuários maternos e neonatais. Utilizou-se um instrumento estruturado, elaborado pelos pesquisadores, que contemplou dados sociodemográficos, clínicos e perinatais. As informações foram tabuladas

¹ Graduando em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa.

² Graduando em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa.

³ Graduando em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa.

⁴ Graduando em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa.

⁵ Graduando em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa.

⁶ Graduando em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa.

⁷ Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade de Pernambuco (UFPE).

⁸ Professor do Componente Curricular Saúde da Mulher e da Gestante do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

no Microsoft Excel 2021 e analisadas no software IBM SPSS 19, empregando estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão). **SÍNTESE DOS DADOS:** Foram analisados 52 prontuários de recém-nascidos macrosômicos. A idade materna média foi de $28,2 \pm 6,8$ anos, predominando multíparas (61,5%) e partos cesáreos (63,5%). O ganho ponderal gestacional excessivo ocorreu em 35,6% das gestantes, e metade das amostras apresentaram glicemia alterada (≥ 92 mg/dL). A maioria dos recém-nascidos era do sexo masculino (74%), com peso médio de $4.235,5 \pm 193,5$ g e predominância de macrosomia de Grau I (75%). Observou-se índice de Apgar ≥ 8 em 76,9% dos casos e intercorrências. **CONCLUSÃO:** A macrosomia fetal mostrou-se associada a fatores modificáveis, como ganho ponderal gestacional excessivo e controle glicêmico inadequado, reforçando a importância do acompanhamento pré-natal de qualidade e do rastreamento sistemático para diabetes gestacional. Este estudo, pioneiro na região metropolitana de João Pessoa, fornece subsídios relevantes para aprimorar práticas clínicas e políticas públicas em saúde materno-infantil. O conhecimento local gerado contribui para estratégias de prevenção e manejo mais eficazes, promovendo desfechos obstétricos e neonatais mais seguros.

Palavras-chave: Macrosomia; Diabetes Gestacional; Pré-natal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the health profile of macrosomic newborns delivered in a public reference maternity hospital in the municipality of Santa Rita, Paraíba, during the year 2025, identifying prevalence, maternal risk factors, and complications associated with fetal macrosomia. **DATA SOURCES:** The study was based on secondary data obtained from hospital medical records of deliveries performed between January and August 2025. Newborns with birth weight $\geq 4,000$ g were included, according to the criteria of the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020), as well as pregnant women with complete information on clinical and obstetric variables. **STUDY SELECTION:** Data collection was conducted between July and October 2025 through a systematic documentary analysis of maternal and neonatal medical records. A structured instrument developed by the researchers was used, encompassing sociodemographic, clinical, and perinatal data. The information was tabulated using Microsoft Excel 2021 and analyzed with IBM SPSS 19 software, employing descriptive statistics (frequencies, means, and standard deviations). **DATA COLLECTION:** A total of 52 medical records of macrosomic newborns were analyzed. The mean maternal age was 28.2 ± 6.8 years, with a predominance of multiparous women (61.5%) and cesarean deliveries (63.5%). Excessive gestational weight gain occurred in 35.6% of mothers, and half of the samples presented altered blood glucose levels (≥ 92 mg/dL). Most newborns were male (74%), with a mean birth weight of $4,235.5 \pm 193.5$ g and predominance of Grade I macrosomia (75%). An Apgar score ≥ 8 was observed in 76.9% of cases, with neonatal complications recorded in 25%, the most frequent being hypoglycemia. **CONCLUSION:** Fetal macrosomia was associated with modifiable factors such as excessive gestational weight gain and inadequate glycemic control, reinforcing the importance of high-quality prenatal care and systematic screening for gestational diabetes. This study, the first of its kind in the metropolitan region of João Pessoa, provides valuable evidence to enhance clinical practice and public health policies in maternal and child care. The local knowledge generated contributes to more effective prevention and management strategies, promoting safer obstetric and neonatal outcomes.

