



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALINE VIEIRA ALVES

SOBREPESO E OBESIDADE NA GESTAÇÃO

**CAJAZEIRAS – PB
2014**

ALINE VIEIRA ALVES

SOBREPESO E OBESIDADE NA GESTAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento.

CAJAZEIRAS-PB

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

A474s Alves, Aline Vieira

Sobrepeso e obesidade na gestação. / Aline Vieira Alves.
Cajazeiras, 2014.

45f. : il.

Bibliografia.

Orientador(a): Maria Mônica Paulino do Nascimento.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

ALINE VIEIRA ALVES

SOBREPESO E OBESIDADE NA GESTAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

APROVADO EM: / /2014

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
(Orientadora)

Profª. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)

Profª.Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.
UACV/CFP/UFCG
(Examinadora)

CAJAZEIRAS-PB

2014

Dedico a Deus, por ser essencial em minha vida, meu guia. Ao meu pai Aires, minha mãe Nita e ao meu esposo Cícero.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus, porque: com Ele tudo é mais fácil, Ele é o meu refúgio e me capacitou, quando muitas vezes não acreditei em mim mesma. Por tudo que Ele é e tem feito em minha vida. Sem Ele não teria forças para essa longa jornada.

Quero agradecer aos meus pais, por me darem suporte, me ensinarem os princípios da palavra de Deus e a ser uma pessoa com caráter. Pelo incentivo e apoio, dedicação, entrega, amor e carinho, que sempre me dão.

Ao meu esposo, pela compreensão, amor, por me ouvir e ajudar nas muitas decisões e escolhas na minha vida.

Aos meus sogros, meus irmãos. Enfim, a minha família como um todo, que a amo: a família que Deus escolheu pra mim.

Aos meus colegas de sala, que me ensinaram muito, pelas muitas risadas, companheirismo e por compartilhar momentos de alegria, desabafos e de preocupações.

Aos mestres que fizeram parte da minha formação, não só pelo conhecimento teórico-científico, mas por todo o processo de formação profissional, pois, de forma diferente, cada um deixou marcas, nos mostrando a importância do cuidar do outro, de se por no lugar do outro, para assim oferecer a melhor assistência possível.

Em especial a minha professora e orientadora Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento, exemplo de humanidade, profissionalismo, simplicidade, que muito me ensinou nessa caminhada, ao longo da minha formação e que muito contribuiu para a construção deste trabalho.

Às professoras Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias e Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, membros da banca examinadora, pela colaboração e sugestões com esse trabalho.

Enfim, a todos que fizeram parte da minha formação, direta ou indiretamente, deixo os meus sinceros agradecimentos.

ALVES, Aline Vieira. **Sobrepeso e obesidade na gestação**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras - PB, 2014.

RESUMO

A obesidade é considerada um problema de saúde pública, visto que tem aumentado significativamente tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos, tornando-se uma epidemia mundial que acomete a população em geral. Observa-se nos últimos anos um aumento da sua prevalência em gestantes, associada a uma série de complicações gestacionais, maternas e neonatais. Os objetivos deste estudo foram: conhecer a prevalência do sobrepeso e obesidade em gestantes; calcular o IMC, a partir de dados antropométricos coletados na ficha perinatal e verificar a relação do sobrepeso ou obesidade com a idade materna, o número de gestações, o número de consultas de pré-natal, a escolaridade e a situação conjugal. Trata-se de um estudo documental, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Cajazeiras - PB. A população alvo foi composta por 201 gestantes que realizaram pré-natal na referida unidade no período de abril de 2009 a outubro de 2013 e a amostra composta por 156 gestantes, sendo estas as que se enquadraram nos critérios de inclusão. A coleta de dados foi realizada durante o mês de agosto do ano de 2014, mediante parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Os dados foram analisados através da estatística descritiva e os resultados apresentados em tabelas e gráfico, utilizou-se o programa SPSS, versão 21 para correlacionar o IMC com as variáveis propostas. Os resultados evidenciaram que prevaleceram gestantes casadas, com idade entre 20 e 35 anos, que tiveram 9 ou mais anos de estudo. De acordo com a avaliação antropométrica a maioria das gestantes apresentou sobrepeso/obesidade. Ao se estabelecer a correlação do IMC com as variáveis, os resultados revelaram dependência estatística entre o IMC e a idade ($p=0,038$), situação conjugal ($p=0,013$) e o número de consultas ($p=0,037$). Conclui-se que o sobrepeso e a obesidade em mulheres na gestação necessitam de uma maior atenção frente às políticas nacionais de atenção à saúde da mulher, pelas repercussões na saúde materna e complicações fetais e perinatais, sendo necessária a introdução de ações preventivas e promocionais que incorporem a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Obesidade. Sobrepeso.

ALVES, Aline Vieira. **Overweight and obesity in pregnancy**. Course completion assignment (Undergraduate Course in Nursing) Federal University of Campina Grande - Cajazeiras - PB, 2014.

ABSTRACT

Obesity is considered a public health issue, as it has increased significantly in developed as in developing countries, becoming a worldwide epidemic that affects the population in general. In the past few years it has been observed an increased prevalence in pregnant women, which is associated with a number of pregnancy, maternal and neonatal complications. The aims of this study are to know more about the prevalence of overweight and obesity in pregnant women; to calculate the BMI, based on anthropometric data collected from the perinatal form and check the relation between overweight or obesity and maternal age, number of pregnancies, number of prenatal appointments, level of education and marital status. This is a documentary and descriptive study, with a quantitative approach, performed in a Family Health Unit in Cajazeiras-PB. The target population consisted of 201 pregnant women who received prenatal care in the previously mentioned unit from April 2009 to October 2013 and the sample of 156 pregnant women of those who met the inclusion criteria. Data collection was conducted during the month of August (2014), after hearing the mandatory opinion of the Research Ethics Committee from Santa Maria College. Data were analyzed using descriptive statistics and results presented in tables and charts, also the software SPSS, version 21, to correlate BMI and the proposed variables. Results showed that married pregnant women, between 20 and 35 years old, who had 9 or more years of formal education prevailed. According to anthropometric evaluation most of the women were overweight / obese. When establishing a correlation between BMI and the variables, results showed statistical dependence between BMI and age ($p = 0.038$), marital status ($p = 0.013$) and the number of visits ($p = 0.037$). It can be concluded, then, that overweight and obesity in women during pregnancy need further attention face to national policies regarding women's health through effects on maternal health and fetal and perinatal complications, which makes necessary the introduction of preventive and promotional actions incorporating women as active subjects in their own healthcare.

KEYWORDS: Pregnancy. Obesity. Overweight.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO.....	12
3.2 GANHO PONDERAL NA GESTAÇÃO	13
3.3 SOBREPESO E OBESIDADE NA GESTAÇÃO	16
3.4 REPERCUSSÕES DO EXCESSO DE PESO NA SAÚDE MATERNA E SUAS COMPLICAÇÕES FETAIS E PERINATAIS	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1 TIPO DE ESTUDO	21
4.2 LOCAL DA PESQUISA	21
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	22
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	22
4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
5.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES.....	25
5.2 DADOS REFERENTES AO IMC DAS GESTANTES	26
6 CONCLUSÕES	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a obesidade vem sendo considerada um problema de saúde pública, visto que aumentou significativamente, em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, destacando o Brasil. Considerada uma doença de etiologia multicausal, entre outros fatores destacam-se os de caráter genético, metabólico, ambiental, psicológico e relacionados ao estilo de vida. É caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, de forma a comprometer a qualidade de vida e saúde dos indivíduos, constituindo fator de risco para o surgimento de diversas enfermidades, acarreta distúrbios metabólicos, alterações respiratórias, doenças cardiovasculares, dentre outros. (WANDERLEY; FERREIRA, 2010; FERNANDES et al., 2009)

Ao passo que a obesidade se tornou uma epidemia mundial, acometendo a população em geral, vem sendo observado um aumento na prevalência em gestantes, e está associada a uma série de complicações gestacionais, maternas e neonatais. (SÃO PAULO, 2010)

A preocupação com o estado nutricional materno em relação ao excesso de peso se dá, principalmente, pelas consequências no período gestacional, pois é um fator contribuinte para o surgimento de diabetes gestacional, hipertensão arterial induzida pela gravidez, trabalho de parto prematuro, operações cesarianas; além do risco de complicações para o recém-nascido, a exemplo do menor score Apgar, maiores riscos para defeitos do tubo neural, devido à dificuldade de absorção de ácido fólico, em mulheres obesas, distúrbios metabólicos, macrossomia fetal ou baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. (MELO, 2007; SÜSSENBACH, 2008)

A falta de controle do estado nutricional materno repercute no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, desde a sua formação intra-uterina. Uma vez que a gestação compreende um período pelo qual as necessidades nutricionais são maiores, pelas mudanças fisiológicas das gestantes e pela maior necessidade de nutrientes, a fim de atender as demandas do crescimento fetal e suprir as necessidades da gestante, justifica-se a influência do estado nutricional para o prognóstico da gestação. (BRASIL, 2012 a)

O interesse pelo desenvolvimento deste estudo se deu a partir das vivências durante o Estágio Curricular Supervisionado na Atenção Básica de Saúde, sobretudo diante das consultas de pré-natal, através das quais foi possível observar a dificuldade de controle do ganho ponderal por parte de algumas gestantes e, como consequência, o aumento excessivo do peso.

Sendo assim, os questionamentos que nortearam a realização deste estudo foram: qual a prevalência de sobrepeso e obesidade em gestantes que realizam pré-natal de baixo risco em unidade básica de saúde no município de Cajazeiras? Qual a relação do sobrepeso ou obesidade com outros fatores, tais como a idade materna, número de gestações, número de consultas de pré-natal, escolaridade e estado civil?

