

FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE NUTRIÇÃO

**GANHO DE PESO PONDERAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE
GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, EM
TRINDADE, GOIÁS**

Karolline Socorro Guilarducci
Lorena Caroline Dias Guedes

Orientador: Prof^a. M^a Larissa de Farias Alves

Trindade - Go
2017

FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE NUTRIÇÃO

**GANHO DE PESO PONDERAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE
GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, EM
TRINDADE, GOIÁS.**

Karolline Socorro Guillarducci
Lorena Caroline Dias Guedes

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Nutrição.

Orientador: Prof^a. M^a Larissa de Farias Alves

Trindade - Go
2017

KAROLLINE SOCORRO GUILARDUCCI

LORENA CAROLINE DIAS GUEDES

**GANHO DE PESO PONDERAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE
GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, EM
TRINDADE, GOIÁS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Nutrição, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Prof. M^a. Larissa de Farias Alves (Orientador)

Faculdade União de Goyazes

Prof. M^a Amélia Cristina Stival Duarte

Hospital Geral de Goiânia

Prof. M^a Fabrícia Ramos Rezende

Faculdade União de Goyazes

Trindade - GO

2017

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à nossa família, que soube compreender os momentos de ausência.

Agradecemos aos amigos que ajudaram de forma direta ou indiretamente para que fosse possível a conclusão deste trabalho.

Agradecemos também à nossa orientadora por todo o apoio prestado até aqui.

E por fim agradecemos à Deus por ter iluminado todos os nossos pensamentos para que houvesse discernimento para a conclusão deste trabalho.

GANHO DE PESO PONDERAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, EM TRINDADE, GOIÁS.

Karolline Socorro Guillarducci¹

Lorena Caroline Dias Guedes¹

Larissa de Farias Alves²

RESUMO

OBJETIVO: Relacionar fatores de riscos e ganho de peso ponderal gestacional em gestantes do município de Trindade-Goiás, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal analítico, com amostra coletada em 26 UBSs distribuídas na região Central e Leste, nas quais foram coletados dados em prontuários de 298 gestantes. As variáveis coletadas foram: estado civil, raça, número de gestações, peso pré-gestacional, idade, escolaridade, altura e antecedentes clínicos (Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*). A análise dos dados foi feita através do programa Stata versão 12.0. A análise de frequência foi feita através do cálculo de percentual em relação ao total da amostra e as relações de dependência entre as variáveis independentes e as dependentes foram feitas através do teste hipóteses (qui quadrado) de Pearson, considerando o nível de significância $\alpha = 5\%$. **RESULTADOS:** No presente estudo a variável que gerou dependência foi ganho de peso durante o período gravídico (insuficiente/adequado/excessivo), relacionado ao IMC pré-gestacional ($p=0,000$), mostrando que 67,62% ($n=71$) das gestantes com ganho adequado foram classificadas anteriormente como eutróficas. Dentre as classificadas com IMC pré-gestacional de sobrepeso, 51,72% ($n=45$) apresentaram ganho ponderal excessivo. Entre as que tinham IMC pré-gestacional de obesidade 36,78% ($n=32$) apresentaram ganho ponderal excessivo. **CONCLUSÃO:** Gestantes classificadas anteriormente como eutróficas tiveram ganho de peso adequado durante a gestação, porém as que tinham histórico de sobrepeso/obesidade, tiveram peso excedente durante o período gravídico, mostrando assim a relação dessas duas variáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Ganho de peso; gravidez; índice de massa corporal.

MONITORING OF PONDERAL WEIGHT GAIN AND THE MANAGEMENT OF GESTANTS IN THE BASIC HEALTH UNITS IN TRINDADE, GOIÁS.

ABSTRACT

PURPOSE: To correlate risk factors and weight gain in pregnant women in the city of Trindade-Goiás, attended at the Basic Health Units. **METHODS:** This is a quantitative cross-sectional study with a sample collected in 26 UBSs distributed in the region Central and Eastern, in which data were collected in medical records of

298 pregnant women. The variables collected were: marital status, race, number of pregnancies, pre-gestational weight, age, schooling, height and clinical history (Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus). The analysis of the data was done through the program Stata version 12.0. The frequency analysis was done by means of the percentage calculation in relation to the total of the sample and the dependency relations between the independent and dependent variables were made through Pearson's hypothesis test (chi square), considering the level of significance $\alpha = 5\%$. **RESULTS:** In the present study, the variable that generated dependence was weight gain during the pregnancy period (insufficient / adequate / excessive), related to pre-gestational BMI ($p = 0.000$), showing that 67.62% ($n = 71$) of the pregnant women with adequate gain were previously classified as eutrophic. Among those classified as pre-gestational BMI of overweight, 51.72% ($n = 45$) presented excessive weight gain. Among those with pre-gestational obesity BMI 36.78% ($n = 32$) presented excessive weight gain. **CONCLUSION:** Pregnant women previously classified as eutrophic had adequate weight gain during pregnancy, but those with a history of overweight / obesity had excess weight during the pregnancy period, thus showing the relationship of these two variables.

