

GANHO DE PESO GESTACIONAL E ESTADO NUTRICIONAL DO NEONATO: UM ESTUDO DESCRITIVO

Kelen Cristina Ramos dos SANTOS^a, Luana Oliveira MURARO^b,
Maria Carolina WITKOWSKI^c, Márcia Kojá BREIGEIRON^d

RESUMO

O objetivo foi caracterizar puérperas quanto ao ganho de peso gestacional e seus neonatos conforme estado nutricional de nascimento. Consiste em estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo, aprovado pelo comitê de ética da instituição responsável. A coleta dos dados foi de dezembro de 2012 a maio de 2013. A amostra foi de 24 puérperas e seus filhos. As puérperas apresentaram: média de idade de 26,5 (DP=5,4) anos, 79,2% cor branca; 91,7% casadas; 58,3% multíparas; 75% com escolaridade entre ensino médio e superior; 58,3% em situação de baixa renda familiar; 54,1% apresentaram estado nutricional pré-gestacional alterado e 75% obtiveram ganho ponderal gestacional inadequado. Dos neonatos, 79,2% foram classificados como Adequados para a Idade Gestacional (AIG). Os neonatos Grandes para a Idade Gestacional (GIG) foram de gestantes com ganho ponderal excessivo ou com sobrepeso. Conclui-se que os profissionais de saúde devem estar atentos aos desvios nutricionais, com o intuito de evitar agravos à saúde materna/fetal.

Descritores: Estado nutricional. Gravidez. Peso ao nascer.

RESUMEN

El objetivo fue caracterizar las puérperas sobre el aumento de peso gestacional y sus hijos recién nacidos, como estado nutricional de nacimiento. Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, aprobado por la Comité de Ética de la institución responsable. La recolección de datos fue entre diciembre 2012/mayo 2013. La muestra estuvo conformada por 24 madres y sus hijos. Las mujeres mostraron: promedio de edad de 26,5 (SD = 5,4) años, 79,2% blancos, 91,7% casadas o viven en pareja, 58,3% multíparas, 75% educación entre escuela y universidad, 58,3% una situación de bajos ingresos; 54,1% tenía antes del embarazo estado nutricional cambiado, 75% tenía inadecuada ganancia de peso. 79,2% de los recién nacidos se clasificaron como adecuado para edad gestacional/AIG. Los neonatos grandes para edad gestacional/GIG fueron de mujeres embarazadas con ganancia excesiva o sobrepeso. Se concluye que los profesionales de la salud deben ser conscientes de problemas nutricionales para evitar daños a la salud materna/fetal.

Descriptores: Estado nutricional. Embarazo. Peso al nacer.

Título: Ganancia de peso gestacional y estado nutricional de neonatos: un estudio descriptivo.

ABSTRACT

The objective was to characterize puerperal women in relation to gestational weight gain and their newborns in accordance with the nutritional state at birth. This is a descriptive, quantitative and retrospective study approved by the Ethics Committee at the institution responsible. The collection of data was from December 2012 to May 2013. The sample was composed of 24 puerperal women and their children. The participants presented an average age of 26.5 (DP=5.4) years, 79.2% white; 91.7% married; 58.3% multiparous; 75% with a level of education between secondary school and higher education; 58.3% with a low family income; 54.1% presented an altered pre-gestational nutritional state and 75% obtained an inadequate gestational weight gain. 79.2% of the newborns were classified as Adequate for Gestational Age (AIG). The newborns classified as Large for Gestational Age (GIG) were from pregnant women that had excessive weight gain or were overweight. It was concluded that health professionals should be attentive to nutritional deviations with the intention of avoiding complications for maternal/fetal health.

Descriptors: Nutritional state. Pregnancy. Birth weight.

