Casos clínicos

Obesidade na gestação

Discussão de casos · ambulatório e plantão

CASO 1| PRIMEIRA CONSULTA. IMC 38

Aline, 27 anos, 9 semanas, G1, recepcionista.

Peso 98 kg, altura 1,60 m (IMC 38,3). PA 124/80 com manguito grande. Sem comorbidade conhecida; mãe diabética e hipertensa. Nega tabagismo. Toma ácido fólico 0,4 mg desde que descobriu a gravidez, há 2 semanas.

Exames da 1ª consulta: glicemia de jejum 94 mg/dL, hemoglobina 12,8, TSH 2,0, EAS normal, sorologias negativas. USG com 9 semanas: embrião único, CCN compatível, BCF presente.

Pergunta quanto pode engordar, se 'pode fazer dieta' e se vai precisar de cesárea 'por causa do peso'.



O que você acrescenta ao pré-natal de rotina dela — hoje e por trimestre? Quanto ela pode ganhar? AAS?

Resolução do caso 1

Obesidade grau II: não é 'engordar menos' — é rastrear mais e prevenir o que dá para prevenir.

Ganho de peso: IOM 2009 para IMC ≥ 30: 5–9 kg no total (~0,2 kg/semana no 2º e 3º trimestres); a recomendação brasileira (MS 2022, curvas de Kac) é 5–7,2 kg. Nada de dieta restritiva: nutrição + 150 min/semana de atividade. Pesar e registrar na curva em toda consulta.

Glicemia: jejum 94 é normal (≥ 92 já seria DMG). Obesidade + mãe diabética: HbA1c agora (≥ 6,5% = DM prévio) e TOTG 75 g entre 24 e 28 semanas, obrigatório.

Pré-eclâmpsia: obesidade é fator moderado; com mais um (nuliparidade, história familiar) indica AAS 100–150 mg à noite de 12 a 36 semanas + cálcio 1–2 g/dia se a ingestão é baixa. PA sempre com manguito adequado (braço > 33 cm) — manguito pequeno superestima.

Ainda: ácido fólico — RCOG sugere 5 mg no IMC ≥ 30, MS/FEBRASGO mantêm 0,4 mg; rastrear apneia do sono e depressão; TEV em cada internação; morfológico 20–24 semanas avisando da menor sensibilidade; USG de crescimento 28–32–36 semanas. Cesárea? Não por IMC — parto vaginal é a meta.



Ganho 5–9 kg (IOM)

TOTG 24–28 sem

AAS se + 1 fator

USG 28-32-36 sem

Fontes: IOM/NRC, Weight Gain During Pregnancy (2009); MS, Caderneta da Gestante e curvas de ganho de peso (Kac G et al., Am J Clin Nutr 2021); FEBRASGO, Obesidade e gestação (2021); ACOG Practice Bulletin 230 (2021); RCOG Green-top 72 (2018); OPAS/MS, Rastreamento e diagnóstico de DMG no Brasil (2017).

O QUE ACRESCENTAR POR IMC | RESUMO PRÁTICO

Item	IMC 30–34.9 (grau I)	IMC ≥ 35 (graus II e III)
Ganho de peso total	5–9 kg (IOM); 5–7,2 kg (MS 2022)	Mesma faixa; grau III: ganho menor é aceito se feto cresce bem
Rastreio de DMG	Jejum 1ª consulta; TOTG 75 g 24–28 sem	Idem + HbA1c na 1ª consulta; glicemia de jejum repetida se fatores
Pré-eclâmpsia	AAS 100–150 mg 12–36 sem se ≥ 2 fatores moderados; cálcio 1–2 g/dia	Idem; muitos serviços dão AAS a todas com IMC ≥ 35; manguito grande
Imagem fetal	Morfológico 20–24 sem; USG de crescimento 28, 32, 36 sem	Idem + ecocardiografia fetal se diabetes; avisar limitação do exame
Tromboembolismo	Avaliar risco em toda internação; meias; mobilização	IMC ≥ 40: enoxaparina profilática por 10 dias após cesárea (e após parto vaginal se outro fator)
Parto e anestesia	Consulta pré-anestésica no 3º trimestre	Idem; peridural precoce no trabalho de parto; mesa e maca para o peso; indução 39–40 sem se outro fator

Fontes: ACOG PB 230 (2021); RCOG Green-top 72 (2018); FEBRASGO 2021; MS/OPAS 2017 (DMG); RCOG Green-top 37a (2015, tromboprofilaxia).

CASO 2 | ENGRAVIDOU 14 MESES DEPOIS DO BYPASS

Fernanda, 34 anos, 8 semanas, G2P1, cabeleireira.

