

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE - UFCSPA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

**Raul Vieira Amaral**

**INTERVENÇÃO NO IMC QUE EVIDENCIE BAIXO PESO, SOBREPESO OU  
OBESIDADE DE GESTANTES E MULHERES EM IDADE FÉRTIL QUE RECEBEM  
ANTICONCEPCIONAIS NA EQUIPE 11 DA UNIDADE DE SAÚDE NAVEGANTES,  
PELOTAS-RS**

**Porto Alegre**

**2018**

**Raul Vieira Amaral**

**INTERVENÇÃO NO IMC QUE EVIDENCIE BAIXO PESO, SOBREPESO OU  
OBESIDADE DE GESTANTES E MULHERES EM IDADE FÉRTIL QUE RECEBEM  
ANTICONCEPCIONAIS NA EQUIPE 11 DA UNIDADE DE SAÚDE NAVEGANTES,  
PELOTAS-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso  
de Especialização em Saúde da Família da Universidade  
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
Orientadora: Tutora MSc. Giovana Bacilieri Soares

**Porto Alegre**

**2018**

## RESUMO

Este trabalho visa propor intervenção no IMC de gestantes com a finalidade de manter o peso materno durante a gravidez igual ao recomendado para a idade gestacional e mulheres em idade fértil com a finalidade de manter o peso corporal igual ao recomendado para o adulto. Este trabalho também propõe um relato de caso envolvendo o projeto de intervenção com duas pacientes. Além disto, este trabalho propõe ações de prevenção, educação e promoção de saúde associadas aos casos de pré-natal. Por fim, propõe organizar a visita domiciliar na APS. No relato de caso seguindo o projeto de intervenção não foi possível manter o peso materno recomendado durante toda a gravidez. Com relação as ações de prevenção, educação e promoção de saúde nos casos de pré-natal foi comprovado, pelo grau de recomendação a importância dessas ações. Com relação a visita domiciliar foi mostrado que a minha equipe realiza a visita domiciliar sem planejamento e sem organização.

Palavras-chave: Gestante. Pré-natal. Fatores de risco. IMC. Obesidade. Promoção da saúde. Educação em saúde. Prevenção em saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO DO PORTIFÓLIO .....</b>	<b>4</b>
<b>2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>6</b>
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO .....</b>	<b>18</b>
<b>5 REFLEXÃO CONCLUSIVA .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em 15/12/2001. Também tenho residência médica na especialidade de MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL pela UFPEL em 01/01/2004. Em relação ao histórico médico posso dizer que trabalhei principalmente nos municípios do Capão do Leão e Pelotas. No município do Capão do Leão trabalhei como clínico geral em UBS, Pronto Atendimento, “Odonto Móvel” e “Caravana da Saúde”. Além de médico autorizador de AIH. No município de Pelotas trabalhei como médico do Programa de Internação Domiciliar (PID) do Pronto Socorro Municipal de Pelotas e nas enfermarias do Pronto Socorro Municipal de Pelotas. Além disto, também trabalhei como médico responsável pela regulação dos leitos clínicos do SUS de Pelotas. Desde 01/02/2017 atuo como médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Programa “Mais Médicos para o Brasil” (PMMB) na Unidade Básica de Saúde (UBS) denominada Navegantes no município de Pelotas.

A UBS Navegantes tem quatro equipes da ESF do PMMB. Cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 4 a 5 agentes comunitários de saúde (ACS). Além das equipes da ESF trabalham na UBS dois dentista, uma assistente social e duas médicas no turno da noite. No momento, na minha equipe de trabalho está faltando dois ACS e uma técnica de enfermagem. Em relação ao atendimento médico individual da equipe 11, o maior número de atendimentos é de hipertensos, o segundo maior número de atendimentos é de saúde mental e o terceiro maior número de atendimentos é de diabéticos. Os dados abaixo foram obtidos do relatório do cadastro domiciliar e territorial da área adstrita da equipe 11 em 09/12/2017 do programa e-SUS-Atenção Básica. Lembro que até o momento só temos 60 famílias cadastradas. A renda média de 52 famílias é de 1,28 salários mínimos (foram desprezadas seis famílias por falta de informação). Temos 48 casas com disponibilidade de energia elétrica (12 não informaram). Em relação ao abastecimento de água 59 casas recebem da rede encanada (1 não informou). Na forma de escoamento do banheiro temos 53 casas ligadas a rede de esgoto (5 casas tem a forma de escoamento do banheiro a céu aberto, 2 não informaram). Em relação ao destino do lixo 54 casas tem o lixo coletado (6 não informaram).

Complementando a informação acima podemos dizer que temos poucos casebres feitos de restos de madeira, latas, tijolos, plásticos, até casas simples de alvenaria. As calçadas, quando existem, não tem medida padronizada e, talvez, por isto, as pessoas

geralmente caminham no meio das ruas. Várias casas estão com o piso mais baixo que as ruas. Em relação ao tipo de piso usado nas ruas temos o asfalto “sobre terra”, o bloco de concreto e chão batido. Em todas temos muitos buracos.

Os dados abaixo sobre a cidade de Pelotas, localizada no Estado do Rio Grande do Sul, foram retirados da página do IBGE denominada “Pelotas (Panorama)” com exceção da área do município que foi retirada da página do IBGE denominada “Cidades e Estados do Brasil”.

O município de Pelotas tem uma área de 1610,08 km<sup>2</sup> e uma população do último censo (2010) igual a 328.275 pessoas. Portanto, tem uma densidade demográfica (2010) de 203,89 hab/Km<sup>2</sup>. A população estimada para 2017 é de 344.385 pessoas.

Em relação ao trabalho e rendimento podemos dizer que o salário médio dos trabalhadores formais (2015) é de 2,8 salários mínimos, o pessoal ocupado (2015) é igual a 87.498 pessoas, a proporção de pessoas ocupadas (2015) é de 25,5% e o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (2010) é de 31,9%.

A respeito da educação podemos dizer que a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (2010) é igual a 96,9%. Na economia podemos dizer que o PIB per capita (2014) é de R\$ 19.464,23. Na saúde temos um coeficiente de mortalidade infantil (2014) de 13,55 óbitos por mil nascidos vivos, internações por diarreia (2016) de 0,1 internações por mil habitantes e 97 estabelecimentos de saúde SUS (2009).

No Anexo 1 temos o Projeto de Intervenção realizado durante o Eixo 1 com o título “Intervenção em um Fator de Risco de Gestantes e Mulheres em Idade Fértil que Recebem Anticoncepcionais na Equipe 11 da Unidade de Saúde Navegantes”.

A ideia desta intervenção é selecionar os principais fatores de risco das pacientes e propor intervenções em: (a) gestantes com a finalidade de manter o peso materno durante a gravidez igual ao recomendado para a idade gestacional e (b) mulheres em idade fértil com a finalidade de manter o peso corporal igual ao recomendado para o adulto.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

“A nutrição, o peso pré-gestacional e o ganho de peso materno durante a gravidez são aspectos importantes que influenciam os resultados da gestação”. (BARROS, 2008, p. 364). Segundo BARROS (2008) estudos comprovam que o ganho de peso adequado durante a gestação traz para a mãe e o concepto o melhor resultado. Segundo CARMICHAEL e ABRAMS **apud** BARROS (2008, p. 364) mulheres com pequeno ganho de peso na gestação apresentam o risco de nascimentos pré-termo e de crescimento intra-uterino restrito (CIUR). Estes efeitos são ainda maiores em gestantes adolescentes e nas gestantes que nasceram com baixo peso e/ou foram desnutridas na infância.