Title: Gestational weight gain and nutritional state of the newborn: a descriptive study.

a Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. E-mail: kelenrcs@ibest.com.br

b Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. E-mail: lua.muraro@gmail.com

c Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia. Enfermeira assistencial e preceptora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, Brasil. E-mail: mariacarolinawit@hotmail.com

d Enfermeira. Doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Professora Assistente do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, Brasil. E-mail: mbreigeiron@gmail.com

INTRODUÇÃO

A prevalência de sobrepeso e obesidade vem configurando-se como um grande problema de saúde pública⁽¹⁾. No Brasil, é crescente o número de crianças diagnosticadas com sobrepeso ou obesidade. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, no Brasil, no ano de 2006, foram encontradas situações de excesso de peso em relação à altura em 7% das crianças menores de cinco anos, variando em 9% na Região Sul⁽²⁾.

Esse preocupante panorama instiga a atentar para os possíveis fatores desencadeantes. Neste sentido, estudos prévios têm demonstrado a existência de uma associação significativa direta entre o ganho de peso durante a gestação e o estado nutricional de crianças⁽³⁻⁴⁾. Deste modo, a obesidade materna seria um importante indicador para a obesidade infantil, podendo acarretar diversos efeitos prejudiciais sobre a saúde materna e fetal.

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⁽⁵⁾.

Apesar de necessário, quando em excesso ou insuficiente, o ganho de peso gestacional pode levar a consequências negativas na saúde da mulher e da criança. Nessa perspectiva, o *Institute of Medicine of the National Academies (IOM-EUA)*⁽⁶⁾ recomenda o total de ganho de peso gestacional adequado conforme o Índice de Massa Corporal (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⁽⁷⁾ que foi construída 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.

O peso ao nascer consiste no resultado do crescimento intrauterino e representa um marcador da tendência nutricional. Nesse sentido, o inadequado ganho de peso durante a gestação pode influenciar no crescimento fetal, ocasionando alterações no

estado nutricional do neonato^(8,9). Além disso, o peso e a saúde do neonato são considerados fatores determinantes para o crescimento e desenvolvimento durante os primeiros anos de vida⁽⁹⁾.

Para avaliar a adequação do peso corporal e da estatura em relação à idade gestacional, o Ministério da Saúde utiliza curvas de crescimento intrauterino elaboradas por Margotto⁽¹⁰⁾. De acordo com os percentis, a curva peso ao nascer classifica o recém-nascido em: pequeno para idade gestacional (PIG), adequado para idade gestacional (AIG) e grande para a idade gestacional (GIG).

Dessa forma, sendo a obesidade um problema de saúde pública, torna-se relevante para o enfermeiro e demais profissionais compreenderem os fatores envolvidos neste desfecho, possibilitando o planejamento de estratégias preventivas e terapêuticas por meio da assistência qualificada à gestante.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem por objetivo caracterizar as puérperas quanto ao ganho de peso gestacional e aos aspectos sociodemográficos, bem como categorizar os neonatos conforme o estado nutricional de nascimento. Para tanto, a hipótese deste estudo é que o inadequado ganho de peso gestacional pode alterar o estado nutricional do neonato ao nascimento.

MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de caráter quantitativo.

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) de um Hospital Universitário (HU) localizado no município de Porto Alegre/RS. Esta unidade possui 44 leitos distribuídos em 13 quartos (5 enfermarias, 2 quartos privativos e 6 quartos semi privativos) e presta atendimento às gestantes, puérperas e seus recém-nascidos. Além disso, é referência para gestações de alto risco.

A amostra foi constituída de 24 puérperas internadas na UIO, que fizeram suas consultas de pré-natal em uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) do mesmo município, e seus filhos nascidos no Centro Obstétrico do referido HU. A seleção da amostra deste estudo ocorreu conforme demanda espontânea, ou seja, por conveniência. Em relação ao recorte temporal, o período de coleta de dados foi de dezembro de 2012 a maio de 2013.

Para esse estudo foram utilizados os seguintes critérios de inclusão da mulher: ter idade maior

ou igual a 18 anos; estar cadastrada na UBS e ser referenciada ao HU; e ter iniciado o acompanhamento obstétrico na UBS, pelo menos no segundo trimestre de gestação. Para critérios de exclusão: ter diagnóstico de comorbidades (*diabetes mellitus* prévio ou gestacional, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, doenças respiratórias crônicas e HIV positivo); e ter gestação de alto risco.