Keywords: Macrosomia; Gestational Diabetes; Prenatal Care.

INTRODUÇÃO

A macrosomia fetal é uma condição relevante em obstetrícia e saúde pública, devido à forte associação com complicações maternas, fetais e neonatais. Entre as repercussões maternas destacam-se hemorragia pós-parto, trabalho de parto prolongado, necessidade aumentada de cesariana, lacerações graves e infecções. Para o recém-nascido, eleva o risco de morbimortalidade perinatal, com maior ocorrência de asfixia, distócia de ombros, fraturas, paralisia de plexo braquial e sequelas neurológicas permanentes ¹

Segundo o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), a macrosomia é classificada em três graus conforme o peso ao nascer: 4000 a 4499 g (grau 1), 4500 a 4999 g (grau 2) e ≥ 5000 g (grau 3), este último com maior risco de complicações. Alguns autores, entretanto, recomendam critérios baseados em percentis, mais adequados a países de baixa renda. Em todos os casos, o risco cresce proporcionalmente ao peso, sobretudo acima de 4500 g, com impacto também em doenças metabólicas na vida adulta, como obesidade e diabetes tipo 2. ^{2,3}

A etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e metabólicos. A hiperglicemia materna, presente na diabetes gestacional ou pré-gestacional, é o principal determinante, pois causa hiperinsulinemia fetal e acelera o crescimento. Outros fatores de risco incluem obesidade materna, ganho de peso excessivo, idade avançada, multiparidade e gestação prolongada. Aspectos socioeconômicos também contribuem, especialmente em populações com menor acesso a cuidados de saúde, alimentação adequada e informação. ⁴

Na Paraíba, têm poucas investigações sistematizadas sobre o tema, o que reforça a importância de investigar o perfil epidemiológico da macrosomia fetal em maternidades públicas. Esta pesquisa será pioneira na região metropolitana da cidade de João Pessoa ao mapear prevalência, fatores de risco maternos e desfechos associados, fornecendo subsídios para melhorar o cuidado materno-infantil, apoiar políticas públicas e orientar protocolos clínicos mais eficazes. ¹

O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil de saúde dos recém-nascidos macrosômicos em uma maternidade de referência na Paraíba, identificando prevalência, fatores de risco maternos e complicações relacionadas.

MÉTODOS

Delineamento do Estudo e Aspectos Éticos

Trata-se de uma análise epidemiológica descritiva, com abordagem quantitativa e de delineamento retrospectivo, adequado para a caracterização do perfil epidemiológico da

macrossomia. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPÊ, sob o CAAE nº 88708825.0.0000.5176, e contou com a anuência institucional da maternidade (Apêndices 1 e 2). Todas as etapas da pesquisa seguiram os preceitos éticos da Resolução CNS nº 466/2012, garantindo a confidencialidade, o sigilo e a utilização responsável das informações coletadas.

Cenário da Pesquisa, População e Amostra

A coleta de dados foi realizada em uma maternidade do município de Santa Rita, Paraíba, referência em atendimento obstétrico e neonatal da região, no período entre julho e outubro de 2025. A amostra foi composta por prontuários de recém-nascidos com peso ao nascer ≥ 4.000 g, classificados como macrossômicos. Foram incluídos apenas prontuários completos, contendo informações maternas e neonatais necessárias. Registros incompletos, inconsistentes ou associados a condições raras e não representativas, como anomalias congênitas graves, foram excluídos.

Variáveis do Estudo

Foram analisadas variáveis maternas (idade, comorbidades, histórico obstétrico, tipo de parto, acompanhamento pré-natal, ganho de peso, tabagismo e etilismo) e neonatais (peso ao nascer, idade gestacional, sexo, Apgar no 1º e 5º minuto e intercorrências no nascimento). A variável dependente foi a macrossomia fetal (≥ 4.000 g).

