

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA CLÁUDIA HENRIQUE DA SILVA FERREIRA

OBESIDADE NA GRAVIDEZ E SEUS FATORES DE RISCOS

FLORIANÓPOLIS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA CLÁUDIA HENRIQUE DA SILVA FERREIRA

OBESIDADE NA GRAVIDEZ E SEUS FATORES DE RISCOS

Monografia apresentada ao Curso De Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Saúde Materna Neonatal do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora Márcia Teles de Oliveira

Gouveia

FLORIANÓPOLIS

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **OBESIDADE NA GRAVIDEZ E SEUS FATORES DE RISCOS** de autoria do aluno **MARIA CLAUDIA HENRIQUE DA SILVA FERREIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem – **SAÚDE MATERNA E NEONATAL**.

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS

2014

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVO.....	7
2.1 OBJEJETIVO GERAL.....	7
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	7
3. JUSTIFICATIVA.....	7
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
5. MÉTODO.....	16
6. RESULTADO E ANÁLISE.....	17
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
8. REFERÊNCIAS.....	20

RESUMO

A obesidade é um problema atual de saúde pública sendo considerado uma doença crônica e epidêmica. Devido ao aumento de mulheres obesas na atualidade, passou a ser um problema cada vez mais preocupante, onde as mortes poderiam ser evitadas com a qualidade da assistência, observando as recomendações de um ganho de peso adequado com orientações de uma boa nutrição, tendo em vista a importância de um bom trabalho em equipe. Evitando as complicações maternas e fetais como aborto, hipertensão arterial, diabetes, macrosomia, anomalias congênitas, e um trabalho de parto prolongado causando complicações fetais. O objetivo é realizar uma revisão bibliográfica com tema relacionado à obesidade materna, seus riscos e fatores nutricionais. Tendo como metodologia uma revisão bibliográfica de artigos publicados com base de dados scielo, bibliotecas virtuais da UFRG, UFRS, e livros do Ministério da Saúde, servindo como foco no trabalho os assuntos: Guia alimentar da população Brasileira, caderno de atenção básica obesidade, obesidade na gestação e complicações associadas, gravidez de alto risco: impacto obesidade materna na evolução da gravidez e repercussões sobre o conceito, obesidade materna e gestações de alto risco e complicações, gestantes portadoras de diabetes: características e vivências durante gestação, obesidade e gravidez conhecer para atuar precocemente, ganho de peso gestacional, desfechos adversos da gravidez, ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato, obesidade e gravidez. O ideal é a obtenção de peso normal antes da gravidez, sendo de suma importância não só para concepção, mas também para se evitarem complicações durante a gravidez. No entanto, é fundamental que as mulheres obesas sejam devidamente informadas sobre os riscos da obesidade tanto para elas, quanto para seus filhos e sobre benefícios da perda de peso.

Descritores: Obesidade; gravidez; fatores de risco gestacional.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema atual de saúde pública, sendo considerada como uma doença crônica e epidêmica, com rápido aumento em sua prevalência nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, estando relacionada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade (WENDLAND, 2003).

A obesidade é definida como um distúrbio de estado nutricional traduzido por aumento de tecido adiposo, reflexo do balanço energético positivo. É uma desordem de múltipla proveniência que apresenta na sua etiologia fatores genéticos, metabólicos, ambientais, sociais, psicológicos, alimentares e de estilo de vida, que pode atuar em conjunto ou isoladamente (TANAKA, 1980; CURY 2002).

Devido ao aumento da incidência de mulheres obesas na atualidade, a obesidade na gestação, passou a ser considerado um problema cada vez mais preocupante motivo de diversos estudos (VALENTE 2003).

Alguns estudos têm caracterizado o ganho ponderal excessivo durante a gestação como uma possível causa da obesidade entre mulheres. Este aumento, além de contribuir para obesidade, está também associado a algumas complicações, entre elas a macrosomia fetal, as hemorragias, o trauma fetal, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil (STUBALCH ET al.2007).

A gestante que inicia a gravidez obesa apresenta um risco maior de parto muito antes do termo (menos de 32 semanas). E morte precoce ou tardia fetal se esta for sua primeira gravidez (MAHAN; STUMP, 2005).

