



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**MARIA HELOISA MOURA DE OLIVEIRA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E HÁBITOS ALIMENTARES DE GESTANTES DE  
ALTO RISCO ACOMPANHADAS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO  
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**MARIA HELOISA MOURA DE OLIVEIRA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E HÁBITOS ALIMENTARES DE GESTANTES DE  
ALTO RISCO ACOMPANHADAS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO  
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento ao requisito para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Cristina de Oliveira Silva e coorientação da Professora Dr<sup>a</sup> Marisilda de Almeida Ribeiro.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

Catálogo na fonte  
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.  
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

O48p	<p>Oliveira, Maria Heloisa Moura de. Perfil epidemiológico e hábitos alimentares de gestantes de alto risco acompanhadas em centro de referência do município de Vitória de Santo Antão-PE/ Maria Heloisa Moura de Oliveira- Vitória de Santo Antão, 2019. 61 folhas; il.</p> <p>Orientadora: Cristina de Oliveira Silva. Coorientadora: Marisilda de Almeida Ribeiro. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2019. Inclui referências e anexos.</p> <p>1. Gravidez de Alto Risco. 2. Hábitos alimentares da gestante. 3. Nutrição gestacional. I. Silva, Cristina de Oliveira (Orientadora). II. Ribeiro, Marisilda de Almeida (Coorientadora). III. Título.</p> <p>613.2 CDD (23. ed.) <span style="float: right;">BIBCAV/UFPE-288/2019</span></p>
------	---

MARIA HELOISA MOURA DE OLIVEIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E HÁBITOS ALIMENTARES DE GESTANTES DE  
ALTO RISCO ACOMPANHADAS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO  
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento ao requisito para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 12 / 12 / 2019

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Drª Carmem Lygia Burgos Ambrósio – Examinador  
Interno Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Centro  
Acadêmico de Vitória (CAV)

---

Prof. Dr. Francisco Carlos Amanajás de Aguiar Júnior – Examinador  
Interno Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Centro  
Acadêmico de Vitória (CAV)

---

Profª Drª Valéria Nunes de Souza –  
Examinador Externo Universidade Federal de  
Pernambuco (UFPE)

## AGRADECIMENTOS

Após quatro anos, é hora de concluir esse trabalho e levá-lo para ser avaliado. Cresce em mim uma mistura de alívio e expectativa pelos próximos passos, mas como é dito no Livro Bíblico de Samuel, “*Até aqui nos ajudou o Senhor Deus*”. Tendo certeza disso, devo em primeiro lugar agradecer-Lo por sua inspiração e por ter me influenciado e me moldado até aqui, para ser o que sou e ter conquistado tudo que era cabível a mim.

Agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desse trabalho e no projeto de construção dessa profissional. A cada degrau mais alto conquistado, levo comigo os conselhos e experiências trazidos por essas várias pessoas.

Sou grata a Universidade Federal de Pernambuco e ao Centro Acadêmico de Vitória por ter proporcionado nos últimos anos uma gama de situações e oportunidades para minha capacitação enquanto futura nutricionista. Através desta instituição, eu conheci grandes mestres. Cito minhas orientadoras, professora Cristina Oliveira e Marisilda Ribeiro, que me apresentaram vivências enriquecedoras durante quatro semestres de PIBExC.

Dedico meus agradecimentos também, a professores que me inspiram e são exemplos de profissionais: Christine Lamenha Luna Finkler, Michelle Galindo, Diego Buarque, Ana Lisa, Ana Wlândia e Fabiana Oliveira.

Agradeço ainda aos “*NutriFriends*”, que estiveram comigo desde 2016, compartilhando momentos inesquecíveis: Amanda Felix, Ivanildo Júnior, Kleber Marinho, Laryssa Rebeca, Maria Beatriz, Mayana Moura; em especial, a minha querida amiga Maria Clara. Os levarei para a vida.

Por fim, agradeço ao meu grande pai, Valtemir e a minha falecida mãezinha Geovane, por serem as melhores pessoas que conheci na vida, pois abdicaram de seus sonhos para que os meus pudessem se tornar realidade.

Aos meus queridos irmãos, Carol e Pedro, e ao meu amor, Cléber, por serem minha fortaleza nesta caminhada.

Aos amigos e irmãos de missão #STLM que tanto me fortalecem e também fazem parte dos meus agradecimentos.

Enfim, a todos esses e a tantos outros que não foram lembrados nos parágrafos acima, “MUITO OBRIGADA”! Deus nos abençoe.

*“Deus provê, Deus  
proverá, a Sua misericórdia  
não faltará!”*

## RESUMO

A gravidez é considerada um processo fisiológico que tende a transcorrer sem intercorrências, porém, dados do Ministério da Saúde apontam que em 20% dos casos há a probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, configurando uma gestação de alto risco. Ela é definida por uma série ampla de condições clínicas, obstétricas ou sociais que podem trazer complicações ao período gestacional, ameaçando o bem-estar do binômio materno-fetal e comprometendo o desfecho da gravidez. Evidencia-se que os indicadores de saúde materna são sensíveis às desigualdades sociais, bem como as diferentes condições de recursos a população. Ademais, dentre os diversos fatores que podem interferir na evolução do período gestacional, o hábito alimentar apresenta papel de destaque, pois interfere no estado nutricional da gestante, refletindo consequências na condição de saúde materna e infantil. Portanto, este estudo teve por objetivo identificar o perfil epidemiológico e avaliar os hábitos alimentares de gestantes de alto risco, assistidas no Centro de Especialidades da Saúde da Mulher, que faz parte do programa de cuidados de gestação de alto risco no município de Vitória de Santo Antão-PE. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, cuja amostra populacional foi de 90 gestantes atendidas no período de janeiro a novembro de 2017. A coleta de dados foi realizada por meio da análise dos prontuários das gestantes, e entrevista individual, mediante a utilização de um questionário semiestruturado, para obtenção de informações sócio demográficas e de hábitos alimentares. Constatou-se que 61,8% tinham idade entre 20 e 29 anos; 61,9% não possuíam ensino médio completo. No que diz respeito a situação conjugal, 52,7% eram casadas e 37,4% viviam com o companheiro. A maioria das gestantes era de cor parda (37,4%) ou branca (28,6%) e 48,8% apresentou renda mensal de um salário mínimo. As complicações gestacionais identificadas como prevalentes foram a anemia (36,8%), infecção do trato urinário (34,9%), hipertensão arterial (27,6%) e diabetes mellitus (12,6%). Quanto aos hábitos alimentares, os resultados deste estudo demonstraram que 72,3% das entrevistadas consumiam diariamente frutas, verduras, legumes e grãos. Em contrapartida, 64% das gestantes consumiam alimentos considerados não saudáveis, como enlatados, frituras e carnes gordas, sendo que 50% consumiam tais alimentos mais de duas vezes semanalmente. Conclui-se que o conhecimento do perfil epidemiológico e dos hábitos alimentares das gestantes de alto risco é fundamental para o direcionamento de ações de promoção a saúde, já que a assistência pré-natal é um serviço diferenciado e complexo, em que a partir do trabalho multiprofissional, se torna possível realizar diagnósticos e planejamento de ações, que visem o bem-estar da gestante e do feto neste período.

