



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**OBESIDADE MÓRBIDA E GESTAÇÃO
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

GABRIELA CARVALHO DE LIMA

Orientadora: Prof.^a Marisa Maggi Linhares Löw

PORTO ALEGRE

2014



**Ministério da
Saúde**



GABRIELA CARVALHO DE LIMA

**OBESIDADE MÓRBIDA E GESTAÇÃO
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

Relatório apresentado como pré-requisito de
conclusão do Curso Técnico em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Marisa Maggi Linhares Löw

PORTO ALEGRE

2014

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à escola GHC pela oportunidade de realizar meu sonho.

À minha vó clara que me incentivou, me cuidou e acreditou nos meus objetivos.

Ao meu marido Cristhian pela paciência e dedicação.

E a meus familiares, à minha mãe Marcia, ao meu pai Mauro e à minha irmã Bruna, aos meus compadres Marcos e Andreia, e à minha vó Angelina.

E à minha orientadora Marisa Maggi, pela dedicação e paciência, que me apoiou nos meus pensamentos.

RESUMO

Este trabalho traz a experiência de estágio vivida em um centro obstétrico de um hospital de grande porte, onde participar do parto de uma gestante com obesidade mórbida e diabetes levou ao desejo de aprofundar alguns pontos sobre esta situação delicada que envolve o surgimento de uma nova vida.

Trago o relato de minha vivência bem como assuntos pesquisados e que se relacionam a esta área de conhecimento e que desafiam a nossa atuação na enfermagem.

A obesidade mórbida nos últimos anos tem sido um dos maiores fatores de risco que afeta a população mundial, influenciando também na mortalidade, pelo sedentarismo e a falta de exercício e as comidas rápidas que afetam a nossa saúde, decorrendo desta, várias doenças, inclusive o diabetes.

Por o diabetes ser uma doença que oferece riscos, especialmente na gestante, é importante ter um acompanhamento mais rigoroso, não esquecendo as consultas de pré-natal e nutricionista, para não prejudicar a mãe e o bebê.

Com este estudo, pude me aprofundar um pouco sobre este assunto desejando encontrar o conhecimento e esclarecer algumas dúvidas.

Palavras-chave: Gestante, diabetes, obesidade mórbida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CO – Centro Obstétrico
DM – Diabetes Mellitus
DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2
DMG – Diabetes Mellitus Gestacional
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
HCC - Hospital da Criança Conceição
HCR - Hospital Cristo Redentor
HF - Hospital Fêmeina
HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição
IMC – Índice de Massa Corporal
OMS – Organização Mundial de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

•INTRODUÇÃO.....	07
•REVISÃO DA LITERATURA.....	08
•Obesidade mórbida.....	08
• <i>Causas da obesidade mórbida</i>	09
• <i>Tratamento para obesidade mórbida</i>	09
• <i>Obesidade e gestação</i>	10
•Diabetes.....	10
• Diabetes e gestação.....	11
• O pré-natal.....	12
• O parto.....	13
•RELATO DE VIVÊNCIA	15
•CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu em decorrência do período que fiz o estágio do Curso Técnico de Enfermagem da Escola GHC, no segundo semestre de 2012, no 2º andar, no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um dos maiores hospitais do Rio Grande do Sul, situado em Porto Alegre. Este hospital faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), assim como o Hospital Cristo Redentor (HCR), o Hospital Fêmina (HF), doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, zona norte, (UPA 24h), o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Neste local, pude vivenciar o caso de uma paciente com obesidade mórbida, no período gestacional, com diabetes, em sua terceira gestação. A paciente fez acompanhamento pré-natal e passou bem, ficando feliz, pois sua filha nasceu saudável e também porque a equipe médica conseguiu realizar anestesia raquidiana. Nas gestações anteriores não havia sido possível realizar a mesma, por motivo da obesidade, tendo que fazer anestesia geral.