A gestação é um período crítico, no qual o estado físico e mental materno influencia diretamente na saúde da mãe e do feto demandando atenção redobrada dos serviços de saúde a grande maioria dos autores afirma que obesidade e gravidez aumentam as complicações maternas, levando mãe e filho a um alto risco (SAMANTA, 2008).

As mortes maternas poderiam ser evitadas com a melhoria na qualidade da assistência e garantia de acesso aos serviços de saúde. A mulher que vive no mundo em desenvolvimento tem probabilidade muito maior de morrer devido a complicações na gravidez no parto em relação mundo industrializado (ACCIOLY, 2005).

A assistência ao pré-natal é decisiva na gestação, pois na ausência, é cinco vezes maior a mortalidade perinatal em relação às que são acompanhadas regularmente (ACCIOLY, 2005). Durante o pré-natal detectamos as gestantes de alto risco, podemos determinar as medidas profiláticas e terapêuticas controlando assim os riscos materno e fetal.

Torna-se imprescindível que os profissionais de saúde percebam as mulheres para além da obesidade. A gestante precisa ser compreendida a partir da sua história de vida e do contexto em que vivem.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Realizar uma revisão bibliográfica com tema relacionado à obesidade materna e seus riscos e fatores nutricionais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Descrever o impacto presente na literatura quanto à obesidade na gestação e risco ao conceito.
- Identificar os fatores de riscos e complicações associadas em relação à obesidade e gestação e risco pós-parto.

3. JUSTIFICATIVA

O tema da pesquisa foi escolhido devido ao grande aumento do número de gestantes com obesidade gestacional encontrado na unidade de saúde. Considerando que muitas já chegavam com IMC entre 29 e 35 acima do desejado, logo no primeiro trimestre de gestação e com grande dificuldade na aceitação do controle de peso. Analisando todos os

casos veio à necessidade de aprimorar os conhecimentos, através do estudo dos principais fatores de riscos para essas gestantes e melhoria do atendimento nesta unidade, além de ajudar nas medidas educativas na saúde pública.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestação período de mudanças fisiológicas e psicológicas importantes para mulher e, sendo um período normal, está ligada a um ganho de peso, com aumento e risco gestacional, como pode ser causa de obesidade e levar a um aumento de risco de doenças crônico-degenerativas (WENDLAND, 2003).

A literatura é unanime em afirmar que existe um risco aumentado de complicações na gestação, decorrentes da obesidade. Desta forma, é importante considerar que durante o período gestacional é imprescindível prática do aconselhamento dietético, que é uma modalidade de educação nutricional, partindo do desejo da mulher de cuidar do seu filho e, consequentemente cuidar de si mesma (CERQUEIRA, 2005).

A gestação é um período de tempo relativamente longo, podendo permitir a instalação de um processo de modificação comportamental, que busque mudança duradoura nos hábitos alimentares. O processo educativo não deve visar somente à melhora do conhecimento sobre nutrição, mas efetivamente, auxiliar as gestantes a escolher e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e de estilo de vida (CERQUEIRA, 2005).

FISIOLOGIA DA GESTAÇÃO

A gestação engloba uma série de pequenos e contínuos ajustes fisiológicos que afetam o metabolismo de todos os nutrientes. Estes ajustes são individuais dependendo do

estado nutricional pré-gestacional, e de determinantes genéticos do tamanho fetal e do estilo de vida da mãe (KINK, 2000).

Durante a gravidez normal, os componentes de ganho de peso são: o feto, o líquido amniótico, a placenta, o útero e o tecido mamário aumentado, e o aumento do volume sanguíneo. Em conjunto, constituem o ganho de peso obrigatório associado à gravidez. Além disso, há o acúmulo variável de líquido tecidual e tecido adiposo (SHILS *et al.*, 2002).

A ingestão deficiente de energia e nutrientes pode comprometer o crescimento fetal; por isso esforços para alcançar um bom estado nutricional maternos antes da concepção e durante a gestação são fundamentais (KINK, 2000).

Os ajustes no metabolismo de nutrientes ocorrem desde as primeiras semanas de gestação, apesar da demanda fetal por nutrientes ocorrer principalmente durante a última metade da gestação, quando ocorre mais de 90% de crescimento fetal; há aumento cerca de 60% da taxa de metabolismo basal neste período (KING, 2000).