O ganho excessivo de peso também foi descrito como fator de risco relacionado a complicações gestacionais, tais como diabetes gestacional, macrossomia fetal, necessidade de parto cirúrgico e maior retenção de peso pós-parto, fatores esses que aumentam as chances de mortalidade materna e neonatal. (BARROS, 2008, p. 364).

“A magnitude do ganho de peso durante a gestação tem sido um tema controverso e os padrões nutricionais recomendados para a gravidez têm sofrido muitas mudanças“. (ANDRETO, 2006, p. 2402).

Neste relato de caso acompanhamos Rosana, 21 anos, negra, solteira, mora na residência dos pais, junto a eles, gestante que faz pré-natal na equipe 11 da UBS Navegantes e Marisa, 29 anos, branca, casada com Pedro, mora em casa própria, mulher em idade fértil que recebe anticoncepcional na equipe 11 na UBS Navegantes. As duas pacientes aceitaram fazer parte de um projeto de intervenção que iniciou com um desejo de que todas as gestantes e futuras gestantes lutem para ter um peso adequado. A gestante terá a finalidade de manter o peso durante a gravidez igual ao recomendado para a idade gestacional, enquanto que a mulher em idade fértil terá a finalidade de manter o peso corporal igual ao recomendado ao adulto. O período que usaremos para comparar os pesos iniciais e finais será de um mês. Nas figuras 2.1 e 2.2 temos os genogramas das pacientes Rosana e Marisa. Nestes genogramas vemos que as duas famílias apresentam as patologias que tem maior prevalência no dia a dia (hipertensão arterial e diabetes mellitus).

Figura 2.1 – Genograma de Rosana.

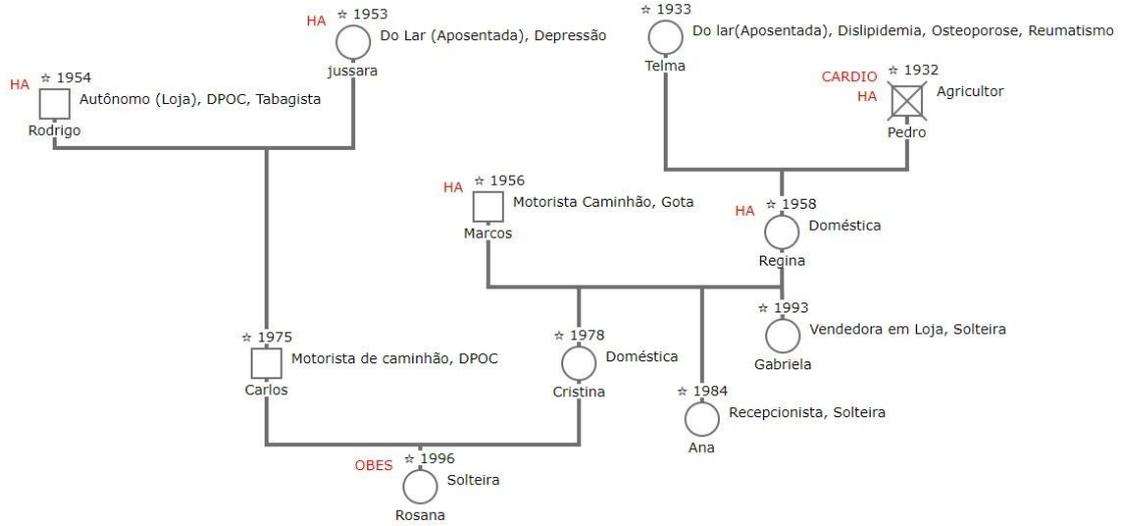
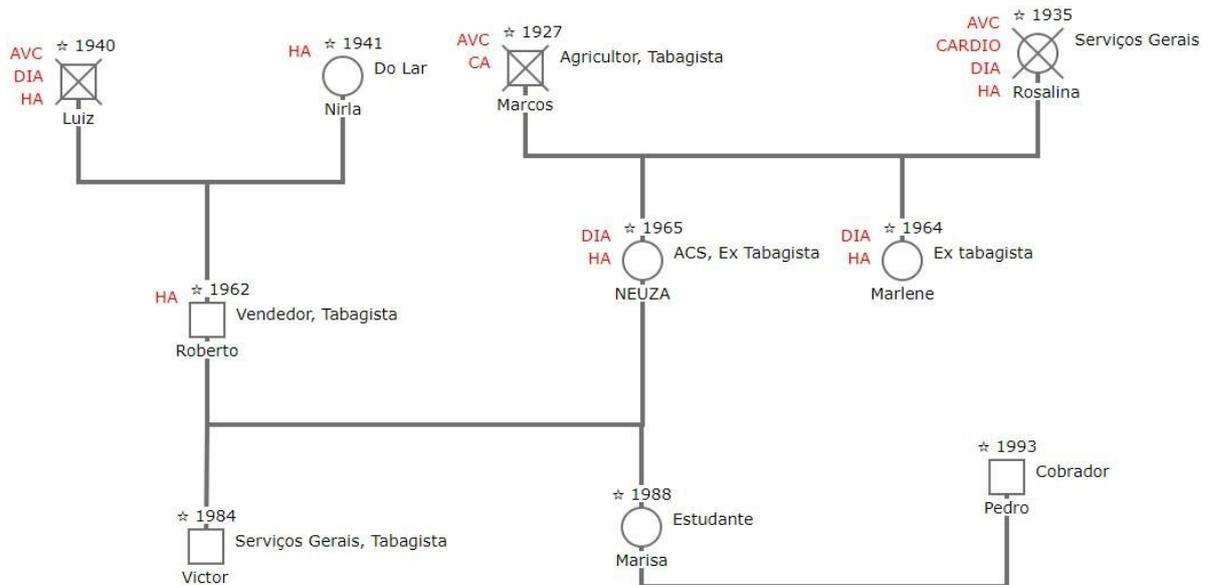


Figura 2.2 – Genograma de Marisa.



É claro que o nosso objetivo principal é complexo e envolve muitas variáveis. Se não fosse assim, não estaríamos vendo manchetes que mostram que o número de obesos no mundo tem aumentado, ou seja, as pessoas estão se tornando obesas. Além disso, “a magnitude do ganho de peso durante a gestação tem sido um tema controverso e os padrões nutricionais recomendados para a gravidez tem sofrido muitas mudanças”. (ANDRETO, 2006, p. 2402).

Há 04 meses, a Marisa foi na UBS para renovar uma receita de anticoncepcional oral. Como o médico viu os registros anteriores de solicitação de anticoncepcional oral no prontuário, simplesmente fez a receita e entregou à paciente. Quando a paciente estava saindo do consultório, o médico perguntou como ela ia tomar os ACO. Ela respondeu: - Começo a tomar amanhã. Como ela não tinha usado ACO no mês anterior e nem estava menstruando, o Médico a chamou e explicou o uso, a eficácia, os efeitos secundários, as complicações, as contraindicações e os benefícios dos ACO. Foi nesta oportunidade que ela começou a participar do projeto de intervenção.

Na primeira consulta do pré-natal da Rosana foram solicitados os seguintes exames: hemograma, tipagem sanguínea, glicemia de jejum, VDRL, Anti-HIV, Toxoplasmose - IgM e IgG, HbsAg, Anti-HCV, EQU+Urocultura. No terceiro trimestre só não foi solicitado a tipagem sanguínea.

