

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MONIELLE RAYLA DE SOUSA SILVA

ANÁLISE DO GANHO PONDERAL DURANTE GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO

PICOS – PIAUÍ

2018

MONIELLE RAYLA DE SOUSA SILVA

ANÁLISE DO GANHO PONDERAL DURANTE GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

PICOS – PIAUÍ

2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S586a Silva, Monielle Rayla de Sousa
Análise do ganho ponderal durante gestação de baixo risco /
Monielle Rayla de Sousa Silva– 2018.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (40 f.)
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)
– Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Profa. Dra. Andressa Suelly Saturnino de
Oliveira

1. Saúde da Mulher. 2. Gravidez-Ganho de peso. 3. Índice de
Massa Corporal. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 618.24

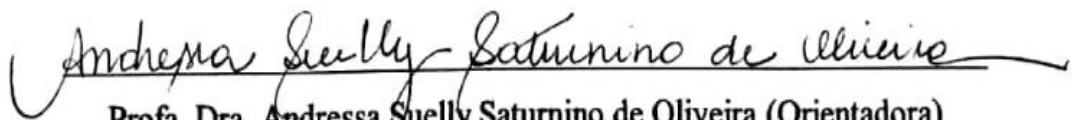
MONIELLE RAYLA DE SOUSA SILVA

ANÁLISE DO GANHO PONDERAL DE PESO DURANTE GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 13 / 06 / 2018

BANCA EXAMINADORA

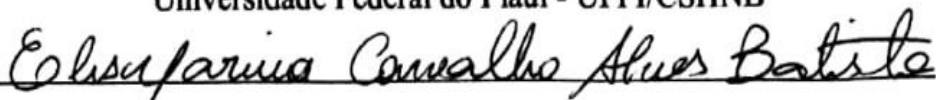


Profª. Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB


Prof. Me. Eugenio Barbosa de Melo Júnior (1º Membro Efetivo)

Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB



Profª. Me. Elis Marina Carvalho Alves Batista (2º Membro Efetivo)

Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, sei que sem o seu amor eu jamais teria chegado até aqui, foi a Sua força, cuidado e permissão que me deram sabedoria para completar este percurso.

Agradeço a minha mãe Adriana Sousa pela sua total dedicação e apoio a mim, por ter confiado em mim e me proporcionado todas as condições para que eu pudesse chegar até o final desse cominho.

Ao meu irmão Brunno Leal pelo companheirismo e apoio durante a vida, por ter me suportado e estado ao meu lado durante a minha graduação.

Aos meus avós Maria dos Remédios e José Milton, por terem sido exemplos de seres humanos para nossas vidas e terem segurando em minha mão e me apoiado durante minha jornada acadêmica.

Ao meu sobrinho Luan Ricardo, por ter sido meu ponto de paz em dias de angústia, o maior presente que Deus trouxe para a nossa família, que veio para acalmar e alegrar os nossos corações.

Aos meus queridos amigos Ana Paula, Andréia e Israéliton, por terem me apoiado e incentivado desde o primeiro dia que nos conhecemos, eu tenho a certeza que Deus uniu os nossos caminhos com um propósito, vocês são uma parte da família que eu escolhi pra minha vida.

Aos queridos Elnara, Carlos e Aniquessia por cada palavra de apoio e incentivo e pelas orações que sempre fizeram em prol da minha vida.

As minhas eternas “cobrinhas”, Beatriz, Ericles, Rayla, Vanessa e Tamires, os presentes que a UFPI me deu e que pretendo levar pra vida, obrigado por cada trabalho, cada prova, cada lágrima e sorriso que tivemos juntos, vocês foram fundamentais para o meu crescimento como profissional e como pessoa.

Ao meu querido amigo Netinho, por cada vez que me apoiou, se portando comigo como um irmão, cuidando e ajudando para a conclusão dessa jornada.

A minha querida orientadora Prof^a Dr^a Andressa Suelly Saturnino de Oliveira, por ter aceitado enfrentar essa jornada comigo, sempre me apoiando na construção desse trabalho.

Você é uma ótima profissional, mas acima de tudo é um exemplo de ser humano com toda sua generosidade e humildade para com o próximo.

A todos os meus amigos e familiares que de alguma forma me apoiaram e ajudaram na conclusão desta etapa.

Aos membros da banca que aceitaram participar desta e desde já pela dedicação do seu tempo na leitura e contribuição para este trabalho.

Não fui eu que ordenei a você?
“Seja forte e corajoso! Não se apavore nem
desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com
você por onde você andar”

(Josué 1:9)

RESUMO

A gestação é um período na vida da mulher caracterizado por uma série de mudanças, que vão desde alterações corporais a alterações emocionais, passando por mudanças comportamentais e de hábitos, inclusive no que diz respeito à alimentação, nesta fase é de grande importância o acompanhamento pré-natal. Entre os procedimentos recomendados e desenvolvidos no pré-natal, enfatiza-se a avaliação do estado nutricional inicial e o acompanhamento do ganho de peso gestacional. O estudo teve como objetivo analisar os determinantes do ganho de peso em gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde. Trata-se de pesquisa documental, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada de março de 2017 a junho de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde de Picos - Piauí. A amostra foi constituída de 56 prontuários de gestantes, que realizaram acompanhamento pré-natal na unidade escolhida, de 2015 a 2017. A coleta de dados foi realizada em outubro e novembro de 2017, por meio do preenchimento de formulário com informações extraídas dos prontuários: características sociodemográficas, obstétricas, antropométricas, quantidade de consultas em que houve comparecimento e a data do primeiro atendimento. A análise foi feita usando estatística descritiva e inferencial, por meio do pacote estatístico IMB SPSS Statistics versão 20. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, onde a pesquisadora responsável se comprometeu a seguir todos os preceitos bioéticos contidos na resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados mostraram que dentre os determinantes sociais presentes no instrumento de coleta de dados apenas o número de consultas de pré-natal teve relação com o ganho de peso das gestantes ($r_s=0,353$; $p=0,008$), o que mostrou que quanto maior o número de consultas em que a mulher compareceu, maior o ganho de peso gestacional, constatou-se ainda que na primeira consulta de pré-natal, 32,6% estavam com IMC acima do parâmetro de normalidade e, na última consulta, 42,6% das gestantes estavam com sobrepeso ou obesidade. Dessa forma, segundo os registros, com o andamento da gestação, 10% das gestantes, ganharam peso acima do preconizado. Concluiu-se que apenas o determinante relacionado aos serviços de saúde interferiu no ganho de peso gestacional. Ressalta-se a importância da avaliação do estado nutricional da gestante em todas as consultas de pré-natal, assim como a conscientização das mesmas para o comparecimento à quantidade mínima de consultas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Gravidez. Ganho de peso. Índice de massa corporal. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Gestation is a period in the life of the woman characterized by a series of changes, ranging from bodily changes to emotional changes, to behavioral changes and habits, including with regard to food, in this phase it is of great importance the pre-follow up -Christmas. Among the procedures recommended and developed in prenatal care, the evaluation of the initial nutritional status and the monitoring of gestational weight gain are emphasized. The objective of this study was to analyze the determinants of weight gain in pregnant women with primary health care. This is a descriptive documentary, with a quantitative approach, carried out from March 2017 to June 2018, in a Basic Health Unit of Picos - Piauí. The sample consisted of 56 records of pregnant women, who performed prenatal care at the chosen unit from 2015 to 2017. Data collection was performed in October and November 2017, by completing a form with information extracted from the medical records: sociodemographic, obstetric, anthropometric characteristics, number of consultations in which there was an attendance and the date of the first attendance. The analysis was done using descriptive and inferential statistics through the statistical package IBM SPSS Statistics version 20. This project was submitted to the Research Ethics Committee, where the responsible researcher undertook to follow all the bioethical precepts contained in resolution No. 466 / (Rs = 0.353, p = 0.008). The results showed that among the social determinants present in the data collection instrument, only the number of prenatal consultations was related to the weight gain of the pregnant women (rs = 0.353, p = 0.008), which showed that the higher the number of consultations in which the woman attended, the greater the gestational weight gain, it was also verified that in the first prenatal visit, 32.6% had BMI above the normality parameter and, at the last visit, 42.6% of the pregnant women were overweight or obese. Thus, according to the records, with the progress of gestation, 10% of pregnant women gained weight above recommended. It was concluded that only the determinant related to health services interfered in the gestational weight gain. The importance of assessing the nutritional status of the pregnant woman in all prenatal consultations, as well as their awareness of the minimum number of consultations established by the Ministry of Health, is important.

