

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

**GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE
MULHERES ENCAMINHADAS AO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DO IMIP –
RECIFE/PE.**

BRUNA EDUARDA VERAS SOBRAL

MAIARA THAÍS DO NASCIMENTO

Recife – PE

2019

BRUNA EDUARDA VERAS SOBRAL

MAIARA THAÍS DO NASCIMENTO

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Trabalho de conclusão de curso – TCC

**GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE
MULHERES ENCAMINHADAS AO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DO IMIP –
RECIFE/PE.**

Trabalho de conclusão de curso, como requisito
para conclusão da graduação em nutrição da
Faculdade Pernambucana de Saúde.

Orientadora: Desirré Duda de Oliveira Sales

Coorientadora: Dayse Rafaela Lima dos Santos Silva

Recife – PE

2019

BRUNA EDUARDA VERAS SOBRAL

MAIARA THAÍS DO NASCIMENTO

**GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE
MULHERES ENCAMINHADAS AO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DO IMIP –
RECIFE/PE.**

Trabalho de conclusão de curso, como requisito
para conclusão da graduação em nutrição da
Faculdade Pernambucana de Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Desirré Duda de Oliveira Sales (Orientadora)

Prof. Dayse Rafele Lima dos Santos Silva (Coorientadora)

Prof. Caroline Neves de Moraes

Iza Cristina Martins

Recife

2019

CURRÍCULO DOS PESQUISADORES RESUMIDO

BRUNA EDUARDA VERAS SOBRAL

Estudante de nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 981387050

Email: mbruna.fps@hotmail.com

MAIARA THAÍS DO NASCIMENTO

Estudante de nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 979152455

Email: maiarathaiis@hotmail.com

DESIRRÉ DUDA DE OLIVEIRA SALES

Nutricionista do Banco de Leite Humano – CIAMA/IMIP

Especialista em Nutrição Clínica – IMIP

Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente – PPGSCA

Telefone: (81) 997070482

E-mail: desirre.duda@gmail.com

DAYSE RAFAELE LIMA DOS SANTOS SILVA

Doutora em Nutrição – UFPE

Mestre em Nutrição – UFPE

Pós Graduada em Nutrição Clínica- IMIP

Telefone: (81) 98130-1436

E-mail: dayselima.nutri@ymail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil clínico e nutricional de mulheres com gestação de alto risco atendidas no ambulatório de nutrição do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. **Metodologia:** Estudo do tipo transversal, realizado com banco de dados do ambulatório de nutrição do IMIP, feito por conveniência, com análise de registros na ficha de atendimento ambulatorial de janeiro de 2016 a julho de 2018. **Resultados:** Constatou-se que as principais patologias que acometem as gestantes são: Obesidade, 46% (n=70); Diabetes Mellitus Gestacional, 33,8% (n=51); e Síndrome Hipertensiva Gestacional, 14,6% (n=22). Quanto à escolaridade, 53% (n=80) das mulheres possuíam ensino médio completo. Quanto à renda familiar, 71,5% (n=108) possuíam uma igual/maior que um salário mínimo. Em 60,9% (n=92) dos casos as mulheres tinham histórico multiparidade, 29,1% (n=44) sofreram aborto. O consumo alimentar foi de 96% (n=145), 90,7% (n=137) e 86,1% (n=130), de frutas, verduras/legumes e alimentos industrializados respectivamente. O ganho ponderal foi excessivo em 59,6% (n=90) das mães e 46,4 (n=90) eram obesas de acordo com o IMC pré-gestacional. **Conclusões:** Este estudo possibilitou identificar e caracterizar o perfil clínico, nutricional e social de gestantes de alto risco encaminhadas ao ambulatório de nutrição; reforçando a importância da identificação e intervenção de riscos que afetam o binômio mãe-filho, bem como possibilita o acompanhamento pré-natal adequado.

Palavras Chave: Gestação de alto risco; Obesidade; Diabetes Gestacional; Hipertensão Gestacional

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical and nutritional profile of women with high-risk pregnancies treated at the nutrition outpatient clinic of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. **Methodology:** A cross-sectional study, carried out with a database of the IMIP's nutrition clinic, done for convenience, with analysis of records in the outpatient form from January 2016 to July 2018. **Results:** It was verified that the main pathologies that affect the pregnant women are: Obesity, 46% (n=70); Gestational Diabetes Mellitus, 33,8% (n=51); and Gestational Hypertensive Syndrome, 14,6% (n=22). Regarding schooling, 53% (n=80) of the women had completed high school. 71,5% (n=108) had a family income equal to greater than a minimum wage. In 60,9% (n=92) of the cases women had a multiparity history, 29,1% (n=44) suffered abortion. Food intake was 96% (n=145), (90,7% (n=137) and 86,1% (n=130), respectively, of fruits, vegetables and industrialized foods. 59,6% (n=90) had an excessive weight gain and 46,4% (n=90) were obese according to pre-gestational BMI. **Conclusions:** This study made it possible to identify and characterize the clinical, nutritional and social profile of high-risk pregnant women; reinforcing the importance of identifying and intervening risks that affect the mother-child binomial, as well as adequate prenatal care.