Torna-se importante o desenvolvimento desse estudo sobre o ganho ponderal na gestação, uma vez que a obesidade traz agravos à saúde materna, sendo considerado um problema de saúde pública. Entre outros fatores relevantes que justificam esta pesquisa destaca-se a importância do tema para o enfermeiro e demais profissionais envolvidos na assistência ao pré-natal, para facilitar o reconhecimento precoce dos possíveis riscos e problemas na gestação, relacionados ao sobrepeso e obesidade, permitindo a elaboração de estratégias preventivas e terapêuticas, por meio da assistência pré-natal de qualidade e, dessa forma, favorecer o prognóstico materno e neonatal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Conhecer sobre a prevalência do sobrepeso e obesidade em gestantes que realizaram pré-natal em Unidade Básica de Saúde de Cajazeiras – PB.

2.2 Objetivos específicos

- Calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), a partir de dados antropométricos coletados na ficha perinatal;
- Verificar a relação do sobrepeso/obesidade com as variáveis: idade materna, número de gestações, número de consultas de pré-natal, escolaridade e situação conjugal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Alterações fisiológicas da gestação

Durante a gestação ocorrem diversas modificações sistêmicas, com adaptações que alcançam todo o organismo materno. Assim, o período gestacional consiste em uma fase de mudanças e adaptações fisiológicas necessárias para regular o metabolismo materno e o crescimento intra-uterino, adequadamente. (FERREIRA; FERREIRA, 2004)

Entre essas mudanças estão às alterações endócrinas, que ocorrem pela ação dos hormônios estrogênio, progesterona e relaxina, importantes nas mudanças corporais na gestante. A relaxina ajuda a manter a gravidez, inibindo a atividade do miométrio; o estrogênio atua aumentando a atividade proliferativa e promove o aumento do útero, das mamas e da genitália externa e, também atua no trabalho de parto; o progesterona diminui a contratilidade uterina. Associados, o progesterona e o estrogênio atuam no estímulo da hipófise para a produção de prolactina, hormônio responsável pela produção do leite materno; porém, a sua ação é apenas liberada após o parto, resultante da queda nos níveis de progesterona e estrogênio, para que ocorra a produção do leite. (MANN, 2010; SPIER, 2009)

Segundo Silva; Paula (2007), as alterações cardiovasculares ocorrem com o aumento da frequência cardíaca, na ordem de 10 a 15 batimentos por minuto, importante para a manutenção do débito cardíaco. Com relação à pressão arterial, esta tende a diminuir no primeiro trimestre, ocorrendo um retorno para os níveis pré-gestacionais ao final do terceiro trimestre. As modificações hematológicas ocorrem com o aumento no volume sanguíneo de até 50%, reduzindo a série vermelha, principal causada anemia fisiológica da gravidez.

De acordo com Freitas (2010), quanto às alterações respiratórias, as necessidades de oxigênio aumentam e, conforme o útero aumenta de tamanho, o diafragma é empurrado para cima, o que reduz a capacidade pulmonar e ocasiona a dificuldade respiratória. Quanto às alterações urinárias, ocorre um aumento no ritmo de filtração glomerular e as concentrações séricas de creatinina e uréia diminuem, pela maior filtração glomerular. As queixas referentes às alterações digestórias ocorrem pelas necessidades aumentadas de nutrientes, vitaminas e sais minerais. Podem aparecer náuseas e vômitos, frequentes no primeiro trimestre, devido à pressão do útero aumentado sobre os intestinos e estômago e, em combinação com o relaxamento do esfíncter esofágico, pode favorecer ao surgimento de pirose e refluxo gastroesofágico.

Com relação às alterações imunológicas, o feto e a mãe são indivíduos geneticamente distintos, por apresentar antígenos de origem paterna, o feto deveria ser reconhecido e rejeitado pelo organismo materno. Mas, isso não acontece, pois há, também, uma diminuição de anticorpos maternos durante a gestação, o que reduz a sua imunidade no período gestacional. Com relação às alterações da pele, pode ocorrer a hiperpigmentação, o aparecimento de estrias, alterações nos pêlos e unhas, o surgimento de dermatoses específicas. Por sua vez, as alterações musculoesqueléticas, na gestante, ocorrem em resposta aos hormônios, ao ganho ponderal e ao crescimento fetal, afetando a marcha, a postura e o conforto da gestante. No que diz respeito às alterações emocionais, há um aumento nos hormônios femininos, podendo apresentar quadros de alterações de humor, mudanças de apetite, sonolência, insônia e estados depressivos. (DAHER; MATTAR, 2009; URASAKI, 2010; SPIER, 2009; VIEIRA; PARIZOTTO, 2013)

As alterações metabólicas ocorrem devido às exigências energéticas fetais. O metabolismo basal materno aumenta significativamente para suprir as necessidades do concepto. A gestação compreende um momento de maior necessidade de nutrientes no ciclo de vida da mulher, já que envolve a rápida divisão celular e o desenvolvimento de novos tecidos e órgãos, e por isso requerem uma maior demanda energética, porém, não havendo necessidade do uso de suplementações alimentares quando a dieta já é bem equilibrada. (PARIZZI; FONSECA, 2010; FREITAS et al. 2010)

3.2 Ganho ponderal na gestação

O ganho de peso ao longo da gestação ocorre devido às intensas modificações estruturais e funcionais, o ganho de peso fisiológico, que compreende: crescimento fetal, líquido amniótico, placenta, útero, tecido mamário, volume sanguíneo aumentado, acúmulo de tecido adiposo e líquido tecidual, para garantir um ambiente propício à formação fetal, além das inúmeras adaptações fisiológicas maternas. Dessa forma, exige demanda aumentada de energia para atender as necessidades materno-fetais. O crescimento fetal pode ser influenciado por fatores genéticos fetais e maternos. Por isso, mesmo sendo necessário, o ganho de peso gestacional excessivo pode levar a consequências negativas para a saúde materno-fetal. Por isso, as recomendações nutricionais durante o pré-natal devem ser direcionadas para adequada ingestão energética, resultando num ganho ponderal gestacional satisfatório. (CAMPOS et al, 2012; SANTOS, 2012)

A qualidade da alimentação e o estado nutricional antropométrico da mulher, antes e durante a gravidez, afetam o crescimento e o desenvolvimento fetal, bem como a evolução da gestação. O conhecimento do ganho ponderal materno, têm como objetivo trazer subsídios para o desenvolvimento de planos de ações eficazes no controle da qualidade da alimentação e no adequado ganho de peso, nesta fase da vida. (FAZIO et al., 2011, p. 8)

De acordo com o Ministério da Saúde, o pré-natal deve ter início no primeiro trimestre de gravidez, sendo necessárias sei sou mais consultas, realizado pelo enfermeiro e médico. Nas consultas subsequentes, deve-se estabelecer critérios de que até a 28ª semana, as consultas devem ser mensais, da 28ª até a 36ª semana, quinzenalmente, e da 36ª até a 41ª semana, semanalmente, pois a maior frequência de visitas às consultas pré-natais no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal, para identificar intercorrências obstétricas comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. (BRASIL, 2012 a)

O Ministério da Saúde recomenda que o estado nutricional da gestante deve ser avaliado na primeira consulta pré-natal e nas demais consultas. Se possível, até a 13ª semana gestacional, classificando-o, segundo o IMC (Índice de Massa Corporal) por semana gestacional em: baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade, como demonstrada na Tabela 1. Essa avaliação inicial é indispensável para se fazer uma busca das gestantes em risco nutricional, e realizar um acompanhamento nas consultas subsequentes, controlando o ganho de peso em toda a gestação, para se estabelecer intervenções nutricionais adequadas a cada caso classificado e, assim, obter um desfecho gestacional favorável. (BRASIL, 2012 a)

Tabela 1 - Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
7	20,0	20,1 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
9	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
10	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
11	20,3	20,4 – 25,3	25,4 – 30,3	30,4
12	20,4	20,5 – 25,4	25,5 – 30,3	30,4
13	20,6	20,7 – 25,6	25,7 – 30,4	30,5
14	20,7	20,8 – 25,7	25,8 – 30,5	30,6
15	20,8	20,9 – 25,8	25,9 – 30,6	30,7
16	21,0	21,1 – 25,9	26,0 – 30,7	30,8
17	21,1	21,2 – 26,0	26,1 – 30,8	30,9
18	21,2	21,3 – 26,1	26,2 – 30,9	31,0

19	21,4	21,5 – 26,2	26,3 – 30,9	31,0
20	21,5	21,6 – 26,3	26,4 – 31,0	31,1
21	21,7	21,8 – 26,4	26,5 – 31,1	31,2
22	21,8	21,9 – 26,6	26,7 – 31,2	31,3
23	22,0	22,1 – 26,8	26,9 – 31,3	31,4
24	22,2	22,3 – 26,9	27,0 – 31,5	31,6
25	22,4	22,5 – 27,0	27,1 – 31,6	31,7
26	22,6	22,7 – 27,2	27,3 – 31,7	31,8
27	22,7	22,8 – 27,3	27,4 – 31,8	31,9
28	22,9	23,0 – 27,5	27,6 – 31,9	32,0
29	23,1	23,2 – 27,6	27,7 – 32,0	32,1
30	23,3	23,4 – 27,8	27,9 – 32,1	32,2
31	23,4	23,5 – 27,9	28,0 – 32,2	32,3
32	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4
33	23,8	23,9 – 28,1	28,2 – 32,4	32,5
34	23,9	24,0 – 28,3	28,4 – 32,5	32,6
35	24,1	24,2 – 28,4	28,5 – 32,6	32,7
36	24,2	24,3 – 28,5	28,6 – 32,7	32,8
37	24,4	24,5 – 28,7	28,8 – 32,8	32,9
38	24,5	24,6 – 28,8	28,9 – 32,9	33,0
39	24,7	24,8 – 28,9	29,0 – 33,0	33,1
40	24,9	25,0 – 29,1	29,2 – 33,1	33,2
41	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3
42	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3