Keywords: Women's health. Pregnancy. Weight gain. Body mass index. Primary health care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

- Tabela 1** Características sociodemográficas presentes nos prontuários das gestantes. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n= 56) **23**
- Tabela 2** Características clinico-obstétricas das gestantes. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56). **24**
- Tabela 3** Medidas de tendência central e de dispersão do ganho de peso gestacional, considerando os dados registrados na primeira e na última consulta as quais as gestantes compareceram para acompanhamento na UBS. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56). **25**
- Tabela 4** Medidas de tendência central e de dispersão, mínimo e máximo do IMC das gestantes na primeira e na última consulta em que compareceram ao acompanhamento na UBS. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56). **25**
- Tabela 5** Cruzamento das variáveis relacionadas aos determinantes com as variáveis relacionadas ao ganho de peso gestacional. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56). **27**

GRÁFICOS

- Gráfico 1** Classificação das gestantes segundo o método de Atalah *et al.* (1997), utilizando o IMC e a idade gestacional da primeira e última consultas em que as gestantes compareceram para atendimento na UBS. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56). **26**
- Gráfico 2** Ganho de peso das gestantes em relação a quantidade de consultas de pré-natal em que compareceram na UBS. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56). **28**

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais e de Saúde
DSS	Determinantes Sociais e de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPGE	Ganho de Peso Gestacional Excessivo
MS	Ministério da Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Determinantes sociais e de saúde	16
3.2	Ganho de peso gestacional	18
4	MÉTODO	20
4.1	Tipo de estudo	20
4.2	Período e local de realização do estudo	20
4.3	População e amostra	21
4.4	Coleta de dados	21
4.5	Variáveis do estudo	21
4.6	Análise dos dados	22
4.7	Aspectos éticos	22
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	29
7	CONCLUSÃO	32
	REFERÊNCIAS	34
	ANEXO A – Instrumento para coleta de dados	36
	ANEXO B – Termo de compromisso de utilização dos dados	37
	ANEXO C- Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional	38
	ANEXO D- Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante	39

1 INTRODUÇÃO

Durante a gestação, ocorrem mudanças físicas, fisiológicas e morfológicas experimentadas pela mulher, conseqüentemente, essas mudanças provocam alterações emocionais, comportamentais, e de hábitos de vida. Durante o pré-natal de baixo risco, na Atenção Primária à Saúde (APS), compete, também, ao enfermeiro, acompanhar essas alterações.

As mudanças que acontecem no corpo da mulher são características normais deste período, e acontecem para que o organismo se adapte a nova condição e se prepare para o crescimento do feto, o momento do parto e a amamentação. Além disso, fatores emocionais e as questões hormonais tem grande influência sobre as mudanças que acontecem na vida da mulher durante esse período (ALMEIDA, 2015).

O pré-natal se destaca como elemento essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, esta atenção permite a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos. Sendo assim tem se observado maiores índices de morbimortalidade materna e infantil, na falta de realização ou a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante (NUNES *et al.*, 2016).

No pré-natal, avalia-se a saúde prévia da mulher: levanta-se o seu histórico de saúde para prever possíveis complicações que possam acontecer durante a gestação e comprometer a saúde da mãe e do bebê. É importante, ainda, para acompanhar a evolução da gravidez, fazer diagnósticos precoces de malformações fetais ou doenças congênitas no bebê (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de alguns procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, entre outros. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), preconiza a realização de algumas intervenções qualitativas para melhor adequação pré-natal, nas quais orientações sobre amamentação, alimentação suplementar, imunização, entre outras, voltadas às gestantes, são especialmente benéficas (NUNES *et al.*, 2016).

Entre os procedimentos recomendados e desenvolvidos no pré-natal, enfatiza-se a avaliação do estado nutricional inicial e o acompanhamento do ganho de peso gestacional. Pois são parâmetros relevantes para definir as situações de risco na gravidez e, também, auxiliam no planejamento de intervenções nutricionais pertinentes, reduzindo conseqüências

indesejáveis para a mãe e o feto, como por exemplo, o desenvolvimento da diabetes gestacional e/ou síndrome hipertensiva da gravidez (SOUSA *et al.*, 2016).

Durante a gestação, a necessidade da alimentação saudável é um fator determinante, podendo, inclusive, os hábitos alimentares pré-gestacionais influenciar na gestação. Para o início e a manutenção de uma gravidez dentro dos parâmetros saudáveis, é necessário que a alimentação esteja equilibrada em macro e micronutrientes, a fim de que a gestante e o bebê ganhem peso adequadamente e que seja evitada a carência de micronutrientes (BARRETO; SANTOS; DEMÉTRIO, 2013).

A alimentação adequada é fundamental em qualquer período do ciclo vital para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e prevenção de doenças. Na gestação, ocorrem modificações fisiológicas no organismo da grávida, para que seja gerado um ambiente propício ao crescimento e desenvolvimento do feto. Por sua vez, os níveis de nutrientes nos tecidos e fluidos maternos estão alterados e as demandas nutricionais da grávida estão aumentadas. Desse modo, ajustes nutricionais são necessários nesse período para favorecer o crescimento e desenvolvimento fetal, bem como o desfecho gestacional satisfatório (ALMEIDA, 2015).

O peso pré-gestacional é reconhecido como um dos principais determinantes do ganho ponderal na gestação e o Instituto de Medicina dos Estados Unidos recomenda que o ganho de peso ideal seja avaliado de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, que deve ser definido de acordo com as categorias de índice de massa corpórea (IMC) pré-concepcional. A vigilância nutricional nas gestantes é realizada levando-se em consideração parâmetros como o IMC por semana gestacional e ganho de peso gestacional (SANTOS *et al.*, 2017).

Durante a gestação, a evolução ponderal pode ser avaliada pelo método de Atalah *et al.* (1997), conforme a idade gestacional, e acompanhada pelo respectivo gráfico. Esse classifica as mulheres identificando mudanças nutricionais que pode ocorrer na gravidez e sugere intervenções nutricionais para os casos em que sejam identificadas alterações crescentes ou decrescentes da curva de IMC da paciente. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) adota as recomendações do Instituto de Medicina dos Estados Unidos e os critérios propostos por Atalah *et al.* (1997) para avaliar o estado nutricional das gestantes (SANTOS *et al.*, 2017).

Cerca de 2/3 das mulheres ganham mais peso do que o recomendado durante a gestação. Isto pode acarretar em complicações perinatais e neonatal, tais como: hiperemese gravídica, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e hipertensão, retardo no desenvolvimento

intrauterino, parto prematuro, baixo peso ao nascer ou grande para a idade gestacional, baixos índices no Apgar, aumento de partos por operação cesariana e apresentação pélvica. Além de contribuir para a retenção de peso pós-parto e o desenvolvimento da obesidade e suas complicações ao longo da vida (NUNES et al, 2012; NOGUEIRA e CARNEIRO, 2013).

Diante desse cenário que reporta o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade gestacional, juntamente com a falta de monitoramento do ganho ponderal durante os três primeiros meses gestacionais, é possível observar consequências preocupantes e elevadas relacionadas à saúde tanto da mãe quanto da criança. O aumento de peso excessivo comparado ao peso inicial pode indicar um desequilíbrio que deve ser tratado. Com base nessas informações, surgiu a necessidade de investigar o seguinte problema: Quais os determinantes do ganho de peso em gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde?