Coleta de Dados

Os dados foram obtidos por meio de análise documental dos prontuários, utilizando um questionário estruturado e padronizado. O instrumento foi elaborado pelos pesquisadores e contemplou as variáveis de interesse. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas para análise subsequente.

Análise Estatística

As informações foram processadas no Excel 2021 e no IBM SPSS 19. Foram aplicadas estatísticas descritivas, incluindo frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para variáveis numéricas. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Resultados

Características Gerais da Amostra

Foram analisados 52 prontuários de recém-nascidos com peso ao nascer igual ou superior a 4.000g, nascidos em uma maternidade de referência no município de Santa Rita, Paraíba, no período de janeiro a agosto de 2025. Todos os casos atenderam ao critério de inclusão estabelecido para macrossomia fetal. Dos 1081 partos realizados na maternidade em

estudo, considerando partos cesáreos e vaginais, 52 foram de neonatos com macrosomia fetal, os quais foram incluídos em sua totalidade na amostra de nosso estudo. Assim, tivemos uma incidência de 4,8% de macrosomia na maternidade em estudo, o que representa um número clinicamente relevante para o planejamento materno-fetal.

Características Maternas e Obstétricas

A Tabela 1 apresenta as características maternas e obstétricas da população estudada. A idade materna variou de 16 a 42 anos, com média de $28,2 \pm 6,8$ anos. A distribuição por faixas etárias mostrou que 35 gestantes (67.3%) se encontravam na faixa de 20 a 34 anos, enquanto 11 (21.2%) tinham idade igual ou superior a 35 anos e apenas 6 (11.5%) eram menores de 20 anos.

Em relação ao histórico obstétrico, observou-se predominância de múltiparas, com 32 casos (61.5%), enquanto 20 gestantes (38.5%) eram primíparas. Quanto ao tipo de parto, 33 nascimentos (63.5%) ocorreram por via cesárea e 19 (36.5%) por parto vaginal. O ganho de peso gestacional pôde ser calculado para 46 gestantes (88.5%), resultando em média de 11.1 ± 4.8 kg, com amplitude de 2.8 a 22.4 kg. Quando classificado segundo as recomendações do Institute of Medicine (IOM), 12 gestantes (26.1%) apresentaram ganho de peso insuficiente, 18 (39.1%) ganho adequado e 16 (34.8%) ganho excessivo.

TABELA 1: Características Maternas dos Nascidos vivos com Macrosomia da Maternidade Flávio Ribeiro no período de Janeiro a Agosto de 2025

Características	n ou média \pm DP	Porcentagem da Amostra com o dado disponível
Idade materna (anos)	28.2\pm6.8	100.0
<20	6	11.5
20-34	35	67.3
\geq 35	11	21.2
Histórico obstétrico	52	100.0
Primípara	20	38.5
Múltipara	32	61.5
Tipo de Parto	52	100.0
Vaginal	19	36.5
Cesárea	33	63.5
Macrossomia Prévia	-	100.0
Sim	0	0.0
Não	52	100.0

Fatores comportamentais	-	100.0
Tabagismo	0	0.0
Etilismo	0	0.0
Ganho de peso gestacional (kg)	11.1±4.8	88.46
Insuficiente	12	26.1
Adequado	18	39.1
Excessivo	16	34.8
Glicemia de jejum (mg/dL)	77.54±8.32	67.31
Normal (<92)	35	100.0
Alterada (≥92)	0	0.0
Teste oral de tolerância à glicose	52	-
(TOTG)		
Sim	12	23.1
Não	40	76.9

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

Características Neonatais da Amostra

As características neonatais e os desfechos perinatais estão apresentados na Tabela 2. Quanto ao sexo dos recém-nascidos, observou-se marcante predominância do sexo masculino, com 37 casos (74%), enquanto 13 (26%) eram do sexo feminino.