O critério de inclusão da criança foi nascimento a termo. Os critérios de exclusão da criança foram: Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida, diagnóstico de morbidades congênitas e malformações maiores (como gastrosquise, onfalocele, mielomeningocele, malformações cardíacas graves e outras que necessitem de correção cirúrgica ou resultem em óbito).

As puérperas selecionadas, que preenchiem os critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo, no 2º dia pós-parto, ainda na UIO. Esse momento foi seguido pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, por meio de entrevista, aplicação da primeira parte do instrumento de coleta de dados que continha questões fechadas relacionadas aos aspectos demográficos e socioeconômicos. Na segunda parte do instrumento de coleta de dados, o pesquisador registrava informações relacionadas ao pré-natal e ao nascimento, coletadas dos registros dos prontuários no HU.

Considerando a ocorrência da alteração postural fisiológica no decorrer da gestação, a medida de altura utilizada para cálculo de IMC foi a registrada na carteira de pré-natal no início da gestação. As medidas antropométricas da mulher foram coletadas da carteira de pré-natal e da folha de registro de sinais vitais da instituição hospitalar. Os dados antropométricos do neonato foram coletados do prontuário eletrônico ou da folha de registro de sinais vitais. Para fins de definição da idade gestacional, considerou-se o valor obtido por método de Capurro Somático realizado pela enfermeira da neonatologia presente na sala de admissão do recém-nascido no centro obstétrico do HU.

Em relação à análise de dados, as variáveis referentes à gestante foram: IMC materno, escolaridade, renda mensal domiciliar per capita e número de consultas no período pré-natal. As variáveis referentes ao neonato foram: peso e comprimento de nascimento, idade gestacional.

Os dados coletados foram organizados e codificados manualmente nos instrumentos. Após

essa etapa, os dados foram registrados no banco de dados, utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, sendo utilizada dupla digitação para detecção precoce de possíveis erros na tabulação, com o intuito de correção. Os dados foram analisados pela estatística descritiva, em que as variáveis discretas foram apresentadas por meio de média e desvio padrão da média. As variáveis categóricas foram apresentadas conforme frequência absoluta e relativa.

Em relação ao IMC pré-gestacional, as mulheres foram classificadas em baixo peso, eutrofia, sobrepeso ou obesidade, segundo o *IOM-EUA*. Quanto ao ganho de peso gestacional, foram classificadas em ganho de peso insuficiente, adequado ou excessivo, guiando-se pelas recomendações do *IOM-EUA*. Para a classificação do estado nutricional da gestante na admissão hospitalar foi utilizada a tabela de Atalah⁽⁷⁾. Os neonatos foram classificados em relação às medidas de peso e estatura conforme a idade gestacional, com base nos gráficos de Margotto⁽¹⁰⁾.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EENF UFRGS) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição responsável, sob o número 75433.

As participantes do estudo receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que continha informações referentes à confidencialidade dos dados e possibilidade de desistência em qualquer etapa do estudo.

O presente estudo respeitou os aspectos bioéticos, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

A caracterização da amostra estudada em relação aos aspectos sociodemográficos e econômicos consta na Tabela 1. A caracterização quanto ao estado nutricional e gestação está descrita na Tabela 2.

Os dados encontrados no presente estudo caracterizam as participantes, em sua maioria, como mulheres jovens, brancas, múltiparas e casadas ou vivendo com o companheiro.

Em relação à escolaridade materna, observa-se que a maioria das participantes apresentava ensino fundamental e médio e, um terço delas apresentava

Tabela 1 – Caracterização da amostra estudada em relação aos aspectos sociodemográficos e econômicos – Porto Alegre, 2013.

