



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**Renalle Monize Marques Rodrigues**

**COMPOSIÇÃO CORPORAL DE GESTANTES**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2018**

Renalle Monize Marques Rodrigues

## **COMPOSIÇÃO CORPORAL DE GESTANTES**

Projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para análise e parecer com fins de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>Jozilma de Medeiros Gonzaga

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

R696c Rodrigues, Renalle Monize Marques.  
Composição corporal de gestantes [manuscrito] / Renalle Monize Marques Rodrigues. - 2018.  
18 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Jozilma de Medeiros Gonzaga, Departamento de Educação Física - CCBS."

1. Gestantes. 2. Medidas antropométricas. 3. Composição corporal.

21. ed. CDD 613.7

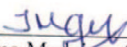
Renalle Monize Marques Rodrigues

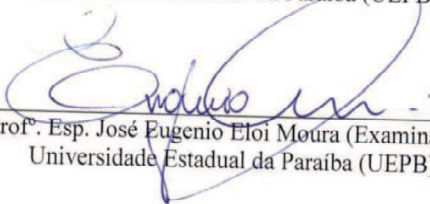
### COMPOSIÇÃO CORPORAL DE GESTANTES

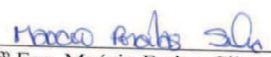
Trabalho de Conclusão de Curso em formato de relato de Experiência, apresentado ao Curso de Licenciatura do curso de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Licenciado em Educação Física.

Aprovado em: 06/06/18.

### BANCA EXAMINADORA

  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Jozilma Medeiros Gonzaga (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof.<sup>º</sup> Esp. José Eugenio Eloi Moura (Examinador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof.<sup>º</sup> Esp. Maécio Freitas Silva (Examinador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente e especialmente à Deus, por suas infinitas bênçãos sobre mim, que me fortaleceram, me protegeram, me guiaram e me impulsionaram a mais uma vitória.

Muito Obrigada a meu esposo Rhavy Rhanniê Rodrigues Pequeno Lima, por compartilhar esse momento comigo. O seu incentivo, apoio e dedicação, foram sem dúvidas, essenciais para o meu retorno a universidade. Obrigada pela confiança, pelo o respeito e por dividir comigo a responsabilidade dos nossos filhos e da nossa casa.

Muito obrigada também aos meus pais Edna Lucia Marques Rodrigues e Carlos Antônio de Oliveira Marques, por ter me ajudado com muito amor, carinho e atenção, a cuidar dos meus filhos Ryan Lucas Marques Rodrigues e Vinicius Marques Rodrigues durante o período da manhã, em que eu estava ausente.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jozilma Medeiros Gonzaga, que com toda sua paciência, dedicação, apoio e eficiência tornaram a conclusão desse estudo possível. Sua simplicidade e seu comprometimento, só fizeram crescer a minha admiração, o meu carinho e o meu respeito. Esse, com certeza, será o exemplo de Profissional que levarei comigo durante toda a minha vida acadêmica. Obrigada professora.

A professora Katia Farias Antero, pelo o apoio, carinho, respeito e por me instigar, ainda mais, com suas aulas democráticas e dinâmicas, ao dom da licenciatura.

Muito grata também a excelente, dedicada e humana enfermeira obstetra, Diana Moura, que me recebeu de braços abertos, no seu trabalho e me ajudou da melhor forma possível, para que essa pesquisa fosse concluída com sucesso.

Aos Professores José Eugenio Eloi Moura e Maécio Freitas Silva por aceitarem participar dessa banca examinadora, por terem contribuído diretamente para o meu crescimento acadêmico e pessoal e por serem grandes exemplos de profissionais dedicados, humanos e que amam o que fazem, muito obrigado.

Às minhas irmãs Michelly Niara Dias Marques e Laiza Morgana Dias Marques Santos que sempre me apoiaram e torceram por mim, contribuindo diretamente para que eu pudesse alcançar mais uma vitória.