Por o diabetes ser um dos problemas sérios decorrentes da obesidade no Brasil, acredito ser relevante aprofundar as consequências sobre a mesma, especialmente na fase gestacional, pois a mesma traz sérias complicações, até mesmo a morte materna ou do recém-nascido.

Portanto, o objetivo deste estudo foi adquirir um maior conhecimento sobre a obesidade mórbida no período gestacional através de pesquisa em artigos sobre o assunto, para que este conhecimento auxilie numa melhor abordagem nestas situações, melhorando a qualidade de vida do usuário.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Obesidade mórbida

“A obesidade é considerada uma doença crônica, resultante do acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência do balanço energético positivo, que exerce impacto significativo na saúde, na longevidade e na qualidade de vida (QV) de seus portadores” (MOREL et al, 2004).

“Atualmente, tem se tornado um dos grandes desafios epidemiológicos do século XXI e um problema de saúde pública que vem aumentando de forma significativa entre países desenvolvidos e em desenvolvimento” (PINHEIRO et al, 2004).

A obesidade é uma doença crônica de difícil tratamento e um importante problema de saúde pública, que afeta atualmente mais de 300 milhões de pessoas no mundo. Sua prevalência aumentada é o resultado da combinação da disponibilidade de uma dieta com altos teores energéticos com o estilo de vida sedentário (BRASIL, Boletim Sisvam).

Hábitos alimentares como, por exemplo, “fast food”, refrigerantes e o sedentarismo ajudam a explicar o avanço da doença cada vez maior.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o Índice de Massa Corporal (IMC) para classificação da obesidade. Este critério é expresso pela razão entre o peso do indivíduo em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Quanto à classificação a OMS define: sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²), obeso (30 a 39,9 kg/m²) e obeso mórbido (maior ou igual a 40 kg/m²). Quanto à gravidade: grau I (30 a 34,9 kg/m²), grau II (35 a 39,9 kg/m²), grau III (maior ou igual a 40 kg/m²) (BERGHÖFER, 2008).

Neste grau, aumentam os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares, diabete, certos tipos de câncer, hipertensão arterial, dificuldades respiratórias, distúrbios do aparelho locomotor e dislipidemias além de transtornos psicopatológicos como a depressão e compulsão alimentar (Pinheiro, Freitas e Corso, 2004).

2.1.1 Causas da obesidade mórbida

As causas da obesidade mórbida incluem:

- Sedentarismo;
- Consumo exagerado de alimentos muito calóricos, com alto teor de gordura ou açúcar;
- Distúrbios emocionais;
- Doença genética (raro);
- Doenças hormonais (raro)

2.1.2 Tratamento para obesidade mórbida

O tratamento para obesidade mórbida requer uma equipe multidisciplinar, pois além de ser indicado praticar exercícios físicos e seguir uma dieta rigorosa, consultas semanais com um psicólogo podem ser de grande ajuda.

“Muitos estudos demonstram que a redução da quantidade de massa corporal, em especial de gordura, melhora a qualidade de vida e diminui a morbidade e a mortalidade de pacientes obesos” (FRANCISCHI et al, 2000, p. 7).

No estudo de FRANCISCHI et al 2000, encontramos que o tratamento da obesidade envolve: *a dieta*, onde existem diversas propostas de redução de peso, com autores variados; *os exercícios físicos*, com autores trazendo prós e contras dos mesmos; *medicamentos*; *mudança comportamental* e *prevenção*.

Quanto ao uso de medicamentos, vale lembrar que,

O tratamento medicamentoso para redução da obesidade utiliza as seguintes drogas: anfetaminas, fenfluraminas, fenterminas, dietilpropiona, mazindol, pemolina, fenilpropanolamina e os anti-depressivos, fluoxitena e sertralina, entre outras. Há muitas controvérsias sobre a utilização destes, pelos escassos estudos sobre seus efeitos a longo prazo. Os remédios criam uma expectativa de cura para a obesidade e as pessoas comumente voltam a engordar com a suspensão do medicamento. Os efeitos colaterais normalmente observados incluem sonolência, nervosismo e distúrbios no trato gastrointestinal (BARON, 1995).