IMPACTO DA OBESIDADE NA GESTAÇÃO

Vários fatores interagem para determinar o processo da gravidez, dentre estes, o estado nutricional da gestante (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2002).

Durante os últimos 50 anos a recomendação para ganho de peso na gestação tem sido muito discutida. Na primeira metade do século XX, obstetras americanos restringiam o ganho de peso durante gestação para prevenir a toxemia, obesidade materna e complicações no parto. Essa política mudou nos anos 60, quando especialistas começaram a reconhecer que as taxas relativamente altas de mortalidade vistas nos Estados Unidos estavam ligadas ao baixo peso ao nascer. Em 1980, o *Institute of medicine of national Academy of sciences* publicou um artigo confirmando a forte associação entre o ganho de peso gestacional e o tamanho da criança e propôs uma série de recomendações de ganho de peso para o índice de massa corpóreo (IMC) pré-gestacional (ABRAMS *et al.*, 2000).

A recomendação do ganho de peso durante a gestação baseia-se no IMC pré-gestacional, e a partir deste propõe-se ganho de peso diferenciado (LEDERMAN *et al.*, 1997).

Sabe-se que muitas mulheres não mantêm um bom estado nutricional antes, durante e após a gestação. Estudos realizados em países desenvolvidos indicam consumo abaixo do recomendado para vários micronutrientes em mulheres em idade reprodutiva (KAISER & ALLEN, 2002). Por outro lado, atualmente, muitas iniciam a gestação com sobrepeso (cerca de 19% a 38%), e apenas 30% a 40% apresentam ganhos de peso de acordo com as recomendações (KAISER & ALLEN, 2002). Nucci, em 2001, ao estudar mais de 3000 gestantes atendidas pelo sistema único de saúde observou que menos de 1/3 obteve ganho de peso adequado.

EXCESSO DE GANHO DE PESO NA GRAVIDEZ

Apesar das recomendações de ganho de peso adequado durante a gravidez, é comum mulheres ganharem mais peso que o recomendado. Nos últimos 10 anos, vários autores têm relatado altas incidências de ganho de peso excessivo na gestação (NUCCI *et al.*, 2001).

O ganho de peso excessivo durante a gestação, além de contribuir para obesidade, esta também associada a algumas complicações, entre elas a macrosomia fetal, as hemorragias, o trauma fetal, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil. Algumas características maternas estão associadas a ganho de peso durante a gestação. Além dos fatores nutricionais (estado nutricional inadequado na iniciada gravidez, alto consumo energético e sedentarismo), destacam-se os fatores sociodemográficos (baixa escolaridade e idade 35 anos), presença de companheiro, fatores obstétricos (multiparidade, baixo intervalo interpartal,) e fatores comportamentais, hábito de fumar e trabalho fora de casa (NUCCI *et al.*, 2001).

COMPLICAÇÕES MATERNAS

ABORTAMENTO

Em estudo recente, demonstrou-se que em mulheres com abortos recorrentes, houve taxa de aborto mais alta nas mulheres obesas que em não obesas. Com base em estudos retrospectivos, concluiu-se que em não obesa (46% versus 43%). Com base em estudos retrospectivos, concluiu-se que a obesidade está associada à alta taxa de abortamento em mulheres que concebem espontaneamente. Estudos prospectivos são necessários para verificar esses resultados preliminares (BOOTS *et al.*, 2011).

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial gestacional é considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico e puerperal com incidência em 6% a 30 das gestantes, e resulta em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (ROSSI, 2008).

Alterações hemodinâmicas em obesas durante a gestação incluem o aumento da pressão arterial, alteração da função cardíaca e hemocomcentração. Desordens hipertensivas são significativamente maiores em gestantes obesas do que em não obesas. Mesmo quando o sobre peso é moderado, a ocorrência da hipertensão e pré-eclâmpsia é significativamente maior (GALTIER-DEREURE *et al.*, 2000).

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) é uma síndrome caracterizada por hipertensão, proteinúria e edema. Os termos pré-eclâmpsia (PE) e eclâmpsia (E) se refere à natureza e grau de sintomas envolvidos. A eclâmpsia é uma extensão da pré-eclâmpsia e ocorre próximo ao momento do trabalho de parto podendo ocorrer também no pós-parto (MAHAN & ESCOTT-STUMP 2002)

A DHEG manifesta-se após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa, podendo persistir no máximo até a sexta semana após o parto.