# COMPOSIÇÃO CORPORAL DE GESTANTES

RODRIGUES, Renalle Monize Marques

## Resumo

Durante a gestação ocorrem várias alterações fisiológicas no organismo da mulher, por isso é considerável normal um aumento no peso corporal. Porém, o ganho excessivo deste peso, aumenta também a incidência de complicações, levando mãe e filho a um alto risco. Desta forma, essa pesquisa teve como principal objetivo analisar a composição corporal de gestantes. O estudo foi realizado com as gestantes que estavam entre a 13<sup>o</sup> e a 26<sup>o</sup> semanas de gestação, ou seja, durante o segundo trimestre do período gestacional, com idade entre 20 e 40 anos e que estavam sobre um acompanhamento médico regular, através das consultas do pré-natal, no posto de saúde Francisco Pinto em Campina Grande-PB. Participaram do estudo 08 gestantes que atenderam os critérios de inclusão da pesquisa. A coleta de dados foi realizada através de uma anamnese e por uma avaliação das medidas antropométricas, referente à; peso, altura e dobra cutânea tricipital. Quanto ao IMC inicial, calculado com o peso pré gravídico, os resultados mostraram que; 75% das grávidas encontravam-se com o IMC inicial normal/adequado, 12,5% com baixo peso e 12,5% obesa. Quando o IMC inicial foi relacionado com o ganho de peso recomendado, pelo o Ministério da Saúde, para o segundo semestre, observamos que, os resultados mudam consideravelmente. 50% estão abaixo do peso recomendado, 25% com sobrepeso, 12,5% obesas e só 12,5% com o ganho ponderal normal/adequado. Em relação a Dobra Cutânea Tricipital (DCT) observou-se que, os resultados foram compatíveis ao IMC, quanto maior era o IMC, maior era a medida da DCT. Através dos dados da anamnese foi possível observar que, 75% das investigadas apresentaram histórico familiar de doenças crônicas, 50% eram praticantes de alguma atividade física antes da gravidez, porém, durante a gestação 100% delas estavam sedentárias e 50% relatou casos de intercorrências em gestações anteriores como, aborto, pré-eclâmpsia e parto prematuro. Dados que são preocupantes se considerarmos que esses fatores influenciam diretamente no desenvolvimento de doenças durante e após a gestação. Portanto, a avaliação antropométrica aferida da maneira correta durante a gestação, aumenta consideravelmente, a excelência do acompanhamento dessas gestantes.

**Palavras Chave:** Gestantes; Medidas Antropométricas; Composição Corporal.

## **BODY COMPOSITION OF PREGNANT**

RODRIGUES, Renalle Monize Marques

### **Abstract**

During gestation there are several physiological changes in the woman's body, so an increase in body weight is normal. However, the excessive gain of this weight also increases the incidence of complications, leading mother and child to a high risk. Thus, this research had as main objective to analyze the body composition of pregnant women. The study was carried out with the pregnant women who were between 13 and 26 weeks of gestation, that is, during the second trimester of the gestational period, aged between 20 and 40 years and who were on a regular medical prenatal visits at the Francisco Pinto health center in Campina Grande-PB. Eighteen pregnant women attending the inclusion criteria of the study participated in the study. Data were collected through an anamnesis and by an anthropometric evaluation of the; weight, height and tricipital skinfold. Regarding the initial BMI, calculated with pre-gravid weight, the results showed that; 75% of pregnant women had normal / adequate BMI, 12.5% were underweight and 12.5% were obese. When the initial BMI was related to the recommended weight gain, for the second half, by the Ministry of Health we noted that the results change considerably. 50% are underweight, 25% are overweight, 12.5% are obese and only 12.5% are normal weight gainers. As for the Tricipital Cut Fold (TDC), it was observed that the results were compatible with BMI, the larger the BMI, the greater the TDC measurement. Through the data of the anamnesis it was possible to observe that 75% of the investigated ones presented a family history of chronic diseases, 50% were practicing some physical activity before the pregnancy, however, during pregnancy 100% of them were sedentary and 50% reported cases of interurrences in previous pregnancies such as abortion, pre-eclampsia and preterm delivery. Data that are of concern if we consider that these factors directly influence the development of diseases during and after pregnancy. Therefore, the anthropometric evaluation correctly assessed during pregnancy increases the excellent follow-up of these pregnant women.

**Keywords:** Pregnant women; Anthropometric measurements; Body composition

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO .....	2
3. METODOLOGIA.....	5
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	6
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	11
REFERÊNCIAS .....	12



## 1. INTRODUÇÃO

O organismo feminino passa por uma série de transformações fisiológicas durante a gestação para o crescimento, o desenvolvimento e a nutrição da nova vida que está sendo gerada. O período gestacional é composto por 40 semanas, sendo diversificado em seus aspectos fisiológicos, metabólicos e nutricionais (VITOLLO, 2014). Logo, o aumento de peso faz parte dessas transformações.