PALAVRAS-CHAVE: Weight gain; pregnancy; body mass index.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVO	08
2.1 Objetivo Geral	08
2.2 Objetivo Especifico	09
3 METODOLOGIA	09
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
5 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16
ANEXOS	19

1 INTRODUÇÃO

No contexto dos serviços públicos de saúde no Brasil, a porta de entrada para a atenção primária são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), destinadas ao atendimento da população em geral, e onde uma gestante terá todo o suporte para iniciar o pré-natal. Essas unidades tem o papel de prevenir, detectar intercorrências clínicas, orientar, acompanhar todo o processo da gestação até o nascimento da criança e o pós-parto da mãe, além de identificar gestantes de alto risco (risco de morte para mãe e feto) e encaminha-las ao serviço especializado (SILVA *et al.* 2013).

Desde os anos 2000 existe o Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde que assegura toda a assistência oferecida à gestante. Dentro deste programa, a mulher recebe todos os procedimentos essenciais, incluindo o mínimo de seis consultas pré-natais, exames, avaliação e monitoramento do estado nutricional (HANDELL; CRUZ; SANTOS, 2014).

A obesidade se tornou uma das doenças da atualidade, e ela se associa às gestantes principalmente pelo aumento da demanda energética presente neste período. O sobrepeso e a obesidade pré-gestacional associados com a falta do acompanhamento pré-natal durante os trimestres gestacionais possuem alguns desfechos adversos, como peso inadequado e prematuridade dos recém-nascidos (FAZIO, *et al.* 2011; ASSUNÇÃO *et al.* 2007).

É evidente que a gestante terá um aumento de peso decorrente das mudanças fisiológicas que seu corpo apresentará, como por exemplo, o crescimento fetal, peso ao nascer, que podem trazer implicações na saúde individual ao longo da sua vida, como por exemplo, doenças crônicas não transmissíveis, a expansão de tecidos maternos (placenta, tecido adiposo e útero) e formação de líquido amniótico. Mas além desses fatores o aumento do peso pode ser influenciado pelo estado pré-gestacional, idade, paridade, condição socioeconômica, atividade física e fatores psicossociais (KONNO; BENICIO;; BENICIO; BARROS, 2007).

O ganho de peso gestacional inadequado tem consequências a curto e longo prazo na saúde materna e fetal. O ganho excessivo está associado ao aumento das taxas de partos operatórios, à elevação do risco de resultados perinatais

desfavoráveis e ao aumento da ocorrência de diabetes mellitus gestacional e de pré-eclâmpsia. (ANDRETO *et al.* 2006).

De acordo com a tabela estabelecida pelo Institute of Medicine (IOM, 2009), o ganho de peso recomendado para gestantes é definido a partir do IMC pré-gravídico, e se estabelece da seguinte forma: mulheres que apresentam baixo peso devem ter um ganho ponderal de 12,5 a 18,0 kg; gestantes de peso adequado de 11,5 a 16,0 kg; mulheres com sobrepeso de 7,0 a 11,5 kg; e gestantes obesas devem apresentar ganho de 5,0 a 9,0 kg.

Para a classificação do estado nutricional gestacional, recomenda-se a utilização do gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, sendo identificadas quatro classificações possíveis: baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade. Portanto é necessário avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) da gestante e a idade gestacional. Também é importante a avaliação do ganho de peso gestacional, determinada segundo o trimestre de gravidez em que se encontra a mulher no momento da consulta (BRASIL, 2008).

Apesar de todos os agravos que a obesidade pode trazer durante o período gestacional, segundo a IOM (2009) não é recomendado perda de peso para gestantes que se encontram com sobrepeso ou obesidade, isso porque pode interferir no crescimento e desenvolvimento neurológico do feto por causa das restrições energéticas. Por isso mesmo a mulher se encontrando com excesso de peso é recomendado um ganho de peso que irá garantir e suprir as necessidades do concepto (VITOLLO; BUENO; GAMA, 2011).

Estudos mostram que há grande prevalência de riscos maternos e fetais quando se obtém ganho ponderal acima das recomendações estabelecidas e em conjunto pode haver o surgimento de comorbidades. Assim, este trabalho visa detectar o ganho de peso ponderal das gestantes no município de Trindade, Goiás, atendidas em Unidades Básicas de Saúde e os possíveis fatores de risco que se associam ao ganho inadequado.

O Institute of Medicine (IOM), 2009, estabelece o ganho de peso recomendado para gestantes de acordo com IMC pré-gravídico que se estabelece da seguinte forma: baixo peso ($<18,5 \text{ kg/m}^2$) e ter ganho de peso (kg) total na gestação de 12,5 -18 kg; Peso normal ($18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$) 11,5-16 kg; Sobrepeso ($\geq 25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) $\geq 11,5 \text{ kg}$; Obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) 5-9 kg (FREITAS, BOSCO *et al.*, 20

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores de riscos gestacionais e ganho ponderal em gestantes em gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Trindade-Goiás.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar de peso pré-gestacional, altura, idade materna, situação marital, nível de escolaridade, número de gestações, raça, comorbidades existentes.