Variáveis	n(24)	%
Idade		
< 20 anos	2	8,3
20-29 anos	15	62,5
> 30 anos	7	29,2
Cor		
Branca	19	79,2
Parda	3	12,5
Negra	2	8,3
Situação conjugal		
Casada ou vive com companheiro	22	91,7
Escolaridade		
Ensino superior completo	2	8,3
Ensino superior incompleto	6	25,0
Ensino médio completo	7	29,2
Ensino médio incompleto	3	12,5
Ensino fundamental completo	4	16,7
Ensino fundamental incompleto	2	8,3
Ocupação		
Emprego fixo	13	54,2
Estudante	6	25,0
Do lar	4	16,7
Autônoma	1	4,1
Renda familiar mensal per capita		
Até meio salário mínimo	6	25,0
Entre meio e um salário mínimo	8	33,3
Entre um e dois salários mínimos	9	37,5
Acima de cinco salários mínimos	1	4,2

Fonte: Pesquisa em campo, 2013.

ensino superior incompleto ou completo. Ao analisar a renda familiar *per capita*, os dados mostram que a grande maioria das puérperas encontrava-se em situação de baixo rendimento familiar.

Na amostra estudada, a maioria das puérperas apresentava emprego fixo. Além disso, algumas das gestantes empregadas realizavam as principais refeições fora do lar, sendo que, para essas, o ganho ponderal durante a gestação foi de 13 a 20 kg.

Ao serem questionadas sobre a presença do sentimento de ansiedade e estresse durante o período gestacional, a resposta foi positiva para 79,2% ($n=19$) e 75,0% ($n=18$) das puérperas, respectivamente; ou seja, grande parte das participantes sentiu-se ansiosa ou estressada durante a gestação.

As fontes geradoras de estresse configuraram-se, predominantemente, em aspectos familiares e conjugais. Além disso, para a maioria das puérperas (58,3%; $n=14$) houve uma boa aceitação da imagem corporal.

No que se refere ao hábito da atividade física no período gestacional, 70,8% ($n=17$) das puérperas referiram não ter praticado atividade física regular, prevalecendo o sedentarismo entre as participantes. Em relação ao acompanhamento da gestação, 83,3% ($n=20$) das puérperas realizaram mais de seis consultas de pré-natal e, 62,5% ($n=15$) receberam orientação nutricional.

Quanto ao uso de drogas durante a gestação, 16,7% ($n=4$) das puérperas fizeram uso de tabaco;

Tabela 2 – Caracterização da amostra estudada quanto ao estado nutricional e gestação – Porto Alegre, 2013.

Variáveis	n(24)	%
Paridade		
Múltipara	14	58,3
Gestação planejada		
Sim	10	41,7
Estado nutricional pré-gestacional		
Eutrofia	11	45,8
Baixo peso	2	8,3
Sobrepeso	9	37,5
Obesidade	2	8,3
Ganho de peso gestacional		
Excessivo	15	62,5
Adequado	6	25,0
Insuficiente	3	12,5
Estado nutricional admissão hospitalar		
Sobrepeso	9	37,5
Obesidade	7	29,2
Eutrofia	5	20,8
Baixo peso	3	12,5

Fonte: Pesquisa em campo, 2013.

8,3% ($n=2$) de bebida alcoólica; 12,5% ($n=3$) de drogas ilícitas (maconha e/ou cocaína e/ou crack). Ao analisar especificamente um caso de uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação, observa-se que, apesar da gestante ter obtido ganho de peso adequado, o recém-nascido foi classificado como FIG.

Os dados mostram que, no geral, a média de ganho ponderal total durante o período gestacional foi de 14,3 (DP=5,0) kg, variando entre 3,0 kg (mínimo) e 24,6 kg (máximo). Apesar disso, ao analisar individualmente cada caso, evidencia-se que mais da metade da amostra estudada apresentou algum desvio nutricional. Em relação ao ganho de peso ponderal, observa-se que maior parte da amostra obteve ganho de peso inadequado.

No presente estudo, 66,7% ($n=16$) das mulheres tiveram parto vaginal e 33,3% ($n=8$) foram submetidas à cesariana, estas sendo justificadas por motivos relacionados à desproporção céfalo-pélvica, vontade materna e apresentação anômala. Vale ressaltar que as mulheres submetidas à cesariana apresentavam IMC pré-gestacional adequado e ganho de peso médio de 15 kg (ou seja, dentro do limite recomendado para eutrofia).