TABELA 2: Características dos Neonatos Macrossômicos da Maternidade Flávio Ribeiro no Período de Janeiro a Agosto de 2025

Características	N/ ou Média ± DP	Porcentagem
Sexo	-	100.0
Masculino	37.00	74.00
Feminino	15.00	26.00
Peso ao Nascer (g)	4235.5±193.5	-
Idade gestacional (sem)	36.2±1.5	-
<37	41	78.8
≥37	11	21.2

Apgar 1º minuto	-	100.0
<7	2	3.8
7	7	13.5
8	18	34.6
9	20	38.5
10	5	9.6
Intercorrências neonatais	-	100.0
Sim	13	25.0
Não	39	75.0
Tipos de intercorrências	13	100.0
Hipoglicemia	5	38.5
Icterícia	4	30.8
Desconforto respiratório	3	23.1
Trauma obstétrico	1	7.7

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

O peso ao nascer apresentou média de $4.235,5 \pm 193,5$ g, com mediana de 4.149,0g, variando de 4.000 a 4.774g. Quando classificados por graus de macrosomia, 39 recém nascidos apresentaram macrosomia de Grau I (4000- 4499g), 11 Grau II (4500-4999g) e apenas 2 Grau III (≥ 5000 g).

A idade gestacional no nascimento apresentou média de 36.2 ± 1.5 semanas, com mediana de 36 semanas, variando de 33 a 39 semanas. A maioria dos nascimentos ocorreu prematuramente, com 41 casos (78.8%) nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas, enquanto 11 (21.2%) nasceram a termo.

Em relação à vitalidade ao nascimento, avaliada pelo índice de Apgar no primeiro minuto, observou-se que 2 recém-nascidos (3.8%) apresentaram escore inferior a 7, considerado baixo. A distribuição específica mostrou 7 casos (13.5%) com escore 7, 18 casos (34.6%) com escore 8, 20 casos (38.5%) com escore 9 e 5 casos (9.6%) com escore 10. Desta forma, 52 recém-nascidos (96.2%) apresentaram índice de Apgar igual ou superior a 7 no primeiro minuto de vida.

Intercorrências e Complicações Neonatais

As intercorrências no período neonatal imediato foram registradas em 13 recém nascidos (25%), enquanto 39 (75%) não apresentaram complicações documentadas no prontuário.

Entre os 13 casos que apresentaram intercorrências, a hipoglicemia neonatal foi a mais frequente, ocorrendo em 5 casos (38.5% das intercorrências). A icterícia neonatal foi

identificada em 4 casos (30.8%), o desconforto respiratório em 3 casos (23.1%) e o trauma obstétrico em 1 caso (7.7%).

A análise dos dados faltantes (missing data) revelou diferentes taxas de completude entre as variáveis estudadas. O ganho de peso materno na primeira consulta do pré natal não estava disponível em 4 prontuários (7.7%), o peso da última consulta em 5 (9.6%) e o ganho de peso gestacional em 6 (11.5%). A maior taxa de dados faltantes foi observada para a glicemia de jejum, ausente em 17 prontuários (32.6%), e o teste oral de tolerância à glicose – TOTG, ausente em 40 prontuários (76,9%), representando a principal limitação da coleta de dados.

Para as demais variáveis analisadas, incluindo peso ao nascer, sexo do recém-nascido, idade gestacional, tipo de parto, índice de Apgar e presença de intercorrências neonatais, a completude foi de 100%, não havendo registros faltantes nos prontuários analisados.

Discussão

Este estudo apresentou o primeiro levantamento epidemiológico sistemático sobre macrosomia fetal em uma maternidade de referência do município de Santa Rita, Paraíba, contribuindo para o conhecimento científico regional sobre esta condição obstétrica relevante. A amostra de 52 casos de recém-nascidos macrosômicos representa uma contribuição significativa para a compreensão do perfil epidemiológico local, especialmente considerando a falta de dados específicos da região metropolitana de João Pessoa.