Pareceu importante trazer o comentário seguinte, sobre a prevenção da obesidade, onde são ressaltadas medidas como:

Legislação e regulação dos rótulos dos produtos alimentícios; subsídios para produtores de alimentos com pouca densidade calórica (em especial, frutas e vegetais); incentivos fiscais para empresas que incentivem a prática de atividades físicas dos empregados; consultoria nutricional para refeições escolares e empresariais, entre outras. De fato, intervir de maneira preventiva sobre a obesidade tende a ser mais fácil, menos caro e potencialmente mais efetivo (GILL, 1997).

2.1.3 Obesidade e gestação

Dado o fato de que a obesidade ou o ganho de peso excessivo durante a gravidez constituem importantes fatores de risco para a mãe e para o feto, além de que mulheres que ganham peso excessivo durante a gravidez têm três vezes mais risco de manter esse excesso após o parto e aumentar ainda mais em gestações subsequentes, dieta equilibrada e exercício físico supervisionado durante e, se possível, já iniciado antes da gravidez são fortemente recomendados.

O foco durante a gravidez não é a perda de peso, mas garantir o ganho de peso adequado para cada gestante, baseado no IMC pré-gestacional, evitando, assim o excessivo ganho de peso.

A obesidade materna está associada a diversos desfechos negativos na gestação, dentre eles a pré-eclâmpsia, hipertensão na gestação, diabetes gestacional, a indução do parto, macrossomia, pré-termo, anomalias congênitas, risco de obesidade da criança e desenvolvimento de diabetes tipo 2 (RAMACHENDERAM et al, 2008; DOOD et al, 2008; JOHNSON et al, 2013 apud SANTANA, 2013, p. 14).

“O ganho excessivo de peso durante a gestação, além de contribuir para a obesidade, está também associado a algumas complicações, entre elas a macrossomia fetal, as hemorragias, o trauma fetal, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil” (GUELINCKX, 2008).

“O período pós-parto é outro momento adequado para a mulher adotar hábitos de vida saudáveis que permitirão não apenas a perda do excesso de peso ganho durante a gravidez, mas também o alcance do peso ideal antes de uma próxima gestação” (HALLORAN et al, 2012).

“No entanto, a necessidade de cuidar do bebê recém-nascido, as alterações psicológicas do período puerperal e, muitas vezes, tentativas anteriores sem sucesso para perder peso muitas vezes desencorajam as mulheres a fazerem esforço sério” (NOGUEIRA, CARREIRO, 2013, p. 96).

2.2 Diabetes

O diabetes é uma doença que acomete grande parte da população e causa morbimortalidade em escala crescente no mundo todo sendo considerada prioridade em saúde pública, também pela possibilidade de ser prevenida ou controlada com medidas educativas.

Conforme definição encontrada nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre Diabetes Mellitus (DM),

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 09).

O diabetes pode ser classificado basicamente como tipo 1 ou tipo 2, sendo que se diferenciam na forma em que os sintomas se apresentam e também no tratamento.

“O diabetes tipo 1 atinge crianças e adolescentes, já o tipo 2 atinge principalmente a população entre 30 e 69 anos, embora hoje já se observe este quadro também em crianças devido a obesidade e ao sedentarismo infantil” (Graça, Burd & Mello Filho, 2000).

Conforme a sociedade brasileira de diabetes (2012), o diabetes tipo 2, que também é chamado de diabetes não insulínica ou diabetes do adulto, corresponde a 90% dos casos de diabetes. Ocorre geralmente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade, embora na atualidade se observe com maior frequência em jovens, em virtude de maus hábitos alimentares, sedentarismo e stress da vida urbana.