Fonte: Brasil (2012 a)

O Ministério da Saúde orienta a conduta do profissional de acordo com a avaliação do estado nutricional e sua classificação para: baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade. O profissional deve investigar o consumo nutricional da gestante, para que sejam dadas as devidas recomendações. A fim de minimizar os riscos de comprometimento materno e perinatal e promover o desenvolvimento de uma gestação saudável, as consultas devem ser remarcadas em intervalos menores, para as gestantes com baixo peso, sobrepeso e obesidade, e quando necessário, levar a discussão de cada caso para os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Também recomenda-se que seja feito o registro da avaliação antropométrica no Cartão da Gestante e nas fichas de acompanhamento da gestante. (BRASIL, 2012)

Conforme expresso na tabela 2, o Ministério da Saúde recomenda o ganho de peso ideal, conforme o estado nutricional inicial da gestante. Assim, no primeiro trimestre gestacional o ganho de peso deve ser entre 0,5 e 2,0kg. Gestantes de baixo peso deverão ganhar entre 12,5 e 18,0kg durante toda a gestação, sendo este ganho, em média, de 2,3kg no primeiro trimestre da gestação (até a 13ª semana) e de 0,5kg por semana no segundo e terceiro trimestres de gestação. Aquelas que iniciaram o pré-natal com peso adequado, o ganho de

peso poderá variar de 11,5-16 kg. Da mesma forma, as gestantes que iniciaram com sobrepeso, podem ganhar entre 7-11,5 kg e as obesas, entre 5-9 kg. (BRASIL, 2012 a)

Tabela 2 – Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial.

Estado nutricional (IMC)	Recomendações do ganho de peso(kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendações do ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (<18,5kg/m ²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5-18
Adequado (18,5-24,9kg/m ²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5-16
Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m ²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7-11,5
Obesidade (≥ 30,0 kg/m ²)	0,2 (0,17-0,27)	5-9

Fonte: Brasil (2012 a)

As recomendações sobre ganho ponderal ideal têm por finalidade nortear as condutas dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal e, dessa forma, prevenir e minimizar os riscos e complicações ao longo da gravidez e no parto, pois o estado antropométrico materno, tanto pré-gestacional quanto gestacional, predispõem ou não ao surgimento de intercorrências gestacionais e influenciam as condições de saúde do feto e da saúde materna. (FREITAS et al., 2010)

Para preservar a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, faz-se necessário a conscientização da própria gestante quanto aos cuidados indispensáveis, aliado ao suporte familiar, não deixando em segundo plano o papel relevante da enfermagem. Assim sendo, a assistência pré-natal deve ser qualificada e humanizada, para que a mulher compreenda as mudanças físicas e emocionais que ocorrem ou que possam ocorrer na gestação, promovendo a saúde, prevenindo doenças ou detectando precocemente potenciais riscos, para assim intervir com eficácia. (MELO et al., 2011; JORGE; GOULART, 2013)

3.3 Sobrepeso e obesidade na gestação

Nos últimos anos os países em desenvolvimento vêm sofrendo uma transição epidemiológica, com o aumento do sobrepeso e obesidade. Considerada um grave problema de saúde pública, é uma doença crônica prevalente, que exige dos governos a implantação de várias medidas para sua prevenção. No Brasil, nas últimas décadas, a prevalência de obesidade aumentou, nas mulheres brasileiras em idade fértil. (PARIZZI; FONSECA, 2010; SEABRA et al., 2011)

A obesidade pode causar alterações importantes no metabolismo materno; se for combinada a gestação, é considerada de alto risco. Além disso, a obesidade está associada à infertilidade em mulheres de países desenvolvidos e em desenvolvimento, pois afeta o endométrio, a nidação e o desenvolvimento fetal; interfere, ainda, nas funções ovarianas, reduzindo a ovulação e a fertilidade, pois reduz o número de gestações, aumenta o risco de abortos e eleva o número de hospitalizações, durante a gestação. (MATOZINHOS, 2012)

Estudos têm comprovado que o ganho de peso em excesso, na gestação, provoca desfechos negativos sobre a saúde do binômio mãe-filho, pois contribui para epidemia da obesidade, devido a tendência de que filhos de pais obesos podem tornar-se obesos. A prevalência do sobrepeso e obesidade na gestação vem preocupando os profissionais de saúde. Novas recomendações têm sido propostas para que a mulheres com excesso de peso pré-gestacionais sejam orientadas quanto a nutrição, antes, durante e após a gestação, com a finalidade de identificar e reduzir os riscos perinatais. (FERNANDES et al., 2009; SEABRA, et al., 2011)

Segundo Parizzi; Fonseca (2010), o período gestacional pode favorecer ou agravar a obesidade, quando esta for preexistente, com desfechos negativos no que diz respeito a saúde materna e fetal. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde, vem trabalhando com o intuito de definir estratégias para prevenção da obesidade, em âmbito coletivo, com enfoque na gestação.

O ganho maior do que o necessário pode acarretar risco elevado de diabetes mellitus gestacional, distúrbios hipertensivos, trabalho de parto prolongado, parto cesárea, complicações da anestesia, lenta cicatrização da ferida operatória, sangramento excessivo pós-parto, infecções e tromboflebite profunda. Em relação à saúde da criança, o ganho de peso gestacional excessivo pode predispor à macrosomia fetal, traumas no parto e aumentar o risco de resultados neonatais adversos, como a hipoglicemia e a hiperbilirrubinemia.[...] Em longo prazo, está associado a valores elevados de IMC na infância, bem como um risco aumentado de obesidade em adulto.[...] Além disso, gestantes com peso pré-gestacional normal e ganho de peso de acordo com as recomendações apresentam menor risco de complicações na gravidez e no parto. (SANTOS, 2012, p. 8-12)

De acordo com Carvalhaes et al. (2013), o peso pré-gestacional é reconhecido como um dos fatores determinantes do ganho de peso durante a gravidez. Essa preocupação deve-se a alta prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres em idade fértil e aos efeitos adversos do ganho ponderal inadequado sobre a saúde materna e do conceito, em curto e longo prazo. Para Nast et al. (2013), outro fator preocupante no que se refere ao ganho de peso excessivo, na gravidez, está relacionado a retenção de peso materno no período pós-parto. Porém, os

resultados dos estudos ainda são controversos e limitados para a população de mulheres brasileiras.

Segundo Nomura et al. (2012), o ganho de peso gestacional, mesmo no início da gestação, exerce influência nas condições de saúde do conceito, podendo alterar o peso ao nascer. O peso ao nascimento é o melhor indicador do padrão de saúde do recém-nascido, relacionando-se diretamente com a morbidade e mortalidade.

3.4 Repercussões do excesso de peso na saúde materna e suas complicações fetais e perinatais

O ganho excessivo de peso na gestação interfere sobre a saúde do conceito desde a sua formação embrionária, pois as taxas de malformações fetais e de defeitos do tubo neural são mais altas em mulheres obesas do que naquelas com peso adequado. Mesmo as que receberam suplementação de ácido fólico nas doses recomendadas, isso pode dar-se devido à dificuldade de absorção ou pelo aumento da demanda metabólica. O excesso de tecido adiposo materno parece ainda ser capaz de comprometer a programação metabólica fetal, predispondo os filhos de mulheres obesas a serem futuros obesos e diabéticos, perpetuando o ciclo da obesidade. (MATTAR et al., 2009)

Distúrbios como o diabetes mellitus gestacional (DMG) são mais comuns em mulheres obesas do que aquelas com peso adequado, sendo também o diabetes tipo 2, anterior a gestação, mais prevalente nas com excesso de peso. O DMG é o fator mais fortemente associado a macrossomia fetal, relacionando assim a obesidade também a um maior número de partos cesáreos. O risco de macrossomia pode estar relacionado a mortalidade materna e perinatal, traumas de crescimento, hipoglicemia no recém-nascido, imaturidade pulmonar, lesões do plexo-braquial, hiperbilirrubinemia. (NOGUEIRA; CARREIRO, 2013, SUSSENBACH, 2008, GADELHA et al., 2009)

O índice de massa corporal elevado constitui um fator de risco para a pré-eclâmpsia, e este se torna maior em mulheres obesas. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), também denominada pré-eclâmpsia, é caracterizada por hipertensão, edema e proteinúria, acomete a mulher, principalmente no último trimestre da gestação. A eclâmpsia é uma extensão da pré-eclâmpsia e ocorre próximo ao momento do trabalho de parto, podendo persistir no pós-parto. É uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. (GONÇALVES et al., 2012; SILVA et al., 2011)

Entre as grávidas obesas existe risco aumentado de trabalho de parto prolongado e maior taxa de nascimentos cesáreos, provavelmente devido a maior incidência de incompatibilidade fetopélvica. Este tipo de nascimento está associado ao desenvolvimento de complicações, a exemplo do tromboembolismo e infecção de ferida operatória. Puérperas obesas também apresentam risco de hospitalizações prolongadas e infecção puerperal, independente do tipo de nascimento. Outro problema que envolve a obesidade está relacionado à amamentação, pois a adiposidade materna pode estar relacionada a resposta reduzida da prolactina. (MOURA; CAMPOS, 2010; NOGUEIRA; CARREIRO, 2013)

Outra complicação que pode estar associada ao excesso de peso é o abortamento, pois dentro de uma população estudada evidências de mulheres obesas apresentaram risco aumentado para o aborto precoce ou de repetição, sendo este fator considerado um possível risco. Porém, faz-se necessário que mais estudos populacionais sejam realizados, para a confirmar este achado. (CIDADE et al., 2011)

Para Nogueira; Carreiro (2013), a obesidade materna está relacionada a uma maior incidência de anomalias congênitas, destacando os defeitos do tubo neural, as cardíacas e as anormalidades de parede abdominal, como a onfalocele. Há estudos que indicam que as complicações se estendem além da vida intra-uterina e neonatal, chegando a fase adulta, com síndromes metabólicas e doenças cardiovasculares.