Bypass gástrico em Y de Roux há 14 meses; perdeu 48 kg (de 128 para 80 kg; IMC hoje 30). Parou o polivitamínico há 3 meses 'porque enjoava'. Usava pílula combinada e engravidou.

Queixa de tontura e suor frio 30 minutos após café com leite e pão; náuseas leves. Primeiro filho com 4.100 g por cesárea (DMG na gestação anterior).

Exames: hemoglobina 10,4, VCM 102, ferritina 11, vitamina B12 160 pg/mL, 25-OH-vitamina D 14 ng/mL, cálcio 8,6, albumina 3,4, glicemia de jejum 82.



O que repor e em que dose? Pode fazer o TOTG com 24 semanas? Qual era o intervalo ideal para engravidar?

Resolução do caso 2

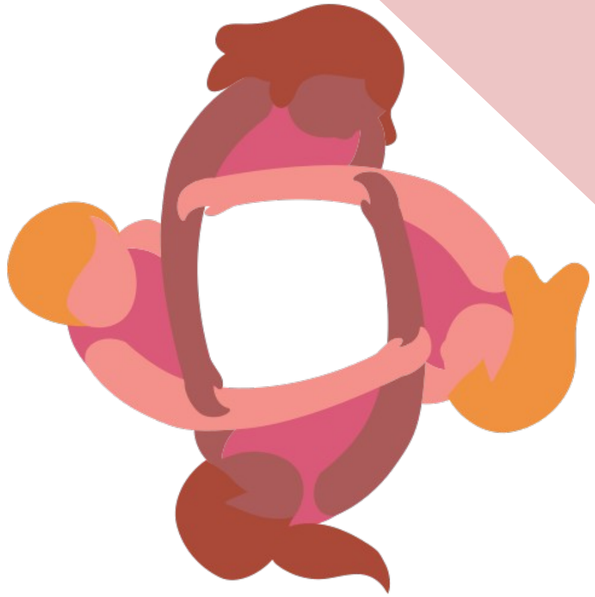
Gestação após cirurgia disabsortiva, com deficiências já instaladas e sintomas de dumping. O risco agora é nutricional e fetal (RCF), não de macrossomia.

Repor: B12 1.000 µg IM mensal (ou 1.000 µg/dia VO); ferro IV (sacarato ou carboximaltose) a partir do 2º trimestre — anemia, ferritina 11 e absorção oral ruim; ácido fólico 5 mg/dia; vitamina D 3.000–4.000 UI/dia até 25-OH-D > 30; citrato de cálcio 1.200–1.500 mg/dia (não carbonato); polivitamínico sem retinol > 5.000 UI (betacaroteno); tiamina se vomitar.

Vigiar por trimestre: hemograma, ferritina, B12, folato, 25-OH-D, cálcio, PTH, albumina, zinco. Proteína 60–80 g/dia, 6 refeições, líquidos fora das refeições.

TOTG: NÃO. 75 g de glicose após bypass causam dumping e valores falsos. Rastrear com glicemia de jejum + perfil capilar domiciliar (jejum e 1 h pós-prandial por 1 semana) entre 24 e 28 semanas.

Intervalo e outros alertas: ideal 12–18 meses após a cirurgia, com peso estável — ela está no limite. Pílula oral perde absorção: LARC no puerpério. Dor abdominal pós-bypass = hérnia interna até prova em contrário. Sem AINE (úlcera marginal). USG de crescimento 28, 32, 36 semanas — o risco é PIG.



B12, ferro, folato, D

Citrato de cálcio

Sem TOTG: capilar

Dor abdominal = hérnia

Fontes: ACOG Practice Bulletin 105 (2009, reafirmado); Shawe J et al., Obes Rev 2019 (consenso pós-bariátrica e gestação); Mechanick JI et al., AACE/TOS/ASMBS guidelines 2019; FEBRASGO, Gestação após cirurgia bariátrica; SBCBM, posicionamento 2018.

GESTAÇÃO APÓS BARIÁTRICA | O QUE MUDA

Suplementar após bypass

B12: 1.000 µg IM/mês ou 350–1.000 µg/dia VO
Ferro: 45–60 mg elementar/dia longe do cálcio; IV se ferritina baixa ou intolerância
Ácido fólico: 0,4–1 mg; 4–5 mg se deficiência, DMG/obesidade ou DTN prévio
Cálcio: 1.200–1.500 mg/dia em citrato
Vitamina D: 3.000 UI/dia; corrigir para 25-OH-D > 30
Vitamina A: só como betacaroteno; retinol ≤ 5.000 UI/dia
Tiamina: 100 mg/dia se vômitos

Rastrear e vigiar

Labs por trimestre: hemograma, ferritina, B12, folato, 25-OH-D, Ca, PTH, albumina, zinco.
DMG: sem TOTG → glicemia de jejum + perfil capilar 1 semana (24–28 sem).
Crescimento fetal: USG 28, 32, 36 sem (PIG e prematuridade são mais frequentes; macrossomia e DMG caem).
Dumping: fracionar, retirar açúcar simples, líquidos fora das refeições.
Saúde mental, álcool (absorção acelerada), banda ajustável: desinsuflar se vômitos.