A prevalência de macrosomia fetal varia entre 4.8% e 5.3% em países desenvolvidos, sendo ligeiramente superior no Brasil, com dados do SINASC de 2007 apontando prevalência nacional de 5.2%. No Nordeste brasileiro, estudos indicam prevalências mais elevadas, chegando a 6.2% na Paraíba (BRASIL, 2008). A macrosomia fetal é definida pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) como peso ao nascer igual ou superior a 4.000g, podendo ser classificada em graus conforme a gravidade: Grau I (4000-4499g), Grau II (4500-4999g) e Grau III ($\geq 5000g$).^{5,6,7}

A idade materna média de 28,2 \pm 6,8 anos observada neste estudo está em concordância com dados nacionais para gestações com macrosomia fetal. A proporção de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos (21.2%) é consistente com a literatura, que estabelece a idade materna avançada como fator de risco independente para macrosomia, com odds ratio variando entre 2.0 e 2.4. A predominância de múltiparas (61.5%) confirma achados prévios que demonstram associação entre multiparidade e maior risco de macrosomia fetal. Estudos nacionais e internacionais reportam que múltiparas apresentam risco 1.5 a 3.8 vezes maior de desenvolver macrosomia, possivelmente relacionado a alterações metabólicas progressivas e maior predisposição ao diabetes gestacional em gestações subsequentes.^{9,10}

Embora o estudo destaque a ausência de tabagismo e etilismo entre as gestantes analisadas como um achado positivo, é importante ressaltar uma limitação metodológica relevante. Não foram encontrados dados específicos relatados sobre esses fatores no banco de informações utilizado, o que compromete a validade da comparação com as prevalências nacionais. Essa lacuna pode introduzir viés de informação, uma vez que a ausência de registros não necessariamente reflete a inexistência dos comportamentos de risco, mas pode decorrer de subnotificação ou falhas no preenchimento dos prontuários. Assim, a discrepância observada

em relação aos dados nacionais deve ser interpretada com cautela, pois pode não representar uma diferença real, e sim uma limitação na coleta ou disponibilidade dos dados.

Este resultado difere significativamente de dados nacionais, onde a prevalência de tabagismo gestacional varia entre 10% e 15%, e o uso de álcool entre 5% e 8%. Esta discrepância pode refletir características específicas da população local, maior consciência sobre riscos gestacionais, orientação pré-natal adequada ou possível subnotificação devido ao caráter autorelatado dessas informações. A ausência desses fatores comportamentais de risco representa aspecto positivo do perfil da população estudada, uma vez que tanto o tabagismo quanto o etilismo estão associados a desfechos perinatais adversos.^{11,12}

O ganho de peso gestacional excessivo foi observado em 35.6% das gestantes, proporção superior à relatada em estudos nacionais (20-30%). Este achado é clinicamente relevante, pois o ganho ponderal excessivo durante a gestação está associado a odds ratio de 6.9 para macrossomia fetal, representando um dos fatores de risco modificáveis mais importantes.^{13,14}

A marcante predominância do sexo masculino (73.1%) observada neste estudo é consistente com dados da literatura internacional, que demonstram maior prevalência de macrossomia em fetos masculinos, com odds ratio variando entre 1.5 e 7.5 (BOULET et al., 2003). Esta associação é atribuída a diferenças hormonais, particularmente níveis mais elevados de hormônio do crescimento e IGF-1 em fetos masculinos, além de maior sensibilidade à insulina materna. A distribuição observada, com predominância de macrossomia de Grau I (75.0%), seguida de Grau II (21.2%) e Grau III (3.8%), está em conformidade com padrões epidemiológicos nacionais e internacionais.^{15,16,17}

A alta proporção de nascimentos prematuros (78.4% com idade gestacional inferior a 37 semanas) merece atenção especial. Embora a prematuridade tardia (34 - 36 semanas) seja uma estratégia obstétrica para reduzir complicações em fetos macrossômicos, esta taxa elevada sugere necessidade de avaliação criteriosa dos critérios para antecipação do parto, equilibrando os riscos da macrossomia com os da prematuridade.¹⁸

