

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Bruna Fachin Cruz

**RELAÇÃO ENTRE O GANHO DE PESO GESTACIONAL A PARTIR DAS CURVAS
BRASILEIRAS E DESFECHOS GESTACIONAIS E NEONATAIS: ESTUDO DE
COORTE MATERNAR**

Porto Alegre

2024

**RELAÇÃO ENTRE O GANHO DE PESO GESTACIONAL A PARTIR DAS CURVAS
BRASILEIRAS E DESFECHOS GESTACIONAIS E NEONATAIS: ESTUDO DE
COORTE MATERNAR**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Departamento de Nutrição. Orientadora: Prof^a.
Dr^a. Vera Lúcia Bosa.

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Cruz, Bruna Fachin
RELAÇÃO ENTRE O GANHO DE PESO GESTACIONAL A PARTIR
DAS CURVAS BRASILEIRAS E DESFECHOS GESTACIONAIS E
NEONATAIS: ESTUDO DE COORTE MATERNAR / Bruna Fachin
Cruz. -- 2024.
40 f.
Orientadora: Vera Lúcia Bosa.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2024.

1. Ganho de Peso na Gestação. 2. Serviços de Saúde
Materna. 3. Parto. 4. Peso ao Nascer. I. Bosa, Vera
Lúcia, orient. II. Título.

Bruna Fachin Cruz

**RELAÇÃO ENTRE O GANHO DE PESO GESTACIONAL A PARTIR DAS CURVAS
BRASILEIRAS E DESFECHOS GESTACIONAIS E NEONATAIS: ESTUDO DE
COORTE MATERNAR**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Departamento de Nutrição.

Porto Alegre, 04 de janeiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª Nut. Vera Lúcia Bosa UFRGS

Prof^ª Dr^ª Nut. Mariane Dias UFRGS

Prof^ª Dr^ª Nut. Michele Drehmer UFRGS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1 Recomendações de Ganho de Peso Gestacional.....	10
2.2 Fatores que influenciam no Ganho de Peso Gestacional.....	12
2.3 Ajustes fisiológicos e o Ganho de Peso Gestacional.....	13
2.4. Perfil brasileiro quanto ao tipo de parto.....	13
2.5 Risco Gestacional.....	14
2.6 Peso ao Nascer.....	14
3. JUSTIFICATIVA.....	16
4. OBJETIVO.....	17
4.1 Objetivo Geral.....	17
4.2 Objetivos Específicos.....	17
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
6. ARTIGO ORIGINAL.....	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período de intensificação das mudanças fisiológicas, psicológicas e emocionais, sendo necessária maior atenção e maiores cuidados relacionados à saúde da pessoa que gesta, buscando garantir através do acompanhamento maior qualidade da saúde materno-infantil (BRASIL, 2022).

Sabe-se que o acompanhamento do Ganho de Peso Gestacional (GPG) no pré-natal pode propiciar melhores resultados de desfechos obstétricos e neonatais, favorecendo o desenvolvimento do binômio (gestante-bebê) (KAC, et al. 2021). O monitoramento adequado do GPG pode prevenir resultados adversos, como o nascimento de crianças Pequenas para Idade Gestacional (PIG) ou Grandes para Idade Gestacional (GIG), ocorrência de parto cesariana e retenção de peso após o parto. (KAC, et al. 2021)

O método de classificar o GPG no Brasil, nos últimos anos, se dava pelas curvas do IOM de 2009 a partir das curvas de IMC (Índice de Massa Corporal) gestacional de Atalah. Recentemente, percebeu-se a necessidade de desenvolver uma curva que considerasse o padrão de ganho de peso gestacional desta população no Brasil. Tal abordagem busca representar de maneira mais precisa a diversidade sociodemográfica desse grupo, considerando a escassez de referências que contemplem populações de países com renda baixa e média (KAC, et al., 2021). Dada a importância do acompanhamento do Ganho de Peso Gestacional e dos desfechos gestacionais e neonatais, pretende-se neste estudo analisar o GPG a partir das Curvas de Ganho de Peso Gestacional Brasileiras utilizadas pelo Ministério da Saúde (MS), com enfoque na relação com o risco da gestação, peso ao nascer, o tipo de parto e nascimentos prematuros e a termo, em uma amostra de pessoas no puerpério que deram à luz no Brasil.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Recomendações de Ganho de Peso Gestacional:

