

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

**BAIXO PESO E SEUS AGRAVOS EM GESTANTES EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Julio Cesar Daghlawi Machado

Orientadora Aline Fiori dos Santos Feltrin

São Paulo

Janeiro – 2015

Sumário

1. Introdução.....	3
2. Objetivos.....	6
2.1. Geral.....	6
2.2. Específicos.....	6
3. Metodologia.....	7
3.1. Cenário da intervenção.....	7
3.2. Sujeitos da Intervenção.....	7
3.3. Identificação dos Sujeitos.....	7
3.4. Avaliação e Monitoramento.....	8
4. Resultados esperados.....	9
5. Cronograma.....	10
6. Referências.....	11
7. Anexos.....	13

1. INTRODUÇÃO

Durante o período de gestação, o corpo feminino passa por várias transformações que têm como principal objetivo garantir a formação e a manutenção da vida que se forma dentro de seu útero. Essas transformações modificam as unidades físicas psicossocial da gestante constantemente.^{1,2}

As alterações fisiológicas ocorrem no corpo materno durante a gravidez, envolvendo todos os sistemas. Esses ajustes funcionais em resposta à carga fisiológica aumentada começam na primeira semana da gestação e continuam durante toda a gravidez.¹

O estado nutricional pré-gestacional da mulher pode interferir no processo normal da gestação. Gestantes que apresentam uma reserva inadequada de nutrientes, aliada a uma ingestão dietética insuficiente, poderão ter um comprometimento do crescimento fetal, e conseqüentemente, do peso ao nascer. Diversos estudos, têm demonstrado que mulheres que iniciaram a gravidez com peso inferior a 50kg apresentaram maior risco de gerarem crianças com baixo peso ao nascer.^{2,3}

Várias alterações no metabolismo ocorrem durante a gestação. No primeiro trimestre predominam os efeitos da utilização da glicose materna pelo feto, levando a uma tendência de hipoglicemia e diminuição das necessidades da insulina. A principal alteração é a resistência insulínica que se manifesta pela redução aproximada de 50% na sensibilidade à insulina no terceiro trimestre⁴. Essas modificações são atribuídas a vários fatores humorais de origens materna e placentária. O lactogênio placentário humano (HPL) é um hormônio produzido pela placenta com estrutura semelhante ao hormônio de crescimento (GH), que tem níveis crescentes a partir do segundo trimestre, podendo chegar a termo a mil vezes às concentrações normais de GH⁵. O HPL é o maior responsável pela resistência à insulina. Na gestação estão aumentados cortisol, estrógenos, progesterona e prolactina, que diminuem a sensibilidade à insulina.^{6,8}

São vários os fatores que influenciam no avanço e na evolução final da gestação. Ainda há muito por aprender sobre os efeitos da nutrição e a modificação deste processo, uma vez que o estado nutricional da mulher grávida influi no resultado final da gestação.⁷.

Durante os últimos anos observa-se um crescente interesse sobre os efeitos que o estado nutricional materno tem no produto da gestação e no desenvolvimento infantil.^{8,9,10} O estado nutricional é um fator que condiciona, em muitos casos decisivamente, o curso da gestação em todos os períodos: pré-gestacional, intergestacional e pós-gestacional, sabe-se que o sobrepeso e a obesidade na gestação são fatores de risco para o diabetes gestacional, pré-eclampsia e para diabetes infantil, desta forma o baixo peso durante a gestação poderia provocar alterações no curso da gravidez. Um inadequado estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais estão elevadas, motivado pelos ajustes fisiológicos e as demandas de nutrientes para o crescimento fetal são diferenciados.^{11,12}