Acredita-se na relevância desta investigação na medida em que traz para o centro das discussões o problema do peso excessivo na gravidez e os prejuízos inerentes à mãe e ao filho. Evidencia-se, pois, a importância do cuidado nutricional, não apenas durante o pré-natal, mas na atenção à saúde da mulher, de forma geral, ou seja, em toda assistência prestada à mulher em especial na idade fértil. Dessa forma, apropriar-se da realidade é a melhor forma para analisá-la e, posteriormente produzir transformações ampliando o campo de pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os determinantes do ganho de peso em gestantes acompanhadas em uma unidade básica de saúde.

2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clinico-obstétricas das gestantes;
- Averiguar o ganho de peso gestacional por semana coincidente com as consultas de pré-natal;
- Levantar a quantidade de mulheres que ganharam peso acima do preconizado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

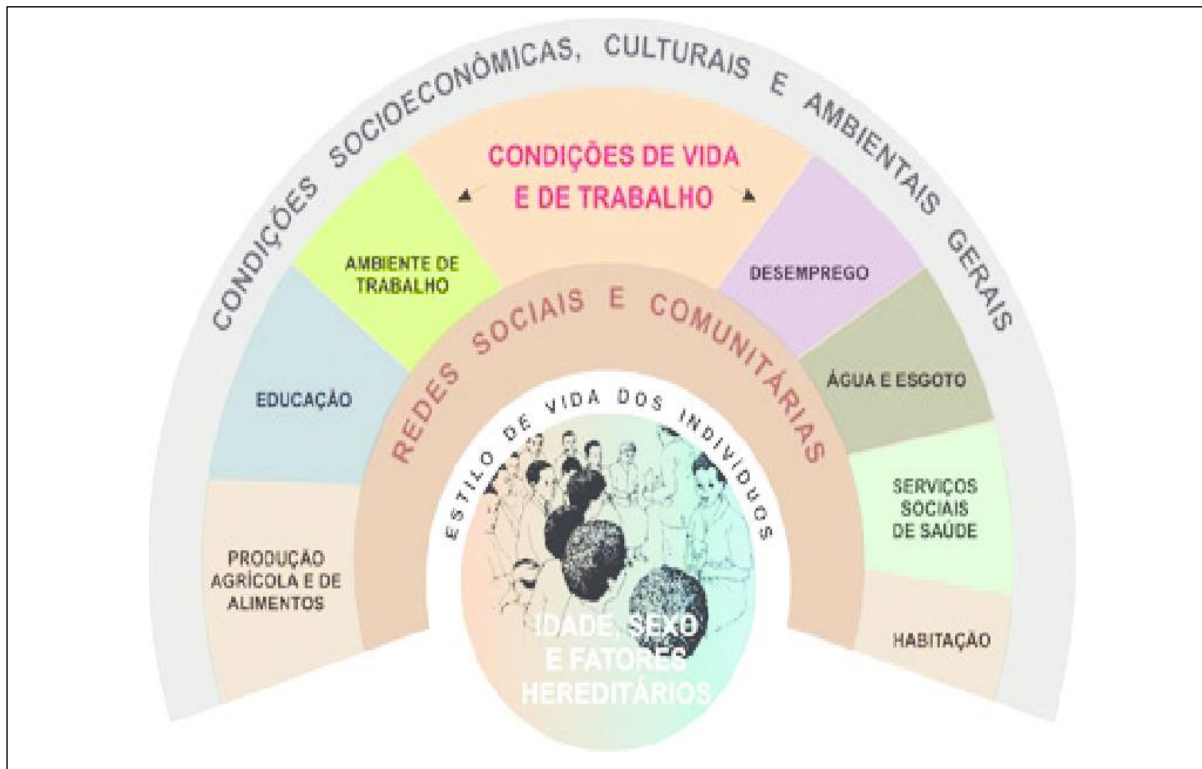
3.1 Determinantes sociais e de saúde

A forma de viver das pessoas interfere diretamente na sua saúde. Os Determinantes Sociais e de Saúde (DSS) são as condições de vida do ser humano que afetam sua saúde. Na atual pesquisa, o intuito foi analisar quais dos determinantes contidos no instrumento de coleta de dados (ANEXO A), classificados pelo modelo de Dahlgren e Whitehead, influenciaram no ganho de peso de gestantes.

As definições de DSS existentes mostram, com riqueza de detalhe, o conceito, que atualmente já está bastante generalizado de que a situação de saúde do indivíduo está diretamente ligada às suas condições de vida e trabalho. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da OMS adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1), demonstra a interação entre sociedade e saúde, no qual os DSS são dispostos em camadas: na camada central estão os fatores individuais (sexo, idade, genética); na camada imediatamente externa encontram-se os hábitos e comportamentos (que de certo modo são considerados DSS por serem diretamente influenciados pelas condições sociais); nas duas camadas seguintes estão os DSS, na qual a mais interna representa a influência das redes comunitárias e da solidariedade social (coesão social) e a mais externa representa as condições de vida e trabalho. Na última camada são apresentados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais, e que possui forte influência sobre as demais camadas. Contudo, o modelo não explica com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007).

Utilizando como base o modelo acima citado, o instrumento da pesquisa (ANEXO A) traz questões que se enquadram na primeira camada, onde o indivíduo está na base, apresentando suas características individuais como idade, cor da pele, altura, número de gestação, paridade e aborto. Esses fatores naturalmente tendem a influenciar as condições de saúde dos indivíduos.

A segunda camada do modelo apresenta o comportamento e os estilos de vida individuais, representados no instrumento por questões como prática de atividades físicas, uso de tabaco e uso de drogas. Esta camada funciona como uma ligação entre os fatores individuais e os DSS, pois, ao mesmo tempo em que essas questões são consideradas de escolha individual, podem, também ser vistas como parte dos DSS, já que a escolha por determinada ação está estreitamente vinculada aos determinantes sociais, como a falta de informação.

Na próxima camada estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, alimentos acesso a saúde e educação. Essa camada é representada por questões como nível de escolaridade dos indivíduos, data do atendimento em serviço de saúde e serviços oferecidos no atendimento como avaliação de peso e pressão arterial. Esta camada

procura mostrar que a desigualdade social esta diretamente ligada a exposição do indivíduo a situações de risco à saúde.

3.2 Ganho de peso gestacional

No Brasil, a proporção de pessoas com excesso de peso avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011, e a proporção de obesos, no mesmo período, subiu de 11,4% para 15,8%. Quando comparada aos homens, a obesidade é mais frequente em mulheres e atinge, progressivamente, as faixas reprodutivas na proporção de 6,9% (18 - 24 anos), 12,4% (25 - 34 anos) e de 17,1% (35-44 anos). Destaca-se que o excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva manifesta-se não só em regiões economicamente desenvolvidas do país, mas também naquelas em que prevalece um pobre perfil nutricional, em consequência dos indicadores socioeconômicos e ambientais desfavoráveis, como no semiárido do nordeste brasileiro (FONSECA *et al.*, 2014).

A gestação é um período pelo qual o organismo da mulher passa por intensas modificações fisiológicas, a fim de proporcionar crescimento e desenvolvimento adequados ao feto. Sendo assim, o ganho de peso é um evento natural na gravidez e decorre do aumento dos tecidos maternos e dos produtos da concepção. Além dos fatores fisiológicos, o ganho de peso durante a gestação também está associado a fatores nutricionais, sociodemográficos, obstétricos e comportamentais (SANTOS *et al.*, 2014).

Uma alimentação saudável e, conseqüentemente, um adequado estado nutricional, é essencial para promover a saúde, bem como prevenir doenças. Durante o período gestacional esses fatores tornam-se ainda mais importantes, uma vez que o estado nutricional da mulher e o ganho de peso nessa fase têm grande influência sobre a saúde materna e o desenvolvimento fetal (CUNHA *et al.*, 2016).