O peso materno é um fator de risco independente para pré-eclâmpsia. Especificamente, as mulheres com IMC>30 têm probabilidade duas a três vezes maiores para

o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Evidências comprovam que o risco de pré-eclâmpsia dobra a cada aumento de 5 a 7 kg/m no IMC pré-gestacional (DE LA CRUZ, 2012).

Uma gravidez anterior complicada por pré-eclâmpsia constitui um dos fatores de riscos para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia grave na gravidez atual. A pré-eclâmpsia também está associada a risco aumentado de doença cardíaca coronariana em longo prazo.

A pré-eclâmpsia pode ser classificada como leve ou grave. De acordo com Acog, 2002 (apud DALMAZ, 2006) o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave se dá quando um ou mais dos fatores abaixo está presentes:

- PA sistólica ≥ 160 mmhg ou PA diastólica ≥ 110 mmhg confirmados em duas tomadas com intervalos de 6h com pacientes em repouso;
- Proteinúria ≥ 5 g em 24h ou $\geq 0,3$ + em duas amostras de urina coletada em até 4h;
- Lígúria < 500 ml em 24h
- Distúrbios visuais ou cerebrais;
- Dor epigástrica;
- Trombocitopenia (plaquetas $< 100.000/UL$);
- Crescimento fetal restrito

É considerado leve quando não preenche os critérios de pré-eclâmpsia grave em relação à pressão e a proteinúria.

Ainda de acordo com Mahan (2005), a eclâmpsia é a hipertensão induzida pela gravidez que resulta em convulsões graves. Os sintomas que indicam convulsões iminentes são tontura, cefaleia, distúrbios visuais, edema facial, anorexia, náuseas e vômito.

DIABETES GESTACIONAL

A incidência de diabetes mellitus gestacional (DMG) em gestantes obesas é três vezes maior que na população geral (NOGUEIRA, SANTOS 2012). No período gestacional, as mulheres, mesmo com peso adequado, apresentam fisiologicamente aumento da resistência à insulina. Nas grávidas obesas essa característica fisiológica ocorre de forma exacerbada,

favorecendo o desenvolvimento (DM2), pré-gestacional, é maior nessa população. Desta forma, recomenda-se que essas mulheres sejam rastreadas precocemente por meio de glicemia de jejum, glico-hemoglobina e, se necessário, teste oral de tolerância à glicose, com objetivo de detectar pacientes previamente diabéticas, porém não diagnosticada antes da gestação. Mulheres obesas com antecedentes de DMG têm risco seis vezes mais alto de desenvolver DM2 no futuro, quando comparadas às magras com o mesmo antecedente.

O diabetes pode existir apenas como respostas ao estresse da gravidez e se resolver após o parto, uma condição chamada de diabetes gestacional (DG) (MAHAN, 2002).

Conforme Vitolo (2003), em geral, a DG ocorre devido a um defeito funcional, e não imunológico, das células que prejudica sua capacidade de compensar a resistência insulina da gravidez.

Segundo Mahan (2005), não é bem definida a etiologia da DG, porém, podem-se citar alguns fatores associados, tais como:

- Redução na secreção pancreática de insulina;
- Alteração na secreção de glucagon;
- Alteração dos receptores de insulina;
- Desequilíbrio dos hormônios contra insulínicos.

O número de partos traumáticos em gestantes com DG é superior ao observado em partos normais, isto devido às microssomias, podendo ocorrer no recém-nascido: fratura de clavícula, céfalo-hematoma, lesões do plexo-braquial, paralisia diafragmática, hemorragias oculares e sub-durais. A alteração clínica mais comum são a hipoglicemia e a imaturidade pulmonar (MORETTO, 2001).

MACROSSOMIA

A macrossomia é definida como o peso ao nascimento maior que 4.000g, independente de variáveis demográficas. (KERCHE, 2005), e os recém-nascidos são classificados como grandes para idade gestacional (GIG), quando tem o peso acima do percentil 90, em curvas adequadas ao sexo e população (LONDON, 2007).

O peso ao nascer resulta da influência de múltiplos fatores e é um indicador de saúde, pois seus extremos representam grupos de recém-nascidos (RN) com maior risco de morbimortalidade (MELO ASO *et al.*, 2007).