Uma adequada classificação nutricional das gestantes permite uma melhor identificação dos riscos associados à desnutrição e obesidade materna, tais como baixo peso dos RN, enfermidades da gestação, distócias, complicações do parto e puerpério.^{13,14} Em toda América latina e Caribe, utiliza-se como padrão de referência para classificar o peso das gestantes a curva publicada pelo Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP-SMR/OPS/OMS)¹⁵ que classifica-se em quatro possíveis grupos conforme seu peso para a idade gestacional que cursa, sendo A= baixo peso, B = normal, C = sobrepeso e D = obesidade. Em alguns países da América latina as cifras de desnutrição chegam a, 20,0% no início da gestação no Chile¹⁶, 39,1%, na República Dominicana¹⁷, na Venezuela, alguns estudos tem sinalizado que a prevalência de desnutrição em gestantes varia entre 15,2% a 16,9%^{18,19}, já no Brasil temos há diferenças entre regiões, como no estudo feito em Santo André, onde 17,7%²⁰ das gestantes eram desnutridas,

enquanto em um estudo realizado na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro ou em outras Unidades de Saúde foi de 6,2%.²¹

Como é conhecido, a Atenção Básica é a porta de entrada do SUS, sendo o local de formação de vínculo e de acompanhamento das gestantes de maneira integral. A importância de um seguimento mais próximo a gestante, principalmente com o pré natal, possibilita a captação precoce de gestantes com fator de risco para o baixo peso gestacional. É fundamental então, a realização de um programa de identificação das gestantes de baixo peso nas unidades básicas de saúde para oferecer orientações e enfatizar este acompanhamento para prevenção de complicações na gestação, parto e nascimento.^{21,22}

2. Objetivos

2.1 Geral

Identificar gestantes com baixo peso que são assistidas na unidade básica de saúde do Parque Rodrigo Barreto no município do Arujá.

2.2 Específicos

- Identificar a etiologia do baixo peso nas gestantes;
- Identificar os principais fatores de risco e a frequência do baixo peso;
- Conscientizar as gestantes sobre os riscos do baixo peso durante a gestação para o feto e a mãe.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário de Intervenção

Estudo realizado entre janeiro de 2015 e maio 2015 na unidade básica de saúde do parque Rodrigo Barreto no município do Arujá, sendo o bairro mais populoso do município com 30 mil habitantes, 50% dessa população é atendida por 3 equipes de ESF, sendo cada uma delas composta por um médico clínico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde O parque Rodrigo Barreto é um dos bairros mais carente do município do Arujá e será o cenário de estudo deste projeto de intervenção.

3.2 Sujeitos da Intervenção

Serão estudadas as gestantes que iniciarão o Pré-Natal no período com idades compreendidas entre 16 e 40 anos.

3.3 Identificação dos Sujeitos

Critérios de inclusão

Tomou-se como critério de inclusão, gestantes que realizarão seus controles pré-natais desde a 8^o semana até a 41^o semana de gestação.

Critérios de exclusão

Excluiu-se gestações múltiplas, gestações não comprovadas por ultrassonografia obstétrica e pacientes que sofreram abortos.

3.5 Avaliação e Monitoramento

Os dados obtidos de cada controle pré-natal serão registrados no prontuário eletrônico (PEC/ESUS), CLAP (Anexo I) e a tabela de ganho de peso para mulheres gestantes, desenvolvido por Rosso P. e Mardones F (2005).²² A tabela RM (Rosso e Mardones) define as categorias do estado nutricional materna na gestação baseado no peso / altura, expressados como porcentagem do peso stander (PSW) ou índice de massa corporal (IMC), e classifica-se conforme a tabela de incremento de peso para gestantes, sendo A = baixo peso, B = peso adequado, C = sobrepeso e D = obesidade. Também consideram-se variáveis como: idade (menores de 20 anos, 21 a 34 anos, maiores de 35 anos), nível educacional (fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, universitário incompleto, universitário completo), estado civil (solteira, casada, união estável), gestas prévias (nulíparas, múltiparas (1 – 4 gestas), grande múltiparas (maior a 5 gestas)), período Inter genésico (curto, menor há 2 anos; normal, igual ou maior a 2 anos), peso prévio a gravidez calculado pelo IMC (baixo peso igual ou menor 19,7, peso adequado entre 19,8 a 26, sobrepeso entre 26,1 e 29, obesidade maior a 29,1), numero de controles pré natais (mal controlada (menor a 5 controles), bem controlada (maior a 6 controles), se eram ou não fumadoras.