Se considerarmos o crescimento fetal, o líquido amniótico, a placenta, o útero, o tecido mamário, o volume sanguíneo aumentado, o acúmulo variável de tecido adiposo e o líquido tecidual, em seu desenvolvimento normal evolutivo, todas essas condições já somaria para cada gestante, no final da gestação, cerca de 12kg a mais. Ressaltando que, existe as exceções como; gestações de gêmeos, gestantes obesas ou portadora de outras doenças crônicas, entre outras. Onde essa perspectiva de ganho de peso pode ser superior ou inferior.

O controle do peso durante a gravidez, através de hábitos saudáveis com uma nutrição adequada e a prática regular de exercícios físicos, podem reduzir consideravelmente o risco de complicações durante a gestação. A identificação precoce de um ganho de peso exagerado, pode prevenir essas complicações. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o monitoramento do ganho ponderal durante a gestação é um procedimento de baixo custo e de grande utilidade para o estabelecimento de intervenções nutricionais visando à redução de riscos maternos e fetais.

De acordo com Padilha, et al., (2007), no período gestacional, as medidas antropométricas são recomendadas e empregadas para um acompanhamento nutricional adequado, devido à sua importância reconhecida na prevenção da morbimortalidade perinatal, prognóstico do desenvolvimento fetal e na promoção de saúde da mulher. Desta forma, essa pesquisa teve como principal objetivo analisar a composição corporal de gestantes.

## 2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

A gravidez é um período de intensas transformações no corpo feminino. A confirmação de que está grávida é o anúncio de que a vida da mulher está prestes a mudar. Com tantas transformações internas e externas ocorrendo no organismo da gestante não poderia ser diferente.

Nos primeiros meses ninguém tem uma barriguinha saliente para exibir. Porém, os seios ficam maiores e a cintura perde a sua forma. A partir do segundo trimestre as grávidas podem engordar de 5 a 7 quilos, pelo o ganho de peso semanal que o feto começa a apresentar na 13ª semana e pela a diminuição dos enjoos e dos vômitos característicos do primeiro trimestre (BENTO, 2015). No terceiro e último trimestre o crescimento fetal é mais acelerado, trazendo inchaços, incômodos e desconfortos para a gestante e no final desse trimestre o aumento de peso da grávida, normalmente, chegará a 12 quilos.

Por se tratar de uma doença crônica não transmissível, a obesidade, desafia todo o sistema de saúde pública, pois o aumento de casos de obesidade tem alcançado dimensões epidêmicas mundiais. Assim como a sua influência no desenvolvimento e nas complicações de outras patologias. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, cerca de 50% das mulheres em idade fértil são obesas, e conseqüentemente, muitas mulheres iniciam a gestação com excesso de peso. As mulheres que iniciaram a gestação com sobrepeso apresentaram quatro vezes mais chances de ganho de peso excessivo em relação as eutróficas (CARVALHÃES, et al., 2013).

A obesidade gestacional é caracterizada pelo o ganho de peso ponderal excessivo, favorecendo o aumento do risco de complicações durante o período gestacional, deixando as gestantes suscetíveis a doenças como, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), Pré-eclâmpsia, entre outras complicações como, parto cirúrgico, macrossomia fetal, malformação fetal e mortalidade perinatal. Além de, pielonefrites, tromboembolismo, lesões ou infecções de cicatriz cirúrgica e hemorragias (VITOLLO, 2014; SATO e FUJIMORI, 2012).

Segundo Weinert et al., (2011), a terapia nutricional é a primeira opção de tratamento para a maioria das gestantes com DMG, pois evita o ganho excessivo de peso, além de gerar menor taxa de macrosomia fetal e de complicações perinatais. Para Assis et al, (2008), a idade materna aumentada, o IMC inadequado, história familiar ou história de pré-eclâmpsia e gestantes obesas, são preditores para a DHEG.

