CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

OBESIDADE E SOBREPESO COMO SITUAÇÃO DE RISCO PARA A GESTAÇÃO

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO
DEZEMBRO, 2013

ESTUDO TÉCNICO: Obesidade e sobrepeso como situação de risco para a gestação.

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceituale com base em legislação específica, a votação do Projeto de Lei nº279/2013 de autoria do Vereador J. Carlos Filho, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social. Entretanto, não cabe neste estudo qualquer análise relacionada ao mérito ou constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-nos apenas sistematizar os principais achados técnico-científicos e a legislação relacionada ao tema em questão.

1) MORTES MATERNAS: MAGNITUDE DO PROBLEMA

Foram identificados avanços importantes na redução da mortalidade materna em todo o Brasil, que decresceu pela metade em aproximadamente 20 anos. Vale lembrar que ***morte materna é a morte de uma mulher ocorrida durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto ou aborto***, independente da duração ou da localização dagravidez, atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez ou por medidastomadas em relação a ela (RIPSA, 2008).

A redução da mortalidade materna constitui-se no quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com meta de redução em três quartos entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2010). Para oBrasil, essa meta representa reduzir a razão de mortalidade materna (RMM) a valor igual ou inferior a 35 óbitosmaternos por 100 mil nascidos vivos[1]. Monitorar a RMM pode ser útil para apoiar a tomada de decisão gestora, a focalização de grupos de maior risco, a identificação de hipóteses causais e definição da necessidade de estudos futuros.

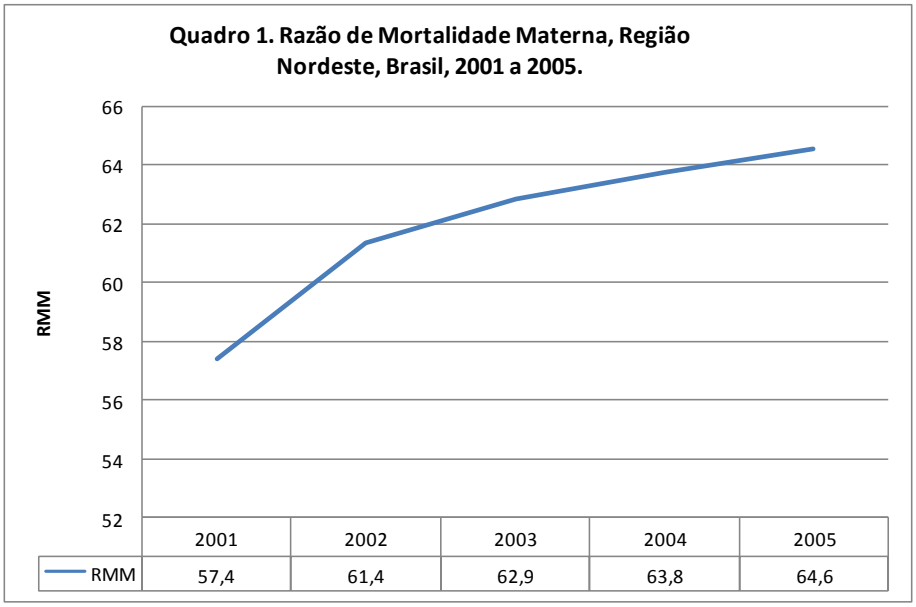
Por essa razão, o Ministério da Saúde publicou o estudo “Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de

[1]Em 2010 foi encontrada uma RMM de 68 óbitos por 100 mil nascidos vivos

1990 a 2010”, o qual, dentre outros achados, apresentou as principais causas de morte materna no país, abaixo relacionadas:

- Causas diretas especificas de morte materna no Brasil:hipertensão e a hemorragia, que corresponderam, em 2010, a 19,7% e 10,9% do total de óbitos maternos, respectivamente.
- Causas indiretas: doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, parto ou puerpério (O99.4 da CID-10), que representou 7,6% do total de óbitos maternos.

As altas taxas (RMM) encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanosde mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública no Brasil, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Vale dizer que a região Nordeste tem apresentado as “piores” RMM desde 2001 (Quadro 1).



Fonte: Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Nota técnica sobre a vigilância de morte materna.

Sabe-se que doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellitus formam um conjunto de morbidades geralmente associadas entre si, constituindo-se em graves problemas de Saúde Pública. O fato se dá em decorrência da relação entre a alimentação do

indivíduo e o aparecimento de doenças cardiovasculares ateroscleróticas, na medida em que o estilo de vida adotado (maus hábitos alimentares) contribui para a etiologia das dislipidemias, obesidade e hipertensão arterial.Dessa forma, as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellitus são consideradas doenças e agravos que podem complicar a gravidez, o parto e o puerpério e constituem importantes fatores de risco de mortes maternas no Brasil.

2) A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO/OBESIDADE EM GESTANTES

A assistência ao pré-natal chegou ao Brasil por volta das décadas de 20 e 30 e se estabeleceu no pós-guerra. Neste período, pensava-se “apenas” na mulher, em diminuir os agravos para sua saúde, sem se pensar no feto. Nos anos 50 e 60, com a diminuição das taxas de morte materna, surgiu a preocupação, decididamente, com a saúde do feto. Assim, com os avanços tecnológicos e sociais, o pré-natal constituiu-se e se firmou, transformando-se numa prática fundamentalmente multiprofissional voltada para a promoção de saúde e redução dos riscos a que submetem as gestantes.