Key-words: Pregnancy High-Risk; Obesity; Diabetes Gestational; Hypertension Pregnancy-Induced

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, pelo dom da vida e por nos dar apoio diante das adversidades.

Aos nossos pais, pelo amor, zelo, dedicação, paciência e ensinamentos. Por depositarem esperança e, principalmente, por não medirem esforços dedicados ao nosso futuro.

Aos nossos irmãos, pela cumplicidade e por serem nosso maior apoio e inspiração.

Aos familiares, em geral, que contribuíram para a nossa formação e evolução.

Aos amigos que conquistamos no decorrer da vida e em especial aos que chegaram durante a vida acadêmica – com os quais compartilhamos o aprendizado mais valioso que é o de cuidar do outro.

A nossa orientadora, Desirré Duda, que desde sempre nos acolheu com tanto amor e respeito, nos ajudando constantemente e auxiliando no nosso ensino, juntamente com nossa co-orientadora, Dayse Lima.

Aos professores que cruzaram nossos caminhos e nos proporcionaram os mais diversos e valiosos aprendizados; em especial, aos grandes mestres da Saúde Pública que vieram antes de nós e dedicaram sua trajetória ao outro – Josué de Castro (*in memoriam*), Malaquias Batista Filho, Pedro Israel, Poliana Cabral e Emília Aureliano – graças a vocês nos formaremos como nutricionistas e militantes.

Ao fundador do nosso hospital-escola, Professor Fernando Figueira (*in memoriam*), que deixou o ensinamento de que o carinho é o tratamento mais poderoso que se pode receitar.

E, por último, mas jamais menos importante, aos pacientes que tivemos a honra de conhecer e cuidar ao longo desses quatro anos.

A confiança de todos vocês é, sem dúvida, o nosso maior alicerce para que possamos seguir com sede de novos conhecimentos.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este projeto a todos os profissionais que optam pelo caminho árduo da Saúde Pública e que dedicam sua vida à melhoria da saúde dos menos favorecidos e oprimidos, tentando, assim, reparar a desigualdade que insiste em se fazer presente.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Metodologia.....	13
3. Resultados	16
4. Discussão	18
5. Conclusões	22
6. Referências Bibliográficas	23
7. Apêndice I	25
8. Apêndice II	29
9. Apêndice III	30
10. Anexo	31

1 INTRODUÇÃO

A rotina de uma consulta do pré-natal, sugere pontos importantes que contribuem para o controle do risco de mortalidade do binômio mãe-filho, como exemplo, a orientação de uma alimentação saudável, a avaliação antropométrica, o controle do ganho de peso, a solicitação de exames laboratoriais e avaliação dos mesmos, esclarecimento de dúvidas, identificação de fatores que induzam a um pré-natal de alto risco e a realização de abordagens adequadas (Lenz, 2011).

Inicialmente é preciso entender que a gravidez é um período único e marcante na vida da mulher e de toda família, é um fenômeno fisiológico, que pode transcorrer tranquilamente sem qualquer intercorrência. Mas, é importante lembrar que gestantes portadoras de alguma doença, estão sujeitas a sofrer agravos e/ou desenvolverem condições clínicas e obstétricas isoladas ou associadas a outras complicações, como Obesidade, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG), repercutindo na evolução da gestante, devido aos fatores de risco, passando a fazer parte, assim, das estatísticas que estratificam o risco e estimam que 85% de gestantes possuem risco habitual e que de 10% a 15% das gestantes possuem alto risco (SES/MG, 2016).

Visto isso, entende-se o porquê da extrema importância do acompanhamento pré-natal com uma equipe de assistência capaz de identificar rapidamente esses problemas antes que possam ser agravados, encaminhando essa gestante em tempo hábil ao ambulatório de alto risco que irá dispor o tratamento adequado, visando o controle e a recuperação da saúde da gestante que impactará, também, na saúde do concepto (Ministério da Saúde, 2016).