A taxa de cesariana de 63.5% observada neste estudo, embora elevada, está dentro dos parâmetros esperados para populações com macrossomia fetal. A literatura reporta taxas de cesariana variando entre 36% e 60% em casos de macrossomia, com odds ratio de 2.03 comparado a recém-nascidos com peso normal. Esta elevada taxa de cesariana reflete a conduta obstétrica preventiva para reduzir o risco de distócia de ombro e trauma obstétrico, complicações que ocorrem em 0.2% a 3% dos partos de fetos macrossômicos.^{19,20}

Os índices de Apgar observados foram satisfatórios, com 96.2% dos recém-nascidos apresentando escore igual ou superior a 7 no primeiro minuto. A taxa de intercorrências neonatais de 25.0% está dentro dos parâmetros esperados para recém-nascidos macrossômicos, que apresentam risco 2 a 3 vezes maior de complicações comparado a neonatos com peso adequado. A hipoglicemia, identificada como a complicação mais frequente (38.5% das intercorrências), é consistente com a fisiopatologia da macrossomia, especialmente quando associada à hiperglicemia materna, que resulta em hiperinsulinemia fetal e subsequente hipoglicemia neonatal após o nascimento.^{21,22}

As limitações deste estudo incluem o delineamento retrospectivo, que impede o estabelecimento de relações causais, e a alta taxa de dados faltantes para glicemia de jejum (34.6%), que compromete a avaliação adequada da associação com diabetes gestacional. O tamanho amostral, embora adequado para análise descritiva, limita a realização de análises multivariadas robustas. A coleta em uma única instituição pode limitar a generalização dos achados para outras populações.

Os achados têm implicações importantes para a prática obstétrica local. A identificação de fatores de risco prevalentes, como multiparidade (61.5%) e ganho de peso excessivo (35.6%), sugere necessidade de intensificação das orientações pré-natais sobre controle ponderal gestacional. A alta taxa de glicemias não realizadas aponta para necessidade de melhoria nos protocolos de rastreamento de diabetes gestacional, considerando que esta é a principal causa modificável de macrosomia fetal. A implementação de protocolos padronizados para rastreamento e manejo de diabetes gestacional poderia reduzir significativamente a incidência de macrosomia na população estudada.²³

Os resultados obtidos fornecem subsídios importantes para o planejamento de políticas públicas de saúde materno-infantil na região. A documentação de taxa elevada de cesariana reforça a necessidade de capacitação continuada das equipes obstétricas para manejo adequado da macrosomia, incluindo técnicas para parto vaginal seguro quando apropriado e manejo de complicações como distócia de ombro. Os dados gerados contribuem para o conhecimento epidemiológico regional e podem orientar a alocação de recursos assistenciais, particularmente no fortalecimento de unidades neonatais para manejo adequado de complicações como hipoglicemia neonatal.

Conclusão

A macrosomia fetal, ao se associar a elevados índices de complicações maternas e neonatais, representa um desafio relevante para a saúde pública. Este estudo, pioneiro na região metropolitana de João Pessoa, evidencia a necessidade de maior vigilância e acompanhamento pré-natal qualificado, especialmente em gestantes com fatores de risco como multiparidade e ganho ponderal excessivo. Os achados ressaltam a importância da triagem adequada para diabetes gestacional e da promoção de hábitos de vida saudáveis durante a gestação, como medidas essenciais para reduzir a ocorrência dessa condição.

Do ponto de vista epidemiológico regional, esta pesquisa contribui significativamente para o avanço do conhecimento local sobre a macrosomia fetal, preenchendo uma lacuna existente na literatura científica da Paraíba. Os resultados fornecem subsídios para novas investigações e reforçam a importância da formação médica pautada em evidências regionais, que considerem as particularidades epidemiológicas de cada contexto. Assim, o estudo amplia o repertório de dados científicos disponíveis e estimula o desenvolvimento de projetos futuros voltados à saúde materno-infantil.