Os Médicos e os nutricionistas aconselham as grávidas a engordar de 1 a 1,5 quilo mensalmente, para que ao final da gestação elas cheguem ao peso ponderal ideal de 12 quilos. De acordo com Assunção et al., (2007), observaram uma tendência ao declínio da prevalência de ganho de peso adequado em favor do aumento do ganho de peso excessivo. Avaliar o estado nutricional no início da gestação é imprescindível para se detectar gestantes em risco nutricional, pois atualmente elevado percentual de mulheres iniciam a gestação com sobrepeso/obesidade (SATO e FUJIMORI, 2012).

É bastante controverso os limites acerca desse ganho de peso. O Ministério da Saúde do Brasil, depois de muito discutirem, chegaram a atual referência. Mulheres que apresentam baixo peso devem ter um ganho ponderal de 12,5 a 18,0 kg; gestantes de peso adequado de 11,5 a 16,0 kg; mulheres com sobrepeso de 7,0 a 11,0 kg. Ou seja, a necessidade metabólica deve ser relacionada com o estado nutricional inicial da gestante.

Em relação ao IMC inicial, durante o segundo trimestre de gestação, o aumento no peso corporal semanal recomendado é de, 500g para a gestantes abaixo do peso, 400g para as gestantes com peso normal/adequado e 300g para as gestantes com sobrepeso ou obesas. (BRASIL,2006; CRANE et al., 2009).

Quando essas medidas antropométricas são aferidas da maneira correta durante a gestação, aumenta consideravelmente, a excelência do acompanhamento dessas gestantes. Durante o segundo trimestre o crescimento fetal é aumentado, há uma diminuição dos enjoos e dos vômitos, que são mais evidentes no primeiro trimestre, e a liberação médica para a pratica de atividades físicas regulares, podem influenciar diretamente no ganho de peso ponderal da gestante, (BENTO, 2015).

As atividades físicas de baixo impacto, praticadas durante o segundo trimestre de gestação, regularmente e bem orientadas, controla o peso, auxiliam na oxigenação sanguínea, melhora o fôlego e o sono, fortalece os músculos e os ossos para o ganho de peso natural e para o parto. A nutrição no período gestacional balanceada e adequada, supre as necessidades da mãe e do bebê, e o bom senso é sempre um grande aliado (BENTO, 2015).

Contudo, o acompanhamento médico regular e adequado, feito através das consultas do pré-natal, é primordial, pois, permite o controle de diversos problemas que podem prejudicar a gravidez. Padilha et al. (2007), afirmam que, no período gestacional, as medidas antropométricas são recomendadas e empregadas para um acompanhamento nutricional adequado.

O aumento progressivo do peso tende a causar dores nas costas e intensificar a sensação de cansaço, além de agravar o inchaço das pernas e o surgimento de varizes que já se manifestam no primeiro trimestre. Logo, o descontrole ou o excesso no ganho de peso transforma esse momento tão especial na vida da mulher, de sonhos, expectativas e realizações em desconfortos, ansiedades, angústias, mal-estar e sérios riscos.

Conhecer a composição corporal da grávida, através das medidas antropométricas de maneira regular, é imprescindível para o controle de peso, enfatizando ainda mais, a importância no acompanhamento mais adequado e mais eficaz possível, para as gestantes.

### 3. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa descritiva, exploratória e transversal, com caráter quali-quantitativo. O estudo foi realizado com as gestantes que estavam entre a 13<sup>o</sup> e a 26<sup>o</sup> semanas de gestação, ou seja, durante o segundo trimestre do período gestacional, com idade entre 20 e 40 anos e que estavam sobre um acompanhamento médico regular, através das consultas do pré-natal, no posto de saúde Francisco Pinto em Campina Grande-PB.

Participaram do estudo 08 gestantes que atenderam os critérios de inclusão da pesquisa. A coleta de dados foi realizada através de uma anamnese e pela a verificação das medidas antropométricas referente ao peso, a altura e a dobra cutânea do tríceps, utilizando um estadiômetro portátil, uma balança digital e um adipômetro Lange. Para avaliação do IMC inicial, foi utilizada a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). E para o ganho de peso ponderal o recomendado pelo (SISVAN, 2008).

As participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, ficando uma com a gestante e a outra com o avaliador. Em seguida, foram realizadas uma anamnese para verificar alguns aspectos de saúde da gestante e as medidas antropométricas referentes ao peso, a altura e a dobra cutânea do tríceps.