O número de mulheres que iniciam a gestação com excesso de peso ou que ganham peso excessivo durante a gravidez é expressivo. Estudo realizado em seis capitais brasileiras, com 5.564 gestantes, encontrou prevalência de 19,2% de sobrepeso e de 5,5% de obesidade em gestantes. A avaliação do ganho ponderal semanal ao longo da gestação e a compreensão de seus determinantes são de grande relevância para o estabelecimento de intervenções precoces visando assegurar a saúde materno-infantil (FONSECA *et al.*, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Apesar de necessário, quando em excesso ou insuficiente, o ganho de peso gestacional pode levar a conseqüências negativas na saúde da mulher e da criança. Nessa perspectiva, o *Institute of Medicine of the National Academies* (IOM-EUA) recomenda o total

de ganho adequado conforme o IMC pré-gestacional. Enquanto não existe uma curva de referência brasileira com valores de IMC por idade gestacional, o Ministério da Saúde do Brasil utiliza como base a tabela de Atalah, que foi elaborada para a população de gestantes do Chile. Essa tabela permite avaliar e diagnosticar o estado nutricional da gestante expresso por valores de IMC conforme a semana gestacional (SANTOS *et al.*, 2014).

O ganho de peso gestacional excessivo (GPGE) constitui-se como problema de saúde pública e se associa às intercorrências gestacionais ao influenciar as condições de saúde do binômio mãe-filho, no período pós-parto. Dentre as consequências do GPGE, observa-se o desenvolvimento de hemorragia, macrossomia fetal, desproporção céfalo-pélvica, asfixia no feto, aumento de partos cirúrgicos, diabetes mellitus gestacional, diabetes mellitus tipo 2 (após a gestação), desordens hipertensivas e maior retenção de peso pós-parto. Destaca-se esse último fator por favorecer a obesidade futura (GODINHO *et al.*, 2014).

O controle do ganho de peso durante toda gravidez é importante tanto para a saúde materna como para o resultado perinatal, sendo que o aumento do IMC materno eleva o risco de nascimento de bebês macrossômicos (> 4000 g) e aumenta os riscos de obesidade e diabetes futuras, no recém-nascido. Além disso, ao final da gestação, as gestantes podem ficar mais sedentárias, como, também, apresentar complicações que contraindicam esforços físicos, o que favorece o GPGE no final da gestação. Assim, a alimentação saudável e a prática de atividade física devem ser incentivadas desde o início da assistência pré-natal, sendo importante no controle ponderal, fortalecendo o desenvolvimento saudável da gravidez, além de reduzir os riscos de complicações maternas e perinatais (GODINHO *et al.*, 2014)

A prevalência de pessoas com obesidade nos últimos anos cresceu abruptamente e o GPGE emerge como causa potencial, todavia, espera-se que o diagnóstico favoreça um pré-natal de qualidade, com o monitoramento da evolução ponderal, o aconselhamento nutricional desde a primeira consulta de pré-natal, a identificação dos fatores associados ao GPGE e a intervenção multiprofissional precoce visando a redução de riscos fetais e maternos, bem como a retenção de peso pós-parto (GODINHO *et al.*, 2014).

4 MÉTODO

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, iniciado em 2017, intitulado “Pressão arterial e índice de massa corpórea em gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde”, vinculado à Universidade Federal do Piauí/CSHNB, Curso de Bacharelado em Enfermagem.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa documental, descritiva, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2010), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser fonte rica e estável de dados: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

O estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2010).

Os estudos quantitativos visam à interpretação de resultados de estudos que envolvem considerações diferentes, que se sobrepõem e estão inter-relacionadas com questões para a avaliação de evidências como a credibilidade, a precisão da estimativa dos efeitos e o potencial de generalização (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Período e local de realização do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de março de 2017 a junho de 2018, no município de Picos, que fica situado na região centro-sul do estado do Piauí. A cidade possui uma população de 76.414 habitantes estimada pelo censo demográfico 2010 (BRASIL, 2010). Picos conta, atualmente, com 36 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF): 25 estão situadas na zona urbana e 11 na rural.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no bairro Junco. Na unidade escolhida funcionam duas Equipes de Saúde da Família e dispõe de um espaço para a realização do acolhimento, uma sala de imunização, uma sala de

procedimentos, duas salas de enfermagem, duas salas médicas, na qual uma é dividida com a sala Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma farmácia, dois banheiros e a sala para marcações de exames/consultas. Os profissionais envolvidos no pré-natal são o médico e a enfermeira.

4.3 População e amostra

A população foi constituída de 70 prontuários de gestantes maiores de 18 anos, que realizaram a consulta de pré-natal na unidade nos anos de 2015, 2016 e 2017 (até agosto). A amostra não foi calculada utilizando fórmula, devido à população ser inferior a 200. Dessa forma, todos os prontuários disponíveis na unidade foram utilizados.

Entretanto, mediante a consulta ao banco de dados da pesquisa maior, verificou-se que nem todos os prontuários continham informações relativas à altura e ao peso das gestantes aferido em, pelo menos, duas consultas. Dessa forma, foram excluídos os dados de 14 prontuários, pois não tinham os registros de interesse para este estudo. Assim a amostra final foi constituída por 56 prontuários.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em outubro e novembro de 2017, por meio da utilização de um formulário (ANEXO A), o qual foi extraído do estudo original (CARVALHO, 2017). Embora o instrumento tenha informações relacionadas à pressão arterial das gestantes, para o presente estudo, foram consideradas apenas as informações sobre características sociodemográficas, obstétricas, antropométricas e a quantidade de consultas em que houve comparecimento.

4.5 Variáveis do estudo

As variáveis abordadas nesta pesquisa puderam ser agrupadas em sociodemográficas (idade, escolaridade, cor da pele, estado civil), clínico-obstétricas (uso de drogas, quantidade de gestações, paridade, data do primeiro atendimento), antropométricas (peso em cada consulta, altura) e a quantidade de consultas em que houve comparecimento.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados e analisados através do programa estatístico *IBM SPSS Statistics* versão 20.0. As análises descritivas se deram por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas, além da obtenção de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil) das variáveis quantitativas.

A estatística inferencial (determinantes do ganho ponderal gestacional) foi executada após testagem da normalidade de distribuição das variáveis quantitativas, por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Após, de acordo com a natureza de cada variável, a busca de associação entre elas foi feita por meio dos seguintes testes: Coeficiente de correlação linear de Pearson, Razão de verossimilhança, Coeficiente de correlação de Spearman. Para significância estatística, considerou-se $p < 0,05$.

Os achados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos para melhor compreensão e os resultados foram discutidos e analisados de acordo com a literatura pertinente à temática.

4.7 Aspectos éticos

Este Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, por meio do sítio da Plataforma Brasil. A pesquisadora-responsável se comprometeu a seguir todos os preceitos bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) contidos na Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que rege pesquisas envolvendo seres humanos.

Foi assinado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (ANEXO B). O mesmo garante o sigilo sobre todos os dados adquiridos, resguardando os direitos das pacientes, a confidencialidade e a privacidade e permitindo que as informações contidas nos prontuários das gestantes somente serão utilizadas para fins desta pesquisa. Antes do início da pesquisa, foi explicado à enfermeira responsável pela UBS informações sobre a pesquisa, para que ficasse inteirada do estudo.

O estudo proporcionará benefícios diretos para compreensão do fenômeno de ganho ponderal de entre gestantes acompanhadas na atenção primária, possibilitando que se criem estratégias de prevenção dos danos que podem ser causados. Os riscos referentes ao estudo estão relacionados à possibilidade de quebra de anonimato dos pacientes por parte dos pesquisadores, para tanto foi assinado o TCUD, que garante o sigilo sobre as informações. Outro risco está relacionado à possibilidade de causar dano ou rasura ao prontuário por meio da manipulação, dano minimizado com a coleta de dados realizada por apenas uma pessoa,

para evitar manipulação excessiva dos documentos-fonte. Esta pessoa foi treinada para preencher os formulários tomando os cuidados necessários para preservar os documentos.

5 RESULTADOS

Os resultados retratados estão relacionados aos dados coletados através do preenchimento de formulário com as informações contidas em 56 prontuários de gestantes acompanhadas na UBS de 2015 a 2017.