Desde 1973 que se define como gestação de alto risco aquela em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tenham maiores chances de serem atingidas que as da média da população. Vale ressaltar que esse alto risco pode ser ocasionado por si só por um pré-natal inadequado ou pode

ser induzido por problemas maternos prévios ou desenvolvidos durante a gestação. Os fatores de risco prévios incluem as características individuais – como por exemplo a idade materna > 35 anos e < 15 anos de idade, o Índice de Massa Corporal (IMC) < 19 kg/m² e > 30 kg/m² - e as condições socioeconômicas; podemos incluir também critérios que correspondem à história reprodutiva prévia e condições clínicas preexistentes, como por exemplo histórico de aborto habitual e DMG. Já acerca dos desenvolvidos durante a gestação, podemos destacar o ganho de peso inadequado e a presença de alguma patologia específica e que não manifestada anteriormente (Ministério da Saúde, 2012).

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno, pois impacta nos desfechos maternos e perinatais. Estudos trazem à luz a confirmação de que iniciar a gravidez com um IMC já elevado aumenta de modo significativo o futuro desenvolvimento de morbidades endócrinas, cardíacas e outras; que o ganho de peso gestacional elevado está intimamente associado à prevalência de sobrepeso e obesidade e o baixo ganho de peso com a possibilidade de desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (Moll et al, 2017).

A obesidade, iniciada ou mantida durante a gravidez, é um fator de risco eminente tanto para a mãe quanto para o bebê. Mulheres que ganham mais peso que o preconizado pela literatura aumentam significativamente as chances de ter filho nos extremos de peso para a idade gestacional – esse problema ocorre em dois terços das gestações (ABESO, 2016). Já é descrito na literatura que a obesidade leva a complicações durante a gestação – como por exemplo o aparecimento de Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) e Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) -, no pós-parto aumenta substancialmente o risco complicações como mortalidade do binômio mãe-filho e de macrossomia fetal (Niquini, 2010). Bem como já é conhecida a correlação entre a condição de saúde materno-infantil, disparidades econômicas e acesso dificultado ao serviço de saúde com o aumento da prevalência de óbito neonatal e prematuridade (Kassar et al, 2013).

Considerando a significância do exposto, a captação precoce da gestante de risco, o acompanhamento pré-natal, a estratificação de risco do binômio e o atendimento ambulatorial especializado mostram-se eficazes na subversão dos altos indicadores de mortalidade (SES/PR, 2013). Devido a isso acredita-se que o conhecimento das características da população encaminhada ao ambulatório de nutrição facilitaria a abordagem, proporcionando medidas preventivas direcionadas e mais eficazes, inclusive para a assiduidade ao pré-natal. Desta maneira, esse trabalho propõe identificar o perfil clínico e nutricional de gestantes classificadas de alto risco atendidas no ambulatório de nutrição do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, em Recife-PE.

2. METODOLOGIA

O estudo foi de caráter descritivo a fim de caracterizar as gestantes encaminhadas e atendidas no ambulatório de nutrição do IMIP – envolveu a análise dos dados registrados na ficha de atendimento ambulatorial do período de janeiro de 2016 a julho de 2018. Participaram do estudo gestantes que se encaixaram nos critérios de inclusão, classificadas de alto risco e encaminhadas ao serviço, com idade entre 15 a 35 anos de idade, com ampla idade gestacional, primíparas e multíparas e que possuíam diagnóstico médico. Como critério de exclusão, os formulários incompletos e/ou ilegíveis. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP, CAAE 04256018.9.0000.5201, no dia 14 de fevereiro de 2019.

Durante os seis dias de coleta foram utilizadas um total de 241 fichas; dessas fichas, 90 foram consideradas como perda, e 151 fichas foram utilizadas e computadas em nosso banco de dados. Sobre as informações coletadas, essas foram agrupadas na ficha desenvolvida pelas pesquisadoras e lançadas para o banco de dados.

Delas foram utilizados os dados necessários para os objetivos do presente estudo, que foram transferidos para uma ficha desenvolvida pelas pesquisadoras (**APÊNDICE II**) que serviu de instrumento de pesquisa e que foi elaborada com base na ficha de atendimento ambulatorial já utilizada no serviço. Dos dados de relevância que aqui denominamos de variáveis, foram considerados: idade, escolaridade, renda familiar, histórico de gestações, partos e abortos, consumo de frutas e verduras/legumes e alimentos industrializados, ganho ponderal de acordo com o IMC pré-gestacional, diagnóstico nutricional e diagnóstico médico.