Caracterizar os fatores de risco associados ao ganho de peso inadequado durante o período gravídico.

Identificar a tendência de acordo com o Índice Gestacional atendidos no município de Trindade.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo transversal analítico, que relacionou o IMC pré-gestacional com ganho ponderal durante a gestação em gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Trindade – GO, Brasil.

A amostra foi selecionada por conveniência, pretendendo abranger no mínimo 85% das gestantes atendidas nas 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A amostra foi coletada em 26 UBSs distribuídas na região Central e Leste de trindade, em que foram coletados dados em prontuários de 298 gestantes, abrangendo um total de 93,12% das gestantes atendidas no município de acordo com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), onde demonstram um total de 320 gestantes atendidas no ano de 2016 (MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI, 2016).

As variáveis coletadas foram: estado civil, raça, número de gestações, peso pré-gestacional (considerado até a 14^o semana, de acordo com MARANO *et al.* 2012), idade, escolaridade, altura e antecedentes clínicos (Hipertensão Arterial e

Diabetes *Mellitus*). Segundo Accioly & Lacerda (2009), os fatores de risco relacionados à gestação são idade em extremos, menores de 17 anos e maiores que 35 anos, baixa escolaridade e doenças obstétricas, como ganho de peso ponderal inadequado e outros que são relevantes.

Foram incluídos os prontuários que apresentavam as informações necessárias, e foram excluídos os prontuários que não apresentavam algumas das variáveis, como por exemplo: idade, peso e a semana gestacional que se encontrava acima da 14^o semana de gestação. Foi usado como instrumento para a coleta de dados o Mapa de Acompanhamento Nutricional que se encontra dentro da cartilha do SISVAN, fornecido pelo Ministério da Saúde. Este documento foi adaptado conforme as variáveis selecionadas neste trabalho (Anexo 1). A coleta foi iniciada no mês de setembro e finalizada em outubro de 2017.

Previamente, foi solicitado a autorização por meio de Ofício, para a Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 2), que permitiu acesso às UBS para realizar a coleta de dados nos prontuários das gestantes. Essa pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética, da Faculdade União de Goyazes no dia 24 de julho de 2017 (Protocolo n. 31/2017) (Anexo 3). O ofício de liberação expedido pela Secretaria Municipal de Saúde que deu acesso à entrada nas UBS e posteriormente a coleta de dados, foi liberada no mês de julho de 2017, pela secretária municipal de saúde vigente na época.

Para cada individuo da amostra, foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional e classificação (Anexo 4). Posteriormente as gestantes foram classificadas quanto ao ganho de peso ponderal durante a gestação de acordo com Instituto de Medicina (IOM, 1990) (Anexo 5).

A análise dos dados foi feita através do programa Stata versão 12.0. A frequência foi feita através do cálculo de percentual em relação ao total da amostra e as relações de dependência entre as variáveis independentes (idade, escolaridade, estado civil, etnia, número de gestações, IMC pré-gestacional, comorbidades) e as dependentes (ganho ponderal insuficiente, adequado ou excessivo) foram feitas através do teste hipóteses (qui quadrado¹) de Pearson, considerando o nível de significância $\alpha = 5\%$ (PAHO-WHO, 2010).

¹ Para comparação de proporções utiliza-se o teste qui-quadrado, e estima-se intervalos de 95% de confiança para a diferença encontrada entre os tratamentos. Este intervalo indica que, tomando em conta o número de participantes no estudo, o benefício adicional real da intervenção estaria situado dentro daqueles limites calculados.

Durante a pesquisa danos foram minimizados dentro do possível e mantendo sigilo das informações, todas as etapas da pesquisa seguiram as especificações da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, 2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra desta pesquisa apresentou idade variando entre 18 e 34 anos. Em relação à escolaridade, 21,48% (n=64), possuem ensino médio incompleto, 37,25% (n=111) possuem ensino médio completo e 11,74% (n=35), ensino superior incompleto.

Quanto à situação familiar, 46,31% (n=138) convivem com companheiro e filhos, 27,18% (n=81) com companheiro e sem filhos nascidos vivos até o momento e 42,28% (n=126) são primigestas. Quanto a raça autodeclarada, prevaleceu a raça parda com 68,79% (n=205), a frequência de comorbidades se mostraram ausentes em 82,89% (n=247) da amostra.