Para realizar a análise dos dados coletados, foram identificadas as características sociodemográficas, que incluíram idade, estado civil, escolaridade e cor da pele; características clínico-obstétricas, abrangendo uso de tabaco e outras drogas, gestação, paridade e aborto, além do número de consultas de pré-natal e o peso da gestante em cada consulta. As características sociodemográficas das gestantes estão representadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas presentes nos prontuários das gestantes. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n= 56)

Variáveis	<i>f</i>	%	Média ±DP
Idade			27,3±5,8 anos
Estado civil			
Casada/união estável	42	75,0	
Solteira	12	21,4	
Divorciada	1	1,8	
Escolaridade			
Não sabe ler/escrever	1	1,8	
Ensino fundamental*	7	12,5	
Ensino médio*	31	55,4	
Ensino superior*	12	21,4	
Cor da pele			
Parda	27	48,2	
Branca	19	33,9	
Preta	4	7,1	

f: frequência absoluta; DP: desvio padrão.

* Refere-se ao completo e incompleto

Fonte: Dados da pesquisa

A média de idade das mulheres foi de 27,3 anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 41 anos. Em relação ao estado civil, prevaleceram as mulheres casadas ou em união estável, representando 75,0% do total de mulheres. Quanto à escolaridade, a maioria das

mulheres (55,4%) cursaram o ensino médio completo ou incompleto. A cor de pele parda foi mais frequente em relação às demais, representando 48,2% do total da amostra.

Na Tabela 2 foram organizadas as características clinico-obstétricas que estavam presentes nos prontuários das gestantes.

Tabela 2 - Características clinico-obstétricas das gestantes. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56).

Variáveis	<i>f</i>	%
Gesta		
Primigesta	30	53,6
Secundigesta	20	35,7
Tercigesta	4	7,1
Quartigesta	2	3,6
Para		
Nulípara	34	60,7
Primípara	19	33,9
Múltípara	3	5,4
Aborto		
Nenhum	47	83,9
1	8	14,3
2	1	1,8

f: frequência absoluta; DP: desvio padrão

Fonte: Dados da pesquisa

Houve maior frequência de primigestas (53,6%); 34 prontuários eram de gestantes nulíparas, configurando 60,7% do total; 83,9% da amostra nunca tiveram episódio de aborto.

Durante a coleta dos dados nos prontuários, procurou-se informações clínicas das pacientes, entre elas o consumo de tabaco e outras drogas. Nesta perspectiva, a amostra apresentou um número baixo de tabagistas, apenas três mulheres citaram o uso de tabaco e em relação a outros tipos de drogas não havia registro nos prontuários.

Havia registros de comparecimento a uma média de $4,57 \pm 1,76$ consultas de pré-natal. Para avaliar o ganho de peso de cada mulher, foi verificado os dados referentes à primeira e à última consulta de pré-natal em que ela compareceu e calculado o ganho durante esse período. Os valores relacionados ao peso estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Medidas de tendência central e de dispersão do ganho de peso gestacional, considerando os dados registrados na primeira e na última consulta as quais as gestantes compareceram para acompanhamento na UBS. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56).

Mínimo	Máximo
-3 kg	18 kg
Média ± DP	7,2 ± 4,4
Mediana (IIQ)	7,5 (6)

DP: Desvio Padrão. IIQ: Intervalo interquartil

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar o peso das mulheres na primeira e na última consulta, observou-se grande variação de ganho de peso, representada pelo desvio padrão de $\pm 4,4$ kg. A mediana de ganho de peso foi 7,5 kg. Identificou-se que houve perda de peso durante a gestação de algumas mulheres (-3 kg) e ganho máximo de 18 kg.

Utilizando o peso e a altura contidos nos prontuários das gestantes, foi calculado o IMC, levando em consideração o peso da primeira e da última consulta. A Tabela 4 apresenta os respectivos valores.

Tabela 4 – Medidas de tendência central e de dispersão, mínimo e máximo do IMC das gestantes na primeira e na última consulta em que compareceram ao acompanhamento na UBS. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56).

Primeira Consulta			Última Consulta		
<i>Média±DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média±DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
24,4±3,5 kg/m ²	17,7 kg/m ²	35,9 kg/m ²	27,2±3,6 kg/m ²	20,2 kg/m ²	35,1 kg/m ²

DP: desvio padrão

Fonte: Dados da pesquisa

Obteve-se média de IMC de 24,4±3,5 kg/m² na primeira na consulta e, como esperado, aumento da média de IMC na última consulta (27,2±3,6 kg/m²). Observou-se diminuição no IMC máximo da última consulta em relação à primeira.

Utilizando o IMC das gestantes encontrados na primeira e última consultas de pré-natal, as mulheres foram classificadas em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade,

seguindo a classificação de Atalah *et al.* (1997) (ANEXOS C e D). Os dados estão representados no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Classificação das gestantes segundo o método de Atalah *et al.* (1997), utilizando o IMC e a idade gestacional da primeira e última consultas em que as gestantes compareceram para atendimento na UBS. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56)



Fonte: Dados da pesquisa

O número de mulheres com baixo peso aumentou da primeira para a última consulta de pré-natal, resultado esse confirmado pela diminuição do IMC máximo contido na Tabela 4. A quantidade de mulheres que estavam com peso adequado na primeira consulta diminuiu em relação à última, o que, conseqüentemente, aumentou o número de mulheres classificadas com sobrepeso na última consulta.

Ainda considerando o Gráfico 1, constatou-se que, na primeira consulta de pré-natal, 32,6% estavam com IMC acima do parâmetro de normalidade e, na última consulta, 42,6% das gestantes estavam com sobrepeso ou obesidade. Dessa forma, segundo os registros, com o andamento da gestação, 10% das gestantes, ganharam peso acima do preconizado.

Na Tabela 5, foram apresentados resultados da análise dos determinantes, constantes no instrumento de coleta de dados, que poderiam influenciar o ganho de peso durante a gestação. Estratificou-se a análise da seguinte maneira: total de ganho de peso (em

kg) durante a gestação, IMC na primeira consulta (e sua classificação segundo Atalah *et al.* (1997)) e IMC na última consulta (e sua classificação).

Tabela 5 – Cruzamento das variáveis relacionadas aos determinantes com as variáveis relacionadas ao ganho de peso gestacional. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56).

Determinantes	Teste estatístico utilizado	p-valor				
		Média/mediana de ganho de peso	IMC na 1ª consulta	Classificação* do IMC na 1ª consulta	IMC na última consulta	Classificação* do IMC na última consulta
Idade	Coefficiente de correlação linear de Pearson	0,608	0,407	X	0,259	X
Estado civil	Razão de verossimilhança	X	X	0,865	X	0,505
Cor da pele	Razão de verossimilhança	X	X	0,331	X	0,548
Escolaridade	Razão de verossimilhança	X	X	0,505	X	0,439
Tabagismo	Razão de verossimilhança	X	X	0,795	X	0,867
Gestação	Coefficiente de correlação de Spearman	0,970	0,953	X	0,946	X
Paridade	Coefficiente de correlação de Spearman	0,911	0,367	X	0,454	X
Aborto	Coefficiente de correlação de Spearman	0,922	0,236	X	0,082	X
Semana da 1ª consulta	Coefficiente de correlação linear de Pearson	0,209	0,206	X	0,369	X
Quantidade de consultas de pré-natal	Coefficiente de correlação de Spearman	0,008	0,324	X	0,876	X

IMC: índice de massa corpórea

p-valor: significância estatística dos testes realizados a partir dos cruzamentos das variáveis