Os dados obtidos em cada consulta pré natal serão incluído em um banco de dados específico para monitoramento e avaliação contínua. Uma vez ao mês, a cada consulta de pré-natal, será realizado nova pesagem para ir comparando com o mês anterior, para verificar o incremento ou não do peso da gestante. Após o nascimento e o término do período do projeto, os dados serão tabulados para análise entre os fatores de risco identificados e a incidência do baixo peso nas gestantes e dos nascidos vivos com baixo peso ao nascer.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se uma identificação e classificação adequada de cada gestante em seus respectivos grupos de peso dos dados coletados em cada consulta pré natal na UBS Pq. Rodrigo Barreto.

Ao grupo de gestantes que estiverem no grupo A (baixo peso) espera-se a identificação dos fatores de risco que levaram a esse baixo peso, e com medidas educativas e informativas que será ministrado a cada consulta, espera-se um incremento no peso dessas gestantes e diminuição de tais fatores de risco.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Ago/14	Set/14	Out/14	Nov/14	Dez/14	Jan/15	Fev/15
Escolha do tema	X						
Elaboração do projeto		X	X	X			
Levantamento da Literatura	X	X	X	X	X	X	
Levantamento de dados			X	X			
Revisão final do projeto				X	X	X	
Finalização do projeto						X	
Apresentação do projeto							X

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ZIEGEL, Erna E. & CRANLEY, Mecca S. Enfermagem Obstétrica. 8a ed. , Editora Guanabara Koogan, R.J.: 1985.
2. Ramakrishnan U. Nutrition and low birth weight: from research to practice. *Am J Clin Nutr.* 2004; 79(1):17-21.
3. Halpern R, Schaefer ES, Pereira AS, Arnt EM, Bezerra JPV, Pinto LS. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em uma comunidade rural do sul do Brasil. *J Pediatr.* 1996; 72(6):369-73.
4. Thorsdottir I., Birgisdottir B. Ganancia de peso en el embarazo y salud óptima de la madre y el niño. Colección de Trabajos Distinguidos, Serie Obstetricia y Ginecología 1998; 6:186-187.
5. Susser M. Maternal weight gain, infant birth weight, and diet: causal sequences. *Am J Clin Nutr* 1991; 53:1.384-96
6. Buchanan T, Metzger B, Freikel N, Bergman R. Insulin sensitivity and B-cell responsiveness to glucose during late pregnancy in lean and moderately obese women with normal glucose tolerance of mild gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162:1008-14.
7. Ryan EA. Hormones and insulin resistance during pregnancy. *Lancet.* 2003;362(9398):1777-8.
8. Demey-Ponsart E, Foidart J, Sulon J, Sodouez J. Serum CBG. Free and total cortisol and circadian patterns of adrenal function in normal pregnancy. *J Steroid Biochem.* 1982;16:165-9.
9. Kirchengast S, Hartmann B. Maternal prepregnancy weight status and pregnancy weight gain as major determinants for newborn weight and size. *Ann Hum Biol* 1998; 25(1):17-28.
10. Ehrenberg HM, Dierker L, Milluzzi C, Mercer BM. Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1726-30.
11. Nomura RMY, Paiva, LV, Costa VN, Liao AW, Zugaib M. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Mar.* 2012; 34 (3): 107-12
12. Ramakrishnan U. Nutrition and low birth weight: from research to practice. *Am J Clin Nutr.* 2004; 79(1):17-21. Review.
13. Atalah E, Castro R. Obesidad materna y riesgo reproductivo. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 923-30.
14. World Health Organization. WHO Collaborative Study: Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *Bulletin of the WHO* vol 73 (suppl), 1995.
15. Fescina R. Aumento de peso durante el embarazo. Método para su cálculo cuando se desconoce el peso habitual. *Bol Of Sanit Panam* 1983; 95: 156-62.
16. Rosso P. Desnutrición materna y retardo del crecimiento fetal. Avances en la comprensión de sus mecanismos. *Bol Esc Med* 1993; 22(2):85-9.
17. Gueri M, Jutsum P, Sorhaindo B. Anthropometric assessment of nutritional status in pregnant women: a reference table of weight-for-height by week of pregnancy. *Am J Clin Nutr* 1982;35:609-16.