Estudo feito por Xavier *et al.* (2013), em um ambulatório de pré-natal do IFF/Fiocruz com 3.440 gestantes, evidencia a faixa etária de 20 – 35 anos com 59,6% (n=2051), se assemelhando ao presente estudo. Xavier *et al.* (2013) ainda avaliaram o número de gestações dessas mulheres e 43,9% (n=1509) são multíparas. Segundo Santos *et al.* (2012), de 204 gestantes atendidas em uma maternidade pública do estado da Bahia, 51,8% (n=106) possuem 2º grau completo de escolaridade, e 57,2% (n=147) possuem união estável com o companheiro, associando-se assim ao presente trabalho.

Em Trindade, foram encontrados, com relação ao IMC pré-gestacional, 11,74% (n=35) apresentando baixo peso, 41,61% (n=124) das gestantes apresentaram peso adequado e 27,85% (n=83) sobrepeso. Com relação ao IMC mostrou-se uma elevação nos resultados encontrados, ressaltando que a obesidade e uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT), que é um problema de saúde pública.

Silva *et al.* (2014) mostram em sua pesquisa realizada em uma maternidade de Joinville (SC), com 327 gestantes, que houve prevalência de 54,1% gestantes com IMC pré-gestacional de eutrofia, em seguida dados apontam sobrepeso com 28,1% (n= 84) e 17,8% (n=53) para obesidade. Dessas pacientes que se

apresentavam obesas houve maior frequência de diabetes mellitus tipo II (3,7%) e hipertensão arterial sistêmica (5,6%).

Um levantamento feito pelo SISVAN no município de Trindade no ano de 2016 em relação ao Estado Nutricional Atual (IMC por semana gestacional) mostrou que, de 320 gestantes cadastradas naquele ano, 24,06% (n=77) estavam abaixo do peso, 37,05 % (n=120) peso adequado, 25% (n=80) sobrepeso e 13,44% (n=43) obesidade.

A relação de dependência entre os fatores de risco analisados neste trabalho e o ganho de ponderal gestacional encontra-se na Tabela 1. Foi encontrado sensibilidade estatística de dependência apenas entre o peso pré-gestacional e ganho ponderal ($p = 0,00$).

Tabela 1. Comparação das variáveis socioeconômica, demográficas, nutricionais e comorbidades com o ganho de peso em gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde em Trindade (GO), 2017.

Variáveis	Ganho ponderal gestacional n = 298						
	Insuficiente		Adequado		Excessivo		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade¹							0,137
≤ 17 anos	7	6,60	5	4,76	0	0	
18 a 34 anos	97	91,51	95	90,48	83	95,40	
≥ 35 anos	2	1,89	5	4,76	4	4,60	
Raça							0,416
Branca	24	22,64	19	18,10	22	25,29	
Preta	2	1,89	3	2,86	5	5,75	
Amarela	0	0	4	3,81	2	2,30	
Parda	76	71,70	73	69,52	56	64,37	
Indígena	0	0	1	0,95	0	0	
Não informado	4	3,77	5	4,76	2	2,30	
Estado civil							0,527
Companheiro e filhos	44	41,51	49	46,67	45	51,72	
Companheiro e sem filhos	37	34,91	27	25,71	17	19,54	
Companheiro, familiares	4	3,77	6	5,71	5	5,75	
Familiares	17	16,04	17	16,19	16	18,39	
Outras pessoas	3	2,83	2	1,90	1	1,15	
Sozinha	1	0,94	4	3,81	2	2,30	
Não informado	0	0	0	0	1	1,15	
Escolaridade							0,203
Analfabeta	0	0	1	0,95	0	0	
Ens. Fund. Incompleto	12	11,32	10	9,52	6	6,90	
Ens. Fund. Completo	6	5,66	8	7,62	5	5,75	
Ens. Médio Incompleto	29	27,36	21	20	14	16,09	
Ens. Médio Completo	40	37,74	31	29,52	40	45,98	
Ens. Superior Incompleto	6	5,66	19	18,10	10	11,49	
Ens. Superior Completo	5	4,72	9	8,57	6	6,9	

Não informado	8	7,55	6	5,71	6	6,9
Nº gestações						0,577
1 gestação	50	47,17	45	42,86	31	35,63
2 gestações	24	22,64	32	30,48	30	34,48
3 gestações	17	16,04	15	14,29	14	16,09
4 ou mais gestações	8	7,55	6	5,71	3	3,45
Não informado	7	6,60	7	6,67	9	10,34
Comorbidades						0,845
Ausente	84	79,25	89	84,75	74	85,06
Diabetes Mellitus (DM)	2	1,89	1	0,95	2	2,30
Hipertensão Arterial (HAS)	10	9,43	7	6,67	4	4,60
DM e HAS	7	6,60	4	3,81	3	3,45
Outros	3	2,83	4	3,81	4	4,60
IMC pré-gestacional²						0,000
Baixo peso	30	28,30	4	3,81	1	1,15
Adequado	44	41,51	71	67,62	9	10,34
Sobrepeso	20	18,87	18	17,14	45	51,72
Obesidade	12	11,32	12	11,43	32	36,78

Fonte: Autores

¹De acordo com Accioly, 2009. ²Índice de Massa Corporal, classificado de acordo com IOM, 1999.