A macrossomia fetal é a complicação mais frequente em filhos de gestantes obesas, mesmo naqueles que não desenvolveram DMG. Existe associação direta entre IMC e risco de macrossomia, decorrente do aumento da resistência à insulina em grávidas obesas, o que leva à hiperinsulinemia fetal, importante fator para o crescimento intrauterino. Além disso, lipases placentárias que clivam triglicerídeos presentes em excesso nas pacientes resistentes à insulina levam o maior aporte de ácidos graxos livres para o feto. O ambiente fetal é totalmente modificado, havendo alteração na síntese, secreção e ação da leptina, que determina alterações no metabolismo dos adipócitos fetais (YOGEV, CATALANO, 2009).

ANOMALIAS CONGÊNITAS

Elevadas incidências de anormalidades congênitas parecem ocorrer em filhos de mulheres obesas, sendo as anomalias mais importantes os defeitos do tubo neural, as cardíacas e as anormalidades de parede abdominal como onfalocele. Uma explicação para essa aumentada incidência de defeitos de tubo neural pode ser a excessiva interferência do tecido adiposo na metabolização dos folatos, com perda do efeito protetor do ácido fólico nessas gestantes (VITOLLO, BUENO, GAMA, 2011)

PARTO E PUERPÉRIO

A probabilidade de trabalho de parto prolongado é mais ampla em gestantes obesas, provavelmente ao menor tônus miometral (HELORAN, CHENG, 2012).

Um estudo publicado na revista “*obstetrics & gynecology*” conduzido por pesquisadores da *University of North Carolina of national institute of child Health and human Development* estudaram dados de quase 600 mulheres a partir dos 16 anos que estavam grávidas de um bebê. Os pesquisadores observaram quanto tempo levava para que essas

mulheres progredissem no trabalho de parto, além do índice de massa corpórea dessas mulheres – IMC, o qual é uma medida indireta da gordura corporal. (VANRATIAN, 2004).

Os cientistas definiram como IMC normal entre 19,8 e 26, sobrepeso variando de 26,1 e 29 e obesidade com IMC acima de 29. Esses valores são próximos dos valores padrão que aceitam como IMC normal à variação de 18,5 – 24,9 sobrepesos variação 25- 29,9 e obesidade com IMC acima de 30.

O estudo mostrou trabalho de parto prolongado nas mulheres enquadradas nos padrões de sobrepeso e obesidade. Com relação às mulheres consideradas de peso normal, o trabalho de parto durou cerca de 6,2 h. Para as mulheres com sobrepeso, o trabalho de parto durou, em média, 7,5h. As obesas demoraram quase 8h para concluir o trabalho de parto. (VAHRATIAN, 2004).

O trabalho de parto demorado é uma razão de escolha pelo parto cesariano. Dessa forma, as mulheres com sobrepeso ou obesidade são mais propensas à escolha por um parto cesariano. Essa propensão foi qualificada em um risco 2x maior da escolha pela cesariana quando em comparação com mulheres de peso normal, dizem os pesquisadores, citado estudos anteriores (FAÇANHA, 2009).

COMPLICAÇÕES FETAIS

Ao longo prazo, os recém-nascidos filhos de mães obesas ou diabéticas são propensos aos desenvolvimentos da obesidade infantil, síndrome metabólica, diabetes tipos dois e aumento da mortalidade cardiovascular na vida adulta (YOGEV, CATALANO, 2009).

RECOMENDAÇÕES PARA GESTANTE OBESA

A maioria dos estudos em países desenvolvidos tem mostrado que os grupos de menor renda e escolaridade têm maiores riscos de sobrepeso e obesidade; além de apresentar um maior número de fatores de risco para doenças crônicas (TEICHMANN *et al.*, 2006).

Um acompanhamento eficiente do ganho de peso durante a gestação e atendimento nutricional, contribui para reduzir os riscos obstétricos (LIMA; SAMPAIO, 2004).

A obesidade, entre as populações de baixa renda, reflete, respectivamente, consumo dietético excessivo, determinados pela ingestão de alimentos de baixo custo que fornecem calorias vazias. (ASSUNÇÃO *et al.*, 2007).

O pré-natal torna-se momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher. Dessa forma, as orientações nutricionais devem ser oferecidas de acordo com as possibilidades econômicas, sociais e culturais de cada paciente (SANTOS *et al.*, 2006).