Resultados de alguns exames do primeiro trimestre da gestante da Rosana (08/09/2017):

Hemoglobina: 12,4 g%

Hematócrito: 36,4%

Glicemia de Jejum: 75 mg/dl

EQU: Normal

Sífilis: SR, Positivo 1/8

Resultados de alguns exames do terceiro trimestre da gestante da Rosana (04/12/2017):

Hemoglobina: 12,4 g%

Hematócrito: 37,3%

Glicemia de Jejum: 77 mg/dl

EQU: Normal

Sífilis: SR, 1/4.

Resultados de alguns exames do terceiro trimestre da gestante da Rosana (11/01/2018):

Hemoglobina: 12,1 g%

Hematócrito: 34,8%

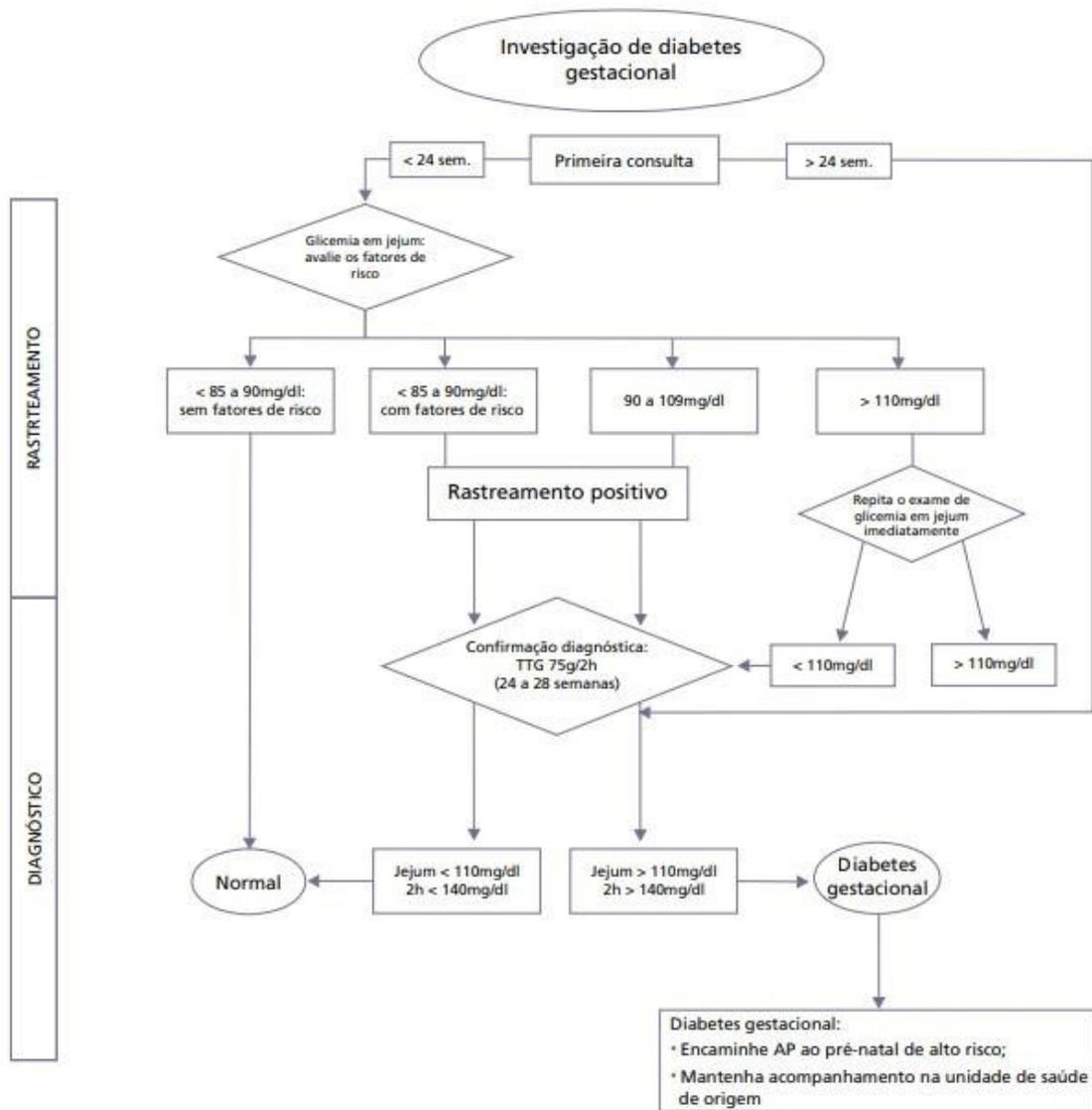
Glicemia de Jejum: 70 mg/dl

Sífilis: SR, Positivo 1/8

A partir dos dados acima, podemos observar que o rastreamento para anemia foi oferecido corretamente, ou seja, o exame foi solicitado o mais precocemente possível (no diagnóstico de gestação) (grau de recomendação A – nível de evidência II) e com 28 semanas. Como os valores de hemoglobina (Hb) estão acima de 11g/dl, a paciente não apresenta anemia. (BRASIL, 2013).

Com relação à investigação de diabetes gestacional, devemos utilizar no fluxograma da figura 2.3 os valores de glicemia de jejum acima mencionados. Após fazermos isso, o fluxograma mostrará que a paciente também não apresenta diabetes gestacional (BRASIL, 2013).

Figura 2.3 – Investigação do diabetes gestacional.



FONTE: Cadernos de Atenção Básica n. 32: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.

Ainda em relação aos exames acima, observamos que a paciente adquiriu sífilis na gestação. Uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (Brasil. Portaria no 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827).

Segundo a paciente, o seu companheiro (atualmente estão separados - janeiro de 2018) fez tratamento para sífilis há um ano em comparação ao primeiro exame atual. O companheiro, apesar dos convites, nunca procurou a UBS para fazer tratamento. Em função disto, orientamos a gestante a se proteger com o uso de camisinhas.

Lembramos que a sífilis adquirida pode ser evitada se todos os futuros casais fizerem uma avaliação antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. “Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidades materna e infantil”. (BRASIL, 2013, p 27).

Para o tratamento da Sífilis usamos a classificação tardia (com mais de um ano de evolução) (BRASIL, 2013). Assim, o tratamento foi: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 03 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2013).

Lembramos que a Rosana apresenta os fatores de risco nuliparidade e obesidade e que a Marisa apresenta os fatores de risco nuliparidade, altura inferior a 1,50m e sobrepeso.

As medidas de pressão arterial da gestante estão representadas na tabela 2.1. As medidas de pressão arterial da mulher em idade fértil estão representadas na tabela 2.2. Em relação à apresentação de edema, nenhuma das pacientes apresentou.

Em relação à tabela 2.1, observamos que a paciente iniciou o acompanhamento do pré-natal apresentando obesidade e que o IMC aumentou em todas as consultas. Isso significa que o projeto falhou na sua concepção inicial. A tabela 2.2 mostra as medidas da gestante e da mulher em idade fértil em dois momentos. O ganho total de peso da gestante até a IG de 37 semanas foi de 11,6Kg. Da tabela 2 do projeto de intervenção temos que o valor recomendado é de 5,0 Kg a 9,0 Kg (BRASIL, 2013).

Tabela 2.1 – Controle do Pré-natal.

Data	IG	Peso	IMC	PA
01/08/17	8s5d (DUM)	79,5	31,85	120/80
05/09/17	17s5d	81,5	32,65	105/65
10/10/17	22s5d	83	33,25	100/65
14/11/17	27s5d	86,1	34,49	110/65
28/11/17	29s5d	86,4	34,61	100/60
14/12/17	32s0d	87,5	35,05	90/60
26/12/17	33s5d	88,5	35,45	110/60
09/01/18	35s5d	91	36,45	100/60
15/01/18	36s4d	91,1	36,49	110/50

A tabela 2.2 mostra as medidas da gestante e da mulher em idade fértil em três momentos.