Emergência e parto

Dor abdominal, vômito e distensão em pós-bypass: hérnia interna/volvo → TC e cirurgião NA HORA; não trate como 'gastroenterite'.
Via de parto obstétrica; bariátrica não indica cesárea.
Analgesia: sem AINE em pós-bypass (úlcera marginal); dipirona, paracetamol, opioide se preciso.
Contracepção: evitar pílula oral (absorção); DIU, implante ou injetável.
Intervalo cirurgia-gestação: 12–18 meses, peso estável.

Fontes: ACOG PB 105; Shawe J et al., Obes Rev 2019; Mechanick JI et al., 2019; Johansson K et al., NEJM 2015 (desfechos após bariátrica).

CASO 3 | IMC 46 NA MATERNIDADE

Rosângela, 31 anos, 39 semanas e 2 dias, G2P1 (cesárea anterior), merendeira.

Peso 132 kg, altura 1,69 m (IMC 46). DMG em dieta, bem controlada; PA 128/84, sem proteinúria. Cesárea prévia há 4 anos por 'falha de indução', incisão transversa, sem intercorrências.

Internada com dinâmica irregular, colo 3 cm, 70% apagado, bolsa íntegra, feto cefálico, peso estimado 3.900 g (p88), ILA normal, CTG categoria I de difícil captação pelo panículo. Deseja tentar parto vaginal.

Após 6 horas: 5 cm, dinâmica 2/10 fraca; BCF intermitente. A anestesista pergunta se já pode passar o cateter peridural; a enfermagem pergunta qual a dose da cefazolina 'caso vire cesárea'.



Conduz o trabalho de parto? Peridural agora ou depois? Se cesárea: antibiótico, técnica, tromboprofilaxia — o que muda pelo peso?

Resolução do caso 3

Conduz — com peridural precoce, monitorização que funcione e a cesárea 'já preparada' no papel: antibiótico, incisão, enoxaparina ajustados ao peso.

Trabalho de parto: obesa tem fase ativa mais lenta e precisa de mais ocitocina — paciência antes de rotular distocia (fase ativa a partir de 6 cm). Prova de trabalho de parto após 1 cesárea é razoável (sucesso cai com IMC ≥ 40, mas não contraindica). BCF difícil: amniotomia e eletrodo de escalpo, ou USG à beira do leito.

Peridural AGORA: cateter precoce e testado evita anestesia geral na urgência (via aérea difícil, dessaturação rápida). Avisar anestesia na admissão de toda IMC ≥ 40.

Se cesárea: cefazolina 3 g IV (≥ 120 kg) até 60 min antes da incisão (2 g se < 120 kg; repetir se > 4 h ou sangramento > 1.500 mL); azitromicina 500 mg IV se em trabalho de parto/bolsa rota; clorexidina na pele e preparo vaginal. Incisão transversa com o panículo tracionado para cima; fechar subcutâneo se ≥ 2 cm; sutura na pele, não grampo.

Depois: enoxaparina ajustada ao peso — 60 mg/dia (90–130 kg), 80 mg/dia (131–170 kg) — por 10 dias, meias e deambulação precoce; TOTG em 6 semanas; amamentação; LARC antes da alta.



Peridural precoce

Cefazolina 3 g

Enoxaparina por peso

Fase ativa é lenta

Fontes: ACOG PB 230 (2021) e PB 199 (2018, antibioticoprofilaxia); RCOG Green-top 72 (2018) e 37a (2015); Tita ATN et al., NEJM 2016 (C/SOAP, azitromicina); FEBRASGO, Cesariana (2018); Rede Alyne/MS.