O Instituto Of Medicine (IOM), atualmente conhecido como Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos (National Academy of Medicine - NAM), em 2009, divulgou curvas de ganho ponderal gestacional recomendado em cada faixa de classificação de IMC, a partir da relação peso e altura pré-gestacionais, para cada trimestre de gestação (SIMAS et al. 2013). Os mesmos estavam sendo utilizados como base para o acompanhamento pré-natal no Brasil. Em 2021, através dos dados do Consórcio Brasileiro de Nutrição Materna e Infantil, foram estabelecidas curvas de ganho de peso gestacional específicas para gestantes do Brasil, tendo em vista que haviam poucos países de baixa e média renda que possuíam curvas de ganho de peso gestacional definidas (KAC, et al. 2021; CARRILHO, et al. 2022). Em 2022, o Ministério da Saúde passou a utilizar as curvas na Caderneta de Gestante, distribuídas pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2022).

Para fins de comparação, serão apresentadas a seguir as Curvas de GPG recomendado pela IOM e pelas Curvas Brasileiras. Na tabela abaixo, pode-se visualizar as recomendações de GPG da IOM/2009:

IMC pré-gestacional	Ganho total de peso recomendado (kg)	Recomendação de ganho de peso no 2° e 3° trimestre (kg/semana)
Baixo peso ($< 18,5\text{kg/m}^2$)	12,5 a 18	0,51 (0,44 a 0,58)
Peso adequado ($\geq 18,5$ a $24,9\text{kg/m}^2$)	11,5 a 16	0,42 (0,35 a 0,50)
Sobrepeso ($\geq 24,9$ a $29,9\text{kg/m}^2$)	7 a 11,5	0,28 (0,23 a 0,33)
Obesidade ($\geq 30,0\text{kg/m}^2$)	5 a 9	0,22 (0,17 a 0,27)

Para o 1° trimestre, se assume o GPG de 0,5 a 2,0 kg.

Tabela adaptada de IOM de 2009. (RASMUSSEN; YAKTINE, 2009)

No documento, se ressalta que as curvas da IOM de 2009 foram estipuladas com foco na população estadunidense e podendo ser utilizadas preferencialmente em demais países desenvolvidos, o que não é o caso atual do Brasil. (RASMUSSEN; YAKTINE, 2009) Ainda, as curvas estipuladas pela IOM incluem um número grande de pessoas com sobrepeso ou

obesidade, além da população majoritariamente branca não-hispânica, em comparação ao estudo que originou as curvas de GPG adotadas pelo Ministério da Saúde (KAC, et al. 2021).

O GPG recomendado pelo MS é também classificado pelo IMC pré-gestacional e pode ser visto na tabela a seguir:

Ganho de peso cumulativo por trimestre em kg

IMC pré-gestacional	Faixa de adequação em percentil	1º trimestre (até 13 semanas)	2º trimestre (até 27 semanas)	3º trimestre (até 40 semanas)
Abaixo do peso (< 18,5kg/m ²)	P18-P34	0,2 a 1,2	5,6 a 7,2	9,7 a 12,2
Peso adequado (≥ 18,5 a 24,9kg/m ²)	P10-P34	-1,8 a 0,7	3,1 a 6,3	8,0 a 12,0
Sobrepeso (≥ 24,9 a 29,9kg/m ²)	P18-P27	-1,6 a -0,5	2,3 a 3,7	7,0 a 9,0
Obesidade (≥ 30,0kg/m ²)	P27-P38	-1,6 a -0,05	1,1 a 2,7	5,0 a 7,2

Para pessoas com peso adequado, sobrepeso ou obesidade pode haver a perda de peso durante o 1º trimestre.

Tabela adaptada de FEMINA (SURITA et al., 2023).