18. Rached Paoli I, Henriquez Pérez G, Arenas O. Relación entre algunas variables antropométricas maternas y el estado nutricional del recién nacido. XX I Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. 2-5 de marzo 2005. Caracas (Poster).
19. Anzola A. Evaluación nutricional de la embarazada. (Tesis de grado). Barquisime-to (Venezuela): Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", 1997. 27 p.
20. FUJIMORE, E.; et al. Evolucion del estado nutricional de embarazadas atendidas en la red básica de salud, Santo Andre, Brasil. Revista Latino-americana de Enfermagem, v.9, n.3, p.64-9, 2001.
21. PADILHA, P.C.; et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.29, n.10,p. 511-8, 2007.
22. Mardones F, Rosso P. A weight gain chart for pregnant women designed in Chile. Matern Child Nutr 2005; 1: p 77-90.

7. ANEXOS

Anexo I – Ficha de acompanhamento da gestante –CLAP-OPS

HISTORIA CLINICA MATERNO-PERINATAL - CLAP - OPS/OMS														
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		IDENTIFICACION PERSONAL			
DIRECCION		ESTAD (país)			blanca negra mestiza otro		ninguno primario secundario terciario		casado viudo soltero otro		CONTROL PERINATAL EMBARAZO PARTO PUERPERIO NOMBRE DOSES			
LOCALIDAD		TELEFONO			TEL. DE LA CASA		TEL. DE LA OFICINA		TEL. DE LA ESCUELA		NOMBRE DOSES			
ANTECEDENTES														
MAYORES PERSONALIZADOS		DIABETES		HIPERTENSION		ENFERMEDADES		OTROS		FIV EMBARAZO ANTERIOR				
ULTIMO PREVIO		2º EMBARAZO		3º EMBARAZO		4º EMBARAZO		5º EMBARAZO		EMBARAZO PLANICADO/DESEADO				
GESTACION ACTUAL		ED COMPARTILE		FUMAR		GEMELAR LTO		ALCOHOL		AVITERTANICA		ANITRIBIOLA		EX NORMAL
PESO ANTERIOR		TALLA CM		VOLUNTAD		Hb < 120 g/l		Hb < 100 g/l		Hb < 90 g/l		TEST C SILLER		VERSIÓN OSA ALICA
GRUPO		RH		COLPOSCOPIA		SIFILIS		Hb < 110 g/l		Agente		IgG Rubella		VERSIÓN OSA ALICA
1		2		3		4		5		6		7		8
PARTO ABORTO		HOSPITALIZ.		CORTECIDOS ANTERIORES		INICIO		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTERIOR		HORAS		EDAD GEST.		PRESENTACION
RECIBIÓ NACIDO		COMPLETAS		EMBARAZO		SÍNTOMAS		SÍNTOMAS		SÍNTOMAS		SÍNTOMAS		SÍNTOMAS
NACIMIENTO		VIVO		MORTO		MORTO		MORTO		MORTO		MORTO		MORTO
POSICION PARTO		ALTERNANZA		OTRO		OTRO		OTRO		OTRO		OTRO		OTRO
NOTAS														
ENFERMEDADES														
RECIBIÓ NACIDO		PESO AL NACER		TALLA		PESO		APGAR		REANIMACION		PALLECE EN SALA DE PARTO		REFERIDO
REANIMACION		PALLECE EN SALA DE PARTO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO
EGRESO RN		EGRESO MATERNO		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION
EGRESO RN		EGRESO MATERNO		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION
EGRESO RN		EGRESO MATERNO		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION		ANT-CONCEPCION