PRÉ-NATAL DA GESTANTE COM OBESIDADE | O QUE ACRESCENTAR

1ª consulta: IMC (peso e altura medidos), manguito adequado, glicemia de jejum (+ HbA1c se IMC ≥ 35 ou fatores), TSH, fatores de risco para PE e TEV

1º TRIMESTRE: meta de ganho 5–9 kg; nutrição + 150 min/sem de atividade; ácido fólico (0,4 mg; 5 mg se RCOG/DM); vitamina D se baixa; rastrear apneia e depressão; USG precoce para datar

12 SEMANAS: AAS 100–150 mg à noite até 36 sem se ≥ 2 fatores moderados (ou IMC ≥ 35 pelo serviço); cálcio 1–2 g/dia se ingestão baixa; consulta pré-anestésica agendada

2º TRIMESTRE: morfológico 20–24 sem (avisar limitação); TOTG 75 g 24–28 sem (pós-bypass: perfil capilar); eco fetal se diabetes; pesar e registrar na curva em toda consulta

3º TRIMESTRE: USG de crescimento 28, 32 e 36 sem (altura uterina não serve); PA e proteinúria em toda consulta; avaliação de TEV em qualquer internação; plano de parto e anestesia

PARTO: via obstétrica; indução 39–40 sem se IMC ≥ 40 ou outro fator; peridural precoce; cefazolina 2 g (3 g ≥ 120 kg); técnica de ferida; enoxaparina ajustada ao peso 10 dias após cesárea

PUERPÉRIO: TOTG em 6 sem se DMG; amamentação; LARC antes da alta; vigilância de ferida; encaminhar para perda de peso antes da próxima gestação (intervalo ≥ 18 meses)

Pós-bariátrica: polivitamínico, B12, ferro, folato, citrato de cálcio, vitamina D; labs por trimestre; SEM TOTG; dor abdominal = hérnia interna

Cesárea não é indicada por IMC. O que o peso muda é dose, técnica e prevenção — não a via de parto.

Fontes: ACOG PB 230 (2021); RCOG Green-top 72 (2018); FEBRASGO 2021; IOM 2009; MS/OPAS 2017 (DMG); Rede Alyne/MS.

Pegadinha de prova

Gestante de 30 anos, 32 semanas, IMC pré-gestacional de 42 kg/m², submetida a bypass gástrico há 3 anos, em uso irregular de polivitamínico. Refere tontura e sudorese 30 minutos após as refeições. Sobre o rastreamento de diabetes gestacional e o acompanhamento nutricional dessa paciente, assinale a alternativa correta:

A) O teste oral de tolerância à glicose com 75 g deve ser realizado normalmente entre 24 e 28 semanas, pois a cirurgia bariátrica não interfere no exame.

B) O TOTG deve ser evitado pelo risco de síndrome de dumping; o rastreamento pode ser feito com glicemia de jejum e monitorização glicêmica capilar.

C) A paciente deve receber suplementação de vitamina A na forma de retinol em altas doses pelo risco de deficiência.

D) A deficiência de vitamina B12 é improvável, pois o bypass preserva a absorção no íleo terminal.

E) O ganho de peso recomendado é o mesmo de gestantes eutróficas, já que o IMC atual é o que importa.

Pegadinha de prova

Gestante de 30 anos, 32 semanas, IMC pré-gestacional de 42 kg/m², submetida a bypass gástrico há 3 anos, em uso irregular de polivitamínico. Refere tontura e sudorese 30 minutos após as refeições. Sobre o rastreamento de diabetes gestacional e o acompanhamento nutricional dessa paciente, assinale a alternativa correta:

A) O teste oral de tolerância à glicose com 75 g deve ser realizado normalmente entre 24 e 28 semanas, pois a cirurgia bariátrica não interfere no exame.

B) O TOTG deve ser evitado pelo risco de síndrome de dumping: o rastreamento pode ser feito com glicemia de jejum e monitorização glicêmica capilar.

C) A paciente deve receber suplementação de vitamina A na forma de retinol em altas doses pelo risco de deficiência.

D) A deficiência de vitamina B12 é improvável, pois o bypass preserva a absorção no íleo terminal.

E) O ganho de peso recomendado é o mesmo de gestantes eutróficas, já que o IMC atual é o que importa.

PARA LEVAR

1

Obesidade não é só 'ganhar menos peso': é rastrear DMG (jejum na 1ª consulta e TOTG 24–28), prevenir pré-eclâmpsia (AAS 12–36 sem) e seguir o crescimento por USG.

2

Ganho de peso para IMC ≥ 30: 5–9 kg (IOM). Manguito adequado, morfológico com limitações avisadas, consulta pré-anestésica no 3º trimestre.

3

Pós-bariátrica: B12, ferro, folato, citrato de cálcio e vitamina D por trimestre; sem TOTG (dumping) — perfil glicêmico; dor abdominal é hérnia interna até prova em contrário.

4

Na obesa grau III, o peso muda dose e técnica, não a via de parto: peridural precoce, cefazolina 3 g se ≥ 120 kg, enoxaparina ajustada por 10 dias após cesárea.