As curvas brasileiras de GPG foram estruturadas a partir de 21 estudos de coorte realizados entre 1990 a 2018, reunidos pelo Consórcio Brasileiro de Nutrição Materna e Infantil (CONMAI), propostas por Carrilho et al, 2022, e com sua validação externa a partir do estudo de âmbito nacional “Nascer no Brasil” (KAC, et al. 2021). Para a elaboração das curvas brasileiras, selecionou-se mulheres adultas, sem doenças infecciosas ou crônicas, DMG e distúrbios hipertensivos, que tivessem gestações únicas e de nascidos a termo, e peso ao nascer entre 2500g e 4000g, e a partir dos dados, foram elaborados gráficos de GPG a partir da Idade Gestacional (IG) (KAC, et al. 2021; SURITA et al., 2023). A maior parte das mulheres avaliadas no estudo para a composição das curvas adotadas pelo MS é de mulheres eutróficas, seguido de mulheres com sobrepeso, obesidade e baixo peso, respectivamente (KAC, et al. 2021). Os autores ressaltam que o estudo possui duas principais limitações: a baixa quantidade de mulheres classificadas com obesidade grau 2 e 3 e dados insuficientes anteriores à 10º semana de gestação, mas ainda assim, informam que estas podem ser

restrições pequenas e que não trariam um impeditivo ao uso das curvas nesse público pelo sistema de saúde (KAC, et al. 2021).

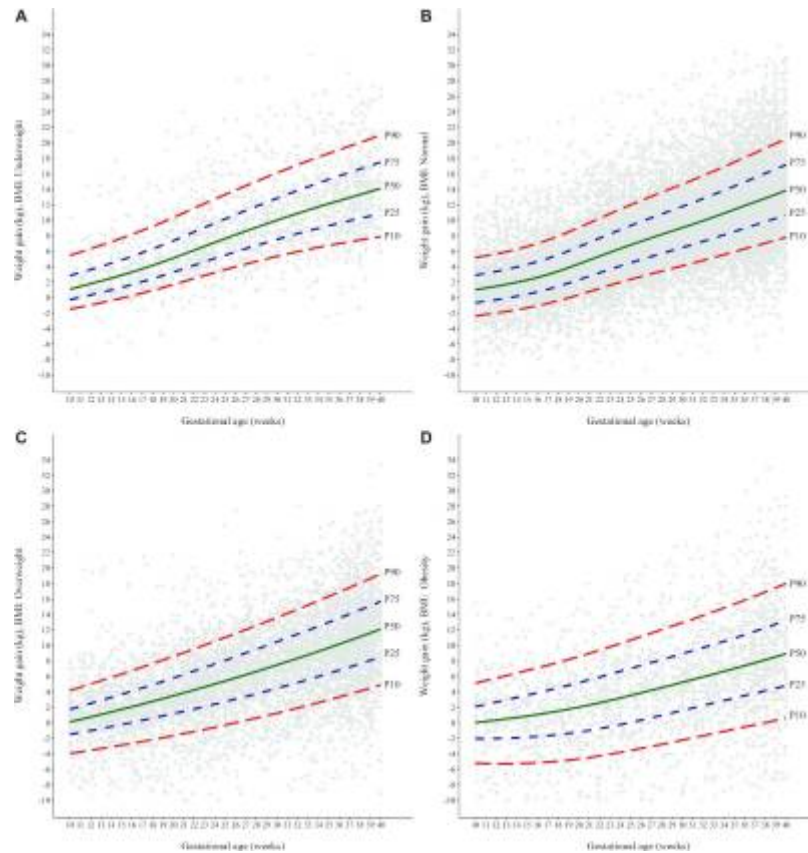


Figura 1. Curvas de GPG brasileiras a partir do IMC pré-gestacional, utilizando dados do CONMAI. A medida de ganho de peso foi representada no gráfico pelos pontos cinzas, sendo: (A) Baixo Peso (n = 1.849 medidas); (B) Peso normal (n = 18.252 medidas); (C) Excesso de peso (n = 6.754 medidas) e (D) Obesidade (n = 2.468 medidas). O estudo trabalhou com percentis de 3°, 10°, 25°, 50°, 75°, 90° e 97°.

2.2 Fatores que influenciam no Ganho de Peso Gestacional:

O Ganho de Peso Gestacional parte de componentes metabólicos e fisiológicos, permitindo o desenvolvimento do feto e, a partir dos avanços da gravidez, componentes como proteínas, água, minerais e gorduras são utilizados pelo corpo que gesta. (RASMUSSEN; YAKTINE, 2009). Entende-se como produtos da concepção o feto, a placenta e o líquido amniótico, sendo estes correspondentes a 35% do GPG total (RASMUSSEN; YAKTINE, 2009).