O estado nutricional é determinado, principalmente, pela ingestão de nutrientes, seja em termos micro ou macronutrientes; portanto, um inadequado aporte energético da gestante pode levar a uma competição entre mãe e o feto, limitando a disponibilidade dos nutrientes necessários.

5. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura com método qualitativo de artigos publicados, na base de dados, SCIELO, biblioteca virtual, UFRG, UFRS e Ministério da Saúde. Com objetivo de realizar uma revisão descrevendo os fatores de riscos. Uma síntese da produção pode servir como medida educativa voltada a enfrentar questões na saúde pública. Produzindo impacto presente quanto à obesidade na gestação como embasamento medidas educativas para este grave problema de saúde pública.

Foram analisados:

- Guia alimentar para população brasileira (MINISTERIO DA SAÚDE 2008)
- Urgências e emergências maternas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2000).
- Caderno de atenção básica, obesidade (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).
- Obesidade na gestação e complicações associadas (SUSSENBACH, 2008).
- Obesidade e gravidez (CERQUEIRA, 2005).

- Gravidez de alto risco: impacto obesidade materna na evolução da gravidez e repercussões sobre o concepto (SILVA E CAPRILES, 2010).
- Obesidade materna em gestação de alto risco e complicações infecciosas no puerpério (PAIVA, 2012).
- Gestantes portadoras de diabete: características e vivencias durante a gestação (MORETO, 2008).
- Obesidade e gravidez: conhecer para atuar precocemente (SOARES E CAMPOS REVISTA DE ENDOCRINOLOGIA E DIABETES, 2012).
- Ganho de peso gestacional, desfechos adversos da gravidez (DREMER, 2010).
- Ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato (MURARO, 2013).
- Obesidade e gravidez (revista medica minas gerais, 2013).

O respeito aos aspectos éticos foram assegurados, mantendo a autenticidade das ideias, definições e princípios dos autores dos artigos científicos analisados de acordo com a lei dos direitos autorais. Os autores foram referenciados de acordo com as normas de citação da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT, 2009).

6. RESULTADOS E ANÁLISE

Foram analisados 30 artigos com o tema da gestação e obesidade e 5 livros do Ministério da Saúde. foram utilizados para pesquisa: Guia alimentar, caderno da atenção básica, urgências e emergências maternas, obesidade na gestação e complicações associadas, obesidade e gravidez, gravidez de alto risco e impacto, obesidade materna na evolução da gravidez e repercussões sobre o concepto, obesidade materna em gestação de alto risco e complicações infecciosas no puerpério, gestantes portadoras de diabetes, obesidade na gravidez conhecer para atuar precocemente, ganho de peso gestacional desfechos adversos da gravidez, ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato, obesidade e gravidez.

A literatura é unanime em afirmar que existe um risco aumentado de complicações na gestação, decorrente da obesidade. Desta forma, é importante considerar que durante á gestação é imprescindível pratica do aconselhamento dietético que é uma modalidade de

educação nutricional partindo do desejo da mulher cuidar do seu filho e, conseqüentemente de si mesma (CERQUEIRA, 2005).

A incidência de diabetes mellitus gestacional (DMG) em gestantes obesas é três vezes maior que na população em geral (NOGUEIRA, SANTOS; 2012).

A recomendação do ganho de peso durante a gestação baseia-se no IMC pré-gestacional, e a partir deste um ganho de peso diferenciado (LEDRMAN, 1997).

O ganho de peso excessivo durante a gestação, além de contribuir para obesidade, está também associada a algumas complicações, entre elas a macrossomia fetal, as hemorragias, o trauma fetal, baixo peso ao nascer, e mortalidade fetal (NUCCI, 2001).

A hipertensão arterial gestacional é considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico e puerperal com incidência em 6 % a 30 que resulta em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (ROSSI, 2008).

A probabilidade de trabalho de parto prolongado é mais ampla em gestantes obesas, provavelmente ao menor tônus miometral (HELORAN, CHENG, 2012).

O trabalho de parto demorado é uma razão de escolha pelo parto cesariano. Dessa forma, as mulheres com sobrepeso ou obesidade são mais propensas à escolha por um parto cesariano. Essa propensão foi qualificada em um risco duas vezes maior da escolha pela cesariana quando em comparação com mulheres de peso normal (FAÇANHA, 2009).