Para caracterizar o nível de escolaridade, destrinchamos em fundamental, médio e superior – todas as opções com a possibilidade de completa ou incompleta. A renda familiar pôde ser classificada em menor ou igual ao salário mínimo (R\$ 954,00) e como maior que o salário mínimo. O histórico de gestações foi classificado como primíparas ou multíparas; já para

abortos foram utilizadas as classificações de nenhum ou de um e mais de um. Para o consumo alimentar de frutas, legumes/verduras e alimentos industrializados utilizamos critérios simples, como sim ou não – exatamente como o da ficha ambulatorial.

A classificação do estado nutricional pré-gestacional foi realizado pelo IMC pré-gestacional, preconizada pelo Institute of Medicine (IOM), pôde ser avaliada e classificada em quatro categorias, sendo elas: baixo peso (IMC pré-gestacional $< 18,5$ kg/m²), peso adequado (IMC pré-gestacional entre 18,5 e 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC pré-gestacional entre 25 e 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC pré-gestacional ≥ 30 kg/m²). A partir dessas classificações, a faixa de ganho de peso ficava estimada em: 12,5 a 18 kg para mulheres com baixo peso; 11,5 a 16 kg para eutróficas, 7 a 9 kg para sobrepeso; e até 7 kg para mulheres obesas. Na identificação das patologias que acometem essas gestantes, utilizamos a informação contida no campo do diagnóstico médico.

Os dados foram digitados em dupla entrada e a análise estatística foi realizada no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 13.0. As variáveis contínuas foram analisadas quanto a sua normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo as com distribuição normal apresentadas em valores de médias e desvio padrão e as com distribuição não normal apresentadas em mediana e valores mínimo e máximo. Foi realizada a análise univariada para conhecer as frequências das variáveis e bivariada entre a variável dependente e as variáveis independentes através do método do qui-quadrado da razão de verossimilhança. Ao final da análise as variáveis com um valor de $p < 0,05$ foram consideradas associadas ao desfecho de forma estatisticamente significante.

A coleta dos dados foi feita no período de 25 de fevereiro a 11 de março de 2019 e utilizamos a Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**APÊNDICE III**), garantindo o anonimato e o sigilo dos dados. Não houve conflito de interesses.

3 RESULTADOS

As principais patologias que acometem gestantes e as fazem ser classificadas de alto risco, destacou-se o fato de que a grande maioria das gestantes possuíam diagnóstico médico de Obesidade em 46,4% dos casos (n=70). A variável “outros” foi destinada aos outros diagnósticos – tais como: desnutrição, doença do refluxo gastroesofágico e síndromes genéticas - atingindo 35,1% (n=53). Em quase 1/5 dos casos, o diagnóstico de Obesidade estava associado à outras patologias, como a SHG e a DMG (**TABELA 1**).

Sobre as características sociodemográficas, a média da faixa etária foi de 28 anos, com a mínima de 16 e a máxima de 35 anos. Acerca da escolaridade: 53,0% (n=80) possuíam ensino médio completo; 11,3% (n= 17) possuíam ensino superior completo e 10,6% (n=16) incompleto. Com uma frequência total de 151 mulheres, 108 (71,5%) apresentavam renda familiar igual ou maior que o salário mínimo e 43 dos casos (28,5%) a renda familiar era inferior ao salário mínimo. A maioria da população 60,9% (n=92) era multípara; e o histórico de aborto foi ausente em 70,9% (n=107) dos casos (**TABELA 2**).

Já com relação às características nutricionais, tais como: consumo alimentar habitual, onde a maioria expressiva de 96% (n=145) fazia consumo de frutas, 90,7% (n=137) consumiam verduras/legumes e 86,1% (n=130), alimentos industrializados; já em relação ao não consumo alimentar, o grupo que recebeu a maior porcentagem, de 13,9% (n=21) foi o de alimentos industrializados. Sobre o ganho de peso: 59,6% (n=90) foi acima do recomendado; e 11,3% (n=17) abaixo do recomendado. Enquanto ao estado nutricional pré-gestacional em 46,4% (n=70) dos casos, justificando o diagnóstico médico, eram classificados como obesidade (**TABELA 3**). Cerca de 13,2% (n=20) foram classificados como baixo peso – recebendo o diagnóstico de Desnutrição inserido em “outros” nas variáveis de diagnóstico médico.