Por ser tratar de uma pesquisa com seres humanos, o presente estudo seguiu a recomendação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, expresso na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde – CNS/MS.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 apresenta as medidas antropométricas das mulheres participantes da pesquisa.

GESTANTES	IDADE	PESO PRÉ GRAVÍDICO	DOBRA TRICIPTAL	IMC INICIAL	CLASSIFICAÇÃO DO IMC INICIAL
1	31	78	26	24	Adequado
2	20	43	15	16	Baixo Peso
3	25	56	24	21	Adequado
4	25	52	09	19	Adequado
5	36	54	24	20	Adequado
6	21	65	26	23	Adequado
7	38	96	40	34	Obesa
8	27	68	27	24	Adequado

**Quadro 1:** Medidas antropométricas.

Esta pesquisa, teve como critério de inclusão consultas regulares no obstetra, visto que o acompanhamento no pré-natal tem por objetivo reduzir a morbimortalidade materno-fetal. De acordo com Silva et al., (2013), os exames clínicos e laboratoriais realizados durante as consultas de pré-natal permitem identificar situações de risco e agir precocemente, além da assistência recebida no momento do parto, importante determinante para morbimortalidade durante o período neonatal.

Nos resultados encontrados, apresentados no quadro 1, quanto ao IMC, observa-se que 75% das grávidas encontra-se com o IMC normal/adequado, 12,5% com baixo peso e 12,5% obesa. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Gomes et., (2014) sendo encontradas 54,4% gestantes normal, 19,1% com baixo peso, 19,1% estavam as gestantes com sobrepeso e 7,4 % de obesas.

O acompanhamento nutricional das gestantes deve ser relacionado com o período pré gravídico. O total de energia da dieta de gestantes com sobrepeso prévio ou ganho de peso excessivo durante a gestação deve ser menor em relação ao daquelas com peso prévio ou gestacional normal; porém, as quantidades adicionais de proteínas e outros nutrientes são as mesmas para os dois grupos (NASCIMENTO; SOUZA, 2002).

Quanto a Dobra Cutânea Tricipital (DCT) observou-se que quanto maior era o IMC inicial, maior era a medida da dobra. A medida da DCT tem sido reconhecida como um marcador indireto de reservas de gordura corporal. Desta forma este indicador aponta uma estimativa das reservas gordurosas subcutâneas, relacionando-se com o volume de gordura no corpo (SILVA, 2013).

Neste estudo, não foi observado uma relação de sobrepeso e obesidade com o avançar da gestação. Segundo Padilha et al. (2007), o peso e a saúde do recém-nascido dependem em grande parte do estado nutricional materno e são fatores que influenciam adversamente no crescimento e desenvolvimento durante os primeiros anos de vida.

O quadro 2 apresenta a relação da idade gestacional com o ganho de peso semanal e a relação com o peso recomendado para o 2º trimestre.

GESTANTES	SEMANA GESTACIONAL	PESO (g) POR SEMANA GESTACIONAL (PROPORCIONAL)	PESO(g) RECOMENDADO PARA 2º TRIMESTRE
1	16	170g	BAIXO PESO
2	25	212g	BAIXO PESO
3	16	38g	BAIXO PESO
4	16	438g	SOBREPESO
5	23	470g	SOBREPESO
6	14	129g	BAIXO PESO
7	18	390g	ADEQUADO
8	17	835g	OBESIDADE

**Quadro 2** – Relação da idade gestacional, ganho de peso semanal e peso recomendado para o 2º trimestre

O ganho de peso ponderal adequado deve ser relacionado com Diagnóstico Nutricional Inicial (IMC) de cada gestante individualmente como mostra o quadro 2. Quando comparados o IMC inicial, das grávidas estudadas, com o ganho de peso da semana gestacional, observamos que os resultados

mudam radicalmente. 50% estão abaixo do peso recomendado, 25% com sobrepeso, 12,5% obesas e só 12,5% com o ganho ponderal adequado.

Durante o 2º trimestre da gestação, por ser o período em que o desenvolvimento fetal é maior e as náuseas e os enjoos são reduzidos, é natural o aumento de peso, um pouco maior do que na fase anterior. Em contrapartida, os sinais de alertas também podem ficar mais evidentes. Porém, esse é o momento mais eficaz para uma reeducação nutricional ou comportamental que possa reverter algum quadro de risco.

