



Artigo original

## Obesidade e gravidez: conhecer para atuar precocemente? A realidade numa unidade de saúde familiar

Eva Gomes\*, Ana Lúcia Soares e Rui Campos

Unidade de Saúde Familiar (USF) Nova Via – ACES Espinho/Gaia, Vila Nova de Gaia, Portugal

### INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

#### Historial do artigo:

Recebido a 6 de junho de 2012

Aceite a 8 de agosto de 2012

On-line a 30 de julho de 2013

#### Palavras-chave:

Obesidade

Peso

Índice de massa corporal

Gravidez

Complicações na gravidez

### R E S U M O

**Objetivos:** Descrever os perfis de peso das mulheres grávidas, utentes da unidade de saúde familiar (USF), determinando a prevalência de grávidas obesas, com excesso de peso (EP), normopeso ou baixo peso antes da concepção e final da gravidez. Descrever as principais complicações em cada um dos grupos.

**População e métodos:** Estudo observacional, descritivo e transversal realizado na USF Nova Via. A população em estudo incluiu todas as grávidas cujo parto ocorreu entre 1 de março de 2010 e 31 de dezembro de 2010, com pelo menos 7 consultas de Saúde Materna na USF. Os dados foram colhidos em setembro de 2011 através da consulta do processo clínico, recorrendo aos programas informáticos SINUS® e SAM®. As variáveis estudadas foram a idade, número de gestações, paridade, existência de consulta de pré-concepção, IMC na última consulta antes da gravidez, aumento de peso durante a gestação, complicações na gravidez, peso ao nascimento do recém-nascido e prematuridade.

**Resultados:** Oitenta e oito grávidas cumpriam os critérios de inclusão: 22,7% com EP, 14,8% com obesidade e 1,1% com baixo peso. Na gravidez, 50% das primeiras e 30,8% das segundas aumentaram de peso mais do que o recomendado. As complicações foram mais comuns nas grávidas inicialmente obesas/EP (total 27,3%: 9,1% com diabetes gestacional, 9,1% com pré-eclâmpsia) do que nas inicialmente normoponderais (total 9,3%: 7,4% com diabetes gestacional). O número de cesarianas foi superior nas inicialmente obesas, bem como o número de partos pré-termo.

**Conclusão:** A prevalência de mulheres que eram obesas/EP ao engravidar é considerável, dessas, uma importante percentagem teve um ganho ponderal superior ao recomendado. Assim, como o controlo nutricional é difícil de obter, importa implementar medidas para o acompanhamento adequado, investindo nas consultas de pré-concepção, na educação para a saúde e, possivelmente, rastreando as mulheres de risco para um melhor seguimento e possível orientação para nutrição.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

### Obesity and pregnancy: Learn to act early - Reality in a family health unit

#### A B S T R A C T

**Objectives:** To describe the weight profiles of pregnant women, users of the Family Health Unit (Unidade de Saúde Familiar – USF). To determine the prevalence of obese, overweighted, normal-weighted or underweighted pregnant women before conceiving and at the end of pregnancy. To describe the main complications of each group.

**Population and methods:** Observational descriptive cross-sectional study, carried out at USF Nova Via. The study population included all pregnant women whose delivery occurred between 1/3/2010 and 31/12/2010, with at least 7 Maternal Health consults at USF. Data was collected in 9/2011 by consulting clinical process, using the software SINUS® and SAM®. The studied variables were age, number of gestations and deliveries, presence of pre-conceiving. The Consultation, BMI at last visit before pregnancy, weight gain during pregnancy, pregnancy complications, newborn's birth weight and prematurity.

**Results:** 88 pregnant women fulfilled the inclusion criteria: 22.7% with overweight, 14.8% with obesity and 1.1% underweighted. During pregnancy, 50% of the initially overweighted and 30.8% of the initially obese gained weight more than recommended. Complications were more common in pregnant women initially overweighted/obese (total 27.3%: 9.1% with gestational diabetes, 9.1% with pre-eclampsia) than those initially normal-weighted (9.3% total: 7.4% with gestational diabetes). The number of caesarean sections and preterm births was higher in those initially obese.

#### Keywords:

Obesity

Body weight

Body mass index

Pregnancy

Pregnancy complications

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [eva.spgomes@gmail.com](mailto:eva.spgomes@gmail.com) (E. Gomes).

**Conclusion:** The prevalence of women that get pregnant and are obese/overweight is considerable, and a significant proportion gain weight more than recommended. Therefore, as nutritional control is difficult to obtain, it is important to implement measures for proper follow-up, investing in pre-conceiving consults, in health education, and eventually screening the women at risk, for a better follow-up and eventual nutritional counseling.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introdução

A prevalência da obesidade tem vindo a aumentar ao longo dos anos, bem como as suas comorbilidades, constituindo um importante problema de saúde pública. Atinge toda a população, embora o impacto nos mais jovens seja cada vez maior.

Atualmente estima-se que em Portugal 34,4% das mulheres tenha excesso de peso e 13,4% sejam obesas<sup>1</sup>. As mulheres obesas em idade fértil têm maior prevalência de amenorreia e infertilidade<sup>2</sup>.

A obesidade pode ser desencadeada ou agravada pela gravidez<sup>3</sup>. Quando está presente na gravidez, a obesidade está definitivamente associada a um risco aumentado de desfechos adversos durante a gestação, associando-se a maior risco de complicações maternas e perinatais, nomeadamente diabetes gestacional (DG), hipertensão arterial (HTA) induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, fenómenos tromboembólicos, infeções urinárias, parto pré-termo, partos distócicos, cesarianas, malformações fetais, macrosomia fetal, morte fetal, hemorragia maciça pós-parto, infeção puerperal, morte materna, entre outras<sup>4-6</sup>. No entanto, estas complicações e as suas consequências podem ser prevenidas.