Visando uma redução da morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde estabeleceu várias estratégias. Em 2000, o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), criado com o intuito de melhorar a assistência pré-natal, visando um atendimento humanizado à gestante em um modelo de atenção integral à saúde. Posteriormente, implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com a finalidade de alcançar uma maior cobertura na saúde da mulher, em todas as fases da vida. Juntamente com essa política surgiu uma maior participação da enfermagem nas ações de saúde da mulher, especialmente no pré-natal, preconizando ações educativas incorporando a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde. (COSTA et al., 2013)

De acordo com a Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, é atividade do enfermeiro a consulta de enfermagem e prescrição da assistência de Enfermagem. E, sendo integrante da equipe de saúde, deve oferecer assistência de enfermagem à mulher na gestação, trabalho de parto. Cabe ao enfermeiro acompanhar o pré-natal de baixo risco, em conjunto com uma equipe multidisciplinar. A consulta de enfermagem tem por finalidade garantir a ampliação da cobertura e uma melhor

qualidade nas consultas de pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações preventivas e promocionais as gestantes. (MELO et al., 2011)

A enfermagem pode atuar nas medidas de intervenção para reduzir a obesidade materna; na atenção primária, deve promover a prevenção da obesidade em mulheres em idade reprodutiva, no planejamento familiar, durante e após a gestação. Assim, minimizará os riscos da obesidade durante a gravidez. Além disso, é importante a implementação de medidas básicas de atenção à saúde, capacitando os profissionais, envolvendo os gestores e as equipes de saúde para a redução da obesidade materna. Reduzir a prevalência da obesidade e do sobrepeso maternos implica ganhos importantes em aspectos de saúde física e mental para o binômio mãe-filho. (MATOZINHOS, 2012)

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa é do tipo documental, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. De acordo com Marconi; Lakatos (2010), a pesquisa documental caracteriza-se pela utilização de fonte de dados em documentos, escritos ou não, podendo ser feita no momento em que o fato ocorreu, ou depois.

De acordo com Figueiredo (2009), a pesquisa descritiva visa a descrição de características de uma população ou fenômeno específico, através da observação de fatos, estabelecendo relações entre variáveis, sem que haja qualquer interferência do pesquisador.

Segundo Prodanov (2013), a abordagem quantitativa pode ser caracterizada por tudo que pode ser quantificável, transformando em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Exige tratamento estatístico dos dados coletados, formulação de hipóteses e classificação da relação entre as variáveis, para garantir a precisão dos resultados, evitando contradições no processo de análise e interpretação.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Maria José de Jesus, localizada no município de Cajazeiras, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde. Atende a uma área geográfica delimitada por microáreas, baseado no princípio da territorialização, sendo responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas cadastradas.

O município de Cajazeiras - PB está situado no alto sertão da Paraíba, distante 477 Km da capital, possui uma área territorial de 565,899 Km², com uma população estimada de 58.446 habitantes. Segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2010. Tem uma densidade demográfica de 103,28 hab./Km² e desponta como 8º município mais populoso do Estado e o primeiro de sua microrregião. Possui um índice de desenvolvimento humano de 0,685, considerado como médio em relação ao desenvolvimento do estado. (IBGE, 2011). Para atender a população local, em nível de atenção básica, conta com 15 Unidades de Saúde da família (USF), sendo 11 unidades localizadas na área urbanas e quatro na área rural da cidade.

4.3 Instrumento de coleta dos dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a ficha perinatal, utilizada nas consultas de pré-natal na atenção básica, a partir da qual foram selecionadas as variáveis que se enquadraram nos objetivos da pesquisa. Sendo, portanto, peso, altura, idade materna, número de gestações, número de consultas de pré-natal, escolaridade e situação conjugal.

4.4 Procedimentos de coleta dos dados

O projeto de pesquisa foi inicialmente cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa e após apreciação e aprovação, deu-se início a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de agosto do ano de 2014. Inicialmente foi feito contato com a enfermeira da USF informando os objetivos da pesquisa, para assim consultar os dados na ficha perinatal. A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora participante.

4.5 População e amostra

A população alvo deste estudo foi composta por gestantes que realizaram pré-natal na referida unidade no período de janeiro de 2009 a outubro de 2013, correspondendo ao período pelo qual as fichas encontravam-se disponíveis em arquivo. Foram selecionadas as gestantes que haviam concluído o pré-natal, totalizando 201 gestantes que realizaram pré-natal no período determinado. A amostra foi inicialmente composta por 175 gestantes para fins de verificar a prevalência do sobrepeso/obesidade. No entanto, para a análise das demais variáveis foram excluídas da amostra 19 gestantes com baixo peso para melhor análise estatística do estudo.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ter sido cadastrada e acompanhada pela USF; ter iniciado o acompanhamento obstétrico no primeiro, segundo ou terceiro trimestre da gestação. Como critérios de exclusão: gestantes que realizaram apenas uma consulta, pois não foi possível avaliar as mudanças no parâmetro nutricional.

4.6 Análise dos dados

Marconi; Lakatos (2010) referem que após a manipulação dos dados coletados deve-se dar o tratamento devido aos mesmos, a partir da análise e da interpretação dos resultados, buscando estabelecer a ligação entre os dados obtidos no estudo com outros já publicados, e assim, dando a devida importância ao conteúdo pesquisado.

O banco de dados foi digitado e conferido por duas pessoas, no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21. As variáveis foram apresentadas por meio de frequência e percentual, sendo todos os dados discutidos a luz da literatura pertinente ao tema. Na correlação entre as variáveis foram utilizados média, desvio-padrão e teste do qui-quadrado, quando necessário, adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$), para rejeição da hipótese de nulidade. Os dados foram analisados através da estatística descritiva e os resultados apresentados em tabelas e gráficos.

Para a caracterização da população estudada foram consideradas as seguintes variáveis: faixa etária, situação conjugal e escolaridade. As mesmas foram agrupadas em anos: idade menor ou igual a 19 anos, fase correspondente a adolescência; 20 a 35 anos, fase adulta, e igual ou superior a 36 anos, correspondendo a faixa etária de gravidez tardiamente, que constitui um fator de risco gestacional. (BRASIL, 2004)

A escolaridade foi dividida em anos para que os dados não fossem extremamente fragmentados e assim reduzir a significância do estudo, sendo divididas em duas categorias distintas: até oito anos de estudo, foram consideradas as com ensino fundamental incompleto e completo e as não alfabetizadas (apenas 1 gestante), e nove ou mais anos de estudo, aquelas com ensino médio incompleto e completo, ensino superior incompleto e completo.

No que diz respeito à situação conjugal, foi categorizada em duas: as que possuíam companheiro fixo e as sem companheiro fixo.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi avaliado aplicando a fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 (\text{m}^2)$. Na gestação, de acordo com o Ministério da Saúde, o IMC é classificado, considerando as semanas gestacionais (6 a 42 semanas), variando o intervalo a cada semana gestacional, conforme a Tabela 1.

Foi considerada com baixo peso para a idade gestacional, com IMC variando entre 19,9 e 25,0 kg/m^2 ; peso adequado entre 20,0 e 29,21 kg/m^2 ; sobrepeso, variando entre 25,0 e 33,21 kg/m^2 e obesidade $\geq 30,1 \text{ kg}/\text{m}^2$. Nessa pesquisa o IMC foi categorizado em duas classes: peso adequado e sobrepeso/obesidade. Esse agrupamento se deu pelo fato de o sobrepeso ser um

fator predisponente para doenças crônicas e a obesidade um fator mórbido, sendo por isso, referida pela OMS como uma doença de origem multifatorial. (BRASIL, 2012 a)

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida com base nos princípios éticos exigidos pela Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012 b), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, que tem como objetivo garantir que a pesquisa seja conduzida de maneira ética. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob o protocolo de n° 748.809, CAAE 32431814.8.0000.5180. (ANEXO B)

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram analisados após a coleta de dados realizada junto a ficha perinatal, sendo consultadas as fichas referentes ao período de abril de 2009 a outubro de 2013. Os resultados encontram-se dispostos e organizados da seguinte maneira: dados de caracterização das gestantes e dados referentes ao IMC das gestantes.

5.1 Dados de caracterização das gestantes

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das gestantes conforme faixa etária, situação conjugal e escolaridade. Unidade Básica de Saúde Maria José de Jesus – Cajazeiras – PB – 2014.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Situação conjugal		
Com companheiro fixo	117	75
Sem companheiro fixo	36	23,1
Campo não preenchido	3	1,9
Escolaridade (em anos)		
Até 8 anos de estudo	33	21,1
9 ou mais anos de estudo	114	73,1
Campo não preenchido	9	5,8
Faixa etária		
≤19	21	13,46
20-35	128	82,05
≥36	07	4,49

Fonte: Pesquisa Direta (2014)

De acordo com a Tabela 3, o perfil das mulheres estudadas é caracterizado, com relação à situação conjugal, por gestantes com companheiro fixo (75%), em maioria; na faixa etária adulto jovem, pois a maioria tinha idade entre 20 e 35 anos (82,05%) e com 9 (nove) ou mais anos de estudo (73,1%).