Tabela 2.2 – Valores encontrados com a aplicação do questionário do Anexo A do projeto de intervenção.

		Rosana	Marisa
	Data de Nascimento	28/09/1996	25/09/1988
	Altura	1,58 m	1,49 m
Antes da Gravidez	Peso	79 Kg	56 Kg
	IMC	31,65 Kg/m <sup>2</sup>	25,22 Kg/m <sup>2</sup>
	Fator de Risco	Obesidade	Sobrepeso
	PA	-----	100/80 mmHg
	IG1	17s5d	-----
Primeira Coleta	Peso1	81,5 Kg	56,3 Kg
	IMC1	32,65 Kg/m <sup>2</sup>	25,36 Kg/m <sup>2</sup>
	Fator de Risco	Obesidade	Sobrepeso
	PA	-----	110/80 mmHg
	IG2	22s0d	-----
Segunda Coleta	Peso2	82 Kg	56,1 Kg
	IMC2	32,85 Kg/m <sup>2</sup>	25,27 Kg/m <sup>2</sup>
	Fator de Risco:	Obesidade	Sobrepeso
	PA	-----	100/80 mmHg

### **3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

As medidas de prevenção, educação e promoção de saúde que foram apresentadas nos casos 11, 13, 14, 15, 16, 17 ,19 e 20 e que estão associadas as práticas de pré-natal, puericultura ou saúde mental que a UBS Navegantes de Pelotas realiza estão relatadas abaixo por programa.

Em relação aos casos de puericultura podemos associar:

- a) o Programa de puericultura é considerado prioritário e digno de intervenção e prevenção. Pois, quando as famílias levam suas crianças à puericultura que realizamos elas estão nos auxiliado na detecção precoce de problemas para os quais a nossa intervenção pode modificar os desfechos de saúde da criança, favorecendo a promoção da saúde. Como exemplo, foi citado, resultados de estudos que mostram a estreita relação entre anemia nos primeiros anos de vida e baixo rendimento escolar, assim como baixa produtividade na idade adulta;
- b) outro exemplo de promoção da saúde foi à estreita relação de parasitoses intestinais e desnutrição, déficit no desenvolvimento físico e cognitivo;
- c) estímulo a amamentação materna exclusiva;
- d) triagem Neonatal (Pezinho, olhinho, orelhinha, coraçãozinho e displasia congênita do quadril);
- e) para as crianças: a alimentação, a vacinação, o programa de saúde na escola, as atividades físicas, identificar maus tratos e promover a saúde;
- f) prevenção dos acidentes;
- g) as principais práticas preventivas no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento na APS. Condutas essenciais e com boa evidência para serem praticadas no acompanhamento de puericultura;
- h) ao adolescente: Atividade física, alimentação saudável, abuso de álcool, tabaco, e outras drogas, orientação sexual e bullying.

Em relação aos casos de saúde mental podemos associar:

- a) o Programa de saúde mental é considerado prioritário e digno de intervenção e prevenção;
- b) cartaz sobre a Higiene do Sono que pode servir para educar os pacientes com queixas de problemas relacionados ao sono;
- c) a doença mental;
- d) o risco de agressão;
- e) os possíveis efeitos adversos dos medicamentos;
- f) a redução de estímulos ambientais;
- g) não questionar ideias delirantes;
- h) interagir com calma e gentileza.

A partir das situações expostas acima e de outras medidas de prevenção, educação e promoção de saúde que foram mostrados nos casos para outras situações que não foram indicadas para as práticas de puericultura, pré-natal ou saúde mental eu escolhi trabalhar com o pré-natal de baixo risco para dar continuidade ao trabalho apresentado no Projeto de Intervenção, na Introdução do Portifólio e no Estudo de Caso Clínico. Com isto espero que as medidas de prevenção, educação e promoção de saúde que escolhi para o dia a dia tenha graus de recomendação com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Até hoje todas as gestantes que nos procuraram tiveram acesso à assistência pré-natal. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento (grau de recomendação B) (BRASIL, 2013). Na UBS Navegantes o acesso normal é feito por agendamento enquanto o acesso devido a uma intercorrência ou dúvida é feito por livre demanda.

Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (grau de recomendação B). Na UBS Navegantes não estamos conseguindo iniciar precocemente o pré-natal de todas as gestantes como preconiza o MINISTÉRIO DA SAÚDE para uma adequada assistência (BRASIL, 2013), mas, estamos começando a ver ACS visitando recém-nascidos.

Em relação ao número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento

de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A). Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D).

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois, se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas (BRASIL, 2013, p. 33).

Estamos começando a executar em todas as consultas a classificação do risco gestacional e encaminhar a gestante quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica (BRASIL, 2013). Antes, a nossa classificação de risco gestacional era aplicada aleatoriamente.

Quando os fatores de risco indicarem pré-natal de alto risco a gestante é encaminhada ao pré-natal de alto risco devido ao aumento de intercorrências e óbito materno e/ou fetal nestas gestantes (BRASIL, 2013). Além da atenção especial que damos às grávidas com maiores riscos. (grau de recomendação A).

Observação: Os fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco estão no Anexo A do Projeto de Intervenção.

Os guidelines recomendam e nós fazemos a medida da PA em todas as consultas de pré-natal (grau de recomendação C) (BRASIL, 2013).

Com os dados colhidos na palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU) conseguimos identificar o crescimento fetal, diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional e identificar a situação e a apresentação fetal. (Grau de recomendação B) (BRASIL, 2013). A revisão deste procedimento fez com que eu melhorasse a identificação do crescimento fetal.

Constatar, em cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF) com o sonar deve ser feita em cada consulta após a 10ª - 12ª semana de gestação com o sonar (grau de recomendação C). A revisão deste procedimento melhorou a minha prática.

A presença de movimentos do feto a partir da 34ª semana gestacional (grau de recomendação C).

Observação: “A rotina de avaliação da movimentação fetal não deve ser recomendada (grau de recomendação A). Não existem parâmetros na literatura médica para quantificar a normalidade dos movimentos fetais”. (BRASIL, 2013). A revisão deste procedimento alterou a valorização deste item na minha prática.

A prescrição do ácido fólico para gestante no primeiro trimestre de gravidez comecei a fornecer somente após a leitura do Caderno de Atenção nº 32 do Ministério da Saúde.

Acho estranho a indicação de cálcio, zinco e proteínas com grau de recomendação A quando os editores do Caderno de Atenção nº 32 do Ministério da Saúde mostram dúvidas sobre o uso dos mesmos. Nunca prescrevi cálcio, zinco, proteínas e vitamina A para gestantes.

Em relação às vacinas quem cuida é a enfermeira.

Na UBS Navegantes as ações de prevenção, educação e promoção de saúde promovidas pela enfermeira e/ou pelo médico são dirigidas a uma única gestante por vez. E de vez enquanto a uma mãe de gestante. Neste formato não estamos envolvendo a família, o ACS e o técnico de enfermagem. Talvez a solução para as ações de educação em saúde seja utilizar rodas de conversa com todas as gestantes. Assim, poderemos esclarecer muitas dúvidas. Além de permitir que as gestantes se apoiem mutuamente facilitando a troca de experiências. Com isso talvez envolvemos a família, o ACS e o técnico de enfermagem.