Em relação aos neonatos, 54,2% ($n=13$) eram do sexo feminino; 79,2% ($n=19$) eram adequados para a idade gestacional (AIG); seguido por, 8,3% ($n=2$) pequenos para a idade gestacional (FIG) e 12,5% ($n=3$) grandes para a idade gestacional (GIG). A média da estatura ao nascimento foi de 49,6 (DP=2,3) cm, com variação entre 45 (mínimo) e 53 (máximo) cm.

Considerando o ganho de peso materno, o peso médio dos neonatos foi de 3409 g para gestantes com excessivo ganho ponderal; 3329 g para ganho de peso adequado e 3595 g para ganho de peso abaixo do recomendado. Os resultados mostram que os neonatos GIGs foram de gestantes com ganho de peso excessivo durante o período gestacional ou com sobrepeso (considerando a medida na admissão hospitalar). Além disso, é importante destacar que um dos casos de desnutrição no período pré-gestacional resultou em neonato FIG.

DISCUSSÃO

Os resultados referentes à caracterização da amostra do presente estudo aproximam-se dos

achados da literatura consultada, sendo que, em um estudo prévio⁽¹²⁾, a média de idade das gestantes foi de 25 (DP=3,8) anos, com maior prevalência de multíparas (59,9%). Nesse aspecto, é importante ressaltar que a idade materna pode influenciar o processo gravídico-puerperal no que se refere ao significado da gravidez. Conforme a idade, a maturidade e o contexto de vida, as mulheres experienciam a maternidade de maneira individual, podendo refletir de forma positiva ou negativa no autocuidado.

A presença de companheiro pode significar um melhor apoio psicossocial durante a gestação, influenciando no ganho de peso gestacional⁽¹³⁾. Segundo a literatura consultada⁽¹³⁾, as gestantes que não possuíam companheiro ganharam em média 2,3 kg a mais em relação às gestantes que residiam com seus companheiros.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽¹⁴⁾, no ano de 2009, a cor branca apresentou prevalência de 81,3% na população residente em Porto Alegre – RS. Conforme a literatura consultada⁽¹⁵⁾, as características étnicas da população do sul do país são influenciadas por aspectos demográficos da colonização europeia em grande escala. Portanto, esse fato pode explicar a alta prevalência de cor branca na amostra estudada.

Ainda, segundo dados do IBGE⁽¹⁴⁾, o nível de escolaridade da população de Porto Alegre apresentou percentual de 22,9% para categoria de 11 a 14 anos de estudo, no ano de 2009. Percebe-se que a prevalência dessa categoria tem aumentado entre os anos de 2001 e 2009. Esses dados mostram uma crescente evolução em relação à escolaridade da população na referida cidade.

Neste contexto, um estudo prévio⁽¹³⁾ concluiu que gestantes com maior nível de escolaridade possuem ganho de 1,9 kg a mais quando comparadas as de menor escolaridade. No entanto, estudo realizado no Canadá⁽¹⁶⁾ mostrou que mulheres com escolaridade abaixo do nível médio, associado a outros fatores sociodemográficos (como renda familiar e idade), possuem maiores chances de ganho acima do recomendado.

É importante ressaltar que a alimentação fora do lar pode estar relacionada a um consumo alimentar excessivo e não equilibrado no que se refere à composição e qualidade dos nutrientes, podendo levar ao consumo alimentar exagerado e, consequentemente ao ganho ponderal excessivo.

O achado relacionado à renda familiar da amostra estudada é condizente com o cenário nacional que, em 2009, apresentava um percentual de rendimento familiar *per capita* de 27,2% com renda entre meio e um salário mínimo⁽¹⁴⁾. Para alguns autores⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, mulheres de baixa renda e baixo nível de escolaridade possuem um risco maior de ganho ponderal excessivo durante a gestação. Nesse sentido, as características socioeconômicas podem contribuir para um acesso desigual aos serviços de saúde, e, consequentemente, de informações básicas necessárias ao melhor desfecho do período reprodutivo.