No tocante à idade, esta pesquisa corrobora o estudo de Sato; Fujimori (2012), em que a maioria da população também possuía idade entre 20 e 35 anos. Assim como no estudo de Marano et al. (2012), a maioria das gestantes possuía companheiro fixo e mais de oito anos de estudo. Para os autores, variáveis sociais como melhor escolaridade e situação conjugal estável estão associadas ao ganho de peso excessivo. E ainda, o nível de escolaridade reflete a situação socioeconômica. Assim, quanto maior a escolaridade, maior a chance da gestante

apresentar o peso acima do recomendado, sendo a escolaridade considerada um marcador de acesso aos alimentos.

5.2 Dados referentes ao IMC das gestantes

Tabela 4 - Distribuição das gestantes conforme relação do antecedente obstétrico com a classificação do IMC. Unidade Básica de Saúde Maria José de Jesus – Cajazeiras – PB – 2014.

Antecedente obstétrico	IMC				P
	Peso adequado		Sobrepeso /Obesidade		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Primigesta	34	47,2	38	52,8	0,545
Secundigesta	21	37,5	35	62,5	
Multigesta	12	42,9	16	57,1	

Fonte: Pesquisa Direta (2014)

P Teste χ^2 (Significância estatística se $p < 5\%$).

De acordo com a Tabela 4, prevaleceram as gestantes primigestas, contabilizando 72 gestantes dentro da amostra populacional estudada, sendo dentre estas, 38 mulheres com sobrepeso/obesidade e 34 com peso adequado. Entre as secundigestas e multigestas, também prevaleceram aquelas que apresentaram sobrepeso/obesidade, sendo 35 e 16 gestantes, respectivamente

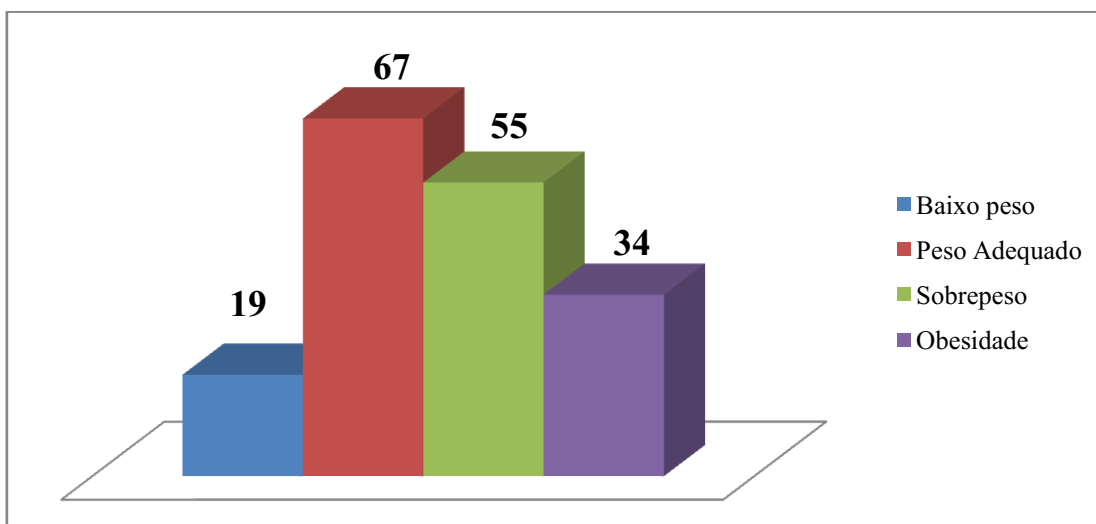
No estudo de Ferreira et al. (2013), também prevaleceram as gestantes com apenas uma gestação. Não sendo possível encontrar significância estatística ao se estabelecer a relação do estado nutricional com o número de gestações, admitindo-se que o ganho de peso é semelhante para as mulheres primigestas, secundigestas ou multigestas.

Diferentemente desse estudo, Correia et al. (2011) encontraram que as mulheres secundigestas apresentaram um risco mais elevado para obesidade que as primigestas. Mesmo não aumentando mais significativamente nas próximas gestações, é um dado considerado preocupante, já que dois filhos tem sido a escolha pela maioria dos casais.

Como a gestação compreende um período de risco para o ganho de peso, devido as inúmeras adaptações maternas, que exige uma maior demanda energética para atender as necessidades materno-fetais, a perda do excesso de peso no pós-parto torna-se um problema, fato que se complica quando o intervalo de tempo entre as gestações ocorre em um espaço de tempo muito reduzido. Assim, o ideal é que as mulheres em idade reprodutiva participem ativamente de programas de intervenção e educação nutricional, recebendo orientações

adequadas quanto ao controle de peso na gravidez e sobre os meios de retornarem ao peso pré-gestacional. (CORREIA et al., 2011)

Figura 1 - Distribuição numérica das gestantes conforme o IMC. Unidade Básica de Saúde Maria José de Jesus – Cajazeiras – PB – 2014.



Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Foi observado ao longo das consultas de pré-natal que as gestantes variaram o IMC, alterando assim a sua condição de eutrófica para sobrepeso, ou de sobrepeso para obesa, de sobrepeso para eutrófica. Assim, neste estudo foi considerado o maior IMC durante todo o período gestacional para classificar o estado nutricional da gestante, o correspondente ao IMC da última consulta. As mulheres apresentaram peso na primeira consulta variando entre 40 kg-112kg e o peso na última consulta variou de 45-121 kg. A média de peso e o desvio padrão, na primeira consulta, foi de 63,38 ($\pm 12,876$), na última consulta foi de 72,70 ($\pm 12,218$). O IMC na primeira consulta variou de 17,31-43,24 e na última consulta variou de 22,30-46,71. A média e o desvio padrão do IMC na primeira consulta foi de 25,80 ($\pm 4,486$), na última consulta foi de 29,63 ($\pm 4,157$). A estatura variou de 1,40-1,71 m. A média e o desvio padrão da estatura foi de 1,57 ($\pm 0,063$).

A amostra foi inicialmente composta por 175 gestantes para fins de verificar a prevalência do sobrepeso/obesidade. No entanto, para a análise das demais variáveis foram excluídas da amostra 19 gestantes com baixo peso para melhor análise estatística do estudo.

Conforme mostra a Figura 1, de acordo com avaliação antropométrica 10,86% (n=19) mulheres foram classificadas em baixo peso, 38,29% (n=67) com peso adequado; 31,43% (n=55) em sobrepeso e 19,43% (n=34) em obesas. Foi observado que a amostra das gestantes

que apresentaram sobrepeso e/ou obesidade foi superior às de peso adequado, totalizando 89 gestantes.

Diferentemente do presente estudo em que as gestantes variaram o seu estado nutricional, em um estudo retrospectivo desenvolvido num centro de saúde do município de São Paulo, com dados obtidos de prontuários com 228 gestantes, foi verificada uma relação expressiva entre o estado nutricional inicial e final, pois as gestantes que inicialmente apresentaram baixo peso, a maioria concluiu o pré-natal com baixo peso, a maioria das gestantes que iniciou com estado nutricional adequado concluiu o pré-natal com esse mesmo estado nutricional. Das que iniciaram a gravidez com sobrepeso/obesidade, a maioria a finalizou com esse mesmo estado nutricional, apresentando assim elevado percentual de sobrepeso/obesidade ao final da gestação. (SATO; FUJIMORI, 2012)

Esta pesquisa diverge do estudo de Marano et al. (2012), em que prevaleceram as mulheres classificadas como eutróficas. Porém, os autores apontaram outros estudos em que o ganho adequado de peso nas gestantes tem diminuído, enquanto que tem aumentado o ganho de peso excessivo.

De acordo com Fonseca et al. (2014) o estado nutricional e o adequado ganho de peso materno são fatores importantes para o bom resultado da gravidez e para a manutenção da saúde no decorrer dos anos, tanto para a mãe, quanto para o concepto.

Nessa pesquisa a maioria das gestantes iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde, e o mais indicado, pois assim é possível um acompanhamento mais estreito, estabelecido com o vínculo do profissional e a gestante, possibilitando orientações quanto a necessidade do estado nutricional adequado para garantir uma gestação saudável e reduzir os riscos relacionados ao sobrepeso/obesidade na gestação.

Tabela 5 – Distribuição das gestantes conforme a relação do número de consultas com o IMC. Unidade Básica de Saúde Maria José de Jesus – Cajazeiras – PB – 2014.

Nº de consultas pré-natal	IMC				<i>P</i>
	Peso adequado	Sobrepeso /Obesidade			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	
≤5	23	56,1	18	43,9	0,037
≥6	44	38,3	71	61,7	

Fonte: Pesquisa Direta (2014)

P Teste χ^2 (Significância estatística se $p < 5\%$).

Das 156 gestantes que realizaram o pré-natal, obteve-se um número total de 1013 consultas. De acordo com a Tabela 5 observa-se que prevaleceram as gestantes que realizaram seis ou mais consultas, totalizando 115 gestantes. Dentre as que realizaram seis ou mais consultas, destacaram-se as gestantes com sobrepeso/obesidade, correspondendo a 71 (61,7%). Entre aquelas que realizaram um número de consultas menor ou igual a cinco, prevaleceram as gestantes com peso adequado, sendo 23 gestantes. O número de consultas variou de 2 a 11, sendo a média do número de consultas de 6,49 ($\pm 2,127$)

Esses achados assemelham-se com o estudo de Fraga (2012), pois o número de consultas de pré-natal também foi adequado para a maioria das gestantes, considerando os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. De acordo com o autor observou-se que a cobertura de consultas de pré-natal vem crescendo consideravelmente na população brasileira, apesar das desigualdades encontradas na assistência pré-natal, principalmente em relação à renda, diferenças regionais e risco obstétrico. Assim, observou-se que o ganho de peso excessivo tem se mostrado uma realidade em muitos estudos nacionais e internacionais.