Nesta pesquisa foram encontrados dados que mostram ganho ponderal insuficiente em 35,57% (n=106) das gestantes, adequado em 35,23% (n=105) e excessivo em 29,19% (n=87). No presente estudo a variável que gerou dependência foi ganho de peso durante o período gravídico (insuficiente/adequado/excessivo), relacionado ao IMC pré-gestacional (p=0,000), mostrando que 67,62% (n=71) das gestantes com ganho adequado foram classificadas anteriormente como eutróficas. Das classificadas com IMC pré-gestacional de baixo peso, 3, 81% (n=4) apresentou ganho adequado. Dentre as classificadas com IMC pré-gestacional de sobrepeso, 17,14% (n=18) apresentaram adequação e 51,72% (n=45) apresentaram ganho ponderal excessivo. Entre as que tinham IMC pré-gestacional de obesidade, 11,43% (n=12) apresentaram ganho ponderal gestacional adequado e 36,78% (n=32) apresentaram ganho ponderal excessivo.

Comparado ao estudo de Marano *et al.* (2012), realizado nos municípios de Queimados e Petrópolis – Rio de Janeiro, com uma amostra de 1.287 gestantes, onde gestantes com IMC pré-gestacional de eutrofia 60% (n=482) mostraram ganho ponderal adequado durante o período gravídico. Das que estavam com IMC pré-gestacional abaixo do peso, 40% (n=55) delas atingiram ganho adequado durante a gestação e das com IMC pré-gestacional de sobrepeso, 59% (n=138) ficaram com ganho de peso excedente, seguido das gestantes com classificação de

obesidade prévia (n=110), onde 49% (n=54) também apresentaram ganho excedente no período gravídico.

Fazio *et al.* (2011) em um estudo realizado em um hospital universitário com uma amostra de 187 gestantes, 47,9% (n=11) que possuíam baixo peso não alcançaram o ganho de peso adequado. Das que foram classificadas com IMC pré-gestacional de eutrofia, 34,5% (n=29) tiveram tanto o ganho adequado durante a gestação como insuficiente com o mesmo valor. No mesmo estudo, 56,7% (n=21), 39,5% (n=17), classificadas com IMC pré-gestacional sobrepeso e obesidade respectivamente, tiveram ganho excessivo na gestação.

Um outro estudo realizado com 120.531 gestantes de cinco estados norte-americanos participantes do programa “Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC)”, mostrou que a proporção de mulheres que ganharam peso ponderal dentro do recomendado diminuiu de 23,4% para 22,0%, e a proporção de mulheres que ganharam peso acima do recomendado aumentou de 41,5% para 43,7%, havendo portanto um aumento no ganho ponderal durante a gestação, entre os anos de 1990 e 1996 (SCHIEVE; COGSWELL; SCANLON, 1998 *apud* STULBACH *et al.* 2007).

Apesar das outras variáveis não terem apresentado dependência direta, estudos mostram que elas podem estar diretamente associadas entre si, podendo levar à desfechos desfavoráveis para a gestante (FRATTESI; JÚNIOR, 2010; KONNO; BENICIO; BARROS, 2007).

Na variável idade, foi expressivo na faixa etária de 18 – 34 anos o ganho de peso insuficiente sendo de 91,51% (n=97). A escolaridade apresentou valor mais expressivo no ano escolar ensino médio completo, com 45,98% (n=40) representando o ganho ponderal excessivo. No entanto em um estudo feito por Carvalhaes *et al.* (2013), em uma amostra de 212 gestantes houve prevalência na faixa etária de 20 – 34 anos, dessas, 50,3% (n=83) tiveram ganho excessivo na gestação. Ainda na mesma pesquisa foi mostrado que 51% (n=78) possuíam até o momento 8 – 11 anos de escolaridade, sendo assim houver uma tendência de variância.

Em mulheres que convivem com companheiro e filhos, 46,67% (n=49) tiveram ganho de peso adequado, seguido de ganho excessivo, representado por 51,72% (n=45). Em relação ao número de gestações, a classificação de ganho de peso se mostrou insuficiente dentro do estado primigesta com 47,17% (n=50). Magalhães *et*

al. (2015), em um estudo realizado com gestantes atendidas em todos os serviços públicos de pré-natal da zona urbana de Vitória da Conquista (BA), mostram a relação entre ganho excessivo de peso durante a gestação e situação familiar, foram avaliadas 328 mulheres e a situação marital prevalente foi convivência com companheiro, representando 44,21%. No mesmo estudo o número de gestações é mais expressivo quando se relaciona gestantes multigestas com ganho ponderal excessivo 43,72%.