No presente estudo, em relação aos aspectos emocionais durante a gestação, observou-se alta prevalência de sentimentos como a ansiedade e o estresse. Contudo, a gestação é um período no qual ocorrem grandes alterações fisiológicas e psicológicas, sendo repleta de sentimentos intensos. A ansiedade é um aspecto emocional recorrente durante todas as etapas da gestação⁽⁷⁾. Um estudo realizado com 30 gestantes mostrou que 93% delas apresentaram estresse durante o período gestacional, este relacionado, em maior prevalência, com aspectos próprios da gestação, problemas do cotidiano, situação econômica e fatores familiares⁽¹⁸⁾.

Quanto ao hábito da atividade física, o sedentarismo foi um achado prevalente entre as mulheres da amostra estudada. Segundo a literatura consultada, a realização de atividade física, respeitando-se os princípios específicos da gestação, pode proporcionar resultados benéficos maternos e fetais⁽⁷⁾. O fato de ter sido encontrada uma maior prevalência de gestantes sedentárias pode significar um ponto importante a ser trabalhado pelos profissionais de saúde na assistência à gestante.

Outra característica importante relacionada aos hábitos de vida durante a gestação foi o uso de drogas lícitas ou ilícitas em mais de um terço da amostra do presente estudo. Em puérperas atendidas no Hospital Geral de Fortaleza, o tabagismo esteve presente em 11,3% das gestações e a ingestão de bebidas alcoólicas em 16%; entretanto, não foi possível uma associação com significado estatístico entre o consumo de álcool e fumo durante a gestação e a presença de malformações fetais⁽¹⁹⁾. Independente do resultado referenciado, a cessação do tabagismo é tão importante quanto à abstenção do uso de drogas ilícitas para evitar resultados negativos na gestação.

Além disso, no presente estudo houve um caso de uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação em que o recém-nascido foi classificado como PIG. É importante ressaltar que as crianças classificadas ao nascimento como PIG requerem atenção especial dos serviços de saúde e devem ser considerada como crianças em risco nutricional.

Para que a gestação transcorra com segurança é necessário que o acompanhamento pré-natal inclua a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que podem ocorrer durante o período gestacional. Para isso, recomenda-se que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação⁽⁷⁾.

Nesse contexto, o baixo número de consultas de pré-natal é um fator de risco para ganho ponderal insuficiente, porém é um fator protetor para o ganho de peso excessivo. Este achado relaciona-se ao fato de que a assistência pré-natal é focada na prevenção do ganho de peso insuficiente a fim de prevenir neonatos com baixo peso ao nascer, desencorajando, dessa forma, dietas restritivas e perda de peso durante a gestação⁽⁵⁾.

Em relação ao desfecho do período gestacional, tanto o ganho de peso insuficiente como o ganho ponderal excessivo pode repercutir sobre o estado nutricional do neonato. Nesse contexto, mulheres que iniciam a gestação desnutridas ou que apresentam ganho de peso insuficiente possuem risco mais elevado de terem recém-nascidos com baixo peso⁽²⁰⁾. Por outro lado, os filhos de mulheres com sobrepeso/obesidade no início da gestação ou com maior ganho de peso tendem à macrossomia^(3,20).

CONCLUSÕES

No presente estudo, no geral, as mulheres foram caracterizadas como jovens, multíparas, com baixa renda familiar e com nível de escolaridade médio e superior. Além disso, durante a gestação, receberam orientação nutricional e assistência pré-natal em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde. Apesar disso, grande parte das puérperas apresentou algum desvio nutricional pré-gestacional ou ganho de peso inadequado durante a gestação.

Os neonatos, por sua vez, foram caracterizados como AIG, em sua maioria. No entanto, conside-

rando os casos de neonatos GIG, observa-se que as gestantes obtiveram ganho de peso excessivo durante a gestação ou apresentaram sobrepeso (considerando a medida na admissão hospitalar). Além disso, um caso de desnutrição no período gestacional resultou em neonato PIG, corroborando com a literatura consultada.