Está provado que as grávidas obesas e com excesso de peso (EP) devem ser encorajadas a perder peso antes de engravidar, reforçando a importância das consultas pré-concepcionais. Também durante a gestação e no pós-parto a prevenção tem um importante papel, na medida em que pode ajudar a evitar as consequências a longo prazo, estando provado que o ganho de peso adequado durante a gestação está associado a um melhor desfecho materno e fetal.

Além das complicações maternas e perinatais, o excessivo aumento de peso materno também está associado a maior retenção de peso no pós-parto, bem como a maior risco de obesidade futura, acarretando desta forma problemas de saúde futuros para a mulher, nomeadamente alterações do metabolismo dos lípidos, HTA ou diabetes mellitus tipo 2<sup>7</sup>.

O médico de família tem assim um papel ativo e preponderante para a obtenção de ganhos em saúde através da implementação e incentivo de medidas preventivas e de combate da obesidade.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de grávidas obesas e com excesso de peso na Unidade de Saúde Familiar (USF) Nova Via, caracterizar as grávidas da USF Nova Via quanto ao seu perfil de peso e verificar as principais complicações ocorridas na gravidez e parto por perfil de peso.

## Metodologia

Estudo observacional, descritivo e transversal que decorreu entre junho e outubro de 2011 na USF Nova Via.

As grávidas inscritas na USF Nova Via, cujo parto ocorreu entre 1 de março e 31 de dezembro de 2010 constituíram a população estudada.

Os critérios de inclusão foram: a) parto ocorrido entre 1 de março de 2010 e 31 de dezembro de 2010; b) ter tido 7 ou mais consultas de Saúde Materna (SM) na USF durante a gravidez de que resultou o parto em questão; c) primeira consulta de SM até às 11 semanas e 6 dias de gestação; d) última consulta de SM após as 35 semanas e 6 dias de gestação (se gestação de termo) ou 4 semanas antes

do parto (se parto pré-termo). Constituíram critérios de exclusão a indisponibilidade dos dados relativos a pelo menos um dos seguintes parâmetros: a) peso na primeira consulta de SM; b) peso na última consulta de SM.

Os dados foram obtidos a partir dos processos clínicos, cujas fontes foram os programas informáticos SAM – Sistema de Apoio ao Médico® v.10.0 (ficha de identificação do utente, programa de SM, programa de saúde infantil e juvenil) e SINUS®.

Os dados foram recolhidos em setembro de 2011 e registados, pelos autores, numa base de dados eletrónica elaborada pelos mesmos no *software* Excel Microsoft Office 2007®.

As variáveis em estudo foram:

- a) idade – variável universal;
- b) número de gestações – variável quantitativa discreta, definida como o número de gestações incluindo a gestação de que resultou o parto entre março e dezembro de 2010;
- c) paridade – variável quantitativa discreta, definida como o número de partos prévios ao ocorrido entre março e dezembro de 2010;
- d) índice de massa corporal (IMC) na primeira consulta de SM – variável composta, definida pelo cálculo do rácio peso/altura<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>) e classificada em 1) «obesidade» se  $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>; 2) «EP» se  $25 \leq IMC < 30$  kg/m<sup>2</sup>; 3) «normopeso» se  $18,5 \leq IMC < 25$  kg/m<sup>2</sup>; 4) «baixo peso» se  $IMC < 18,5$  kg/m<sup>2</sup>;
- e) aumento de peso na gestação – variável composta, definida pela diferença entre o peso aferido na última consulta de SM e o peso aferido na primeira consulta de SM (kg) e classificada em 1) «aumento de peso superior ao esperado»; 2) «aumento de peso dentro do esperado»; 3) «aumento de peso abaixo do esperado» conforme apresentado na *tabela 1*;
- f) complicações na gravidez – variável qualitativa nominal, definida como as complicações ocorridas na gravidez/parto que podem estar relacionadas com o peso da grávida (foram colhidas todas as complicações ocorridas que cumprem a definição de f) e obtiveram-se casos de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, hemorragias uterinas e alterações do líquido amniótico);
- g) tipo de parto – variável qualitativa nominal, classificada em 1) eutócico; 2) cesariana; 3) ventosa; ou 4) fórceps;
- h) peso ao nascimento do recém-nascido (RN) – variável quantitativa contínua, definida como o peso (gr) aferido ao nascimento e classificada em 1) «baixo peso» se peso < 2.500 gr; 2) «peso adequado» se peso entre  $\geq 2.500$  gr e < 4.000 gr; 3) «peso elevado» se peso  $\geq 4.000$  gr;
- i) prematuridade – variável quantitativa contínua, definida pela idade gestacional (IG) ao nascimento (semanas + dias) e classificada em 1) «recém-nascido de termo» se  $IG \geq 37$  semanas; 2) «recém-nascido pré-termo» se  $IG < 37$  semanas.

Os dados recolhidos e registados em base de dados foram analisados utilizando o *software* Excel Microsoft Office® 2007.

As variáveis categorizadas são apresentadas como frequência (percentagem).

## Resultados

Das 134 grávidas inscritas na USF Nova Via no período em estudo, 88 (65,7%) cumpriam os critérios de inclusão. Tinham 29,3

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3278321>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3278321>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)