**Palavras-chave:** Gravidez de Alto Risco. Complicações Gestacionais. Indicadores de Saúde Materna. Perfil alimentar.

## ABSTRACT

Pregnancy is considered a physiological process that goes uneventfully, however, data from the Ministry of Health (MS) indicate that in 20% of cases there is a probability of unfavorable evolution, both for and for the mother, configuring a high-risk pregnancy. . It is defined by a series of clinical, obstetric or social conditions that can bring complications during pregnancy, threaten or be well-being in the maternal-fetal binomial and compromise or undo pregnancy. Evidence - whether maternal health indicators are affected by social inequalities, as well as the different resource conditions of the population. In addition, among the various factors that may interfere with the evolution of the gestational period, food consumption plays a prominent role because it does not interfere with the pregnant woman's nutritional status, reflecting the consequences of maternal and child health. Therefore, this study aims to track the epidemiological profile and evaluate the eating habits of high-risk pregnant women seen at the referral center in the municipality of Vitória de Santo Antão-PE. This is a cross-sectional study of quantitative approach. A population sample was used by 90 high-risk pregnant women attended from January to November 2017, at the Center for Women's Health Specialties (CESMU), reference for monitoring high-risk pregnancy, responsible for receiving this requirement, not municipality . Data collection was performed through the analysis of the pregnant women's medical records and individual interviews, using a semi-structured questionnaire to obtain information on sociodemographic information and eating habits. The records were organized in a database using the Microsoft Excel program (version 2010) and using the analysis in the Epi-Info version 7.2 program. Analyzing the age group of pregnant women, 61.8% of the sample was young women, between 20 and 29 years old. It was verified in the evaluated sample the prevalence of brown color (37.4%), followed by white (28.6%) and black (24.1%). Regarding marital status, most pregnant women were married (52.7%). Regarding education, although about 38% of pregnant women had high school or higher, 61.9% of them did not have completed high school. Part of the pregnant women (28.7%) claimed to dedicate themselves to home care, while 25.3% are unemployed. Regarding family monthly income, 48.8% received a value equal to one minimum wage. The gestational complications identified as prevalent were anemia (36.8%), UTI (34.9%), SAH (27.6%) and DM (12.6%). Regarding eating habits, the results of this study showed that 72.3% of the interviewees consumed fruits, vegetables, legumes and grains daily. In contrast, 64% of pregnant women consumed unhealthy foods such as canned foods, fried foods and fatty meats, with 50% consuming such foods more than twice weekly. It is concluded that the knowledge of the epidemiological profile and eating habits of high-risk pregnant women is fundamental for the direction of actions, since prenatal care is a differentiated and complex service, which from the multiprofessional work becomes It is possible to perform diagnoses and planning of actions, aimed at the well-being of the pregnant woman in this period.

**Keywords:** High Risk Pregnancy. Gestational Complications. Maternal Health Indicators. Food profile.

## LISTA DE TABELAS **atualizar paginação**

- Tabela 1.** Distribuição das complicações gestacionais mais prevalentes em gestantes de alto risco atendidas no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.....33
- Tabela 2.** Uso da suplementação e conhecimento da importância de ácido fólico em gestantes de alto risco atendidas no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.....33
- Tabela 3.** Distribuição das consultas periódicas antes da gestação em gestantes de alto risco atendidas no CESMU, Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017..... 34
- Tabela 4.** Consumo de grupos de alimentos saudáveis e não saudáveis pelas parturientes analisadas no CESMU, Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017 ..... 34

## LISTA DE GRÁFICOS **atualizar paginação**

- Gráfico 1.** Faixa etária das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.....30
- Gráfico 2.** Cor/etnia das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.....30
- Gráfico 3.** Gráfico 03. Situação Conjugal/residência das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.....31
- Gráfico 4.** Grau de instrução das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.31
- Gráfico 5.** Ocupação das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017. .... 3  
2
- Gráfico 6.** Renda mensal familiar das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017. ....  
32
- Gráfico 7.** Frequência de consumo de grupos de alimentos saudáveis (frutas, verduras, legumes e grãos) pelas parturientes analisadas no CESMU, Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017..35
- Gráfico 8.** Frequência de consumo de grupos de alimentos não saudáveis (frituras, enlatados e carnes gordas) pelas parturientes analisadas no CESMU, Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017.  
.....  
35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ADA</b>	Associação Americana de Diabetes
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CESMU</b>	Centro de Especialidades de Saúde da Mulher
<b>CGAN</b>	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
<b>DCV</b>	Doenças Cardiovasculares
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>DMG</b>	Diabetes Mellitus Gestacional
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>EAN</b>	Educação Alimentar e Nutricional
<b>EN</b>	Estado Nutricional
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>IOM</b>	<i>Institute of Medicine</i>
<b>ITU</b>	Infecção do Trato Urinário
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NV</b>	Nascidos-vivo
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
<b>PMC</b>	Programa Mãe Coruja
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>RC</b>	Rede Cegonha
<b>RI</b>	Resistência à Insulina
<b>RMM</b>	Razão da Mortalidade Materna
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>13</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 Gestação de Alto Risco</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2 Epidemiologia das complicações gestacionais</b> .....	<b>17</b>
<b>3.3 Evolução das políticas públicas de assistência à saúde materna</b> .....	<b>22</b>
<b>3.4 Hábitos alimentares na gestação</b> .....	<b>23</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1 Delineamento do Estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2 População e Amostra</b> .....	<b>26</b>
<b>4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão</b> .....	<b>26</b>
<b>4.4 Coleta e Análise de Dados</b> .....	<b>26</b>
<b>4.5 Considerações Éticas</b> .....	<b>27</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>28</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>42</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>51</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS</b> .....	<b>53</b>
<b>APÊNDICE C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	



## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é considerada um processo fisiológico que tende a transcorrer sem intercorrências, porém, dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que em 20% dos casos há a probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, configurando uma gestação de alto risco. Esta é definida por uma série ampla de condições clínicas, obstétricas ou sociais que podem trazer complicações ao período gestacional, ameaçando o bem-estar do binômio materno-fetal e comprometendo o desfecho da gravidez (BRASIL, 2012a; RICCI, 2015).

Recentes estudos demonstraram redução na Razão da Mortalidade Materna (RMM) mundial entre os anos de 1990 a 2013 (FOROUZANFAR *et al.*, 2015; KASSEBAUM *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016). No Brasil houve uma redução de 3,7% da RMM entre os anos de 1990 a 2011. Apesar dessa redução, estudiosos salientam que os resultados não devem ser considerados animadores, visto que cada óbito materno precisa ser entendido como falha do sistema de saúde, pois ainda há necessidade e carência de ações de saúde pública e sociais mais efetivas (COSTA *et al.*, 2016; MARTINS; SILVA, 2018; SILVA *et al.*, 2016).

A avaliação de risco na gravidez é uma recomendação do Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal, e aponta 35 fatores a serem considerados, assim agrupados: 1) características individuais, e condições sócio demográficas desfavoráveis; 2) história reprodutiva anterior; 3) doenças obstétricas na gravidez atual; e 4) intercorrências clínicas que podem levar uma gestação ao risco (BRASIL, 2012a). Contudo, o perfil de risco reprodutivo na população brasileira ainda é pouco estudado no país. Evidencia-se que os indicadores de saúde materna são sensíveis a formas diferenciadas de condições disponíveis à população, tais como: educação, trabalho, renda, moradia, segurança, gênero e raça/etnia, fatores que se entrelaçam e atuam como determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2012a; VITOLO, 2008).

Dentre os diversos fatores que podem interferir na evolução do período gestacional, o hábito alimentar apresenta um papel de destaque, pois interfere no estado nutricional da gestante, refletindo consequências na condição de saúde materna e infantil. A obesidade materna e o ganho de peso acima do recomendado aumentam os riscos para uma série de complicações maternas, tais como o diabetes gestacional, síndrome hipertensiva na gravidez, complicações no parto, retenção ponderal materna no pós-parto, aumento nas taxas de morbimortalidade materna (CUNHA *et al.*, 2016; FAZIO *et al.*, 2011; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2012; VITOLO, 2008). Pode resultar também, em complicações neonatais: baixo peso

ao nascer, defeito de fechamento do tubo neural e de mineralização óssea do feto, macrosomia fetal, prematuridade e mortalidade perinatal (CASTILLO; SANTOS; MATIJASEVICH, 2016; CUNHA *et al.*, 2016; TUON *et al.*, 2016; VITOLO, 2008).

As alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez determinam o aumento das necessidades nutricionais da gestante, que apesar de serem semelhantes às das mulheres não grávidas, apresentam algumas particularidades no que diz respeito às necessidades de energia, proteínas, algumas vitaminas, como a tiamina, o ácido fólico, a vitamina C, e alguns minerais como o ferro, o zinco, o cobre e o magnésio (BLUMFIELD *et al.*, 2013; BARRETO; SANTOS, DEMÉTRIO, 2013; VITOLO, 2008). Além disso, decorrem modificações no padrão alimentar habitual de gestantes que proporcionam a redução das funções gustativas e do apetite, o que pode interferir negativamente na ingestão alimentar (BARROS *et al.*, 2004; MELERE *et al.*, 2013; VITOLO, 2008).

Vale ressaltar que estudos recentes mostram que o hábito alimentar de gestantes é inadequado no que se refere à ingestão de alimentos fontes de nutrientes essenciais, apresentando excessivo consumo de alimentos com baixo teor de nutrientes, e alta densidade energética (ARAÚJO *et al.*, 2016; GOMES; FERREIRA; GOMES, 2015; SILVA *et al.*, 2018).

Este perfil alimentar é considerado fator de risco para ocorrência de distúrbios nutricionais, como o sobrepeso ou obesidade. Portanto, a assistência pré-natal torna-se essencial, uma vez que esta pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco, e prontidão para identificar problemas, impedindo complicações desfavoráveis. Além disso, permite o monitoramento do ganho de peso gestacional, por meio de orientações nutricionais do início ao final da gestação, incluindo a preparação para o aleitamento materno. A ausência de controle pré-natal, *per si*, coloca em risco tanto a gestante, quanto o recém-nascido (BRASIL, 2012a; COSTA *et al.*, 2016; RICCI, 2015).