Sendo assim, os achados sugerem que os profissionais de saúde devem estar atentos tanto aos desvios nutricionais no período pré-gestacional quanto ao ganho de peso inadequado durante a gestação, tornando-se necessário que este aspecto seja um foco importante de estratégias de prevenção na saúde da mulher em idade reprodutiva, com o intuito de evitar possíveis agravos à saúde materna e fetal.

Percebe-se que há poucos estudos brasileiros que abordam o tema em questão, o que dificulta averiguar a situação nutricional das gestantes brasileiras e, consequentemente, a não referência de condutas aos profissionais frente às gestantes em risco nutricional. A presente pesquisa apresenta resultados baseados em uma pequena amostra, permitindo apenas uma análise descritiva e limitando a generalização dos achados do estudo. Portanto, futuros estudos com amostra representativa poderiam buscar associação entre as variáveis, contribuindo ainda mais para a prática clínica dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Gonzalez DA, Nazmi A, Victora CG. Growth from birth to adulthood and abdominal obesity in a Brazilian birth cohort. *Int J Obes*. 2010;34:195-202.
- 2 Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Saúde Nutricional. Saúde e estado nutricional de crianças menores de cinco anos. PNDS-2006 [citado 2012 maio 03]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude_nutricional.php.
- 3 Deierlein AL, Siega-Riz AM, Adair LS, Herring AH. Effects of prepregnancy body mass index and gestational weight gain on infant anthropometric outcomes. *J. Pediatr*. 2011;158(2):221-6.
- 4 Schack-Nielsen L, Michaelsen KF, Gamborg M, Mortensen EL, Sorensen T. Gestational weight gain in relation to offspring body mass index and obesity from infancy through adulthood. *Int J Obes*. 2010;34:67-74.

- 5 Drehmer M, Camey S, Schmidt ML, Olinto MT, Giacomello A, Buss C, et al. Socioeconomic, demographic and nutritional factors associated with maternal weight gain in general practices in Southern Brazil. Cad Saúde Pública. 2010;26(5):1024-34.
- 6 Institute of Medicine of the National Academies (US). Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Report brief. May 2009 [citado em 2012 maio 17]. Disponível em: http://www.iom.edu/~media/Files/Report_Files/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines/Report_Brief_-_Weight_Gain_During_Pregnancy.pdf
- 7 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 8 Beyerlein A, Nehring I, Rzehak P, Heinrich J, Müller MJ, Plachta-Danielzik S, et al. Gestational weight gain and body mass index in children: results from three German cohort studies. PLoS ONE. 2012;7(3):e-33205.
- 9 Guelinckx I, Devlieger R, Vansant G. Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. Obes Rev. 2008;9(2):140-50.
- 10 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação materno-infantil. Manual de assistência ao recém-nascido. Brasília: 1994.
- 11 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 [citado 2013 jul 22]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- 12 Lima GSP, Sampaio HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4(3):253-61.
- 13 Konno SC, Benício MHD, Barros AJD. Fatores associados à evolução ponderal de gestantes: uma análise multinível. Rev Saúde Pública. 2007;41(6):995-1002.
- 14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2001-2009 [citado 2013 maio 14]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=ECE370>.
- 15 Seyferth G. Colonização, imigração e a questão racial no Brasil. Rev USP. 2002;53:117-49.
- 16 Kowal C, Kuk J, Tamim H. Characteristics of weight gain in pregnancy among Canadian women. Matern Child Health J. 2012;16(3):668-76.
- 17 Castro MBT, Kac G, Sichieri R. Determinantes nutricionais e sócio-demográficos da variação de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2009;9(2):1235-7.
- 18 Segato L, Andrade A, Vasconcellos DIC, Matias TS, Rolim MKS. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. Rev Educ Fís UEM. 2009;20(1):121-9.
- 19 Rocha RS, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. Rev. Gaúcha Enferm. 2013; 34(2):37-45.
- 20 Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Castro NB, Bortolomedi AP. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34(7):304-9.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Márcia Kojá Breigeiron
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul
Rua São Manoel, 963, Rio Branco
90620-110, Porto Alegre, RS
E-mail: mbreigeiron@gmail.com

Recebido em: 24.09.2013
Aprovado em: 17.01.2014