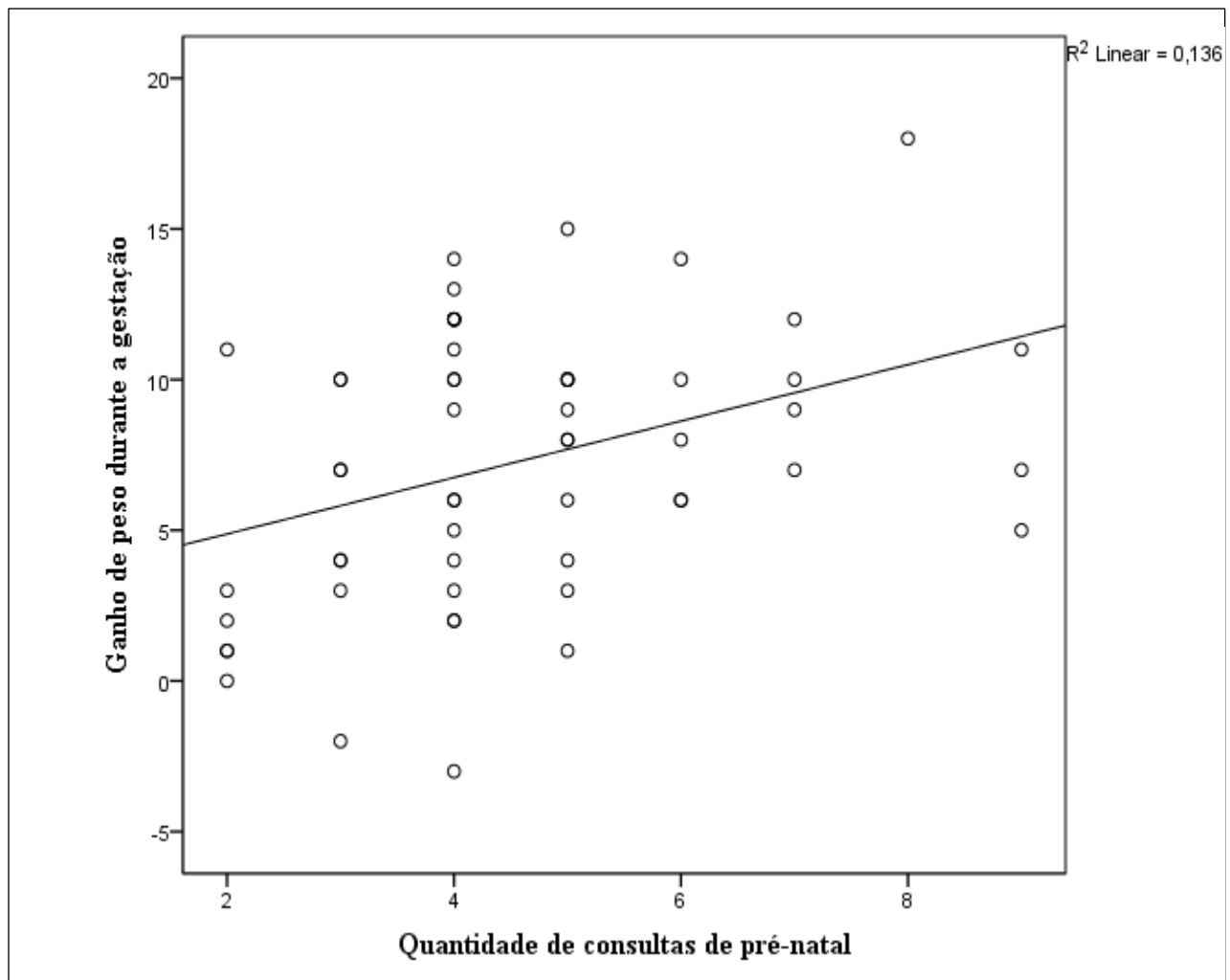
Os X indicam variáveis que não foram utilizadas nos cálculos da análise inferencial.

* Classificação realizada a partir de Atalah *et al.* (1997), em relação ao valor do IMC

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme resultados apresentados na Tabela 5, nenhuma das variáveis inseridas na análise foram determinantes para o ganho de peso gestacional, exceto pela quantidade de consultas de pré-natal ($p=0,008$). Nesta amostra, quanto maior o número de consultas de pré-natal em que a mulher compareceu, maior o ganho de peso gestacional adequado. Esse resultado foi detalhado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Ganho de peso das gestantes em relação a quantidade de consultas de pré-natal em que compareceram na UBS. Picos, Piauí, Brasil, 2017. (n=56).



Fonte: Dados da pesquisa

A correlação entre a quantidade de consultas de pré-natal em que a mulher compareceu durante a gestação e o ganho de peso foi positiva, fraca ($r_s = 0,353$) e significativa. Dessa forma, verificou-se que, de acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead, de todos os determinantes estudados, apenas o determinante relacionado aos serviços sociais e de saúde (quantidade de consultas) esteve associado ao ganho de peso gestacional.

6 DISCUSSÃO

Os resultados relacionados à faixa etária das gestantes apresentou uma média de idade de $27,3 \pm 5,8$ anos, valor esse se aproximou do apresentado no estudo de Wechsler *et al.* (2016), que apresentou média de idade de $28,0 \pm 5$ anos. Fato este que pode ser explicado pelo fato de o maior número de mulheres ainda estarem na primeira gestação, sendo assim, ainda jovens.

No tocante à situação conjugal, 75% das mulheres eram casadas ou estavam em união estável o que esteve em concordância com 76,6%, verificados em Juiz de Fora-MG, em 2014, relatado por Meireles *et al.* (2016). Esse resultado tem valor positivo se considerado que a presença de um companheiro no enfrentamento das dificuldades da gravidez é importante para o bem estar da mulher, principalmente se este companheiro se dispuser a participar por inteiro do período de gestação.

Uma pesquisa realizada por Salgueiro *et al.* (2006) confirmou que a gestante solteira se associou com um aumento de baixo peso ao nascer e de morte fetal, quando comparada às gestantes com união estável. Porém, a atual pesquisa apresenta as mulheres solteiras como a segunda maior frequência, isso não significa que necessariamente estas mulheres não tivessem um companheiro ou mesmo o apoio paterno. Por se tratar de um estudo documental, o fato de não ter uma relação legal essas mulheres podem ter informado ser solteira e este ser o dado presente no prontuário.

Em relação à escolaridade, os resultados apresentaram que 55,4% de mulheres que tinham o ensino médio completo ou incompleto. A escolaridade é um fator importante durante a gestação, pois a falta de conhecimento e informações pode levar a mulher a cometer erros prejudiciais à saúde materno-infantil. O estudo de Gomes *et al.* (2014) mostra que o nível educacional da gestante influencia diretamente em todas as questões referentes à gestação, uma vez que o nível de conhecimento da mulher irá determinar a tomada de muitas decisões relacionadas à gravidez.

Esta pesquisa apresentou uma maior frequência de mulheres brancas/pardas. Esta realidade está diretamente ligada a maior prevalência de população branca e parda na região onde ocorreu a coleta de dados.

A atual pesquisa apresentou uma maior frequência de mulheres primigestas, nulíparas e que nunca sofreram episódio de aborto. São diversos os determinantes que podem influenciar as características obstétricas das mulheres, entre estes estão a idade, a

escolaridade, a prática de atividades físicas. Os resultados obstétricos desta pesquisa podem estar relacionados à idade das mulheres, em sua maioria jovens, apresentando média de idade de 27,3 anos.

No que se refere ao número de mulheres fumantes o estudo mostrou uma baixa frequência (5,4%). A incidência de tabagismo na população do sexo feminino em idade fértil vem aumentando ao longo dos anos. Sabe-se que o hábito de fumar na gravidez não é prejudicial somente à mãe, mas também ao feto. O tabagismo na gestação tem implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna é também responsável por aumento nos casos de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortes perinatais (MACHADO e LOPES, 2009). Sendo assim é de extrema importância que este tema seja investigado durante as consultas de pré-natal, na tentativa de criar estratégias para orientar a mulher a abandonar esta prática.

O adequado ganho de peso durante a gestação é fator importante para manter uma gestação segura, assim como para conservar a saúde da mulher e do feto. Esta pesquisa apresentou mediana de ganho de peso entre as mulheres de 7,5kg. O MS (2013) preconiza que as mulheres com o IMC adequado apresentem um ganho de peso entre 11,5 e 16,0 kg até o fim da gestação. Na atual pesquisa o ganho máximo de peso foi de 18kg, porém este resultado pode estar ligado ao fato de que as mulheres do estudo compareceram a poucas consultas de pré-natal (cerca de 4 consultas em média), o que não permitiu avaliar o peso de todas elas durante toda a gravidez, sendo assim, a mediana encontrada pode não representar o ganho de peso real de todas as mulheres.