Neste contexto, conhecer o perfil epidemiológico e avaliar os hábitos alimentares de gestantes de alto risco possibilita subsídios primordiais acerca deste público alvo, a fim de prevenir e minimizar desfechos materno-fetais desfavoráveis.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar o perfil epidemiológico e avaliar os hábitos alimentares de gestantes de alto risco atendidas em centro de referência no município de Vitória de Santo Antão-PE.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a amostra de acordo com os dados socioeconômicos;
- Verificar a prevalência das complicações gestacionais;
- Investigar o hábito da ingestão de alimentos saudáveis e não saudáveis.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Torna-se evidente a necessidade e importância da identificação dos indicadores de saúde que promovem o risco obstétrico, a fim de verificar as possíveis medidas a serem adotadas para promoção da saúde gestacional, prevenção das complicações e reduções da RMM. Ademais, diante da repercussão que a alimentação materna pode apresentar sob o desenvolvimento fetal e a saúde materna, faz-se necessária uma investigação dos hábitos alimentares das gestantes durante a assistência pré-natal de risco obstétrico, visando a adequação nutricional.

Vale ressaltar que o conhecimento das complicações na gravidez, bem como os cuidados nutricionais para o controle do peso gestacional, ainda são muito baixos em vários países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, ocorrendo assim uma procura por serviços da rede pública em consequência das alterações provocadas pelo excesso de peso neste período. Apesar da associação de riscos potenciais para mãe e feto à obesidade ser bem estabelecida, o conhecimento desses riscos e a condução da gestação de maneira adequada são ainda pouco praticados.

Soma-se aos dados anteriormente citados, a escassez de estudos epidemiológicos sobre gestantes de risco obstétrico na região de Vitória de Santo Antão-PE. Desse modo, os resultados deste estudo poderão favorecer a identificação das demandas de forma precoce da gestação de alto risco, além de auxiliar nas intervenções para um cuidado efetivo no período gestacional.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 Gestação de Alto Risco

No pré-natal, as gestações são, rotineiramente, classificadas como de risco habitual ou de maior risco. Nessa última situação, usualmente, a mulher é encaminhada a um serviço de referência para acompanhamento especializado (OLIVEIRA, MANDÚ, 2015). A Gestação de Alto Risco é definida como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2012a). Embora, os esforços dos pesquisadores para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira precoce e acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde para um eventual surgimento de risco obstétrico (FIGUEIREDO *et al.*, 2013; BRASIL, 2012a; RIBEIRO *et al.*, 2014).

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbimortalidade materna e/ou perinatal (BRASIL, 2012a).

Os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em (Quadro 01):

**Quadro 01.** Fatores de risco gestacionais anteriores à gestação (BRASIL, 2012a).

<b>1- Características individuais e condições sociodemográficas esfavoráveis:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade maior que 35 anos;</li> <li>• Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos;</li> <li>• Altura menor que 1,45m;</li> <li>• Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC30);</li> <li>• Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;</li> <li>• Situação conjugal insegura;</li> <li>• Conflitos familiares;</li> <li>• Baixa escolaridade;</li> <li>• Condições ambientais desfavoráveis;</li> <li>• Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;</li> <li>• Hábitos de vida – fumo e álcool;</li> <li>• Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.</li> </ul>
<b>2- História reprodutiva anterior:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abortamento habitual;</li> <li>• Morte perinatal explicada e inexplicada;</li> <li>• História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;</li> <li>• Parto pré-termo anterior;</li> <li>• Esterilidade/infertilidade;</li> <li>• Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;</li> <li>• Nuliparidade e grande multiparidade;</li> <li>• Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;</li> <li>• Diabetes gestacional;</li> <li>• Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).</li> </ul>
<b>3- Condições clínicas preexistentes:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão arterial;</li> <li>• Cardiopatias;</li> <li>• Pneumopatias;</li> <li>• Nefropatias;</li> <li>• Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);</li> <li>• Hemopatias;</li> <li>• Epilepsia;</li> <li>• Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);</li> <li>• Doenças autoimunes;</li> <li>• Ginecopatias;</li> <li>• Neoplasias.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2012a.

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco (Quadro 02):

**Quadro 02.** Fatores de risco gestacionais durante a gestação (BRASIL, 2012a).

<b>1- Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.</b>	
<b>2- Doença obstétrica na gravidez atual:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;</li> <li>• Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;</li> <li>• Ganho ponderal inadequado;</li> <li>• Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;</li> <li>• Diabetes gestacional;</li> <li>• Amniorrexe prematura;</li> <li>• Hemorragias da gestação;</li> <li>• Insuficiência istmo-cervical;</li> <li>• Aloimunização;</li> <li>• Óbito fetal.</li> </ul>
<b>3- Intercorrências clínicas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);</li> <li>• Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2012a.

### 3.2 Epidemiologia das complicações gestacionais

A Base de Dados de Internações Hospitalares SIHSUS - DATASUS/MS verificou que, no Brasil, no ano de 2011, 7,6% (146.044) do total de partos foram classificados como de alto risco. A região Nordeste, no ano de 2010, 8,1% (55.747) do total de partos foram de alto risco. No ano de 2011, este parâmetro apresentou um acréscimo de 1%, representando 59.980 partos de alto risco. No estado de Pernambuco, observa-se também um aumento nesta variável, de 13,8% (15.091) em 2010 para 17,8% (18.708) em 2011, estando entre os três estados brasileiros

que mais ocorreram partos de risco obstétrico, ficando atrás apenas de Roraima, com 33,6% (1.909), e do Acre, com 18,1% (2.505).