Um acompanhamento eficiente do ganho de peso durante a gestação e atendimento nutricional, contribui para reduzir os riscos obstétricos (LIMA; SAMPAIO, 2004).

O peso ao nascer resulta da influência de múltiplos fatores e é um indicador de saúde, pois seus extremos representam grupos de recém-nascidos (RN) com maior risco de morbimortalidade (MELO, 2007).

Ao longo prazo, os recém-nascidos filhos de mães obesas ou diabéticas são propensos ao desenvolvimento da obesidade infantil, síndrome metabólica, diabetes tipos dois e aumento da mortalidade cardiovascular na vida adulta (YOGEV, CATALANO, 2009).

Que os resultados analisados contribuam para melhoria da qualidade da assistência na unidade de saúde Silvio Botelho do Município Boa Vista – RR.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescente aumento da prevalência de obesidade nas últimas décadas, esta se torna cada vez mais um problema de saúde pública. Paralelamente a esta epidemia, também aumenta a obesidade na gestação. Diversos autores referem que a prevalência de obesidade no período gestacional varia entre 20 a 45%.

O período pós-parto é outro momento adequado para a mulher adotar hábitos de vida saudáveis que permitirão não apenas a perda do excesso de peso ganho durante a gravidez, mais também o alcance do peso ideal antes da próxima gestação. O apoio de toda família assim como de médicos, psicólogos, nutricionistas, e educadores físicos é necessário para que a mulher alcance os objetivos almejados para uma mudança de estilo de vida mais saudável.

O estigma da obesidade pode ser perturbador para muitas mulheres grávidas. É necessário que haja muito cuidado, sensibilidade e respeito na condução da gestação em uma mulher obesa.

A gestação demanda atenção redobrada dos serviços de saúde, e quando há associação obesidade-gestação ainda mais. Muitas complicações poderiam ser evitadas e também a redução de morte materna com a melhoria na qualidade da assistência pré-natal.

O ideal é a obtenção do peso normal antes da gravidez, sendo de suma importância não só para concepção, mas também para se evitarem complicações durante a gravidez. Apesar da orientação, muitas mulheres não planejam suas gravidezes e, mesmo quando fazem, poucas conseguem alcançar a meta de peso ideal antes de engravidar, pois o tratamento requer mudança no estilo de vida, considerada uma tarefa difícil.

No entanto, é fundamental que as mulheres obesas sejam devidamente informadas sobre os riscos da obesidade tanto para elas, quanto para seus filhos e sobre benefícios da perda de peso.

8. REFERÊNCIAS

1. CERQUIRA, H; **Obesidade e gravidez.** 2005 <http://campena.edu.br/index.php/ciência>
2. DREMER, M. **Ganho de peso gestacional e estado nutricional do Neonato.** 2010. <http://www.ume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26934/00762>
3. GOMES, E; SOARES, A.L.; CAMPOS, R.; 2013 **Obesidade e gravidez: conhecer para atuar precocemente?** A realidade numa unidade de saúde familiar. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 8(1), 16-20. <http://www.elsevier.pt/pt/revista/revista>
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade. Cadernos de Atenção Básica - n.º 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** 2006.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição. 119 p. 1.
7. MORETO, V.; 2001 **Gestantes portadoras de diabetes características e vivências durante a gestação.** <http://hdl.handle.net.10183/1681>
8. MURARU, L. 2013 **Ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato.** <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/78414>
9. PAIVA, L.; NOMORA, R.; DIAS, C.; ZUGAIB, M. 2012 **Obesidade materna em gestação de alto risco e complicações infecciosas no puerperio.** <http://www.scielo.br/pdf/ramp/v58n4a16.pdf>
10. NOGUEIRA, A.I., CARREIRO, M.P. **Obesidade e gravidez.** Rev Med Minas Gerais. 2013;23(1):88-98. <http://www.dx.doi.org/105935/2239-3182.20150014>

11. SILVA, K. A.; CAPRILES, V.D. **Gravidez de alto risco: impacto da obesidade materna na evolução da gravidez e repercussões sobre o concepto.** [online].

12. SUSSENBACH, S. **Obesidade na gestação e complicações associadas** <http://www.lume/ufrgs.br/btstren/handle/10183/15433/00678>