Além do peso dos componentes de concepção, também há o GPG de demais formas, como o acúmulo de massa livre de gordura e massa de gordura que se depositam no corpo gestante, além do acúmulo de água corporal. Estes padrões de ganho de peso e acúmulo de componentes podem variar de acordo com cada gestação e organismo, por isso, trabalha-se com faixas de ganho de peso e não valores fixos. Ademais, os padrões de GPG podem variar de acordo com a etnia, idade materna, condições socioeconômicas e condições de saúde dos pais e do bebê. (RASMUSSEN; YAKTINE, 2009).

2.3 Ajustes fisiológicos e o Ganho de Peso Gestacional:

Sabe-se que o período gestacional traz alterações para o corpo de quem gesta. O aumento da necessidade energética e o ganho de peso estão entre os fatores que se modificam ao longo de uma gestação. Ao longo dos trimestres em que se divide uma gestação (1º trimestre sendo até a 13ª semana, 2º trimestre sendo da 13ª até a 27ª semana e 3º trimestre sendo a partir da 27ª semana), o corpo tem as necessidades aumentadas e o ganho de peso acentuado conforme o avanço das semanas na gestação e o desenvolvimento do feto (CHAMPION; HARPER, 2020).

Tanto as curvas de GPG da IOM quanto as curvas propostas pelo Consórcio Brasileiro, são baseadas no IMC pré-gestacional, que é dividido em “Baixo peso”, “Peso adequado”, “Sobrepeso” e “Obesidade”. Assim, se estabeleceram curvas para avaliar o ganho de peso adequado em pessoas gestantes visando evitar desfechos desfavoráveis na gestação e no desenvolvimento fetal. (KAC, et al. 2021). No caso do ganho de peso excessivo, acima dos valores estipulados pelas curvas da IOM, viu-se uma associação com desfechos como DMG, hipertensão causada pela gravidez (pré-eclâmpsia), macrosomia (peso ao nascer da criança elevado, acima de 4000 gramas), realização de cesarianas e maior possibilidade de obesidade infantil (CHAMPION; HARPER, 2020). O ganho de peso abaixo do recomendado também pode trazer desfechos negativos para o feto, como o baixo peso ao nascer (DALFRA; BURLINA; LAPOLLA, 2022).

2.4 Perfil brasileiro quanto ao tipo de parto:

No Brasil, foi visto a partir do estudo de Indicadores Sociodemográficos e de Saúde, realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que a ocorrência de partos por cesariana em 2006 foi mais prevalente na faixa etária de 30 a 44 anos, enquanto nas mulheres adolescentes e jovens adultas, houve maior número de partos vaginais. Ademais, mulheres com maior escolaridade, condição econômica e usuárias de convênios de saúde

realizaram maior quantidade de partos cesariana. Quanto ao evidenciado pelo inquérito nacional Nascer no Brasil, que avaliou nascimentos e partos nos anos de 2011 e 2012, foi encontrado um percentual de 88% de nascimentos via cesariana no setor privado e 43% no setor público, o que representa uma alta taxa desse tipo de parto (TORLONI; BETRÁN; BELIZÁN, 2016). Contudo, sabe-se que o modelo de parto vaginal deve ser priorizado em casos eletivos, conforme a OMS, para menores riscos à díade durante o procedimento cirúrgico de cesariana (IBGE, 2009; SILVA et al., 2020). Algumas das vantagens do parto vaginal são uma recuperação mais rápida e menos dor pós-parto, apresentar mais raramente infecção puerperal, menor risco para futuras gestações e maior facilidade para o aleitamento (BRASIL, 2012; KLING et al., 2016; TORLONI; BETRÁN; BELIZÁN, 2016).

O parto vaginal também é incentivado pelo acompanhamento pré-natal brasileiro em casos onde não há necessidade absoluta de parto cesariano. A indicação de parto cesária se apresenta para gestações que demonstrem desproporção céfalo-pélvica, herpes genital ativa, cicatriz uterina prévia ou prolapso de cordão, por exemplo (BRASIL, 2012).