Na tentativa de uma melhor compreensão acerca do resultado exorbitante da inconformidade do ganho ponderal, foi feita uma análise das variáveis clínicas, que por sua vez não apresentaram associação com o ganho de peso durante o período gestacional das mulheres do estudo (**TABELA 4**).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo procurou identificar o perfil clínico e nutricional de gestantes classificadas como sendo de alto risco, envolvendo variáveis inclusive sociodemográficas, tudo isso para que se torne possível o reconhecimento do público encaminhado e atendido no ambulatório de nutrição do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Com dados como nível de escolaridade e renda familiar mensal foi possível classificar o grupo como sendo de baixa renda; na identificação do diagnóstico médico, onde a maior porcentagem foi de diagnóstico de obesidade, corroborou para o já indicado pela literatura, bem como o ganho de peso acima do recomendado apresentado pela maioria das mulheres no que se refere ao perfil nutricional.

A prevalência da obesidade se tornou um achado pertinente no presente estudo, já que no Brasil, cerca de 25 a 30% das gestações são associadas à obesidade (Vitolo et al, 2011). Fraser (2006) destacou em seu estudo que a presença da mesma está associada a uma maior suscetibilidade de morte materna e um elevado risco cardiometabólico que pode desenvolver complicações obstétricas e neonatais. Em outros estudos, como o de Adamo et al. (2013), a presença de um IMC pré-gestacional elevado e um ganho ponderal excessivo aumentaram a incidência de doenças hipertensivas e do desenvolvimento de DMG – estando assim relacionada também com as outras patologias que foram abordadas nesse estudo. A obesidade materna é uma condição relevante inclusive para possíveis complicações cirúrgicas no parto (Flenady et al, 2011).

Em gestantes com diagnóstico de DMG, o ganho de peso acima de 16kg associado a outros fatores como IMC pré-gravídico e a média de glicemias de jejum, dobra as chances de macrosomia fetal (Kerche et al, 2005). Além disso, o controle glicêmico inadequado contribui para prejuízos fisiológicos e metabólicos do binômio (Corrêa e Gomes, 2004). As complicações fetais mais citadas na literatura interferem no crescimento, no metabolismo da glicose e do ferro

e na oxigenação fetal. Já as complicações neonatais são: macrosomia, hipoglicemia neonatal, deficiência de ferro, alterações da função cardiorrespiratória, hiperbilirrubinemia, anormalidades neurológicas, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia (Amaral et al, 2012). Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de DMG, destacamos a obesidade, o ganho excessivo de peso na gravidez e a idade acima de 25 anos (ADA, 2012).

A SHG é a complicação clínica mais comum da gestação, ocorrendo em 10-22% dos casos – sendo um achado, também, desse estudo. Essa síndrome é caracterizada por pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg diagnosticada pela primeira vez na gestação e com ausência de proteinúria (Oliveira et al, 2006). A taxa de mortalidade materna associada à SHG atinge cerca de 60-86% e a fetal de 56-75%; apresentando também complicações fetais – como redução do suprimento de oxigênio e de nutrientes, baixo peso ao nascer e maior risco de desenvolver doenças pulmonares agudas e crônicas; dentre as tardias – baixa estatura para a idade gestacional, níveis mais elevados de pressão arterial e risco de dislipidemia na vida adulta (Moura, 2011). O fator de risco mais reconhecido pela literatura é a obesidade (Peraçoli e Parpinelli, 2005). Segundo Cunha e Duarte (1998) as síndromes hipertensivas constituem a primeira causa de morte materna.

A qualidade da assistência pré-natal é pior entre adolescentes, múltiparas e que apresentam baixa escolaridade e baixa renda, fazendo parte do perfil encontrado nesse estudo. Concluindo que casos de vulnerabilidade social contribuem para desfechos desfavoráveis, bem como para uma má adesão do acompanhamento pré-natal (Moraes et al, 2010). Outro fator que influencia diretamente nessa qualidade é a condição socioeconômica associada à condição reprodutiva prévia (Nascimento et al, 2012). Visto que essa assistência prestada no atendimento precisa ser contínua, de tal modo que ofereça cobertura efetiva de possíveis riscos e complicações (Brasil, 2012).

O achado considerado de maior relevância para esse estudo foi o ganho excessivo de peso por parte das gestantes atendidas no serviço. Apesar das recomendações para o ganho de peso, o excesso do ganho ponderal já é de certa forma esperado e alvo de discussão na literatura – Stuebe et al, em 2009, verificou que 51% das mulheres ganharam peso excessivo no período gestacional. Entre 1991 e 1995 foi realizado um estudo em seis capitais do Brasil, com cerca de 3.082 gestantes, onde menos de 1/3 das mulheres atendidas na rede pública de saúde obtiveram um ganho de peso dentro da faixa recomendada pelo IOM.