Em relação as ações de prevenção, educação e promoção de saúde associadas aos casos de pré-natal podemos citar:

- a) orientação e incentivo para o aleitamento materno;
- b) reconhecimento do trabalho de parto;
- c) incentivo ao parto normal;
- d) importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- e) importância do acompanhamento, do crescimento e do desenvolvimento da criança e importância das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente);
- f) cuidados de higiene;
- g) atividade sexual, incluindo camisinha para prevenção das DST/Aids antes ou depois da gravidez);
- h) vacinação da gestante;
- i) promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso,

sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);

j) orientações alimentares para evitar infecções alimentares:

- beba apenas leite pasteurizado ou UHT,
- não coma alimentos crus ou mal passado (Toxoplasmose ou “doença do Gato”),
- evite ovos crus e alimentos que possam conter salmonella (como maionese);

k) realização de atividade física (grau de recomendação A);

l) sedentarismo;

m) obesidade;

n) IMC;

o) além, de orientar para onde se dirigir quando precisar de ajuda. Também solicitamos exames de laboratórios e ultrassonografia obstétrica.

Observação: Na introdução do Projeto de Intervenção apresentamos uma associação entre nutrição, obesidade e diabetes gestacional.

Em relação ao aleitamento materno Cosío (2017) relata que para melhorar as práticas de amamentação materna é necessário fortalecer ações de promoção, proteção e apoio, salientando evidências científicas sobre os benefícios da amamentação na saúde da população e no desenvolvimento do capital humano, bem como os dados alarmantes de sua deterioração.

“Avaliou o efeito de intervenção pró-alimentação saudável direcionada a mães adolescentes e avós maternas no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida”. (Nunes, 2017, p.1). Como desfecho o artigo mostrou que intervenções educativas podem melhorar a qualidade da alimentação das crianças no primeiro ano de vida. A coabitação com as avós não influenciou os escores. Este artigo apesar de ser simples mostrou que o projeto de intervenção que realizei possa ser melhorado no futuro.

Peltzer (2013) encontrou altos níveis de comportamento sexual de risco de HIV em grávidas. Também concluiu que as mulheres grávidas precisam ser informadas sobre o aumento do risco de HIV e a importância da redução sexual do risco de HIV, incluindo o uso de preservativos durante a gravidez.

#### 4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO

A Atenção Domiciliar (AD) faz parte do rol de tecnologias leves da Atenção Primária à Saúde (APS), Sendo neste âmbito uma ferramenta de promoção da saúde, de prevenção e voltada também para pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem a Unidade Básica de Saúde (UBS), temporária ou permanente. A Visita Domiciliar (VD) representa cerca de 10% de todos os contatos entre médicos da atenção primária e seus pacientes no mundo, assim como são dedicados cerca de 10% da carga horária de trabalho dos profissionais de Equipes de Saúde da Família (eSF) com VDs.

O processo de AD é complexo e inclui várias modalidades de serviço e níveis diversos de intervenção, não sendo específico de uma doença ou grupo etário. Demanda a articulação entre paciente, família e equipe multiprofissional de saúde, inseridas no contexto da comunidade e suas características epidemiológicas. A atenção em casa é pautada por uma necessidade individualizada, determinando uma equipe de cuidados responsável de acordo com a complexidade de cada caso, com a frequência adequada para este cuidado, e com a demanda por equipamentos de tecnologia dura. A política de AD no âmbito do SUS reconhece a eSF como fonte primordial de cuidados no domicílio, sendo ela a responsável pela AD de nível 1. (SAVASSI, 2012, p. 152).

A Portaria Nº. 825, de 25 de abril de 2016 considera a atenção domiciliar uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. **No Art. 5** desta mesma Portaria é estabelecido que a AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Assim, a atenção domiciliar é uma tecnologia utilizada pelas equipes de Saúde da Família para ampliar o cuidado a saúde. Trata-se de um processo complexo e que ocorre sob critérios ainda não sistematizados, em especial quanto ao nível individual. (Savassi 2012).

Atualmente, na UBS Navegantes o atendimento domiciliar ocorre na manhã das quintas-feiras. Todos os equipamentos e materiais necessários para a realização do

atendimento domiciliar do dia e dos dias seguintes são transportados pela equipe no dia oficial da visita. Quando está muito quente ou querendo chover eu levo a equipe de carro.

A solicitação de atendimento domiciliar ocorre via familiar, ACS, enfermeira, Melhor em Casa e Pronto Socorro de Pelotas.

Como a enfermeira é a pessoa da equipe responsável por receber os pedidos de atendimento domiciliar. Ela também é a pessoa responsável por aceitar ou não o pedido. Assim, observa-se que a seleção dos casos que serão agendados para receber uma visita domiciliar não tem objetivos sistematizados. Além disso, não adota-se critérios sistematizados de inclusão no serviço de AD. Assim, a seleção do caso que será agendado não segue um sistema organizado com critérios de seleção dos casos que serão atendidos na casa do paciente. Portanto, a seleção dos casos que serão atendidos em casa na próxima quinta-feira depende somente da enfermeira.

A visita domiciliar geralmente é composta por um ou dois ACSs, por uma técnica de enfermagem, por uma enfermeira e por um médico.

Dentre as patologias mais atendidas temos: acidente vascular isquêmico, asma, cardiopatia isquêmica, diabetes melito e suas complicações, déficits cognitivos, doença pulmonar obstrutiva crônica, escara, erisipela, estado nutricional, hepatite medicamentosa, hipertensão arterial sistêmica, úlcera varicosa,

Nunca fomos solicitados para realizar atendimento domiciliar de gestante, criança e adolescente. Assim, as pessoas envolvidas no Projeto de Intervenção e nas atividades dois e três nunca foram acompanhadas na modalidade de internação domiciliar.

Em relação às tarefas executadas nas visitas pela equipe, podemos citar:

Ações educativas ou assistenciais direcionadas ao paciente e seus familiares, anamnese, exame físico, medição da pressão arterial, medição da glicose, medição de temperatura axilar, medição da saturação de oxigênio, preenchimento de fichas, preenchimento de cadastro domiciliar, preenchimento do cadastro individual, troca de curativos, orientação sobre o uso dos medicamentos, esclarecer dúvidas, orientação sobre mudança de decúbito, posição para alimentação por sonda, orientação sobre os curativos, orientação sobre sonda de alimentação enteral, orientação sobre o coletor de urina, orientação sobre o uso do aparelho de glicemia, ausculta cardíaca, frequência cardíaca, ausculta pulmonar, solicitação de exames laboratoriais, solicitação de radiografia de tórax, ...

Em todas as famílias temos um ou mais moradores que são os cuidadores do paciente, ou seja, são familiares em sua maioria que atuam como ligação entre o paciente cuidado, a família e a equipe de saúde.

A seguir apresento algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador: (BRASIL, 2008).

- a) comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde do paciente cuidado;
- b) ministrar medicamentos conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;
- c) auxiliar nas tarefas domésticas;
- d) auxiliar na higiene pessoal (banho, troca de fraldas e escovação dos dentes);
- e) ajudar no preparo das refeições e estimular a alimentação;
- f) ajudar na locomoção e atividades físicas (andar, tomar sol e exercícios físicos);
- g) realizar mudanças de posição na cama e na cadeira.

Em relação às dificuldades que vão contra a realização da visita domiciliar podemos citar: a falta de um carro da prefeitura para levar os materiais e a equipe, a falta de 3 agentes comunitários de saúde de um total de 5 ou 6 ACS, a falta de material, e a falta de medicamentos.