Ainda, verificou-se diminuição do IMC máximo na última consulta em relação à primeira, o que pode ser explicado porque algumas mulheres perderam peso em algum momento da gestação. A avaliação do estado nutricional da gestante consiste na tomada da medida do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do IMC por semana gestacional. Com base no IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual e acompanhar o ganho de peso até o final (BRASIL, 2013).

As mulheres foram classificadas utilizando o modelo de Atalah *et al.* (1997) e observou-se que na primeira consulta de pré-natal houve maior frequência de mulheres que apresentavam IMC adequado para a idade gestacional. Quando analisado o peso na última consulta, notou-se diminuição no número de mulheres com peso adequado para a idade gestacional, percebendo-se um aumento no número de mulheres classificadas como baixo peso.

A diminuição de mulheres classificadas com peso adequado na última consulta de pré-natal pode ser entendida pelo fato do modelo utilizado para realizar essa classificação considera o IMC e a idade gestacional. Sendo assim, mulheres que realizaram poucas consultas de pré-natal, ou mesmo que tiveram um intervalo inadequado entre a sua primeira e última consulta, acabaram mudando de classificação quanto ao seu estado nutricional.

Em função da classificação do estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal, estima-se o ganho de peso total até o fim da gestação. Sendo assim para cada situação nutricional inicial o MS recomenda uma faixa de ganho de peso (BRASIL, 2013)

Os DSS expressam como a forma de viver do indivíduo influencia na sua situação de saúde. Ao estabelecer relação entre os determinantes presentes no instrumento deste estudo (ANEXO A) e os dados relacionados ao ganho de peso (valor do ganho de peso, IMC e classificação de IMC na primeira e última consulta), observou-se que apenas o número de consultas de pré-natal teve relação com o ganho de peso adequado das gestantes, ou seja, quanto maior o número de consultas maior foi o ganho de peso das mulheres. Esse resultado pode ser explicado porque algumas das mulheres compareceram a poucas consultas, sendo assim, tiveram o peso aferido menos vezes em relação às mulheres que tiveram mais consultas, o que pode ter influenciado o resultado real do ganho de peso das mulheres.

Sabe-se que, quando a mulher comparece a mais consultas de pré-natal, maiores são as chances de ter contato com informações necessárias, como alimentação saudável e prática de atividade física. Isso pode explicar o aumento do peso relacionado ao maior comparecimento, sobretudo porque a média de ganho de peso não ultrapassou o que é preconizado pelo MS, indicando que quanto mais a gestante comparece às consultas de pré-natal, maiores são as chances de ganho de peso gestacional de modo saudável.

7 CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar os determinantes do ganho de peso em gestantes acompanhadas na APS, para tanto foram analisados os determinantes: idade, estado civil, cor da pele, escolaridade, tabagismo, gestação, paridade, aborto, semana da primeira consulta e quantidade de consultas de pré-natal. Entre averiguou-se que apenas a quantidade de consultas pré-natal esteve associada ao ganho de peso na gestante.

A partir do IMC, analisado de acordo com a semana gestacional, as mulheres foram classificadas quanto ao estado nutricional, o que revelou que a maior parte das mulheres iniciou e terminou a gestação com o peso adequado pra a idade gestacional. Observou-se, entretanto, aumento da quantidade de mulheres com peso inadequado ao final do pré-natal. Este dado ressalta a importância da avaliação do estado nutricional da gestante em todas as consultas de pré-natal, assim como a conscientização das mesmas para o comparecimento na quantidade mínima de consultas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e ainda na influência do peso para uma gestação sem riscos.

A pesquisa apresenta limitações levando-se em consideração que se trata de um estudo que teve como fonte de dados os prontuários das gestantes, não havendo contato direto com estas. Dessa forma, nem sempre os dados contidos no documento foram os ideais para a realização da pesquisa. Ainda dentre os dados contidos nos prontuários havia registros de mulheres que realizaram apenas duas consultas, o que impossibilitou um acompanhamento do peso durante todo o decorrer da gestação, sendo o ideal acompanhar o peso em, pelo menos, seis consultas. Mesmo as gestantes que compareceram a muitas consultas, alguns dados, como a altura, não estavam anotados no prontuário, o que reduziu o tamanho da amostra e pode ter interferido nos resultados da pesquisa.

Esta pesquisa é relevante, considerando que são poucos os estudos relacionados a este tema, além de mostrar aos serviços de saúde que algumas gestantes estão comparecendo a poucas consultas de pré-natal. Esse levantamento mostra, ainda, que a frequência das gestantes em poucas consultas pode fazer com que o profissional não participe do acompanhamento de todas as etapas da gestação. A falta de acompanhamento no pré-natal pode favorecer intercorrências na gestação.

Diante dos resultados apresentados na pesquisa, recomenda-se que a avaliação do estado nutricional inicial e o acompanhamento do ganho ponderal gestacional se torne um hábito dos profissionais envolvidos no pré-natal, assim como a realização de um pré-natal

com acompanhamento multiprofissional, que permita uma educação nutricional adequada, visando a prevenção de danos para a saúde materna e fetal. A pesquisa evoca ainda a necessidade de que sejam realizadas novas pesquisas relacionadas ao ganho de peso gestacional, tendo em vista que este é um dos fatores determinantes para o desenvolvimento de uma gestação sem riscos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I.K.C. **Hábito alimentar gestacional e intercorrências obstétricas: uma revisão de literatura.** 2015. 43 f. Monografia (Graduação em Nutrição) - Departamento de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

ATALAH, E. *et al.* Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Revista Médica de Chile**, v.125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220800&search=piauilpico>> Acesso em 19 de Maio. 2017.

BARRETO, S. A.; SANTOS, D. B.; DEMÉTRIO, F. Orientação nutricional no pré-natal segundo estado nutricional antropométrico: estudo com gestantes atendidas em unidades de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, N. 4, V. 37, P. 952-968, 2013.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CARVALHO, L.O.M. **Pressão arterial e índice de massa corpórea em gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde.** 2017. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

CUNHA, L.R. *et al.* Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.10. n.57. p.123-132. Maio/Jun. 2016.

FONSECA, M.R.C.C *et al.* Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiá, São Paulo, Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p.1401-1407, 2014

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODINHO, J.C.M. *et al.* Ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em serviço público de alto risco. **FRAGMENTOS DE CULTURA**, Goiânia, v. 24, especial, p. 85-95, out. 2014.

GOMES, R. N. S. *et al.* Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/Ma. **R. Interd.** v. 7, n. 4, p. 81-90, out-dez. 2014.

MACHADO, J.B., LOPES, M.H.I. Abordagem do tabagismo na gestação. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 75-80, abr./jun. 2009.

MAGALHÃE, E.I.S., *et al.* Prevalência e fatores associados ao ganho de peso gestacional excessivo em unidades de saúde do sudoeste da Bahia. **REV BRAS EPIDEMIOL.** v.18, n.4, p.858-869, out-dez 2015

MEIRELES, J. F. F. *et al.* Imagem corporal de gestantes: um estudo longitudinal. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 65, n.3, p. 223-230, 2016.

NOGUEIRA, I.A; CARNEIRO, P.M. Obesidade e Gravidez. Revista Médica de Minas Gerais, v.23, n.1, p.88-98, 2013.

NUNES, M.A.A *et al.* Binge eating during pregnancy and birth outcomes: a cohort study in disadvantaged population in Brazil. **The International Journal of Eating Disorders**, v.45, n.7, p. 827-831, 2012.

NUNES, J.T., *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, v.24, n.2, p.252-261. 2016.

POLIT, D.F. ; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre. Artemed, p. 272-670., 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. Seção da Saúde da Mulher. **Nota Técnica 01/2017 - Atenção ao pré-natal na atenção básica.** Porto Alegre, 2017. p. 1- 6.

SALGUEIRO, G.A S. *Et al*; Estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. **Rev Med Uruguay**, 2006.v.22, n.1, p.59-65.

SANTOS, J. G. C. *et al.* Peso materno em gestantes de baixo risco na atenção pré-natal. **International Journal of Nutrology**, v.10, n.2, p. 5-15, 2017.