Devakumar et al (2016) traz o conceito que o perfil clínico e nutricional de gestantes é diretamente associado à saúde dos filhos e suas futuras doenças, dentre as variações dos perfis: multiparidade, qualidade da dieta e até mesmo ingestão de micronutrientes. Em 2017, num artigo de revisão de Lindsay et al, foi reforçado o indício de que a exposição ao estresse psicossocial durante a gestação aumenta a ingestão de alimentos ricos em gordura e açúcar, havendo assim uma ingestão dietética não saudável e uma mudança no comportamento alimentar – sendo mais suscetíveis mulheres que tiveram um incremento significativo do IMC logo no início da gestação ou gestantes obesas.

Estudos recentes sugerem a associação entre obesidade materna, ganho de peso excessivo na gravidez e até mesmo a dieta da mulher durante o período gestacional com adiposidade infantil e risco cardiovascular (Toemen et al, 2016). Além do já exposto, há uma forte associação do excesso de ganho de peso gestacional com maior retenção de peso pós-parto. Que por sua vez, essa retenção de peso pós-parto mesmo que moderada está relacionada à um maior risco de desfechos adversos nas gestações subsequentes, incluindo a maior suscetibilidade de doenças hipertensivas, diabetes e natimorto (Poston et al, 2016). Desta maneira torna-se relevante o acompanhamento para melhor compreensão do estilo de vida, da alimentação e até mesmo do perfil clínico e nutricional, possibilitando assim a prevenção de doenças e a promoção da saúde

antes, durante a gravidez e a lactação, visando o bem-estar tanto da mãe quanto de seu bebê (Koletzko et al, 2019).

Apesar de o presente estudo ter possibilitado a obtenção de informações relevantes a respeito da saúde da gestante, limitações devem ser consideradas. As limitações metodológicas, tais como fichas incompletas, dificultam a obtenção de um n significativo e prejudicam também na obtenção de informações importantes. Já acerca da limitação de estudos e pesquisas recentes, com abordagem na área de obstetrícia de alto risco da população brasileira – em especial do Nordeste, interferem na comparação de resultados.

5 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu identificar e caracterizar o perfil clínico, nutricional e social das gestantes de alto risco encaminhadas ao ambulatório de nutrição do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, situado na região metropolitana do Recife, em Pernambuco. Mulheres com diagnóstico médico de Obesidade, Síndrome Hipertensiva Gestacional e Diabetes Mellitus Gestacional, com baixa escolaridade e baixa renda, múltiparas, com histórico prévio de aborto, em consumo alimentar de alimentos industrializados, com estado nutricional pré-gestacional inadequado e ganho de peso excessivo constituem a casuística, transformando-se por sua vez em um problema a ser enfrentado pelos profissionais de saúde que visam promover o bem estar gravídico e evitar possíveis intercorrências no pré-natal.

Trouxe à luz a importância do encaminhamento para um ambulatório especializado, em especial o de Nutrição, visto que a maioria dos riscos que levam às tais complicações podem ser prevenidos. Destaca-se, também, a importância do acompanhamento pré-natal qualificado, com atenção aos detalhes a fim de intervir em tempo hábil, garantindo que a gestação transcorra da melhor maneira possível tanto para a mãe quanto para o bebê.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Crítérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante** [internet]. Minas Gerais: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais; 2016.
2. Lenz MLM. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.
3. Fescina, R. et al. **Saude sexual y reproductiva: guías para el contínuo de atencion de lamujer y elrecién nascido focalizadas em APS**. Montevideo: CLAP/SMR; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Caderneta da gestante**. Brasília: MS; 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Editora do MS; 2012.
6. Moll U, Olsson HHM, Landín-Olsson M. Impact of pregestational weight and weight gain during pregnancy on long-term risk for diseases. **PLoS One**. 2017;2:e0168543. doi: 10.1371/journal.pone.0168543.
7. ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica; 2016.
8. Niquini, RP. **Avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro** [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
9. Kassar SB et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J Pediatr**. 2013;89(3):559-72.
10. Superintendência de atenção à saúde. **Linha guia rede mãe paranaense** [internet]. Curitiba: Secretaria do Estado da Saúde do Paraná; 2013.
11. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. **National Research Council. Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines**. Washington, DC: National Academy Press, 2009.