A morbimortalidade materna é considerada um importante indicador no que se refere aos desfechos do período gestacional, pois reflete a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal, onde as ações mais importantes para o seu controle são dependentes do acesso e da qualidade do cuidado e atenção realizados pelos serviços de saúde, especialmente no parto e puerpério (MORSE *et al.*, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010) a morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou até 42 dias de puerpério, independente da duração ou localização da gravidez, que ocorre devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela. Só não é considerada morte materna aquela causada por fatores acidentais ou incidentais. A OMS estimou que, em 2010, aproximadamente 287.000 mulheres no mundo morreram durante a gravidez, parto ou puerpério. Quase 90% destas mortes ocorreram na África e no sul da Ásia e apenas 0,5% em países de alta renda per capita. Países como França, Itália e Alemanha apresentam uma RMM entre 4 e 10 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, demonstrando a relação entre morte materna e desenvolvimento social, médico-científico, onde verifica-se que localidades onde a RMM é elevada (valores acima de 20 mortes maternas/ 100.000 NV) estão associadas à precária prestação de serviços de saúde, que vão desde o planejamento reprodutivo, passando pela assistência ao pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério (BRAYNER, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A mortalidade materna no Brasil caiu 58% entre 1990 e 2015, reduzindo de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Levando em consideração os dados de 2010 e 2015, a proporção da mortalidade materna diminuiu de 12%, saindo de 67,9 para 60 óbitos por 100 mil nascidos. Estes dados revelam um pequeno progresso, mas, a redução da mortalidade materna ainda está longe do ideal, pois são números bastante heterogêneos que variam conforme a região do país, de 44 até 110 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2015). Em Pernambuco, a situação não difere da encontrada no âmbito nacional, onde a maior frequência de óbitos ocorre por causas obstétricas diretas e ainda se encontra com uma RMM considerada elevada. O Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna, em 2010, revelou que no período de 2000-2010 houve um incremento de 19,5% nas mortes maternas (PERNAMBUCO, 2011).

### 3.2.1 Síndrome Hipertensiva Gestacional

A Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) é a condição específica do ciclo gravídico-puerperal que compõe o principal motivo de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012a). Enquanto nos países desenvolvidos, a SHG ocorre entre 2% e 8% das gestações, no Brasil, podem chegar a 30%, representando a terceira causa de morte materna no mundo e a principal causa de morte materna no país (MELO *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2010).

O diagnóstico de SHG é realizado através dos níveis pressóricos iguais ou superiores a 140/90 mmHg, e pode ser classificada então em quatro formas distintas: 1) pré-eclâmpsia/eclâmpsia (doença hipertensiva específica da gravidez) quando a hipertensão arterial surge após 20 semanas de gestação e associada à proteinúria ( $\geq 0,3$ g de proteína em urina de 24 horas ou  $\geq 2$  cruzes em uma amostra urinária); 2) hipertensão crônica de qualquer etiologia quando identificada antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação; 3) pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica a paciente previamente hipertensa desenvolveu proteinúria após 20 semanas de gestação; 4) hipertensão gestacional quando a manifestação ocorreu após a 20ª semana de gestação (BRASIL, 2012a; RUGOLO *et al.*, 2011).

É importante ressaltar que em relação à influência da obesidade sobre fatores de risco cardiometabólicos durante a gravidez, demonstra-se que o aumento dos níveis de pressão arterial no terceiro trimestre está associado à elevação da resistência à insulina. Os padrões de colesterol total, frações LDL, VLDL e triglicerídeos se elevam nos três primeiros trimestres e essas alterações metabólicas nas gestantes são capazes de torná-las mais propícias ao desenvolvimento de doenças cardiometabólicas (CALLEGARI *et al.*, 2014). Ademais, o desenvolvimento da SHG cursa com níveis elevados de leptina, uma proteína liberada pela placenta e pelo tecido adiposo materno, a qual funciona no controle da ingestão alimentar e aumento do gasto energético ao influenciar a secreção de insulina, a utilização de glicose, a síntese de glicogênio e o metabolismo de ácidos graxos. Os níveis elevados de leptina estão associados a níveis de IMC  $>25$  kg/m<sup>2</sup> (LEITER *et al.*, 2011).

### 3.2.2 Diabetes Mellitus Gestacional

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido, pela Associação Americana de Diabetes (ADA), como qualquer grau de intolerância à glicose, diagnosticada pela primeira vez na gestação e que pode ou não persistir após o parto (AMERICAN DIABETES

ASSOCIATION, 2011). A ocorrência de diabetes mellitus varia de 1 a 14% de todas as gestações ao redor do mundo (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS, 2010; BRASIL, 2012a; WHO, 2011). No Brasil, as prevalências de diabetes mellitus gestacional varia entre 0,2 a 3,4%, caracterizando-se como uma das principais complicações gestacionais (SANTOS *et al.*, 2012; MELO *et al.*, 2016).

Estima-se que cerca de 58% dos casos de Diabetes Mellitus (DM) na população brasileira seja decorrente à epidemia de obesidade. No que concerne as gestantes, esta epidemia irá refletir em grandes problemas para essas mulheres que possuirão maior facilidade para o desenvolvimento do DMG, que pode desencadear problemas futuros para a mãe, tais como: DM tipo 2 e síndromes metabólicas, e para o feto submetido à hiperglicemia por descompensação da mãe, e risco futuros como: desenvolvimento da obesidade, síndromes metabólicas e DM. Nas últimas décadas, foi possível observar variação na epidemiologia de acordo com método diagnóstico e situação populacional que a prevalência de DMG no Brasil seja de 1 a 37,7% e mundial uma média de 16,2% (HOD *et al.*, 2015; OPAS, 2017).

A sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e por fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o lactogênico placentário, contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrogênio, progesterona e prolactina também estão envolvidos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011). É importante ressaltar que o tratamento do DMG modifica os hábitos e costumes, além de afetar à vida familiar, profissional e emocional da gestante (HOD *et al.*, 2015).

A OMS junto com o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) entraram em comum acordo em relação ao diagnóstico do DMG, onde na primeira consulta de pré-natal a gestante é submetida ao exame de glicemia em jejum, caso seus níveis glicêmicos apresentem-se entre 92 a 125 mg/dL a gestante é diagnosticada com DMG, quando  $\geq 126$  o diagnóstico é de DM detectada na gestação, caso apresente valores  $< 92$  mg/dL a mulher é submetida ao Teste Oral de Tolerância a Glicose (TTOG) entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semanas de gestação onde a glicemia será avaliada em jejum, na primeira e segunda hora após ingestão de 75g de glicose. O controle glicêmico é mantido tanto pelo automonitoramento, quanto pela perseverança da gestante em manter hábitos de vida saudáveis, sendo o monitoramento necessário para diagnóstico, tratamento, além de promover maior segurança durante o parto e

avaliação no pós-parto (FLOR *et al.*, 2015; IMAMURA *et al.*, 2015).