2.5 Risco Gestacional:

O risco gestacional é verificado para entender as chances de desfechos desfavoráveis que podem se manifestar. De acordo com o Guia do Pré-Natal na Atenção Básica (2018), que concorda com as definições do Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco (2012) e o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016), do Ministério da Saúde do Brasil, enquadram-se como Gestação de Risco casos de: Hipertensão crônica não-controlada, Diabetes mellitus não-controlada, Anemias oriundas de hemoglobinopatias ou com baixos valores de hemoglobina, Hipertireoidismo e Hipotireoidismo central ou em uso de levotiroxina $>2,5\text{mg/kg/dia}$, História de abortamento recorrente, Risco em gestação prévia, Isoimunização Rh, Condições maternas de doenças e condições fetais como Gemelaridade, Toxoplasmose, Sífilis congênita ou resistente e Verrugas virais que interfiram no parto.

A classificação do risco gestacional permite que o binômio seja atendido de forma mais eficiente considerando as suas necessidades, oferecendo equipes com qualificação apropriada para cada paciente, buscando alcançar a equidade no atendimento dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2022).

2.6 Peso ao Nascer:

O peso ao nascer, ou seja, o primeiro peso do recém-nascido medido logo após o nascimento, é um dos parâmetros utilizados na avaliação das condições de saúde do

recém-nascido e pode refletir o risco de morbimortalidade do bebê e as condições de saúde da mãe, bem como ser um fator que pode influenciar o desenvolvimento do bebê (TOURINHO; REIS, 2013; GARMENDIA et al., 2021).

Atualmente existem valores definidos por padrões internacionais para classificar o peso ao nascer. A partir do Projeto INTERGROWTH-21st, baseado nas definições de 2006 da Organização Mundial da Saúde (OMS) de padrões internacionais de crescimento infantil, complementaram-se os estudos e parâmetros que envolvessem o desenvolvimento fetal e de RN's, e do período de crescimento pós-natal de bebês prematuros (VILLAR et al., 2014). O Consórcio Internacional para o Crescimento Fetal e Neonatal para o Século 21 (INTERGROWTH-21st) elaborou seu projeto, este concluído no ano de 2014 e realizado em 8 países, a fim de elaborar novos padrões para recém-nascidos que fossem utilizados a nível mundial, tendo estudado 20.486 recém-nascidos (VILLAR et al., 2014).

O objetivo de complementar os padrões de avaliação surgiram para preencher lacunas das avaliações clínicas e populacionais de bebês, buscando o monitoramento contínuo do crescimento infantil. Ademais, no estudo, um dos países observados foi o Brasil, com um n = 1595 de RN's brasileiros (VILLAR et al., 2014).

3. JUSTIFICATIVA

A partir do demonstrado acima, apresenta-se a importância do estudo acerca das curvas brasileiras de ganho de peso gestacional, adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, e sua associação com os desfechos gestacionais e de nascimento, considerando que são curvas elaboradas a partir de estudos com a população brasileira e se adaptam de forma mais fidedigna às características desse grupo populacional.

Além disso, visto a recente publicação e utilização das Curvas de GPG com foco na população brasileira, propõe-se por meio da análise dos desfechos gestacionais e neonatais de peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto e risco gestacional, evidenciar a importância da temática e agregar com a produção de conteúdo científico no Brasil. Ainda que a temática de desfechos gestacionais e neonatais tenha uma gama de publicações relacionadas, este trabalho se propõe a estudá-los com com enfoque nas Curvas Brasileiras de GPG, visto esta representar a população brasileira ao ser baseada especificamente para essa população e considerar suas características sociodemográficas, visto que atualmente ainda possuem poucos estudos quanto sua prática e adaptação à realidade de pessoas no puerpério e RN's brasileiros.

4. OBJETIVO:

4.1 Objetivo Geral:

Analisar a relação entre o ganho de peso gestacional total, a partir das curvas brasileiras de monitoramento do ganho de peso adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, com os desfechos gestacionais e neonatais em puérperas e seus recém-nascidos, internados em uma Unidade de Internação Obstétrica de um Hospital da região Sul do Brasil.

4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar o ganho de peso gestacional total a partir das Curvas Brasileiras de GPG, bem como sua classificação.
- Identificar o tipo de parto e a idade gestacional de nascimento dos recém-nascidos.
- Identificar gestação de risco habitual e de alto risco entre puérperas do estudo.
- Avaliar o peso ao nascer do RN e classificar de acordo com as curvas INTERGROWTH-21st.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Caderneta da Gestante**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

BRASIL. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

CARRILHO, T. R. B. et al. **Gestational weight gain according to the Brazilian charts and its association with maternal and infant adverse outcomes**. The American Journal Of Clinical Nutrition, Rio de Janeiro, v. 117, n. 2, p. 414-425, dez. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajcnut.2022.11.021>.