Diante desses resultados tão controversos fica evidente a necessidade de respeitar a individualidade de cada paciente. O direcionamento do controle do ganho de peso ponderal deve ser minuciosamente acompanhado para evitar negligência, conflitos ou dúvidas nos resultados esperados. Dessa forma, as orientações nutricionais devem ser oferecidas de acordo com as possibilidades econômicas, sociais e culturais de cada paciente (SANTOS et al., 2006).

O pré-natal deve ser feito regularmente, afim de garantir um controle adequado durante todo o período evolutivo da gestação. Um acompanhamento eficiente do ganho de peso durante a gestação e atendimento nutricional, contribui para excesso ponderal ao final da gravidez, reduzindo, assim, ao mínimo os riscos obstétricos e de obesidade pós-parto (LIMA; SAMPAIO, 2004).



No Quadro 3 pode ser observado o histórico familiar de doenças, a prática de atividade física e intercorrências no período gestacional.

GESTANTES	HISTÓRICO FAMILIAR PARA DOENÇAS CRÔNICAS	PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA ANTES DA GESTAÇÃO	PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GESTAÇÃO	GESTAÇÕES ANTERIORES E INTERCORRÊNCIAS
1	Diabetes e Hipertensão	Sedentária	Sedentária	2° Gestação Na 1° abortou
2	Diabetes	Sedentária	Sedentária	1° Gestação
3	Hipertensão		Sedentária	3° Gestação Na 1° Abortou Na 2° Prematuro e Pré-eclâmpsia
4	Hipertensão	Ativa	Sedentária	1° Gestação
5	Não	Sedentária	Sedentária	3° Gestação Na 1° Abortou
6	Não	Ativa	Sedentária	1° Gestação
7	Diabetes	Ativa	Sedentária	3° Gestação Na 1° Abortou Na 2° Prematuro
8	Não	Sedentária	Sedentária	2° gestação Na 1° normal

**Quadro 3:** Histórico familiar de doenças, a prática de atividade física e intercorrências no período gestacional.

Quanto ao histórico familiar, foi possível observar que 75% das investigadas apresentam predisposição para desenvolver doenças crônicas e 50% relatou casos de intercorrências em gestações anteriores como, aborto, pré-eclâmpsia e parto prematuro. A mortalidade materna aumenta nas gestantes com idade avançada, principalmente por pré-eclâmpsia, placenta prévia, hemorragia pós-parto, embolia pulmonar, embolia por líquido amniótico e outras complicações puerperais (SANTOS et al., 2009).

A gestação é um período vulnerável da vida no que se refere ao estado clínico e nutricional das mulheres, este estado das mulheres antes e durante a gestação influenciam significativamente o desenvolvimento fetal, e por sua vez, o desfecho da gravidez (BRASIL, 2006; CRANE et al., 2009).

Quanto a prática de atividade física, 100% das grávidas neste estudo, encontra-se sedentárias, fator que causa preocupação, pois a inatividade física leva ao um aumento de peso além do desejado. Para Haas et al., (2015), mulheres sedentárias apresentam um considerável declínio do condicionamento físico durante a gravidez e a inatividade é um dos fatores de propensão a doenças durante e após a gestação.

A atividade física aeróbia contribui de forma bastante considerável no controle do peso e condicionamento físico, reduzir os riscos de diabetes gestacional. Ao ativar grupos musculares a glicose é bem utilizada assim aumenta sensibilidade à insulina. A prática de atividade frequente apresenta fatores protetores à saúde mental psicológica durante o período gestacional e após (LIMA, et al., 2016). Ainda, as gestantes que praticaram atividades físicas sentiram menos dores quando comparadas com aquelas gestantes sedentárias.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das gestantes investigadas, iniciaram a gestação com peso adequado, porém um número significativo de gestantes apresentou baixo peso, e obesidade. Quando foi relacionado IMC inicial, com o ganho de peso semanal, recomendado pelo o ministério da saúde, para o 2º trimestre gestacional, os resultados ficaram controversos, estando grande parte das gestantes, nutricionalmente, em situação desfavorável. Portanto, fica evidente a necessidade de respeitar a individualidade de cada paciente.