### 3.2.3 Excesso de peso no período gestacional

A obesidade é considerada uma síndrome cardiometabólica crônica, complexa e multifatorial, resultante de um desequilíbrio entre a nutrição e o gasto energético (CALLEGARI *et al.*, 2014). No Brasil a sua prevalência é de 18,9%, relativamente maior em mulheres (19,6%) do que em homens (18,1%). Ela praticamente dobrou da faixa etária dos 25 a 34 anos de idade em ambos os sexos. Além disso, 15 a 20% das mulheres iniciam a gravidez com obesidade, 20 a 40% ganham mais peso que o recomendado durante o período gestacional e, conseqüentemente, ela tem aumentado entre as mulheres em idade fértil. Segundo os critérios da OMS, a prevalência de obesidade entre gestantes com índice de massa corporal (IMC > 30 kg / m<sup>2</sup>), situa-se entre 1,8% e 25,3% (CASTANO *et al.*, 2013; DREHMER, 2010; VÍTOLO, BUENO, GAMA, 2011).

Como observado em um estudo multicêntrico realizado entre 1991 e 1995 em seis capitais brasileiras, abrangendo aproximadamente 3.082 gestantes pacientes da rede pública de saúde, menos de 1/3 das mulheres obteve ganhos de peso dentro da variação recomendada segundo o *Institute of Medicine* (IOM). O percentual de ganho de peso acima do esperado – 52% – foi particularmente mais comum em mulheres que iniciaram a gestação acima do peso (IOM, 2011). Os parâmetros adotados para a vigilância nutricional em gestantes são: índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional e ganho de peso gestacional. Pela avaliação do IMC materno, é possível identificar gestantes em risco nutricional, quando classificadas como baixo peso, sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2006).

Estudos associam o excesso de peso no período pré-gestacional e no início da gestação ao risco de complicações maternas, tais como: as síndromes hipertensivas, diabetes mellitus gestacional, tromboembolismo, realização de cesariana, infecção puerperal e descontinuação do aleitamento materno. Identifica-se conjuntamente o maior risco de macrosomia fetal, má formação congênita e óbito fetal. Considerando o contexto de prevalência elevada e o crescente excesso de peso, bem como o risco que ele representa para uma série de agravos, é possível apontar a obesidade como um dos mais importantes fatores de risco obstétrico na atualidade (RIBEIRO, COSTA, DIAS, 2017).

Quanto aos desfechos neonatais, a obesidade gestacional foi relacionada a um aumento do risco de prematuridade precoce antes de 32 semanas de os recém-nascidos serem grandes para a idade gestacional (GIG), desenvolverem taquipneia transitória, sepse e admissão na UTI

Neonatal. Os riscos de natimortos, lesão ao nascimento, anomalia congênita, apneia, aspiração, convulsão e diminuição do pH do sangue do cordão umbilical, também foram evidenciados por vários estudos (SOUSA et al, 2017).

É relatado na literatura uma associação da obesidade com o desenvolvimento de malformação fetal. As cardiopatias congênicas foram o subtipo de malformação mais comum, seguido por malformações dos órgãos genitais, membros, sistema urinário, olhos, sistema digestório, fenda orofacial e sistema nervoso. Os riscos de malformações no sistema nervoso devem ser interpretados com atenção, pois a detecção pré-natal dessa malformação pode ser mais difícil em mulheres obesas. Vale ainda destacar que a obesidade na gestação está relacionada a uma condição de inflamação, distúrbio vascular e metabolismo placentário deficiente, o que poderá influenciar desfavoravelmente a organogênese e o desenvolvimento fetal (RAPOSO et al., 2014, RIBEIRO, COSTA, DIAS, 2017).

### **3.3 Evolução das políticas públicas de assistência à saúde materna**

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada pelo Ministério da Saúde (MS), pressupõe intervenções em grupos que possibilitam a realização da promoção à saúde na atenção básica (AB) de forma integral, universal e equânime. Dentre os programas desenvolvidos nesse contexto, preconizam-se ações direcionadas à saúde da criança, adulto, idoso e, sobretudo, à assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2010; STARFIEL, 2004).

As ações de saúde estabelecidas na assistência à saúde da mulher perpassam a prevenção do câncer de colo uterino, o planejamento familiar, a prevenção dos problemas odontológicos em gestantes e a assistência ao pré-natal (BRASIL, 2001). Esta última agrega um conjunto de procedimentos e cuidados dos quais fazem parte o pré-natal, o diagnóstico de gravidez, a classificação de risco gestacional desde a primeira consulta, além da suplementação alimentar para gestantes com baixo peso, vacinação antitetânica, avaliação do puerpério, entre outros cuidados (BRASIL, 2000).

A partir dos anos 1980, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a inclusão da assistência à mulher desde adolescência até a terceira idade foi favorecida no país (BRASIL, 1975; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2006). Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria/GM nº 569, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe, no período pós-parto (BRASIL, 2000). Este programa, implantado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2002, está alicerçado no direito de cidadania, no direito ao

acesso por parte das gestantes e dos recém-nascidos à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, assegurando a integralidade da assistência nos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incorporava um enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Em Pernambuco, as altas taxas de mortalidade materna assinalaram a necessidade de ações específicas que apresentassem maior impacto para a inversão deste indicador, levando o governo estadual a lançar, em 2007, o Programa Mãe Coruja (PMC). Em 2009, através da lei 13.959, este programa foi instituído como uma política pública estadual de redução da morbimortalidade materna e infantil, que potencializa o investimento na primeira infância.

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, estratégia que garante o acesso, o acolhimento e a resolutividade da atenção à mulher e à criança, além de reduzir a mortalidade materna e infantil. Esta política pública representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado com a gravidez, com o parto e com o nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica, e tem um caráter bastante resolutivo na redução da mortalidade materna e neonatal, por ser uma medida de enfrentamento (BRASIL, 2011).