O enfermeiro apresenta grande importância na assistência pré-natal. De acordo com o estudo de Niquini et al. (2012), a partir de entrevistas com 230 gestantes e avaliação do cartão de pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro, que o recebimento de alguma forma de orientação sobre alimentação foi referido pelas gestantes, das quais afirmaram que quem fez a orientação foi o enfermeiro, o médico e o nutricionista. Destacando-se assim o papel do enfermeiro como responsável direto na assistência a gestantes nas consultas de pré-natal realizadas em unidades básicas de saúde.

Foi observado, no estudo de Eleutério et al. (2013), que é mais prevalente a frequência das mulheres ao pré-natal com um número superior ou igual a seis consultas, apresentando estas peso adequado para a idade gestacional. Porém, neste estudo as gestantes que eram mais presentes nas consultas apresentaram um maior percentual de sobrepeso/obesidade. Assim comprovou-se que as variáveis IMC e nº de consultas pré-natal apresentaram dependência estatística ($p=0,037$), ou seja, ao aumentar o percentual do número de consultas, aumentou o percentual do IMC relativo ao sobrepeso/obesidade.

A Tabela 6 mostra a distribuição das gestantes de acordo com a faixa etária e o IMC. Entre as mulheres estudadas a idade variou entre 14 – 41 anos, com uma média etária e desvio padrão de 27,22 ($\pm 5,944$). A faixa etária que mais prevaleceu foi a de mulheres com idade entre 20 e 35 anos, com 128 gestantes. Entre as com idade igual ou inferior a 19 anos e as com idade igual ou superior a 36 anos prevaleceram as gestantes com estado nutricional adequado.

No estudo de Correia et al. (2011), realizado com mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil, foi avaliado o estado nutricional de 6.845 mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, 16,1% apresentaram IMC compatível com obesidade e 32,6% com o sobrepeso, sendo quase metade da população estudada com excesso de peso. No presente estudo mais da metade da população estava acima do peso, somando aquelas com sobrepeso e obesidade, chegou a 89 gestantes. Correia et al. (2011) observaram que a prevalência da obesidade foi maior da faixa etária dos 20 para os 30 anos. As altas taxas de obesidade e sobrepeso refletem o corrente estado do processo de transição nutricional prevalente no Brasil.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes conforme a relação da idade com o IMC. Unidade Básica de Saúde Maria José de Jesus – Cajazeiras – PB – 2014.

Idade	IMC				P
	Peso adequado		Sobrepeso /Obesidade		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
≤19	14	66,7%	7	33,3%	0,038
20-35	49	38,3%	79	61,7%	
≥36	4	57,1%	3	42,9%	

Fonte: Pesquisa Direta (2014)

P Teste χ^2 (Significância estatística se $p < 5\%$).

Fraga (2012) em seu estudo também observou a associação entre idade e inadequações no ganho de peso durante a gestação. Alguns estudos têm observado que gestantes com idades mais avançadas são mais prováveis de apresentarem ganho de peso insuficiente e, em contrapartida, gestantes mais jovens têm maior frequência de ganho de peso excessivo.

No presente estudo pode-se constatar que as adolescentes apresentaram maior percentual de peso adequado em relação aos outros grupos, enquanto que as mulheres na faixa etária de 20 a 35 anos constatou-se maior prevalência de sobrepeso e obesidade. Ainda pode-se perceber que as mulheres com 36 anos ou mais apresentaram maior percentual de peso adequado.

No tocante ao sobrepeso/obesidade, nos extremos de idade gestacional, percebe-se que os percentuais se elevaram com o aumento da idade. Desse modo, as variáveis idade e IMC apresentaram dependência estatística ($p=0,035$).

Conforme observa-se na Tabela 7, a maioria da amostra estudada foi composta por mulheres que viviam com companheiro fixo, o correspondente a 117 gestantes. Dentre estas

prevaleceram as classificadas com sobrepeso/obesidade, 62,4% (n=73). No que diz respeito às sem companheiro fixo, o estado nutricional mais prevalente foi o peso adequado, com 61,1% (n=22) gestantes. Do total da amostra verificou-se que haviam 3 (três) fichas com campos não preenchidos, por isso o total de gestantes é inferior a 156 gestantes.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes conforme a relação da situação conjugal com o IMC. Unidade Básica de Saúde Maria José de Jesus – Cajazeiras – PB – 2014.

Situação conjugal	IMC		IMC		P
	Peso adequado	Sobrepeso /Obesidade	Peso adequado	Sobrepeso /Obesidade	
	f	%	f	%	
Com companheiro fixo	44	37,6	73	62,4	0,013
Sem companheiro fixo	22	61,1	14	38,9	

Fonte: Pesquisa Direta (2014)

p Teste χ^2 (Significância estatística se $p < 5\%$).

No estudo de Correia et al. (2011), as mulheres que viviam com companheiro fixo (casadas ou em união consensual) apresentaram um risco de obesidade, em relação às sem companheiro fixo. A condição de não ter companheiro fixo parece proteger a mulher dos distúrbios nutricionais, em comparação à com companheiro fixo, que apresenta um risco maior de ser obesa. É provável que esse fator esteja relacionado a uma maior preocupação com a imagem corporal e a uma vida social mais ativa por parte daquelas que não vivem com um parceiro, e a uma menor dedicação a si próprias, das mulheres em união, devido aos esforços que dispõem com os cuidados do lar e dos filhos.

Contrariando esse estudo, Santos et al. (2014) observaram que a presença do companheiro pode significar um melhor apoio psicossocial durante a gestação, influenciando positivamente no ganho de peso gestacional, pois gestantes que não possuíam companheiro ganharam em média 2,3 kg a mais em relação às que residiam com seus companheiros.

Na correlação estatística entre as variáveis IMC e situação conjugal foi demonstrada dependência estatística entre elas ($p=0,013$), pois, entre as mulheres com companheiro fixo observou-se maior prevalência de sobrepeso/obesidade, ao contrário das sem companheiro fixo que apresentaram peso adequado, em maioria.

A Tabela 8 mostra a relação da escolaridade com o IMC das gestantes. Dentre as gestantes participantes do estudo, 114 delas tiveram de 9 ou mais anos de estudo. Nos dois grupos de estudo prevaleceram mulheres com sobrepeso/obesidade, sendo 54,4% (n=62) e 66,7% (m=22) correspondentes aos grupos com 9 ou mais anos até 8 anos de estudo,

respectivamente. O total amostral é inferior a 156 gestantes, pois em 09 fichas este campo não estava preenchido, tendo-se observado apenas 1 gestante com analfabetismo, entrando na subcategoria de até oito anos de estudo.

Tabela 8 - Distribuição das gestantes conforme a relação da escolaridade com o IMC. Unidade Básica de Saúde Maria José de Jesus – Cajazeiras – PB – 2014.

Escolaridade	IMC				<i>p</i>
	Peso adequado		Sobrepeso /Obesidade		
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	
Até 8 anos de estudo	11	33,3	22	66,7	0,145
9 ou mais anos de estudo	52	45,6	62	54,4	

Fonte: Pesquisa Direta (2014)

P Teste χ^2 (Significância estatística se $p < 5\%$).

No presente estudo foi observado que gestantes com 9 ou mais anos de estudo apresentaram um percentual de sobrepeso/obesidade maior que as de peso adequado, demonstrando que as gestantes com maior nível de instrução apresentaram um risco maior de ganho ponderal excessivo. Tal achado foi semelhante ao estudo de Fraga (2012), realizado no Brasil com gestantes durante o 3º trimestre gestacional, que encontrou a mesma relação do ganho de peso com a escolaridade. Segundo o autor, o nível de escolaridade pode refletir, de forma indireta, o poder de compra/acesso aos alimentos ou, por outro lado, a escolha de padrões alimentares de baixo teor nutritivo e alto teor energético.

Mulheres com até oito anos de estudo também apresentaram maior prevalência de sobrepeso/obesidade. Tal achado diverge do estudo de Correia et al. (2012), em que mulheres com baixa escolaridade apresentaram um risco maior para a obesidade, quando comparadas as com mais anos de estudo. Para os autores, a escolaridade, a idade e a situação conjugal se configuram como os fatores sócio-demográficos determinantes da obesidade e do sobrepeso..

6 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu identificar a prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres na gestação, atendidas na USF Maria José de Jesus, do município de Cajazeiras, Paraíba, favorecendo uma avaliação epidemiológica acerca dessa condição crônica, presente na saúde da mulher, por meio da correlação estatística entre o índice de massa corpórea e variáveis como idade, escolaridade, situação conjugal, número de gestações e número de consultas.

Em relação à caracterização das gestantes estudadas o perfil das mulheres foi de faixa etária considerada adulto jovem, pois a maioria tinha idade entre 20 e 35 anos, nove ou mais anos de estudo, possuíam companheiro fixo. Foi observado que o número de gestantes que apresentou sobrepeso e/ou obesidade foi superior aquelas que apresentaram peso adequado. Sendo esse um dado preocupante, pois o ganho de peso excessivo exige atenção imediata dos serviços de saúde e dos profissionais que assistem a gestante no pré-natal, os quais precisam estar qualificados frente a necessidade de um atendimento melhor e mais específico para cada gestante, posto que este problema pode ocasionar consequências danosas ao binômio mãe/filho.

