

**OBESIDADE E GRAVIDEZ**  
*OBESITY AND PREGNANCY*

Joe Luiz Vieira Garcia Novo\*

O organismo da mulher desenvolve com a fecundação ambiente para prover o relacionamento anatômico, imunológico e funcional com o conjunto embrionário em desenvolvimento, e mesmo até a sua completa expulsão da cavidade uterina ao se ultimar o parto.<sup>1</sup>

Esta fisiológica e harmônica intimidade materno-fetal poderá ser desequilibrada, quando houver presença de patologia materna e/ou obstétrica preexistente, ou que se desenvolva exclusivamente durante a gravidez, no parto e/ou no puerpério, como, por exemplo, a obesidade materna pré-gestacional.<sup>2</sup>

Nas três últimas décadas de vida, final do século 20 e início do atual, a prevalência de obesidade vem aumentando de maneira significativa, crescente e preocupante na população adulta, e mesmo na infantil. A obesidade representa atualmente importante problema de saúde pública, através de seus custos diretos e indiretos, incluindo-se, também, as suas complicações clínicas e/ou cirúrgicas, que são responsáveis pela elevação da morbidade e mortalidade populacionais em todas as áreas médicas.<sup>3</sup>

Em relação ao ciclo grávido puerperal, a obesidade materna poderá ter a oportunidade de associar-se a prováveis complicações ao binômio materno-fetal, relacionadas aos tipos de partos e/ou outras, decorrentes das alterações nas características antropométricas dos recém-nascidos.<sup>4</sup>

Dentro das prováveis repercussões da obesidade materna sobre o feto, a macrosomia vem à vanguarda, podendo causar partos acidentados, elevando a morbiletalidade materna e outras consequências aos recém-natos.<sup>5</sup>

Em recente estudo de 200 parturientes de termo, sendo 100 obesas e 100 em grupo controle de não obesas, observou-se no grupo de estudo que 47,0% delas se resolveram através de parto cesárea, e 29,0% no grupo controle. As médias das medidas dos recém-nascidos foram: peso 3,35/3,18 kg, perímetro cefálico 34,3/33,6 cm, perímetro braquial 10,7/10,3 cm e comprimento 49,5/49 cm, respectivamente, no grupo de estudo e de controle. Estas diferenças foram estatisticamente significantes.<sup>6</sup>

Estes dados vêm corroborar citações em literaturas pertinentes aos riscos da associação entre estado nutricional pré-gestacional (obesidade) e a predisposição do risco de intercorrências gestacionais, além daqueles decorrentes da resolução do parto.<sup>5</sup>

As estatísticas de morbiletalidade materna e perinatal em países em desenvolvimento continuam fortemente preocupantes, uma vez que estão intimamente interligados ao não cumprimento de técnicas, cuidados maternos e perinatais de boa qualidade no transcorrer do ciclo grávido puerperal.<sup>4</sup>

Signale-se que a possibilidade de beneficiar o estado de nutrição, e a qualidade de vida sadia em longo prazo de um recém-nascido, limita-se a partir da concepção. Compete prioritariamente à saúde pública identificar precocemente os

fatores determinantes do comprimento ao nascer, conjuntamente com os do peso do recém-nato, para que possam gerar intervenções e condutas profiláticas adequadas, criando-se, conseqüentemente, procedimentos que possam prevenir futuros danos maternos e/ou fetais.<sup>7</sup>

Mulheres com obesidade em idade reprodutiva têm necessidade de ser informadas de seus riscos associados a uma gestação e atendidas em programas multidisciplinares preventivos antes de uma futura gravidez. Quando houver possibilidade de retardar a concepção, as mulheres obesas devem seguir programas para adequação de peso, se possível, para que possam engravidar e ter futuramente menores riscos a si e aos seus recém-nascidos.<sup>7</sup>

Do ponto de vista de direitos humanos cabe ao Estado brasileiro a responsabilidade de resgatar não somente a dignidade das pessoas bem como prover meios de que elas possam viver de forma sadia. Há a necessidade de que sejam desenvolvidas e aplicadas políticas públicas eficazes, devidamente reconhecidas em nível internacional, garantindo a inclusão social, se possível, a todos os brasileiros.<sup>8</sup>

**REFERÊNCIAS**

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins GDV et al. Williams Obstetrícia. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000. p. 80-104. A Placenta e Membranas Fetais.
2. Magana CB, Zugaib M. In: Neme B, editor. Obstetrícia Básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 1316-8. Obesidade.
3. Fernandes MAS, Leme LCP, Yamada EM, Sollero CA. Avaliação do índice de massa corpórea em mulheres atendidas em ambulatório geral de ginecologia. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27: 69-74.
4. Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF, Accioli E. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predisposição do risco de intercorrências gestacionais. Rev Bras Ginecol Obstet 2007; 29: 511-8.
5. Asplund CA, Seehusen DA, Callahan TL, Olsen C. Percentage Chance in Antenatal Body Mass Index as Predictor of Neonatal Macrosomia. Ann Fam Med 2008; 6: 550-4.
6. Raphael A, Cassará M, Novo NF, Novo JLVG. 19º Encontro da Iniciação Científica. PUC-SP; 2010; São Paulo, SP. Anais. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010. CD-ROM.
7. Gadelha PS, Costa AG, Fernandes AKS, Farias MA. Obesidade e gestação: aspectos obstétricos e perinatais. Femina 2009; 37: 3-6.
8. Marta GN, Marta TN, Roselato TA, Hanna, AS, Silva, JLF. Direitos humanos e proteção das pessoas com câncer. Rev Fac Ciênc Med Sorocaba 2011; 13: 28-9.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 166, 2015

\* Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP

Recebido em 10/12/2014. Aceito para publicação em 10/6/2015.

Contato: joeluznovo@hotmail.com