Com base no PHPN, em 2012, o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco foi criado e tem como objetivo “auxiliar a equipe de saúde, disponibilizando instrumentos no processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem da gestação de alto risco” (BRASIL, 2012a).

### **3.4 Hábitos alimentares na gestação**

Durante a gestação, além das alterações fisiológicas que podem refletir nas escolhas alimentares, a mulher está sujeita a novos aspectos, saberes ou crenças, sejam eles familiares, culturais, biomédicos ou de outra fonte, mas que são incluídos no comportamento, escolhas e hábitos alimentares (FREITAS *et al.*, 2011; SAUNDERES, 2009). As mudanças alimentares podem trazer benefícios quando as escolhas são positivas do ponto de vista nutricional, ou resultar em prejuízos, ao excluir grupos alimentares importantes e adicionar alimentos com baixo teor em nutrientes que não contribuem para a saúde e desenvolvimento gestacional e do

concepto (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A importância de estudar os hábitos alimentares de gestantes decorre do fato da alimentação ter repercussões sobre a saúde da mãe e do feto, intensificando-se quando a gestação é de alto risco (BARGER, 2010; PROCTER, CAMPBELL, 2014). No Brasil, a assistência pré-natal tem como uma de suas ações relacionada aos hábitos alimentares o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso no período gestacional e o oferecimento de orientações nutricionais direcionadas às mulheres do início da gravidez até o final da amamentação (BRASIL, 2012a). Para evitar o consumo alimentar inadequado, busca-se orientar quanto às recomendações nutricionais, contemplando no consumo alimentar das gestantes os diferentes grupos alimentares em proporções adequadas, a exemplo dos cereais, raízes e tubérculos, leguminosas, hortaliças, frutas, carnes, leites e produtos lácteos, açúcares, óleos e gorduras. Estes grupos são recomendados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, que proporciona incentivo a alimentação saudável, inserindo aspectos da acessibilidade, variedade, cor e harmonia, capazes de prevenir as deficiências nutricionais (BRASIL, 2014).

Deste modo, o monitoramento nutricional pode ser visto como fator positivo na prevenção da morbidade e da mortalidade das gestantes, com melhora dos desfechos na saúde materno-infantil e no pós-parto, promovendo um bom prognóstico nos primeiros anos de vida na saúde da criança e para a mulher, na promoção de sua saúde (ALENCAR *et al.*, 2016; GOMES *et al.*, 2019).

#### 3.4.1 Educação Alimentar e Nutricional como estratégia de promoção para hábitos alimentares saudáveis

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) se conceitua como um objeto de ação multiprofissional, intersetorial e transdisciplinar, em que o conhecimento e o aprendizado, contínuo e permanente, propõem-se a desenvolver a autonomia e a voluntariedade ante os hábitos alimentares saudáveis, fazendo o uso de recursos e abordagens educacionais ativas e problematizadoras. Dessa forma, a EAN protagoniza importante eixo na promoção de hábitos alimentares saudáveis, sendo uma estratégia indispensável dentro das políticas públicas em alimentação e nutrição (BRASIL, 2012b; BOOG, 2013).

No período gestacional, as intervenções educacionais para comportamentos alimentares saudáveis são enfatizadas como ferramentas para promover a saúde e estilos de vida saudáveis, que incluem ganho de peso adequado, atividade física, consumo de alimentos apropriados,

suplementação de vitaminas e minerais, uso do tabaco, álcool e outras substâncias (ILMONEN, ISOLAURI, LAITINEN, 2012; FOWLES, 2010).

Nesse sentido, a alimentação e a nutrição fazem parte das condições básicas para a promoção e proteção à saúde, sendo que as estratégias de EAN representam papel fundamental no contexto da atenção primária a saúde e no processo de pré-natal, possibilitando aproximação do trabalho educativo às usuárias, ampliando o seu campo de intervenções e resolubilidade (ALENCAR *et al.*, 2016; BRASIL, 2012; JAIME *et al.*, OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, que faz parte de um projeto maior intitulado “Promoção da Saúde da Gestante: Uma abordagem da obesidade no período Gestacional”, desenvolvido no ano de 2017, realizado na cidade de Vitória de Santo Antão - PE, localizada a 40 km da capital Recife, Brasil. O município possui uma instituição de referência para acompanhamento de gestação de alto risco, o Centro de Especialidades da Saúde da Mulher (CESMU) que atende a esta demanda específica na cidade.

### **4.2 População e Amostra**

A amostra populacional foi constituída por 90 gestantes de alto risco atendidas no período de janeiro a novembro de 2017, que concordaram participar da pesquisa, se enquadraram nos critérios de elegibilidade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A seleção da amostra aconteceu por demanda espontânea.

### **4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídas na pesquisa gestantes que realizaram seu pré-natal de alto risco no CESMU, com idade maior ou igual a 18 anos e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Em contrapartida, foram excluídas as gestantes que não se enquadraram dos requisitos estabelecidos.

### **4.4 Coleta e Análise de Dados**

A coleta de dados foi realizada através da análise dos prontuários das gestantes e por intermédio de entrevista individual, mediante a utilização de um questionário semiestruturado (APÊNDICE B) elaborado pela pesquisadora e orientadoras, contendo: dados sócio-demográficos (faixa etária, cor/raça, estado conjugal, escolaridade, ocupação e renda), intercorrências clínico-obstétricas da gestação atual e fatores comportamentais. O hábito alimentar das participantes foi coletado utilizando este mesmo questionário, avaliando a frequência e qualidade da ingestão alimentar das gestantes.

Os registros foram organizados em um banco de dados utilizando o programa *Microsoft Excel* (versão 2010) e submetidos à análise no programa *Epi-Info* versão 7.2. Os dados são apresentados em forma de percentuais em tabelas e gráficos.