As variáveis que apresentaram dependência estatística com o IMC foram situação conjugal ($p=0,013$), idade ($p=0,038$) e número de consultas ($p=0,038$). As altas prevalências de sobrepeso e de obesidade entre as mulheres na gestação mostram que medidas adequadas de prevenção e controle devem ser tomadas, pois a grande quantidade de mulheres com estado nutricional inadequado encontrada neste estudo aponta a importância de o acompanhamento e orientação nutricional se iniciem desde o planejamento familiar, com vistas a promover mudanças no estilo de vida e em padrões alimentares inadequados.

O estado nutricional da gestante constitui um aliado para o crescimento fetal, pois a intervenção nutricional focada na saúde da mulher em idade reprodutiva, tendo início antes da concepção e perpassando pelo cuidado nutricional pré-natal à assistência puerperal contribui para a identificação precoce da inadequação do estado nutricional das gestantes, favorecendo uma intervenção oportuna, com resultados que impactem positivamente nas condições de nascimento da criança e na diminuição das taxas de mortalidade perinatal e neonatal.

Sugere-se com este estudo a necessidade de realizar novos, com uma população maior, tendo uma proposta intervencionista, sendo realizado um acompanhamento da gestante que perpassasse o pós-parto, com a visita puerperal, avaliando assim as condições de saúde da mãe e do recém-nascido.

Conclui-se com esse estudo que o sobrepeso e a obesidade em mulheres na gestação necessitam de uma maior atenção frente às políticas nacionais de atenção à saúde da mulher, tendo em vista que nas últimas décadas no Brasil, a prevalência de obesidade vem aumentando nas mulheres brasileiras em idade fértil e que tanto o sobrepeso/obesidade pré-gestacional, quanto o ganho de peso excessivo durante a gestação têm repercussões na saúde materna e complicações fetais e perinatais. O enfermeiro, sendo responsável por desenvolver o pré-natal de baixo risco, em conjunto com uma equipe multidisciplinar, deve preconizar a introdução das ações preventivas e promocionais que incorporem a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde.

Assim sendo, a assistência ao pré-natal é extremamente importante, pois realizada apropriadamente, significa prevenir agravos, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação.

Referências

ALEIXO, Rodrigo Queiroz et al. Alterações bucais em gestantes – Revisão da Literatura. **Saber Científico Odontológico**, Porto Velho, v.1, n.1, p.68- 80, 2010. Disponível em: <http://revista.saolucas.edu.br/index.php/resco/article/view/100/pdf_7>. Acesso em: 21 Maio 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012 a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 11 mar.2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentada de pesquisa social**. Comissão Nacional e Ética e Pesquisa CONEP, Resolução 466/2012, aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012 b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 mar.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em: 11 mar.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 11 mar.2013.

CAMPOS, Vanessa Meurer et al. Estado nutricional e diabetes mellitus gestacional. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 27, n.4, p. 76-80, 2012. Disponível em: <http://www.sbnpe.com.br/_n1/docs/revistas/volume27-4.pdf#page=76>. Acesso em: 10 ago. 2014

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite et al. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 11, p. 523-529, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0100-72032013001100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2014

CIDADE, Denise Gomes, et al. Obesidade e sobrepeso pré-gestacionais: Prevalência e principais complicações maternas. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n.1, p.169-182, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/obesidade_sobrepeso_pre_gestacionais.pdf>. Acesso em: 26 maio 2014.

COSTA, Christina Souto Cavalcante et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 15, n.2, p.516-522, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>>. Acesso em: 31 maio 2014

CORREIA, Luciano Lima et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p.133-145, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n1/v16n1a17.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014

DAHER, Silvia; MATTAR, Rosiane. Gestação: um fenômeno imunológico? **Rev. bras. alerg. imunopatol.**, v.32, n.2, p.63-67, 2009. Disponível em: <<http://www.asbai.org.br/revistas/Vol322/ART%202-09%20-%20Gesta%C3%A7%C3%A3o%20um%20fen%C3%B4meno%20imunol%C3%B3gico.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2014.

ELEUTERIO, Bianca Machado et al. Perfil nutricional materno e estado nutricional neonatal, na cidade de Pará de Minas – MG. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 23, n.3. p. 311-317, 2013. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20130049>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

FAZIO, Eliener de Souza, et al. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 33, n. 2, p. 87-92, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n2/v33n2a06.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

FERNANDES, Patrícia S., et al. Avaliação do efeito da educação nutricional na prevalência de sobrepeso/obesidade e no consumo alimentar de escolares do ensino fundamental. **Jornal de Pediatria**, v.85, n.4, p.315-321, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0021-75572009000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2014.

FERREIRA, Cláudia Ramos de Carvalho; FERREIRA, Diana Carvalho. Adaptação materna. In: CORRÊA, Mário Dias, et al. **Noções práticas de obstetrícia**. 13ed. Belo Horizonte -MG: COOPMED, 2004. p. 27-45.

FERREIRA, Fabiana Dias et al. Identificação de sobrepeso em gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da Cidade de São Paulo – SP. **Science in Health**, v. 4, n.2, p.92-96, 2013. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/11_m aio_ago_2013/Science_04_02_92-96.pdf>. Acesso em 01 ago. 2014

FERREIRA, Manuela et al. Ganho ponderal gestacional: Estudo de algumas variáveis intervenientes. **Millenium**, v. 44, P. 99-126, 2013. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/Millenium/Millenium44/8.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2014

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

FRAGA, Ana Claudia Santos Amaral. **Fatores associados ao ganho de peso gestacional em uma amostra de gestantes no município do Rio de Janeiro, 2008**. Dissertação (Mestrado).

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=643568&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

FREITAS, Elisângela da Silva de et al. Recomendações Nutricionais na Gestação. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 2, n. 3, p.81-95, 2010 - CCBS/UNIVATES. Disponível em: <<https://www.univates.br/files/files/univates/editora/revistas/destaquesacademicos/ano2n3/Artigo9.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2014.

FONSECA, Márcia Regina Campos Costa da, et al. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p. 1401-1407, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01401.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2014.

GADELHA, Patricia Spara et al. Obesidade e gestação: aspectos obstétricos e perinatais. **Revista Femina**. v. 37, n.1, p.3-6, 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n1p3-6.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

GONÇALVES, Carla Vitola, et al. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.34, n.7, p.304-309, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0100-72032012000700003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2014

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250370>>. Acesso em: 21 maio 2014.

JORGE, Luciana da Silva Sampaio; GOULART, Rita Maria Monteiro. Antropometria na gravidez. In: TADDEI, José Augusto de A. C.; VIANA, Kelly; VITALLE, Maria Sylvania S. (coord.). **Jornadas científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2008/2009.**, Barueri, SP: Minha Editora, 2013, p 37-57. Disponível em: <http://www.unifesp.br/nucleos/nisan/Nisan2008_2009.pdf>. Acesso em: 19 Maio 2014.

MANN, Luan et al. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. **Motriz**, v.16, n.3, p.730-741, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n3p730>>. Acesso em: 21 maio 2014.

MARANO, Daniele et al. Adequação do ganho ponderal de gestantes em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2008. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 34, n. 8. Jul.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n8/08.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas S.A, 2010.

MATOZINHOS, Fernanda Penido. **Obesidade materna e natimortalidade**: estudo de base populacional. Dissertação. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,

Belo Horizonte - Minas Gerais, 2012. Disponível

em:<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-922LUK/fernanda_penido_matozinhos.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 maio 2014.

MATTAR, Rosiane et al. Obesidade e gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.31, n. 3, p.107-110, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n3/a01v31n3.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

MELO, Adriana Suely de Oliveira et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.2, p.249-257, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1415-790X2007000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 abr. 2014.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de, et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: A voz das gestantes. **Rev. Enferm. UFPE online.**, v. 5, n. 2. p.248-256, 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1589/pdf_64>. Acesso em: 21 maio 2014.

MOURA, Joana Marques; CAMPOS, Diogo Ayres de. Consequências obstétricas e perinatais da obesidade materna. **Acta Obstet. Ginecol. Port**, v.4, n. 4, p. 193-197, 2010. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2011-1_artigo_de_revisao_2.pdf. Acesso em: 26 maio 2014.

NAST, Martha, et al. Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 35, n. 12, p. 536-540, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n12/02.pdf>. Acesso em: 11 ago 2014.

NIQUINI, Roberta Pereira et al. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2805-2816, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/28.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

NOGUEIRA, Anelise Impelizeri; CARREIRO, Marina Pimenta. Obesidade e gravidez. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.23, n.1, p.88-98, 2013. Disponível; <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view/598/593>. Acesso em: 26 maio 2014.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto, et al. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n.3, p. 107-112, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n3/a03v34n3.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2014

PARIZZI, Márcia Rocha; FONSECA, João Gabriel Marques. Nutrição na gravidez e na lactação. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n.3, p. 341-353, 2010. Disponível em:<<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/274/258>>. Acesso em: 21 maio 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS. Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SANTOS, Kelen Cristina Ramos dos. **Caracterização de gestantes por ganho de peso excessivo e seus neonatos por peso de nascimento e apgar**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

SANTOS, Kelen Cristina Ramos dos et al. Ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato: um estudo descritivo. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 1, p. 62-69, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00062.pdf>. Acesso em: 21 maio 2014.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.234p.** Disponível em; <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf?attach=true>. Acesso em: 09 abr. 2014

SATO, Ana Paula Sayuri; FUJIMORI, Elizabeth. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 20, n. 3. p. 1-7, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a06v20n3.pdf. Acesso em: 04 abr. 2014.