Analisando os casos relatados nas aulas e comparando com as nossas visitas domiciliares, observo a existência de muitas situações em que a minha equipe tem que melhorar. Por exemplo:

- a) não utilizamos critérios de inclusão e de exclusão do usuário na assistência domiciliar;
- b) não utilizamos o horário semanal de reuniões para discutir e selecionar casos que necessitam de uma visita domiciliar. Na minha equipe a enfermeira faz a seleção;
- c) não utilizamos instrumentos que organize a atenção domiciliar em casos crônicos;
- d) não fazemos um plano terapêutico para o paciente que receberá uma visita domiciliar;
- e) não exploramos todas as funções dos ACS na atenção domiciliar;
- f) a minha equipe de saúde é muito desorganizada em relação à atenção domiciliar;
- g) na minha equipe falta planejamento sobre os atendimentos domiciliares;
- h) não usamos nenhuma ferramenta de avaliação do atendimento domiciliar realizado.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante todo o curso de especialização procurei fazer todas as atividades com qualidade e dentro do período exigido. Para isto procurei informações atualizadas e baseadas em evidência nos materiais de aula, nas leituras sugeridas, na internet, nos colegas da unidade básica de saúde, na secretaria municipal de saúde e em livros. Também procurei ajuda com as tutoras e com a orientadora.

Em relação aos temas que foram estudados no Eixo 1 e no Eixo 2 acredito que são assuntos necessários a formação de um Especialista em Saúde da Família. Tanto que, alguns conteúdos estudados no Eixo 1 e no Eixo 2 já estão sendo aplicados no nosso dia a dia.

Os itens que foram estudados no Eixo 1 e no Eixo 2 contribuíram para mudanças na minha prática de várias formas:

- a) no conhecimento de leis: “Lei no8069 de 1990, Estatuto da Criança”;
- b) no uso de vocabulário técnico: “Prevalência”, “Saúde Baseada em Evidências”;
- c) na melhora da visita domiciliar: “Uso de ferramentas de avaliação sobre o atendimento domiciliar realizado”;
- d) no uso de estratégias para o manejo de doenças: “Estratégias para o manejo de doenças crônicas não transmissíveis”.

Em relação a reflexão conclusiva eu diria que o curso foi bom. Não vou usar a palavra “ótimo” porque é uma palavra muito forte e ai os organizadores achariam que já fizeram o máximo e não fariam mudança na direção do verdadeiro “ótimo”.

Em relação ao número de atividades que os alunos realizam durante o curso eu acho que é um exagero, que provoca uma diminuição na qualidade do trabalho executado. E pelo que vejo não é isto que os organizadores do curso desejam.

Em relação à avaliação do curso eu não sugeriria um instrumento técnico para professores especialistas, mas sugeriria a criação de um último “fórum avaliativo” onde os alunos fariam sugestões do que deveria ser mantido, alterado ou melhorado no curso.

Em relação a uma análise da minha trajetória no curso de Especialização eu poderia dizer que fui um aluno que sempre procurou fazer todas as tarefas do curso com a melhor qualidade possível, Mesmo com “esgotamento físico” pela realização de uma grande quantidade de tarefas. No eixo 2 senti muito a falta de diálogo com os colegas e com a tutora. Isto está passando com a chegada ao final de mais uma etapa com diploma ou não.

Em relação ao uso da ferramenta do portfólio eu creio que não precisaria, porque os textos realizados durante o curso já suprem o conhecimento trabalhado no portfólio. Além de consumir o tempo escasso das atividades semanais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRETO, L. M. et al. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2401-2409, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100014&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100014&script=sci_abstract)>. Acesso em: 27 ago. 2017.

BARROS, Denise Cavalcante de; Saunders, Claudia; Leal, Maria do Carmo. Avaliação nutricional antropométrica de gestantes brasileiras: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**: Recife, vol. 8, n.4, p. 363-376, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000400002>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. 1.ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. **Cadernos de Atenção Básica n. 32**. 1.ed Revista. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

Cosío-Martínez , T. G. et al. Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. **Salud pública de México**: Cuernavaca, v. 59, n.1, Jan./Fev. 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.21149/8102> >. Acesso em: 10 mar. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pelotas (Panorama)**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pelotas/panorama>>. Acesso em: 09 dez 2017.

\_\_\_\_\_. **Cidades e Estados do Brasil**.

Disponível em:

<<https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/area.php?nome=pelotas&codigo=&submit.x=0&submit.y=0>>. Acesso em: 09 dez 2017.

NUNES, L. M. et al. Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 33, n.6, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11 mar. 2018.

Peltzer, Karl; Mlambo, Gladys.  
Sexual HIV risk behaviour and associated factors among pregnant women in Mpumalanga, South Africa. **BMC Pregnancy Childbirth JOURNAL**: 04 Mar 2013.  
Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-23510451>>.  
Acesso em: 11 mar. 2018.

PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016

Disponível em: <<content/uploads/2016/04/portaria825-1.pdf>> Acesso em: 30/032018.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al. **Proposta de um Protocolo de Classificação de Risco para Atendimento Domiciliar Individual na Atenção Primária à Saúde**. 2012.  
Disponível em: <<http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/3815>> Acesso em: 30/032018.

**ANEXO A - Projeto de intervenção**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE – UFCSPA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**Raul Vieira Amaral**

**INTERVENÇÃO NO IMC QUE EVIDENCIE BAIXO PESO, SOBREPESO OU  
OBESIDADE DE GESTANTES E MULHERES EM IDADE FÉRTIL QUE RECEBEM  
ANTICONCEPCIONAIS NA EQUIPE 11 DA UNIDADE DE SAÚDE NAVEGANTES,  
PELOTAS-RS**

**Porto Alegre  
2017**

## RESUMO

Este trabalho visa propor intervenções em: (a) gestantes com a finalidade de manter o peso materno durante a gravidez igual ao recomendado para a idade gestacional e (b) mulheres em idade fértil com a finalidade de manter o peso corporal igual ao recomendado para o adulto. Para alcançar esses objetivos foram colocados a disposição dos participantes consultas com nutricionista, vídeo sobre nutrição e fatores de risco, exames laboratoriais e aferições antropométricas das pacientes. Os métodos utilizados para análise dos dados foram alterações do peso corporal e do IMC. A metodologia permitiu mostrar a variabilidade no peso de cada paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestante. Pré-natal. Fatores de risco. IMC. Obesidade.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
3.1 FATORES DE RISCO .....	5
<b>3.1.1 Pré-natal de baixo risco.....</b>	<b>5</b>
<b>3.1.2 Pré-natal de alto risco .....</b>	<b>6</b>
3.2 OBESIDADE.....	6
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>8</b>
<b>5 CRONOGRAMA .....</b>	<b>10</b>
<b>6 RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>11</b>
<b>7 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>12</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>14</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Para BRASIL (2012) a gestação é um fenômeno fisiológico normal e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. Para FREITAS (2001), em aproximadamente 10% das gestações, a gravidez inicia com problemas ou estes surgem durante o seu transcurso e apresentam maior probabilidade de terem evolução desfavorável para o feto e/ou estender-se ao prognóstico materno.

Em muitos países, as mortes relacionadas à gravidez são importantes causas de morte de mulheres em idade reprodutiva. FREITAS (2001) considera que a taxa de mortalidade materna é um importante indicador do acesso à atenção obstétrica de qualidade e das condições de vida das mulheres, registrando-se grandes disparidades entre regiões e países. Por exemplo, em 2011, a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto na região de Santa Catarina, ficou em 25,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos (DATASUS).