Segundo esta sociedade,

Neste tipo de diabetes encontra-se a presença de insulina, porém sua ação é dificultada pela obesidade, o que é conhecido como resistência insulínica, uma das causas de HIPERGLICEMIA. Por ser pouco sintomático, o diabetes na maioria das vezes permanece por muitos anos sem diagnóstico e sem tratamento o que favorece a ocorrência de suas complicações no coração e no cérebro (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2012).

2.3 Diabetes e gestação

“A incidência de diabetes mellitus gestacional (DMG) em gestantes obesas é três vezes maior que na população geral” (NOGUEIRA, AGUIAR, 2011).

No período gestacional, as mulheres, mesmo com peso adequado, apresentam fisiologicamente aumento da resistência à insulina. Nas grávidas obesas essa característica fisiológica ocorre de forma exacerbada, favorecendo o desenvolvimento de DMG. Também a prevalência de diabetes tipo 2 (DM2), pré-gestacional, é maior nessa população (NOGUEIRA, CARREIRO, 2013, p. 93).

Neste sentido, estes autores ressaltam a importância do rastreamento dessas mulheres precocemente, através de glicemia de jejum, glicohemoglobina e, se necessário, teste oral de tolerância à glicose. Estes exames detectam previamente mulheres diabéticas, porém não diagnosticadas antes da gestação. Também alertam que obesas com antecedente de DMG têm risco seis vezes mais alto de desenvolver DM2 no futuro, quando comparadas às magras com o mesmo antecedente.

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como qualquer grau de intolerância a glicose, com início ou primeiro reconhecimento durante a gestação. Esta definição se aplica independentemente do uso de insulina ou se a condição persiste após o parto e não exclui a possibilidade de intolerância à glicose ter antecedido a gravidez (American Diabetes Association, 2011).

“Em 2010, o Ministério da Saúde do Brasil, no seu Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, recomendou a realização de glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal, bem como a avaliação da presença de fatores de risco para DMG” (BOLOGNANI ET AL, 2011, p. 38).

2.4 O pré-natal

Conforme o Manual de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde, 2000, o pré-natal é o acompanhamento médico que todas as gestantes devem ter. Para saber quais as condições de saúde do bebê e da mãe. Durante este acompanhamento, vários exames são realizados de forma a prevenir agravamentos caso haja alguma alteração, protegendo assim a mãe e o bebê.

Exames que médicos pedem para futuras mães fazerem:

- Glicemia, para avaliar se há presença de diabetes;
- Grupo sanguíneo e fator Rh. Esse exame é muito importante, pois detecta a incompatibilidade sanguínea entre mãe e bebê, que pode levar à morte do feto;
- Anti-HIV, para identificar se há a presença do vírus da AIDS no sangue da mãe. Se a mãe for soropositiva, o médico prescreverá alguns medicamentos que reduzirão as chances de a doença ser transmitida para o bebê;
- Exame para detectar a sífilis, doença que pode causar malformações no bebê;
- Exame para detectar a toxoplasmose, pois essa doença pode ser transmitida ao feto, causando malformações;
- Exame para detectar a rubéola, doença que pode levar ao aborto, além de causar malformações no bebê;

- Exame para detectar a presença do vírus da hepatite B. Caso a mãe tenha o vírus da doença, algumas medidas podem reduzir as chances de transmissão do vírus para o bebê;
- Exame de urina e urocultura, para identificar se a mãe possui infecção urinária, que pode levar a um parto prematuro, além de poder evoluir para uma infecção mais grave;
- Ultrassonografias. As ultrassonografias são utilizadas para a identificação da idade gestacional e malformações no bebê.

Na gestação as mães são orientadas também sobre a alimentação, fazer atividade física, não consumir álcool, não fumar ou usar outros tipos de drogas que são prejudiciais à saúde da mãe e do bebê, trazendo a má formação ou até mesmo a morte.