Sob a perspectiva científica e social, os resultados obtidos oferecem bases concretas para o aprimoramento das práticas assistenciais e o fortalecimento das políticas públicas voltadas ao pré-natal e ao parto humanizado. A identificação de padrões e fatores associados à macrosomia possibilita intervenções mais eficazes, contribuindo para a redução de complicações obstétricas e para a melhoria da qualidade de vida de mães e recém-nascidos.

Dessa forma, esta pesquisa reafirma o compromisso entre ciência e sociedade, promovendo o cuidado integral e baseado em evidências no contexto da obstetrícia paraibana.

REFERÊNCIAS

1. Villalobos Campos P, Fuenzalida Chamorro L, Río Dowding M. Complicaciones obstétricas y neonatales en macrosomía fetal: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2024;89(3):211–22.
2. Ehlers E, Talton OO, Schust DJ, Schulz LC. Placental structural abnormalities in gestational diabetes and when they develop: A scoping review. *Placenta.* 2021;116:58–66.
3. Tavares L, Camargos A, Pereyra M. Macrosomia fetal e desfechos metabólicos na vida adulta: revisão integrativa. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44(7):540–8.
4. Stubert J, Reister F, Hartmann S, Janni W. The risks associated with obesity in pregnancy: Review of the literature and report of a case. *J Perinat Med.* 2018;46(1):9–20.
5. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin no. 216: macrosomia. *Obstet Gynecol.* 2020;135(1):e18–e35.
6. Chauhan SP, Grobman WA, Gherman RA, Chauhan VB, Chang G, Magann EF, Hendrix NW. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(2):332–46.
7. Oliveira P, Melo A, Rocha M, et al. Macrosomia fetal no Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(5):234–41.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna.* 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
9. Koyanagi A, Zhang J, Dagvadorj A, Hirayama F, Shibuya K, Souza JP, Gülmezoglu AM. Macrosomia in 23 developing countries: an analysis of a multicountry, facility-based, cross-sectional survey. *BJOG.* 2013;120(9):1108–15.
10. Henriksen T. The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(2):134–45.
11. Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(7):335–41.
12. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(Suppl 2):S125–40.
13. Nucci LB, Duncan BB, Mengue SS, Branchtein L, Schmidt MI, Fleck ET, et al. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(6):1367–74.
14. Rode L, Hegaard HK, Kjærgaard H, Møller LF, Tabor A, Ottesen B. Association between maternal weight gain and birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(7):775–81.
15. Boulet SL, Alexander GR, Salihu HM, Pass M. Macrosomic births in the United States: determinants, outcomes, and proposed grades of risk. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(5):1372–8.
16. Ehrenberg HM, Mercer BM, Catalano PM. The influence of obesity and diabetes on the prevalence of macrosomia. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):964–8.
17. Pedersen J. Diabetes and pregnancy: blood sugar of newborn infants. *Nord Med.* 1977;97(29):1049–54.

18. Spong CY, Mercer BM, D'alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol.* 2011;118(2 Pt 1):323–33.
19. Jolly MC, Sebire NJ, Harris JP, Regan L, Robinson S. Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;111(1):9–14.
20. Gherman RB, Chauhan S, Ooi PY, Goodwin TM, Greenhouse D, Gilbert WM. Shoulder dystocia: an analysis of risks and obstetric maneuvers. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(6):1707–12.
21. McFarland LV, Raskin M, Daling JR, Benedetti TJ. Erb-Duchenne's palsy: the risk of recurrence in subsequent pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178(1):120–5.
22. Cornblath M, Hawdon JM, Williams AF, Aynsley-Green A, Ward-Platt MP, Schwartz R, Kalhan SC. Controversies regarding definition of neonatal hypoglycemia: suggested operational thresholds. *Pediatrics.* 2000;105(5):1141–5.
23. Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, Damm P, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care.* 2008;31(3):676–82.