SEABRA, Gisele, et al. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.33, n.11, p.348-353,2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n11/a05v33n11.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

SILVA, Cristiane Barboza da; PAULA, Gláucio de Moraes; BRAGA, Elisa Avancini Marques. Modificações do organismo materno. In: CHAVES NETTO, Hermogenes; SÁ, Renato Augusto Moreira de. **Obstetrícia básica**. 2 ed. Edição Revista e Atualizada – São Paulo: Atheneu, 2007.p. 59-72

SILVA, Eveline Franco da; et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.2, p.316-322, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a15v32n2.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

SPIER, Marilise. **As alterações musculoesqueléticas e as queixas de dor e desconforto em gestantes adolescentes**. 72 p. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário Feevale. Novo Hamburgo, 2009. Disponível em: <<http://ged.feevale.br/bibvirtual/monografia/MonografiaMariliseSpier.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2014.

SÜSSENBACH, Samanta. **Obesidade na gestação e complicações associadas**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Junho, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15433/000678494.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

URASAKI, Maristela Belletti Mutt. Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n.4, p. 519-525, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/12.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2014.

VIEIRA, Bárbara Daniel; PARIZOTTO, Ana Patrícia Alves Vieira. Alterações Psicológicas Decorrentes do Período Gravídico. **Unoesc & Ciência- ACBS**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2559/pdf>>. Acesso em: 19 maio 2014

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.185-194, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232010000100024&lng=en&nrm=iso&tlng=PT>. Acesso em: 24 abr. 2014.

ANEXO A

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SNPES/DINSAMI
SEC/SAÚDE - PB - SUDS

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E
ASSISTÊNCIA SOCIAL/INAMPS

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

FICHA PERINATAL

Nº Matrícula: _____

NOME _____		IDADE _____	
ENDEREÇO _____		ESTADO CIVIL _____	
ESCOLARIDADE _____		UNIDADE DE SAÚDE _____	
		INSTITUIÇÃO _____	
DATA ____/____/____			

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/>	Gesta _____ Para _____ Abortos _____
Tuberculose <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>	Partos: Vaginais _____ Cesáreas: _____ Domiciliares _____
Malformações Congênicas <input type="checkbox"/>	Cirurgia Pélvica <input type="checkbox"/>	Natimortos: _____ Nº de filhos vivos _____
Gemelar <input type="checkbox"/>	Infertilidade <input type="checkbox"/>	Óbitos na 1ª semana _____ Óbitos após a 1ª semana _____
Diabete <input type="checkbox"/>	Tuberculose <input type="checkbox"/>	RN Peso (+ 4000g) _____ RN Peso (-2500g) _____
Outros <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	Amamentação Materna: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Duração _____
Intercorrências em gestações anteriores: _____		

DADOS PROVÁVEIS	VACINAÇÃO ANTITETÂNICA	FUMO: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Última menstruação ____/____/____	Doses prévias: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/>	Até 10 cigarros/dias: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Data do parto: ____/____/____	Ult. dose há + de 5 anos: <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	Mais 10 cigarros/dia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dúvidas? Quais? _____	Vacinações previstas: _____ realizadas: _____	ALCOOL: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Início da mov. fetal: ____/____/____	____/____/____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Frequência: _____
Obs.: _____	____/____/____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ÁGUA ENCANADA EM CASA: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

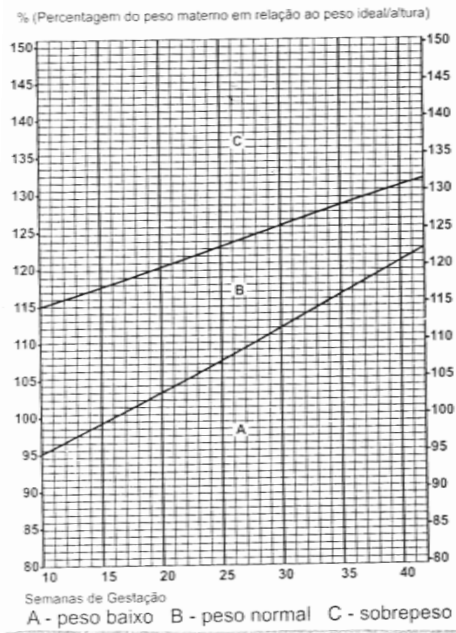
INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO			
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Infecção urinária <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Atend. pré-natal de alto risco <input type="checkbox"/>
Toxemia <input type="checkbox"/>	Outras infecções <input type="checkbox"/>	Trab. parto prematuro <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Anemia <input type="checkbox"/>	Cardiopatia <input type="checkbox"/>	Rotura de membranas <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>
Sífilis <input type="checkbox"/>	Isoimunização <input type="checkbox"/>	Viroses <input type="checkbox"/>	
Desnutrição <input type="checkbox"/>	Retardo cresc. fetal. <input type="checkbox"/>	Parasitose <input type="checkbox"/>	

Ex. físico: Normal Sim Não Obs. _____ Estatura _____ cm

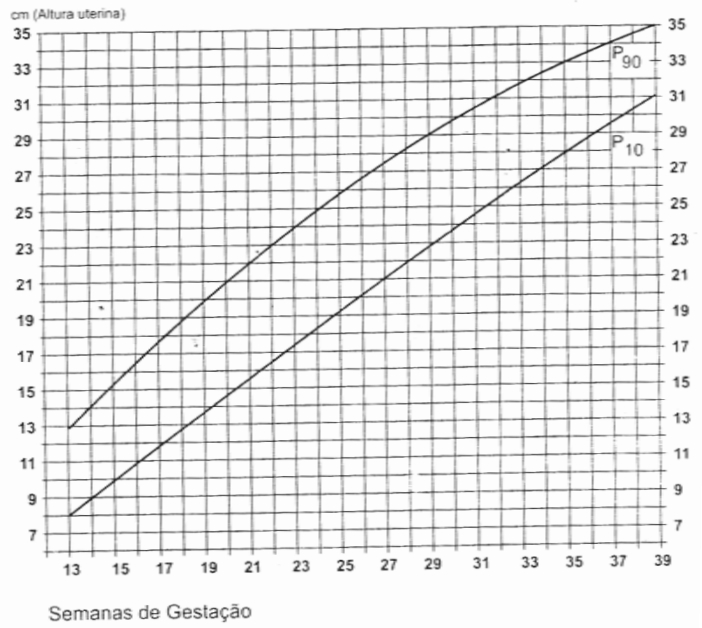
CONTROLE PRÉ-NATAL								INTERCORRÊNCIAS E ORIENTAÇÕES
Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	Edema	Apresen- tação	

EXAMES LABORATORIAIS			
Exame	Data/Resultados	Exame	Data/Resultados
Tipo Sang.			
Hemoglobina			
V D R L			
Urina I			
Cit. oncológica			

CURVA DE PESO/IDADE GESTACIONAL



CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL



ANEXO B

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOBREPESO E OBESIDADE NA GESTAÇÃO

Pesquisador: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32431814.8.0000.5180

Instituição Proponente: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 748.809

Data da Relatoria: 16/06/2014

Apresentação do Projeto:

A obesidade vem sendo considerada um problema de saúde pública, visto que vem aumentando significativamente tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos, não sendo diferente no Brasil. Ao passo que a obesidade vem se tornando uma epidemia mundial acometendo a população em geral, vem sendo observado um aumento na prevalência em gestantes, estando associada a uma série de complicações gestacionais, maternas e neonatais. Os objetivos deste estudo são: conhecer a prevalência do sobrepeso e obesidade em gestantes; calcular o IMC, a partir de dados antropométricos coletados na ficha de cadastramento e acompanhamento do SISPRENATAL e verificar a relação do sobrepeso ou obesidade com a idade materna, o número de gestações, o número de consultas de pré-natal, a escolaridade e o estado civil. Trata-se de um estudo documental, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, que será realizado em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Cajazeiras-PB. A população alvo será composta por 200 gestantes que realizaram pré-natal na referida unidade nos períodos de janeiro de 2009 a junho de 2014 e a amostra composta por todas que se enquadrarem nos critérios de inclusão. A coleta de dados será realizada durante os meses de julho e agosto do ano de 2014, após o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, será feito o contato com a enfermeira da USF informando os objetivos da pesquisa, para assim consultar os dados na ficha de cadastramento e acompanhamento da gestante. Os dados serão analisados através da estatística descritiva e os

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com

Continuação do Parecer: 748.809

resultados serão apresentados em tabelas e gráficos construídos no Microsoft Office Excel 2007.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer sobre a prevalência do sobrepeso e obesidade em gestantes que realizam pré-natal em Unidade Básica de Saúde de Cajazeiras – PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O único provável risco desta pesquisa é a quebra do anonimato, porém as pesquisadoras comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução

466/12.

Benefícios:

Espera-se que este estudo possa contribuir para um melhor acompanhamento pré-natal por parte dos profissionais envolvidos, sobretudo sobre as questões que envolvem o ganho de peso durante a gestação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Entre outros fatores relevantes que justificam esta pesquisa destaca-se a importância do tema para o enfermeiro e demais profissionais envolvidos na assistência ao pré-natal, por poderem reconhecer de forma precoce os possíveis riscos e problemas na gestação relacionados ao sobrepeso e obesidade, permitindo assim a elaboração de estratégias preventivas e terapêuticas por meio da assistência pré-natal de qualidade, dessa forma favorecendo o prognóstico materno e neonatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trabalho exequível sob o ponto de vista ético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



Continuação do Parecer: 748.809

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 13 de Agosto de 2014

Assinado por:
ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: BR 230, Km 504
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3531-1346 **Fax:** (83)3531-1365 **E-mail:** cepfsm@gmail.com