A relação do χ^2 com a etnia foi com a cor parda mostrando-se na categoria de ganho de peso insuficiente, com 71,70% (n=76), seguido de ganho adequado 69,52% (n=73) e excessivo 64,37% (n=56). Porém em estudo apresentado por Marano *et al.* (2012), de 1.287 gestantes a cor parda prevaleceu em 37% (n=199) apresentando ganho de peso excedente, se mostrando assim contrário aos dados encontrados neste presente trabalho, onde predominou ganho insuficiente referente à mesma raça. Esse contraste pode talvez ser explicado por fatores socioeconômicos, estado do IMC pré-gestacional ou ainda o tamanho da amostra.

A dependência de comorbidades anteriores à gestação (HAS pré-gestacional e DM pré-gestacional) e o ganho ponderal mostraram resultados inexpressivos nas três categorias de ganho de peso, ressaltando a não prevalência delas para o peso excedente na amostra de gestantes apresentadas neste trabalho. No estudo de Marano *et al.* (2012) também apresentou prevalência de ausência de tais patologias em sua amostra, porém das que apresentaram, salientou a relação delas com o ganho ponderal. Onde a que mais se relacionou mostrando dependência ($p < 0,001$) foi HAS pré-gestacional com 243 casos, sendo que 53% (n=129) estão dentro da categoria de ganho ponderal excessivo.

CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou maior prevalência com IMC pré-gestacional eutrófico, se comparando assim aos demais estudos apresentados. Esse resultado se assemelha às demais variáveis como, estar fora da idade de risco, ter índices de ausência de comorbidades e possuir mais de onze anos de formação escolar. Com relação as variáveis que mostraram dependência direta, IMC pré-gestacional e ganho ponderal, gestantes classificadas anteriormente com eutrofia tiveram tanto índices relevantes para ganho adequado quanto para insuficiente. Porém as

gestantes que apresentaram IMC pré-gestacional de sobrepeso/obesidade tiveram ganho de peso excessivo durante a gravidez, igualando-se aos demais estudos e tornando-se um fator de risco tanto para a mãe, quanto para o feto.

A não relação de comorbidades existentes com os desfechos gestacionais não descarta o surgimento delas durante o período gravídico, salientando assim o quão importante se torna a manutenção de um peso saudável antes da gestação e principalmente durante o período gravídico, podendo evitar os agravamentos que esse peso excedente pode provocar.

Por isso a importância de se haver ações que promovam a informação acerca de uma alimentação saudável, realização de educação nutricional no pré-natal, além do acompanhamento, monitoramento e demais estudos que abordem ganho ponderal e fatores de risco gestacional.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Elizabeth; SAUNDERS, Cláudia; LACERDA, Elisa Maria de Aquino. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. - 2.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009.

ANDRETO, Luciana Marques; SOUZA, Ariani Impieri de; FIGUEIROA, José Natal; CABRAL-FILHO, José Eulálio. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2401-2409, 2006.

ASSUNÇÃO, Paula Lisiane de; MELO, Adriana Suely de Oliveira; GONDIN, Sheila Sherezaide Rocha; BENÍCIO, Maria Helena D'Aquino; AMORIM, Melania Maria Ramos; CARDOSO, Maria Aparecida Alves. Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.3, p.352-360, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**.– Brasília, 61 p., 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf. Data de acesso: 10 mai.2017.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; GOMES, Caroline de Barros; MALTA, Maíra Barreto; PAPINI, Sílvia Justina; PARADA, Cristina Maria Garcia de

Lima. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.35, n.11, p.523-529, 2013.

FAZIO, Eliener de Souza; NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto; DIAS, Maria Carolina Gonçalves; ZUGAIB, Marcelo. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.87-92, 2011.

FRATTESI, Flávia Franco; JÚNIOR, Mário Dias Corrêa. Obesidade e complicações gestacionais. **Revista Femina**, São Paulo, v.38, n.5, p.262-264, 2010.

GONÇALVES, Carla Vitola; MENDOZA-SASSI, Raul Andres; CESAR, Juraci Almeida; CASTRO, Natália Bolbadilha de; BORTOLOMEDI, Ana Paula. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.34, n.7, p.304-309, 2012.

HANDELL, Ingrid Botelho Saldanha; CRUZ, Marly Marques da Cruz; SANTOS, Marina Atanaka dos. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009*. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p.101-110, 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Nutrition during pregnancy**. Washington: National Academy Press, 1990. In. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 318 p., 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Data de acesso: 09 nov.2017.

KONNO, Sílvia Cristina; BENICIO, Maria Helena D' Aquino; BARROS, Aluisio J. D.. Fatores associados à evolução ponderal de gestantes: uma análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.6, p.995-1002, 2007.

MAGALHÃES, Elma Izze da Silva; MAIA, Daniela Santana; BONFIM, Carla Fabricia Araújo; NETTO, Michele Pereira; LAMOUNIER, Joel Alves; ROCHA, Daniela da Silva. Prevalência e fatores associados ao ganho de peso gestacional excessivo em unidades de saúde do sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.18, n.4, p.858-869, 2015.

MARANO, Daniele; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de Souza. Adequação do ganho ponderal

de gestantes em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2008. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, p.386-393, 2012.

MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI. **Relatório do Estado Nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice 2016.** Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios/publicos/relatorio-acomp-nutri.view.php>. Acesso em 23 de novembro de 2017.

SANTOS, Eliane Menezes Flores; AMORIM, Lídia Pereira de; COSTA, Olívia Lúcia Nunes; OLIVEIRA, Nelson; GUIMARÃES, Armênio Costa. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.34, n.3, p.102-106, 2012.

SILVA, Jean Carl; AMARAL, Augusto Radunz do; FERREIRA, Bruna da Silva; PETRY, João Francisco; SILVA, Mariana Ribeiro e; KRELLING, Pâmella Caroline. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.36, n.11, p.509-513, 2014.

SILVA, Raimunda Magalhães da; COSTA, Milena Silva; MATSUE, Regina Yoshie; SOUSA, Girliani Silva de; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.635-642, 2012.

STULBACH, Tamara E.; BENICIO, Maria Helena D'Aquino; ANDREAZZA, Rosemarie; KONO, Silvia. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.1, p.99-108, 2007.

Bileira deGogia eObstetrícia, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p.13-19, 2011.

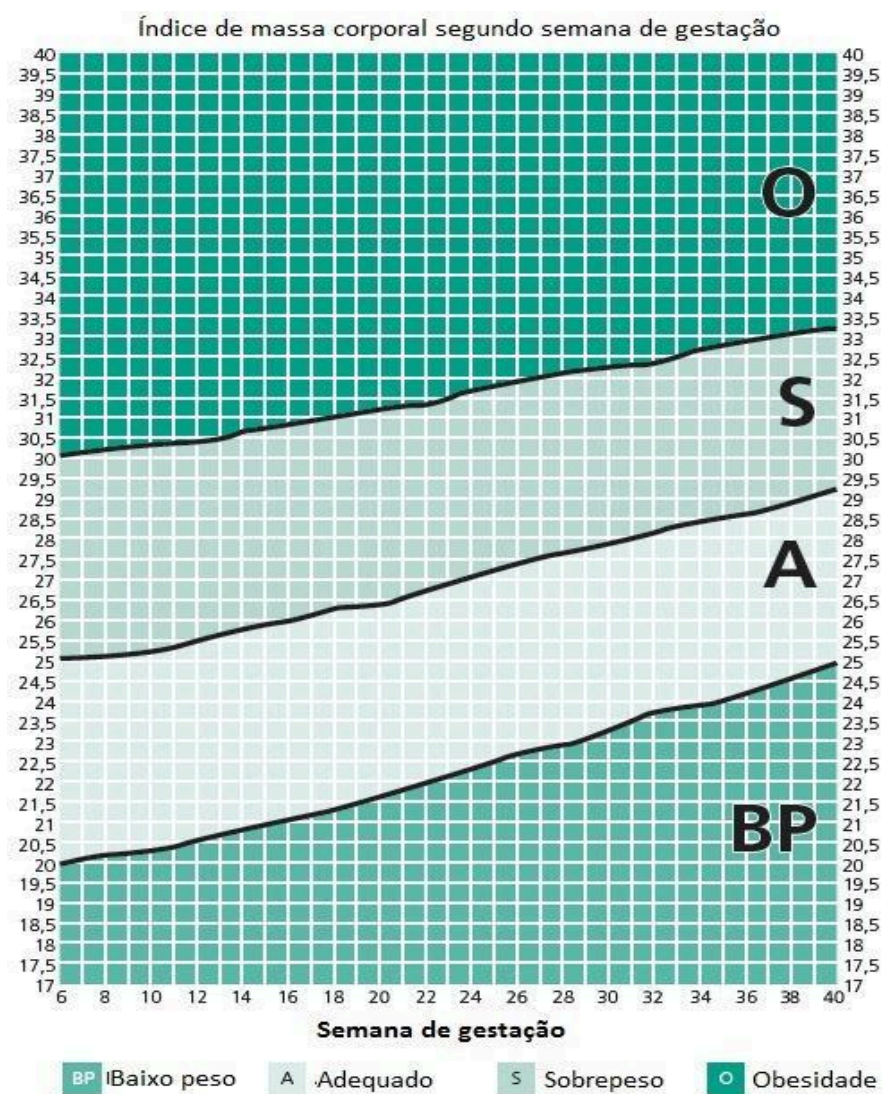
XAVIER, Rozania Bicego; JANNOTTI, Claudia Bonan; SILVA, Katia Silveira da; MARTINS, Aline de Carvalho. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.1161-1171, 2013.