SANTOS, K.C.R. *et al.* Ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato: um estudo descritivo. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.35, n.1, p.62-69, mar. 2014.

SOUSA, L.O. *et al.* Pré-natal: assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Temas em Saúde**, v. 16, n. 3, p. 490-502, 2016.

SOUZA, O.D., SILVA, S.E.V., SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

WECHSLER, A. M.; REIS, K. P.; RIBEIRO, B. D. Uma análise exploratória sobre os fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes. **Psicol. Argum.**, v. 34, n. 86, p. 273-288, 2016.

ANEXO A – Instrumento para coleta de dados¹

Código: _____

Data de Nascimento (materna): _____/_____/_____

Estado civil: () Casada () Solteira () Divorciada () Viúva

Escolaridade: _____

Prática exercício físico? () Não () Sim - Qual? _____

Cor da Pele: () Parda () Branca () Preta () Amarela

Tabagista: () Sim () Não

Usuária de drogas? () Não () Sim - Qual? _____

Gestação: _____ Paridade: _____ Aborto: _____

Data do primeiro atendimento: _____/_____/_____

Altura: _____ m

PAD X PAS / PESO (preencher no espaço correspondente à semana de atendimento)

1ª sem. _____ x _____ / _____	22ª sem. _____ x _____ / _____
2ª sem. _____ x _____ / _____	23ª sem. _____ x _____ / _____
3ª sem. _____ x _____ / _____	24ª sem. _____ x _____ / _____
4ª sem. _____ x _____ / _____	25ª sem. _____ x _____ / _____
5ª sem. _____ x _____ / _____	26ª sem. _____ x _____ / _____
6ª sem. _____ x _____ / _____	27ª sem. _____ x _____ / _____
7ª sem. _____ x _____ / _____	28ª sem. _____ x _____ / _____
8ª sem. _____ x _____ / _____	29ª sem. _____ x _____ / _____
9ª sem. _____ x _____ / _____	30ª sem. _____ x _____ / _____
10ª sem. _____ x _____ / _____	31ª sem. _____ x _____ / _____
11ª sem. _____ x _____ / _____	32ª sem. _____ x _____ / _____
12ª sem. _____ x _____ / _____	33ª sem. _____ x _____ / _____
13ª sem. _____ x _____ / _____	34ª sem. _____ x _____ / _____
14ª sem. _____ x _____ / _____	35ª sem. _____ x _____ / _____
15ª sem. _____ x _____ / _____	36ª sem. _____ x _____ / _____
16ª sem. _____ x _____ / _____	37ª sem. _____ x _____ / _____
17ª sem. _____ x _____ / _____	38ª sem. _____ x _____ / _____
18ª sem. _____ x _____ / _____	39ª sem. _____ x _____ / _____
19ª sem. _____ x _____ / _____	40ª sem. _____ x _____ / _____
20ª sem. _____ x _____ / _____	41ª sem. _____ x _____ / _____
21ª sem. _____ x _____ / _____	42ª sem. _____ x _____ / _____

¹ Fonte: Carvalho (2017).

ANEXO B – Termo de compromisso de utilização dos dados



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, ANDRESSA SUELLY SATURNINO DE OLIVEIRA, abaixo assinado, pesquisadora responsável pelo projeto de título **PRESSÃO ARTERIAL E ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA EM GESTANTES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, comprometo-me a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução Nº 466/2012 do Ministério da Saúde.

Informo que os dados a serem coletados são em 67 prontuários de gestantes maiores de 18 anos, cujo pré-natal foi acompanhado na UBS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Picos/PI, 20 de maio de 2017.

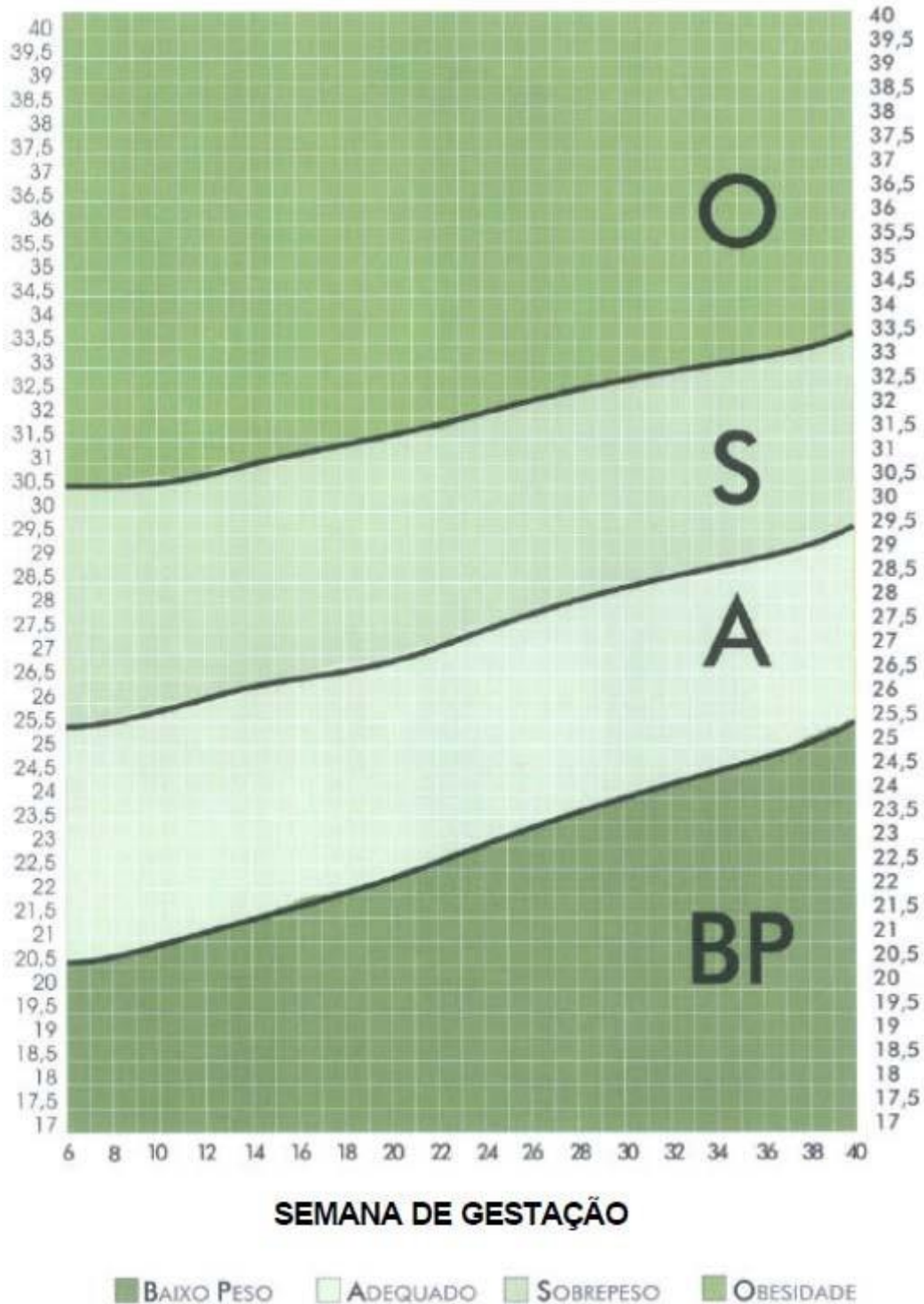
Nome	RG	Assinatura
Andressa Suelly Saturnino de Oliveira	98013011694	<i>Andressa Suelly Saturnino de Oliveira</i>

ANEXO C- 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
8	20,1	20,2 - 25,0	25,1 - 30,1	30,2
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: Atalah *et al*, 1997

ANEXO D- Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante



Fonte: Atalah *et al.*, 1997.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(x) Monografia
() Artigo

Eu, Monielle Rayla de Sousa Silva,
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Análise do ganho ponderal durante a gestação de
baixo risco
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 22 de Agosto de 2018.

Monielle Rayla de Sousa Silva
Assinatura

Assinatura