12. Vitolo RM, Bueno MHD, Andreazza R, Kono S. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. **Ver Bras Epidemiol.** 2007;33(1):13-9.
13. Adamo KB, Ferraro ZM, Goldfield G, Keely E, Stacey D, Hadjiyannakis S, et al. The Maternal Obesity Management (MOM) Trial Protocol: a lifestyle intervention during pregnancy to minimize downstream obesity. **Contemp Clin Trials.** 2013;35(1):87-96.
14. Fraser RB. Obesity complicating pregnancy. **Curr Obstet Gynaecol.** 2006;16(5):295-8.
15. Kerche LTRL et al. Fatores de risco para macrosomia fetal em gestações complicadas por diabetes ou por hiperglicemia diária. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2005; 27(10):580-7.
16. Corrêa FHS, Gomes MB. **Acompanhamento ambulatorial de gestantes com Diabetes Mellitus no Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ.** Arq Bras Endocrinol Metab. 2004 ago; 48(4):499-504.
17. Amaral ACS et al. Complicações neonatais do diabetes mellitus gestacional – DMG. **Rev Med Minas Gerais.** 2012;22 (Supl 5):S40-S42.
18. American Diabetes Association. **Standards of Medical Care in Diabetes,** 2012. Diabetes Care 2012; 35(1):11-63.
19. Moura, MDR. **Hipertensão arterial na gestação – importância do seguimento materno no desfecho neonatal.** Comunicação em Ciências e Saúde. 2011; 22(1):113-20.
20. Peraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2005, 27(10):627-34.
21. Cunha SP, Duarte G. **Gestação de alto risco.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1998.

22. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. **Violência física entre parceiros íntimos como fator de risco para má qualidade do pré-natal.** *Ver Saúde Pública.* 2010; 44(4):667-76.
23. Nascimento RM, Leite AJ, Almeida NM, Almeida PC, Silva CF. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2012;28(3):559-72.
24. Stuebe AM, Oken E, Gillman MW. Associations of diet and physical activity during pregnancy with risk for excessive gestational weight gain. **Am J Obstet Gynecol.** 2009 Jul;201(1):58.e1-8.
25. Nucci LB et al. Avaliação de ganho ponderal intra-gestacional em serviços de assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2001; 17:1367-74.
26. Devakumar D et al. Maternal antenatal multiple micronutrient supplementation for long-term health benefits in children: a systematic review and meta-analysis. **BMC Med.** 2016;14:90.
27. Linday KL, Buss C, Wadhwa PD, Entringer S. The interplay between maternal nutrition and stress during pregnancy: issues and considerations. **Ann Nutr Metab.** 2017;70:191-200.
28. Toemen L, Gishti O, van Osch-Gevers L, et al. Maternal obesity, gestational weight gain and childhood cardiac outcomes: role of childhood body mass index. **Int J Obes (Lond)** 2016;40:1070-1078.
29. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, et al. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. **Lancet Diabetes Endocrinol** 2016;4:1025-1036.

30. Koletzko B, Godfrey KM, Lucilla P, et al. Nutrition during pregnancy, lactation and early childhood and its implications for maternal and long-term child health: the early nutrition project recommendations. *Ann Nutr Metab* 2019;74:93-106.

APÊNDICE I

Tabela 1 – Perfil clínico-patológico das gestantes atendidas no ambulatório de nutrição do IMIP, Recife, 2019.

VARIÁVEIS	SIM n (%)	NÃO n (%)
Obesidade	70 (46,4)	81 (53,6)
Diabetes Mellitus Gestacional	51 (33,8)	100 (66,2)
Síndrome Hipertensiva Gestacional	22 (14,6)	129 (85,4)
Outros	53 (35,1)	98 (64,9)

Tabela 2 – Dados sociodemográficos de gestantes, dentre eles escolaridade, renda familiar, números de gestações e de abortos, atendidas no ambulatório de nutrição do IMIP, Recife, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	15	9,9
Ensino fundamental completo	5	3,3
Ensino médio incompleto	18	11,9
Ensino médio completo	80	53,0
Ensino superior incompleto	16	10,6
Ensino superior completo	17	11,3
Renda Familiar		
< R\$ 954,00	43	28,5
≥ ou R\$ 954,00	108	71,5
Gestações		
Nenhum	59	39,1
≥ de 1	92	60,9

Abortos		
Nenhum	107	70,9
≥ de 1	44	29,1

Tabela 3 – Dados de consumo alimentar e perfil nutricional de gestantes, contendo consumo de frutas, verduras/legumes, alimentos industrializados, ganho ponderal recomendado e estado nutricional pré-gestacional; IMIP, Recife, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Consumo de Frutas		
Não	6	4,0
Sim	145	96,0
Consumo de Verduras/Legumes		
Não	14	9,3
Sim	137	90,7
Consumo de Alimentos Industrializados		
Não	21	13,9
Sim	130	86,1
Ganho Ponderal Recomendado		
Adequado	44	29,1
< que o recomendado	17	11,3
> que o recomendado	90	59,6
Estado Nutricional Pré-Gestacional		
Baixo peso	20	13,2
Adequado	19	12,6
Sobrepeso	42	27,8
Obesidade	70	46,4

Tabela 4 - Variáveis clínicas relacionadas com o ganho de peso durante o período gestacional de gestantes atendidas no ambulatório de nutrição do IMIP, Recife, 2019.