“A nutrição, o peso pré-gestacional e o ganho de peso materno durante a gravidez são aspectos importantes que influenciam os resultados da gestação”. (BARROS, 2008, p.364). Segundo BARROS (2008). estudos comprovam que o ganho de peso adequado durante a gestação traz para a mãe e o conceito o melhor resultado. Segundo CARMICHAEL e ABRAMS **apud** BARROS (2008, p. 364) mulheres com pequeno ganho de peso na gestação apresentam o risco de nascimentos pré-termo e de crescimento intra-uterino restrito (CIUR). Estes efeitos são ainda maiores em gestantes adolescentes e nas gestantes que nasceram com baixo peso e/ou foram desnutridas na infância

“O ganho excessivo de peso também foi descrito como fator de risco relacionado a complicações gestacionais, tais como diabetes gestacional, macrosomia fetal, necessidade de parto cirúrgico e maior retenção de peso pós-parto, fatores esses que aumentam as chances de mortalidade materna e neonatal”. (BARROS, 2008, p. 364).

“A magnitude do ganho de peso durante a gestação tem sido um tema controverso e os padrões nutricionais recomendados para a gravidez têm sofrido muitas mudanças”. (ANDRETO, 2006, p. 2402).

.Em consequência disto, este projeto se propõe a obter os fatores de risco gestacional das grávidas e não grávidas e fazer intervenções precoces nas gestantes e não gestantes com estado nutricional inadequado. Para as gestantes o estado nutricional inadequado depende do

ganho de peso recomendado para a idade gestacional a partir do estado nutricional inicial. Para as não gestantes o estado nutricional inadequado depende somente do estado nutricional inicial. Com essa intervenção espera-se um impacto positivo nas condições de nascimento das crianças e minimizando as taxas de mortalidade perinatal e neonatal (BARROS, 2008).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Minimizar ou evitar gestações de alto risco no presente e no futuro entre grávidas e mulheres em idade fértil que recebam anticoncepcionais na unidade básica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) reduzir a morbimortalidade materno-infantil;
- b) identificar os principais fatores de risco das gestantes na área adstrita da equipe 11;
- c) ampliar o acesso com qualidade;
- d) reforçar a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 FATORES DE RISCO**

Denominamos fatores de risco circunstâncias ou características que se associam a uma maior probabilidade de ocorrer dano à saúde do feto e/ou da mãe. Portanto, os fatores de risco podem representar indicadores de risco ou causas de dano à saúde (FREITAS, 2001).

A classificação dos fatores de risco utilizada neste trabalho é a recomendada pelos Cadernos de Atenção Básica – atenção ao pré-natal de baixo risco número 32 que esta reproduzida no anexo 1. Com exceção da classificação dos Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica deste caderno que não será utilizada neste trabalho.

##### **3.1.1 PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**

“O pré-natal de baixo risco é aquele em que as gestações começam, evoluem e terminam sem complicações”. (FREITAS, 2001, p.23).

##### **3.1.2 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

“O pré-natal de alto risco é aquele em que as gestações já começam com problemas ou estes surgem durante o seu transcurso.” (FREITAS, 2001, p23). É neste grupo de gestantes que encontramos uma maior chance da gestação evoluir desfavorável para o feto ou para a mãe (FREITAS, 2001). Por isto, este grupo necessita de uma atenção especial a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A).

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal.

### 3.2 OBESIDADE

A obesidade é definida como a deposição excessiva de gordura, no tecido adiposo com consequências adversas à saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. Portanto, a base da doença conhecida como obesidade é o processo indesejável do balanço energético positivo que resulta em ganho de peso. Assim a obesidade é definida em termos de excesso de peso. “O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica”. (BRASIL, 2006, p. 22). Este índice é calculado pela razão entre o peso, em Kg, e a estatura, em metros ao quadrado, e expresso em  $\text{kg/m}^2$ , e está mostrado abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso(Kg)}}{(\text{Estatura})^2(\text{m}^2)}$$

A avaliação do estado nutricional da gestante usando a tabela 1 consiste na tomada da medida do peso e da altura e o cálculo do IMC da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional (BRASIL, 2012). Com o acompanhamento do IMC por semana gestacional a equipe multidisciplinar da UBS pode identificar situações de risco e agir precocemente para prevenir morbimortalidade perinatal, prognóstico do desenvolvimento fetal e na promoção de saúde da mulher (BRASIL, 2012).

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 da gestação. Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente (BRASIL, 2012).

Tabela 1 – 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
7	20,0	20,1-25,0	25,1-30,1	30,2
8	20,1	20,2-25,0	25,1-30,1	30,2
9	20,2	20,3-25,2	25,3-30,2	30,3
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, p. 1429-1436).

A tabela 2 (BRASIL, 2012) é outra ferramenta importante para avaliar e classificar o estado nutricional inicial da gestante. Além de permitir acompanhar o ganho/perda de peso da grávida no primeiro, segundo e terceiro trimestres.

Tabela 2 - Ganho de peso recomendado (em Kg) durante a gestação segundo o estado nutricional inicial.

Estado nutricional inicial IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Ganho de peso total no 1º trimestre (Kg)	Ganho de peso semanal médio no 2º e 3º trimestres (Kg)	Ganho de peso total na gestação (Kg)
Baixo peso <18,5	0,5-2	0,5 (0,44-0,58)	12,5-18,0
Adequado 18,5-24,9	0,5-2	0,4(0,35-0,50)	11,5-16,0
Sobrepeso 25,0-29,9	0,5-2	0,3(0,23-0,33)	7,0-11,5
Obesidade ≥30	0,5-2	0,2(0,17-0,27)	5,0-9,0

Fonte: (INSTITUTE..., 1990; WHO, 1995b).

Tabela 3 – Classificação do índice de massa corporal em adultos (19-59 anos).

IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
<18,5	Baixo peso
18,5-24,9	Eutrofia
25-29,9	Sobrepeso
30,0-34,9	Obesidade grau I
35,0-39,9	Obesidade grau II
≥40	Obesidade grau III

Fonte: Organização Mundial da Saúde.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico intervencional, realizado pela equipe 11 na unidade básica Navegantes da cidade de Pelotas do estado do Rio Grande do Sul. Com a participação de gestantes que fazem o pré-natal na equipe 11 e mulheres em idade fértil que recebem anticoncepcionais na mesma equipe.

Para a seleção das grávidas que irão participar do estudo, serão observados os seguintes critérios: (1) A princípio, todas as gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe 11 da Unidade de Saúde Navegantes fazem parte do estudo desde que aceitem o convite para participar do projeto; (2) A gestante pode ter qualquer classificação quanto ao peso.

Para a seleção das mulheres em idade fértil, que recebem anticoncepcional na equipe 11 que irão participar do estudo, serão observados os seguintes critérios: (1) As mulheres em idade fértil, que recebem anticoncepcional na equipe 11 serão convidadas a participar do projeto até completar o mesmo número de gestantes; (2) A mulher em idade fértil que recebe anticoncepcional na equipe 11 pode ter qualquer classificação quanto ao peso.

Após a seleção das pacientes será realizada a primeira coleta de dados nas casas das pacientes ou na UBS. Para isto, utilizar-se-á um questionário (ver anexo 1) que solicita o nome, a data de nascimento, e as aferições antropométricas (peso e altura) das pacientes. Além disto, o questionário permite selecionar os principais fatores de risco das pacientes.

Após a primeira coleta de dados será mostrado um vídeo sobre nutrição e fatores de risco e colocado à disposição da paciente um encaminhamento para uma consulta com uma nutricionista. Um mês após a coleta será aplicado um segundo questionário atualizando as aferições antropométricas das pacientes.