ANEXOS

Anexo – 1: Ficha do Mapa de Acompanhamento Nutricional do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). (Adaptado)

Data do atendimento: ____/____/____
Altura:
Escolaridade:
Estado Civil/União:
Raça:
Comorbidades:
DPP (Data Provável do Parto):
Peso pré-gestacional:
IMC pré-gestacional:
Classificação do IMC pré-gestacional:
Classificação do ganho ponderal:

Anexo 2:



Anexo 3:



**CENTRO DE ESTUDOS OCTAVIO DIAS DE OLIVEIRA
FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CEP/FUG**



USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO

PROTOCOLO N. 31/2017

RECEBIDO EM: 13/06/17

PARECER FINAL

1. Título do projeto de pesquisa

Acompanhamento do ganho de peso ponderal e os desfechos gestacionais de gestantes atendidas nas unidades

2. Proponentes

Alynyy de Jesus Pereira; Karoline Socorro Guillarducci; Lorena Caroline Dias Guedes; Larissa de Faria Alves

3. Despacho do coordenador da CEP/FUG

Considerando as observações feitas pelo relator na reunião do dia 24/07/17, constantes em seu Parecer Consubstanciado, e a discussão empreendida pelos membros, o presente projeto de pesquisa foi considerado:

APROVADO

Leonardo Edilberto Cardoso Filho
Presidente da CEP/FUG
Faculdade União de Goyazes

4. Compromisso do pesquisador

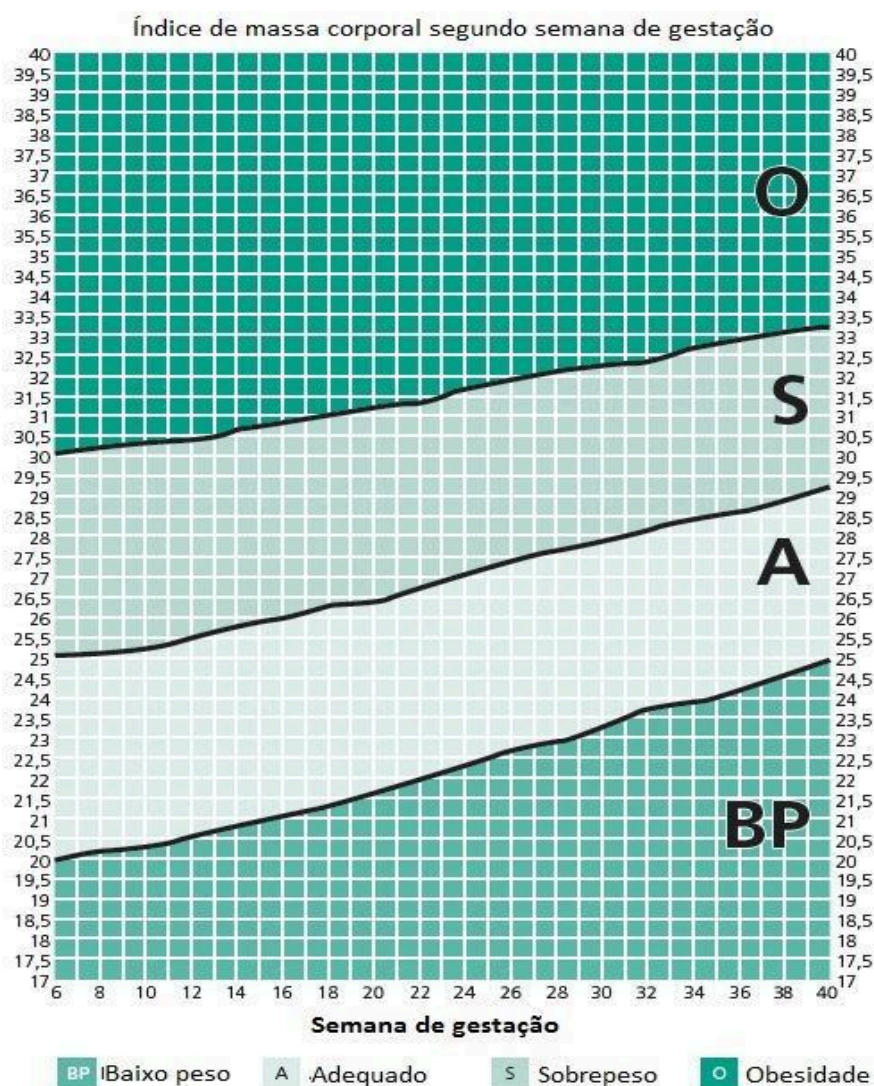
Declaro haver recebido o Parecer da CEP/FUG e respeitarei seu resultado, atendendo as modificações e/ou recomendações que forem feitas. Qualquer desrespeito aos princípios éticos que vier acontecer será de minha inteira responsabilidade. Comprometo-me, ao final da pesquisa, entregar o Relatório Final à CEP/FUG no prazo estabelecido pela mesma.

Lorena Caroline Dias Guedes
Lorena Caroline Dias Guedes

Trindade/GO. 07/08/17

Visto da Secretária Executiva

Luciene Francis Martins
Luciene Francis Martins
Comissão de Ética em Pesquisa - FUG
Secretária Executiva



Anexo 5:

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres *	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0