CHAMPION, Macie L.; HARPER, Lorie M.. **Gestational Weight Gain: update on outcomes and interventions**. Current Diabetes Reports, Birmingham, v. 20, n. 3, p. 1-10, 27 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11892-020-1296-1>

DALFRA', Maria Grazia; BURLINA, Silvia; LAPOLLA, Annunziata. **Weight gain during pregnancy: a narrative review on the recent evidences**. Diabetes Research And Clinical Practice, Italy, v. 188, p. 109913, jun. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2022.109913>.

GARMENDIA, M.L. et al. **Trends and predictors of birth weight in Chilean children**. Public Health, Santiago, v. 193, p. 61-68, abr. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.019>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

KAC, Gilberto et al. **Gestational weight gain charts: results from the brazilian maternal and child nutrition consortium.** The American Journal Of Clinical Nutrition, Rio de Janeiro, v. 113, n. 5, p. 1351-1360, mai. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/nqaa402>.

KLING, David et al. **Association Between Method of Delivery and Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge.** Journal Of Osteopathic Medicine, v. 116, n. 7, p. 430-439, 1 jul. 2016. Walter de Gruyter GmbH. <http://dx.doi.org/10.7556/jaoa.2016.087>.

RASMUSSEN, Kathleen M.; YAKTINE, Ann L.. **Weight Gain During Pregnancy: reexamining the guidelines.** Washington: Institute Of Medicine And National Research Council, 2009. 868 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia do pré-natal na atenção básica.** Porto Alegre. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento, 2018. Disponível em: <https://atenciaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>

SILVA, Thales Philipe Rodrigues da et al. **Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 4, p. 1-7, abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0996>

SIMAS, Tiffany A Moore et al. **Institute of Medicine 2009 Gestational Weight Gain Guideline Knowledge: survey of obstetrics/gynecology and family medicine residents of the united states.** Birth, v. 40, n. 4, p. 237-246, dez. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12061>.

SURITA, Fernanda Garanhani de Castro et al. **Guidelines on how to monitor gestational weight gain during antenatal care.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics, [S.L.], v. 45, n. 02, p. 104-108, fev. 2023. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-1766109>.

TORLONI, Maria Regina; BETRÁN, Ana Pilar; BELIZÁN, José M.. **Born in Brazil: shining a light for change. Reproductive Health.** Springer Science and Business Media LLC. v. 13, n. 1, out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0247-4>.

TOURINHO, Amanda Braga; REIS, Lílian Barros de Sousa Moreira. **Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional.** Com. Ciências Saúde, Brasília, v. 4, n. 22, p. 19-30, 2013.

VILLAR, José et al. **International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the newborn cross-sectional study of the intergrowth-21st project.** The Lancet, v. 384, n. 9946, p. 857-868, set. 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60932-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60932-6).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo nos propomos a avaliar, em uma amostra de puérperas atendidas em um hospital de nível terciário de atenção à saúde, a aplicação da nova referência de GPG proposta pelo MSB, a qual é representativa da população brasileira de gestantes.

Ao comparar nossos resultados com estudos anteriores que adotaram a referência proposta pelo Institute of Medicine (IOM), 2009, observamos que mais de dois terços da nossa amostra apresentaram GPG excessivo, aproximadamente o dobro da prevalência encontrada nos demais estudos. Esta discrepância sugere que a atual referência inclui um maior número de indivíduos na categoria de GPG excessivo, permitindo uma intervenção mais precoce e a identificação de possíveis complicações relacionadas ao excesso de ganho de peso.

São fundamentais mais estudos acerca das curvas brasileiras adotadas pelo Ministério da Saúde, principalmente quanto aos casos de inadequação do GPG das puérperas brasileiras, para que o cuidado em saúde possa atuar da melhor forma possível. A garantia do direito de acesso à saúde pela população brasileira, bem como o sucesso do acompanhamento pré-natal pelas gestantes brasileiras, é de suma importância e dever de todos. Os profissionais de saúde são essenciais para a extensão de conhecimento e informações, bem como na propagação de hábitos de vida saudáveis.