As informações sobre as intercorrências gestacionais e das alterações dos exames laboratoriais durante o período de estudo serão obtidas por meio de consulta nos prontuários das pacientes na UBS.

Após a coleta dos dados finais, compararemos os dados iniciais com os dados finais. Nesta etapa utilizaremos uma planilha de cálculo.

A princípio procuraremos avaliar para os dois grupos:

- a) a idade média;
- b) as alterações do IMC (classificar quanto ao: baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade e/ou associar as intercorrências gestacionais);
- c) a obesidade (a prevalência, incidência, taxa de prevalência e taxa de incidência).

## 5 CRONOGRAMA

Tabela 4 – Cronograma.

	Set	Out	Nov
Selecionar gestantes e pacientes	X		
Primeira coleta de dados		X	
Consulta com a nutricionista		X	
Segunda coleta de dados			X
Mostrar vídeo sobre nutrição		X	
Primeira análise dos dados		X	
Segunda Análise dos dados			X
Avaliação do Projeto			X

## **6 RECURSOS NECESSÁRIOS**

- a) balança;
- b) computador;
- c) canetas;
- d) medidor de altura;
- e) papéis formato A4;
- f) nutricionista.

## 7 RESULTADOS ESPERADOS

A ideia desta intervenção iniciou com um desejo de mudar o comportamento de gestantes e futuras gestantes. O comportamento que esperamos alterar é que todas as grávidas e não grávidas lutem para atingir um peso adequado conforme a idade gestacional e a altura.

“A nutrição, o peso pré-gestacional e o ganho de peso materno durante a gravidez são aspectos importantes que influenciam os resultados da gestação.” (Barros, 2008, p.364). Além disso, existem estudos que comprovam que o ganho de peso adequado durante a gestação traz para a mãe e o concepto o melhor resultado (BARROS, 2008).

O ganho excessivo de peso também descrito como fator de risco relacionado a complicações gestacionais, tais como, diabetes gestacional, macrosomia fetal, necessidade de parto cirúrgico e maior retenção de peso pós-parto, fatores esses que aumentam as chances de mortalidade materna e neonatal (BARROS, 2008, p.364).

Assim, pretendemos minimizar ou evitar um dos fatores de risco de gestações de alto risco, para reduzir a morbimortalidade materno-infantil.

Outros objetivos que pretendemos atingir são: (a) identificar os principais fatores de risco das gestantes na área adstrita da equipe 11; (b) ampliar o acesso com qualidade; e (c) reforçar a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

É claro que o nosso objetivo principal é complexo e envolve muitas variáveis. Se não fosse assim, não estaríamos vendo manchetes que mostram que o número de obesos no mundo tem aumentado, ou seja, as pessoas estão se tornando obesas. Além disso, a magnitude do ganho de peso durante a gestação tem sido um tema controverso e os padrões nutricionais recomendados para a gravidez tem sofrido muitas mudanças (ANDRETO, 2006).

## REFERÊNCIAS

ANDRETO, L. M. et al. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n.11, p. 2401-2409, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100014&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100014&script=sci_abstract)>. Acesso em: 27 ago. 2017.

BARROS, D. C.; SAUNDERS, C.; Leal, M. C. Avaliação nutricional antropométrica de gestantes brasileiras: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**: Recife, v. 8, n. 4, p. 363-376, out/dez, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292008000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400002)>. Acesso em: 24 ago. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**: atenção ao pré-natal de baixo risco 32. 1.ed Revista. Brasília: 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**: obesidade – n. 12. 1.ed. Brasília: 2006. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab12>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. C3 Razão de Mortalidade Materna. Disponível em: Disponível em: <[http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com\\_blankcomponent&view=default&Itemid=631](http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_blankcomponent&view=default&Itemid=631)> Acesso em: 07 set. 2017

DUNCAN, Bruce. B. et al. **Medicina ambulatorial**: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3.ed. Porto Alegre: ARTMED Editora S.A. 2004. p. 1600. ISBN:85-363-0265-8.

FEBRASGO. **Tratado de Obstetrícia FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda. 2000. p. 913. ISBN:85-7309-403-6.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed Editora. 2001. p. 624. ISBN:85-7307-818-9.

GOMES, R. N. S. et al. **Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/Ma.** In: **Centro Universitário Uninovafapi Revista Interdisciplinar**. v. 7, n. 4, out. nov. dez. 2014. p. 81-90,. Disponível em: <[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/474/pdf\\_161](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/474/pdf_161)>. Acesso em: 01 ago. 2017.

PADILHA, P. C. et al., Associação entre o estado nutricional pré gestacional e a predição de riscos de intercorrências gestacionais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.29 2007, n.10, p.511- 519, jul/out. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032007001000004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007001000004)>. Acesso em: 24 ago. 2017.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA. **Obstetrícia Fundamental**. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A. 1995. P. 652.

STEFANI, Stephen D; BARROS, Elvino, Organizadores. **CLÍNICA MÉDICA: Consulta Rápida**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed. 2013. P. 1091.

### ANEXO A – Fatores de risco

Gestante: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Peso antes da gravidez: \_\_\_\_\_ IMC antes da gravidez: \_\_\_\_\_

IG: \_\_\_\_\_ Peso<sub>IG</sub>: \_\_\_\_\_ IMC<sub>IG</sub>: \_\_\_\_\_

Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica	
1. Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:	
1.01 ( )	Idade materna inferior a 15 ou superior a 35 anos;
1.02 ( )	Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário;
1.03 ( )	Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
1.04 ( )	Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
1.05 ( )	Situação conjugal insegura;
1.06 ( )	Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
1.07 ( )	Condições ambientais desfavoráveis;
1.08 ( )	Altura inferior a 1,50m;
1.09 ( )	IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.
2. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:	
2.01 ( )	Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
2.02 ( )	Macrossomia fetal;
2.03 ( )	Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
2.04 ( )	Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
2.05 ( )	Nuliparidade (mulher que nunca teve filhos) e multiparidade (cinco ou mais partos);
2.06 ( )	Cirurgia uterina anterior;
2.07 ( )	Três ou mais cesarianas.
3. Fatores relacionados à gravidez atual:	
3.01 ( )	Ganho ponderal inadequado;
3.02 ( )	Infecção urinária;
3.03 ( )	Anemia

Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco	
4. Fatores relacionados às condições prévias:	
4.01( )	Cardiopatias;
4.02( )	Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
4.03( )	Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
4.04( )	Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
4.05( )	Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
4.06( )	Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA > 140/90 mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
4.07( )	Doenças neurológicas (como epilepsia);
4.08( )	Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
4.09( )	Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
4.10( )	Alterações genéticas maternas;
4.11( )	Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
4.12( )	Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
4.13( )	Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
4.14( )	Hanseníase;
4.15( )	Tuberculose;
4.16( )	Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
4.17( )	Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco	
5. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:	
5.1 ( )	Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
5.2 ( )	História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
5.3 ( )	Abortamento habitual;
5.4 ( )	Esterilidade/infertilidade.
6. Fatores relacionados à gravidez atual:	
6.1 ( )	Restrição do crescimento intrauterino;
6.2 ( )	Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
6.3 ( )	Gemelaridade;
6.4 ( )	Malformações fetais ou arritmia fetal;
6.5 ( )	Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
6.6 ( )	Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
6.7 ( )	Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
6.8 ( )	Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
6.9 ( )	Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
6.10( )	Evidência laboratorial de proteinúria;
6.11( )	Diabetes mellitus gestacional;
6.12( )	Desnutrição materna severa;
6.13( )	Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
6.14( )	NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
6.15( )	Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
6.16( )	Adolescentes com fatores de risco psicossocial.