2.5 O parto

“O parto é o estágio resolutivo da gestação, o nascimento do ser que se formou nos meses anteriores. É a expulsão do feto para o mundo exterior...” (ENGEL, 2010).

O parto pode ser vaginal (normal) ou cesariana.

A escolha do tipo de parto, vaginal (normal) ou cirúrgico (cesárea ou cesariana), é assunto complexo e polêmico. A cesariana, outrora considerada um procedimento de exceção, indicada em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto, é na atualidade um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem a identificação médica de nenhum risco definido, cuja escolha é frequentemente atribuída à gestante (LOBEL et al, 2007).

Quanto à cesariana,

Esse tipo de parto é cirúrgico e deve haver motivos clínicos para a realização deste como desproporção do tamanho do bebê em relação à pelve, infecção herpética ativa, gestantes diabéticas, posição do bebê invertida e difícil ou ainda se o trabalho de parto não estiver progredindo normalmente (RODRIGUES, 2014).

Quanto ao parto normal,

O parto normal é o mais aconselhado pelos médicos, já que os riscos de infecções são menores para a mãe e o bebê. Para que este tipo de parto aconteça, é necessário que o colo do útero esteja dilatado por completo e as contrações sejam muito fortes. As paredes do útero fazem pressão sobre o bebê e o esforço da mãe ajuda a empurrar a criança para fora. Quando o espaço para a passagem do bebê é insuficiente, é preciso que o médico faça um corte na passagem vaginal, um procedimento chamado de episiotomia (BUSKO, 2012).

3 RELATO DE VIVÊNCIA

No Hospital Nossa Senhora da Conceição, em meu estágio no Centro Obstétrico, no período de junho de 2012, fui designada pela professora Vânia para ficar na sala de parto, observando como aconteciam os procedimentos no setor.

No mesmo, tive a oportunidade de observar um parto por cesariana de uma gestante com obesidade mórbida, sendo que a mesma tinha 36 anos, 170 kg, com diabetes. Sua glicemia capilar, no momento, estava em 115 mg/dl. Conforme o preconizado o valor ideal é de 70 mg/dl a 99 mg/dl, portanto, a glicemia desta paciente estava dentro do aceitável, levemente alterado.

O parto por cesárea foi tranquilo também porque a paciente havia feito o acompanhamento pré-natal, favorecendo a participação e o controle médico. Foram realizadas várias tentativas para poder fazer a anestesia raquidiana, obtendo sucesso, o que era algo muito desejado pela paciente, por ter a possibilidade de participar deste momento tão importante da sua vida, tendo a oportunidade de ver sua filha ao nascer. Vale lembrar que esta vivência não havia sido possível com os outros dois filhos onde, devido à morbidade decorrente da obesidade, foi necessária a anestesia geral.

O recém-nascido (RN), do sexo feminino, nasceu bem, chorando, foram realizados os procedimentos necessários com a mesma, sendo colocada em berço aquecido. Seu peso foi 3.325kg, sendo levada para a sala de admissão do RN. Foram feitos os cuidados necessários à mãe que, apesar de estar bem, requeria atenção especial, devido a sua condição de saúde prévia. Terminado o procedimento, a paciente foi conduzida para a sala de recuperação, para o acompanhamento necessário da mesma.

Participar deste parto, onde a paciente sofria de obesidade mórbida, me levou a identificar o quanto algumas doenças alteram o percurso natural do surgimento de uma nova vida. Percebi que, além dos cuidados específicos com a questão clínica da gestante, foram necessários cuidados extras como a adaptação de uma cama normal para o atendimento da mesma, manguito para verificação de pressão arterial para obeso, entre outros, o que requer maior envolvimento da

equipe. Algo que me impressionou foi assistir o momento em que foram colocados vários esparadrapos fixando as regiões abdominais que necessitavam para fazer o corte da cesariana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho que desenvolvi, pude identificar as complicações e a importância do tratamento para a obesidade mórbida, a relevância do pré-natal, em especial para gestantes com obesidade mórbida e que tem maior chance de terem diabetes. Percebi que se a gestante não busca o acompanhamento médico e também dos outros profissionais, não realizando exames, pode ocorrer agravamentos não identificados em tempo, sem a possibilidade de tratamento correto, podendo até mesmo trazer a mortalidade tanto da mãe como do bebê.