Com número também elevados de, histórico familiar de doenças crônicas, sedentarismo durante a gravidez e de casos de intercorrências em gestações anteriores como, aborto, pré-eclâmpsia e parto prematuro. Reforça-se a importância da avaliação antropométrica como sendo indispensável na assistência pré-natal para minimizar os agravos de saúde da mãe e do bebê.

Todos os aspectos estudados são fatores que influenciam diretamente no desenvolvimento de doenças durante e após a gestação. Contudo, o direcionamento do controle do ganho de peso corporal, durante o segundo trimestre da gestação, aumenta-se a excelência do acompanhamento do pré-natal, evitando, negligências, conflitos ou dúvidas nos resultados esperados.

Assim, sugere-se a realização de novos estudos, que tenham como objeto de investigação a orientação e intervenção de um nutricionista e de um profissional de Educação Física durante o pré-natal, bem como ações educativas junto às gestantes, de modo que se possa acrescentar informações que visem colaborar para a efetividade do atendimento nutricional, e orientação quanto a prática de atividade física durante o período gestacional.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq Bras Cardiol.** v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.

ASSUNÇÃO, P.L.; MELO, A. S. O.; GONDIM, S. S. R.; BENÍCIO, M. H. A.; AMORIM, M. M. R.; CARDOSO, M. A. A. Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). **Rev Bras Epidemiol.** v. 10, n. 3, p. 352-60, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS. [Internet] [citado 2015 dezembro 04]. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

BENTO, J. **A Saúde da mulher.** São Paulo; Alaúde Editorial, 1. ed, 2015.

CARVALHAES, M. A. B.; GOMES, C. B.; MALTA, M. B. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 35, n. 11, p.523-9, 2013.

CRANE, J. M.; WHITE, L.; MURPHY, P.; BURRAGE, L.; HUTCHENS, D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. **J. Obstet Gynaecol Can.** v. 31, n. 1, p. 28-35, 2009.

FRATTES, F. F.; CORRÊA JUNIOR, M. D. **Obesidade e complicações gestacionais.** *Femina.* v. 38, n. 5, 2010.

GADELHA, P. S.; DA COSTA, A. G.; FERNANDES, A. K. S.; DE FARIAS, M. A. **OBESIDADE E GESTAÇÃO: ASPECTOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS.** *Femina.* 2009.

GONÇALVES, C. V. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 34, n.7, p. 304-9, 2012.

HAAS, J. S.; JACKSON, R. A.; FUENTES-AFFLICK, E. et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. **Gen Intern Med.** v. 20, p. 45-51, 2005.

LIMA, J. M.; BISPO, W.; CORDEIRO, A. L. Influência da atividade física sobre a qualidade de vida de gestantes: um estudo transversal. **Revista Pesquisa em Fisioterapia.** v. 6, n. 4, p. 395-401, 2016.

- MATTAR, R.; TORLONI, M. R.; BETRAN, A. P.; MERIALDI, M. Obesidade e gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 31, n. 3, p. 107-110, 2009.
- MELLO, A. S.; et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev Bras Epidemiol.** v. 10, n. 2, p. 249-57, 2007.
- NASCIMENTO E.; SOUZA, S. B. Avaliação da dieta de gestantes com sobrepeso. **Rev Nutr.** v. 15, n. 2, p. 173-9, 2002.
- OLIVEIRA. A. C. M.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol Serv Saúde.** v. 24, n. 3, p. 441-51, 2015.
- PADILHA, P. C. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 29, n. 10, p. 511-8, 2007.
- SEABRA, G.; PADILHA, P. C.; QUEIROZ, J. A.; SAUNDERS, C. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 33, n. 11, p.348-53, 2011.
- SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S.; BATALHA, S. J. C. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009.
- SATO, A. P. S.; FUJIMORI, E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. **Rev Latino Am. Enfermagem.** v. 20, n. 3, 2012.
- SILVA, E. P.S. et al., Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterizado de serviços e usuárias. **Rev Bras Saúde Matern Infant,** Recife, v. 13, n. 1, p. 305-340, 2013.
- SILVA, T. E. F. Avaliação do **Estado nutricional de pacientes internados no hospital universitário de Brasília em uso de complemento nutricional,** Brasília-DF, 2013.
- VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação à adolescência.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.
- VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento.** 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.
- WEINERT, L. S. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 55, n. 7, 2011.