O **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** do Ministério da Saúde, surgiu com vistas a implementar ações programáticas de assistência ao pré-natal como tendo a humanização do parto e do nascimento como foco. O conceito de humanização adotado na assistência ao parto deve pressupor uma relação de respeito estabelecida entre os profissionais de saúde e as mulheres durante o processo de parturição (BRASIL, 2000, p. 11).

Atualmente, os objetivos principais da assistência pré-natal são assegurar uma evolução normal da gravidez; preparar a mãe para o parto, puerpério e lactações normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco, para que seja possível prevenir as complicações mais frequentes da gravidez e do ciclo puerperal.

Questões culturais, comportamentais e ambientais e/ou sociais podem interferir no ganho de peso da gestante, tanto para mais como para menos em relação aos limites recomendados. A avaliação do peso corporal e o levantamento de hábitos alimentares, durante o pré-natal, são importantes para a identificação do estado nutricional das gestantes, sendo possível, dessa forma, a orientação nutricional individualizada, visando a melhoraria das condições maternas para o parto e a adequação do peso do recém-nascido (SANTOS *et al*., 2006).

É consenso no mundo entre pesquisadores e profissionais de saúde que mulheres com acompanhamento da gestação têm o risco de mortalidade perinatal consideravelmente reduzido em relação àquelas cujo acompanhamento não foi regular e/ou de qualidade.

Segundo a **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996** que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar, estabelece, dentre outras, que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis de atenção, estão obrigadas a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, um programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

> I - a assistência à concepção e contracepção;
> **II - o atendimento pré-natal**;
> III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
> IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
> V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

A legislação brasileira assegura uma série de direitos à saúde da gestante no pré-natal. Os principais estão sistematizados abaixo:

- Acompanhamento de pré-natal gratuito assegurado pela Secretaria de Saúde do município;
- Realização de pelo menos seis consultas durante toda a gravidez;

- Realização de exames laboratoriais gratuitos (exames de sangue: para descobrir diabetes, sífilis e anemia e para classificar o tipo de sangue; exames de urina: para descobrir infecções; preventivo de câncer de colo do útero; teste anti-HIV: esse exame é para identificar o vírus da Aids);
- Realização de vacinas, especialmente a antitetânica.

Em 2011, o Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha** com o objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Uma das diretrizes da Rede Cegonha é a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.

Nesse contexto, a equipe de saúde tem papel fundamental, pois é capaz de identificar as gestantes de risco em relação ao excesso de peso, o que poderá contribuir para uma maior adesão a um programa específico de controle de obesidade na gravidez. Como se vê, o processo de atenção ao pré-natal no SUS foi idealizado com vistas à prevenção e controle de doenças, agravos e mortes, tanto de mulheres quanto das crianças. Assim, os índices de mortalidade infantil e mortalidade materna, ainda considerados muito altos no país, poderão, de fato, alcançarem níveis que indiquem melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira.

Segundo o Manual Técnico "**Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**" do Ministério da Saúde, durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família,devem receber dentre outras informações:

•Importância do pré-natal;
•Nutrição: promoção da alimentação saudável (enfoque na prevenção dosdistúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, **sobrepeso**, **obesidade**, hipertensão e diabetes; e suplementaçãode ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões

endêmicas). Ainda segundo o presente manual, os profissionais devem realizar a avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional a partir do diagnóstico oportuno, das gestantes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso ou obesidade), principalmente no início da gestação eda detecção das mulheres com ganho de peso baixo ou excessivo para a idade gestacional. Além disso, é preconizada a orientação adequada para cada caso, visando à promoção do estadonutricional materno e de hábitos alimentares saudáveis, as condições para o parto e o peso do recém-nascido.

Na base da atenção pré-natal está a promoção da educação em saúde e consequentemente da cidadania, ação recomendada pelo Ministério da Saúde, que desde o ano de 2000, através de uma série de medidas propõe atingir de forma mais efetiva a atenção primária à mulher gestante, levando-a ao desenvolvimento de um processo gestacional seguro e saudável que culmine com o nascimento seguro em bases humanitárias.

A dimensão educativa deve contribuir para o reconhecimento do próprio corpo e valorizar as experiências de vida dessas mulheres. Desse modo, segundo Penna *et al.* (1999), a ação educativa como parte da atenção básica, deve:

> Ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas.

Atualmente, as atividades de educação em saúde são consideradas importantes recursos que permitem uma maior aproximação entre profissionais e pacientes, além de contribuírem para o oferecimento de assistência humanizada. É possível ressaltar que o esclarecimento da população através de ações educativas individuais e coletivas são estratégias adotadas em várias partes do mundo, visto que, além de dar maior visibilidade ao problema, podem favorecer uma intervenção precoce e a eleição de medidas de prevenção e controle voltadas para a população eleita.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*:* bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de desenvolvimento do milênio.Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), Pan American Health Organization. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicacoes. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

SANTOS, A, L. et al. Orientação Nutricional do pré-natal em Serviços Públicos de saúde no Município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n 5, p. 688-694. Set/Out. 2006.

ZIMMET, Z.P. Obesity, hipertension, carbohydrate disordersand risk of chronic diseases.Med. J. Aust.,145:256-62, 1986.

Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê /UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância; [ilustrações de Ziraldo]. -- São Paulo : Globo, 2011.