Trago este assunto como tema do trabalho, pois a importância de um pré-natal é fundamental para o adequado acompanhamento das gestantes, como aconteceu com a gestante que tive contato, durante o estágio, onde pude vivenciar que, mesmo com a obesidade mórbida, pôde ver seu bebê nascer sem nenhum problema.

Em meu relato ressalto a importância de conscientizar as gestantes do quanto é necessário o acompanhamento por profissionais neste período gestacional para que nenhum sonho seja interrompido.

Com este estudo pude adquirir novos conceitos, não somente quanto ao assunto estudado, mas também realizei o exercício de pesquisar e de ir em busca do conhecimento.

REFERÊNCIAS

BARON, R. Understanding obesity and weight loss [online].1995 [citado em 28/8/97]. Available from WWW: <URL: <http://www-med.stanford.edu/school/DGIM/Teaching>; +Modules;obesity.html>.

BERGHÖFER, A; PISCHON, T; REINHOLD, T; APOVIAN, C. M; SHARMA, A. M; WILLICH, S. N. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. BMC Public Health. 2008; 8:200.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. 1.ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de atenção básica, n. 16.

BUSKO, D. Parto normal x Cesariana. 2012. Disponível em: <http://www.dicasdemulher.com.br/parto-normal-cesariana/> > Acesso em 27.02.14.

ENGEL, C. L. et al. Obstetrícia. v. 2, Rio de Janeiro: Medyum editora, 2010^a,88p.

FRANCISCHI, P. de; FREITAS, C. S; KLOPFER, M; LANCHÁ JÚNIOR, A. H; PAMFILIO, R; PEREIRA, L. O; SANTOS, R. C; VIEIRA, P. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev. Nutr., Campinas, 13(1): 17-28, jan./abr., 2000.

GILL, T.P. Key issues in the prevention of obesity. British Medical Bulletin, London, v.53, n.2, p.359-388, 1997.

GRAÇA, L. A. C. da; BURD, M; MELLO F^o; J. de. Grupos com diabéticos. Em J.de Mello F^o. & cols. (Orgs.), Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos (pp. 213-232). Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GUELINCKX, I; DEVLIEGER, R; BECKERS, K; VANSANT, G. Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. Obes Rev 2008; 9:140-50.

HALLORAN, D. R; CHENG, Y. W; WALL; I T. C; MACONES; G. A; CAUGHEY, A. B. Effect of maternal weight on postterm delivery. J Perinatol. 2012 Feb; 32(2):85-90.

LOBEL, M; DeLUCA, R. S. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. Soc. Sci Med, v. 64, p. 2272-84, 2007.

_____, Obesidade Mórbida no Brasil. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/docs/boletimSisvan/estudo_obesidade_morbida.pdf> Acesso em 24/02/2014.

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. Ciên. saúde colet. 2004;9(2):261-270.

NOGUEIRA, A. I; Carreiro, M. P. Obesidade e gravidez. Rev Med Minas Gerais 2013; 23(1): 88-98.

PINHEIRO, A. Freitas, S. Corso, A. Uma abordagem epidemiologica da obesidade. Rev Nutr 2004; 17:523-33.

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev Nutr. 2004; 17(4): 523-33.

RODRIGUES, B. Parto Cesárea. Disponível em:
<<http://guiadobebe.uol.com.br/parto-cesarea>> Acesso em: 12 fev 2014.

Sociedade Brasileira de Diabetes <<http://www.diabetes.org.br/exames/525>>. Acesso em 22 de jan 2014.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization; 1997. 158p