VARIÁVEIS	TOTAL (135)		GANHO DE PESO ADEQUADO		GANHO DE PESO INADEQUADO		RP* (IC 95%)	p
	N	%	N	%	N	%		
Gestações								
Múltíparas	81	60	26	32,1	55	67,9	1	0,60 (0,82-1,38)
Primíparas	54	40	18	33,3	36	66,7	1,07	
Estado Nutricional Pré-gestacional								
Excesso de peso/Baixo peso	116	85,9	34	42,6	82	52,6	1	0,10 (0,39-1,09)
Eutrófica	19	14,1	10	52,6	9	47,4	0,65	
Obesidade								
Sim	58	43,0	17	29,3	41	70,7	1	0,93 (0,76-1,27)
Não	77	57,0	27	35,1	50	64,9	0,99	
Diabetes Mellitos Gestacional								
Sim	49	36,3	15	30,6	34	69,4	1	0,93 (0,78-1,29)
Não	86	63,7	29	33,7	57	66,3	1,01	
Síndrome Hipertensiva Gestacional								
Sim	21	15,6	6	28,6	15	71,4	1	0,91 (0,72-1,33)
Não	114	84,4	38	33,3	76	66,7	0,98	

RP: Razão de prevalência.

APÊNDICE II

Ficha elaborada para pesquisa com base na ficha de atendimento ambulatorial.

NQUES: _____

ESCOLARIDADE:

1. Fundamental I
2. Fundamental C
3. Médio I
4. Médio C
5. Superior I
6. Superior C
7. PG I
8. PG C
9. PG M I
10. PG M C
11. PG D I
12. PG D C

*I – Incompleto; C – Completo; PG – Pós-Graduação; M – Mestrado; D – Doutorado.

RENDA:

0. > ou = Salário Mínimo
1. < Salário Mínimo

IDADE: _____

GESTAÇÕES:

0. Primípara
1. Multípara

PARTOS:

0. Nenhum
1. = ou < de 1

ABORTOS:

0. Nenhum
1. = ou < de 1

FRUTAS:

0. NÃO
1. SIM

VERDURAS/LEGUMES:

0. NÃO
1. SIM

ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS:

0. NÃO
1. SIM

GANHO DE PESO RECOMENDADO:

0. Adequado
1. Abaixo do recomendado
2. Acima do recomendado

ESTADO NUTRICIONAL PRÉ-GESTACIONAL:

0. Baixo Peso
1. Adequado
2. Sobrepeso
3. Obesidade

OBESIDADE:

0. NÃO
1. SIM

DIABETES MELITUS GESTACIONAL:

0. NÃO
1. SIM

SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL:

0. NÃO
1. SIM

OUTRO:

0. NÃO
1. SIM

APÊNDICE III

Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado "Perfil clínico e nutricional de gestantes de alto risco atendidas em um ambulatório de nutrição de um hospital de referência no Recife", considerando a pesquisa ser de caráter retrospectivo e que se pretende utilizar informações a partir de prontuários, ou laudos de exames etc... com as seguintes justificativas:

- Em muitos casos, os pacientes evoluíram para óbito;
- Perda de acompanhamento;
- Os pacientes foram atendidos e o endereço e telefone já não são os mesmos.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas Resoluções 466 de 2012, e suas complementares no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

Recife, 01 de Outubro de 2018.

Desirré Duda de Oliveira Sales
Desirré Duda de Oliveira Sales
Pesquisador responsável

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Dec. Lei 981 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Dec. Lei 5013 de 14/05/64
UTILIDADE FEDERAL - Dec. Lei 8628 de 30/07/61
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isoste
C.G.C. 10.988.311/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife-PE - Brasil CEP 50070-500
FAX: (081) 2122-4100
Fax: (081) 2122-6722 Cx. Postal 1393
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page: <http://www.imip.org.br>

ANEXO I

Curva de IMC para a idade gestacional de acordo com Atalah.