#### **4.5 Considerações Éticas**

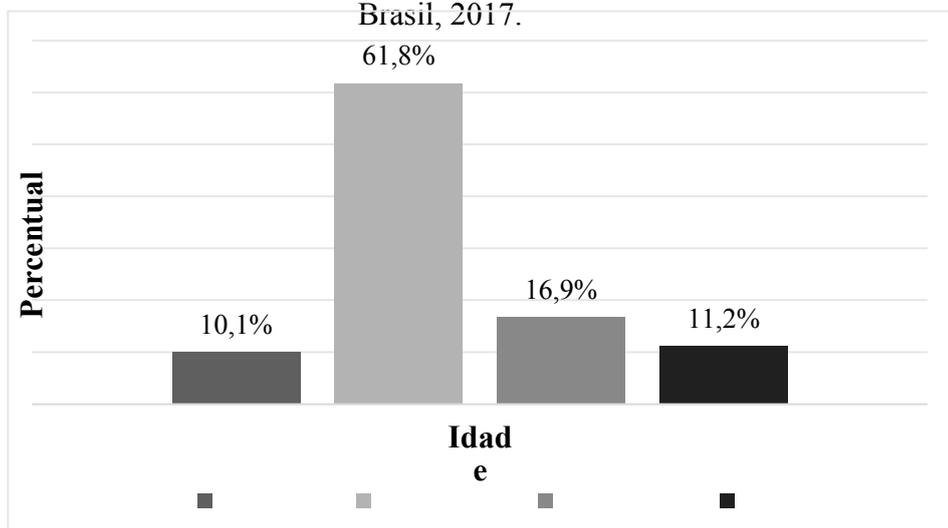
A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória de Santo Antão-PE, e teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (APÊNDICE C) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 49843914.0.0000.5208).

As participantes foram informadas a respeito de todos os aspectos da pesquisa, e após, convidadas a participar voluntariamente do estudo. A pesquisa envolveu riscos mínimos à saúde em torno da fragilidade emocional do público trabalhado, porém, não foi realizado nenhum procedimento invasivo. A aplicação do questionário foi executada priorizando a privacidade das avaliadas, evitando assim, riscos de constrangimento.

## 5 RESULTADOS

Após análise dos dados, os resultados estão abaixo apresentados, na forma de gráficos e tabelas.

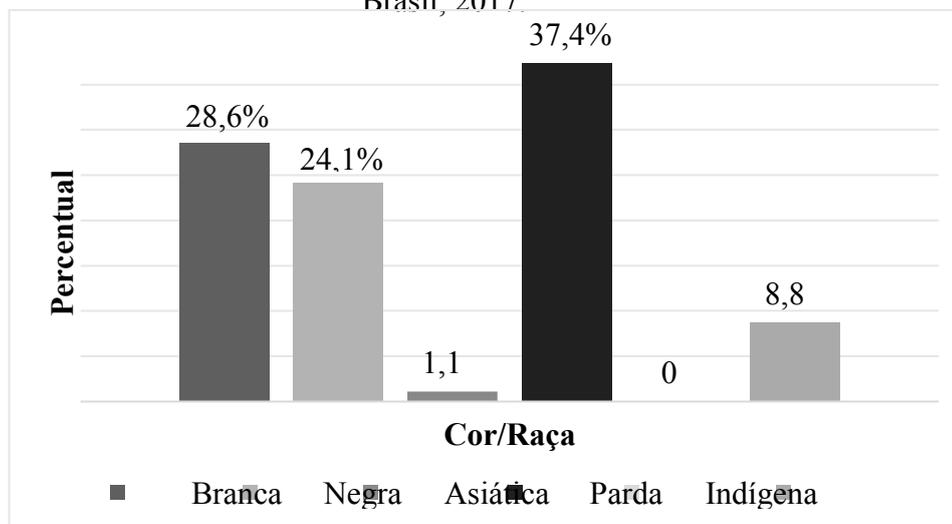
**Gráfico 1.** Faixa etária das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.



Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

Conforme mostra o Gráfico 1, a maioria das gestantes possuía faixa etária de 20 a 29 anos (61,8%); 16,9% estavam na faixa de 30-34 anos; 11,2%, com idade  $\geq 35$  anos; e 10,1%,  $< 20$  anos.

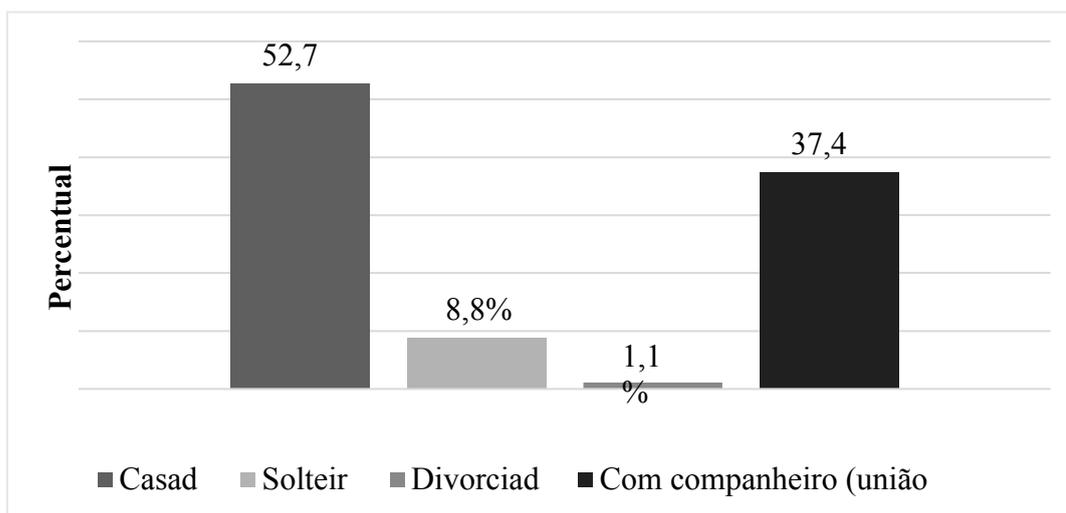
**Gráfico 2.** Cor/etnia das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.



Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

No Gráfico 2, observa-se que em relação à raça/cor (autodeclaração) 37,3 % das gestantes se declararam parda; 28,6 % branca e 24,1% negra.

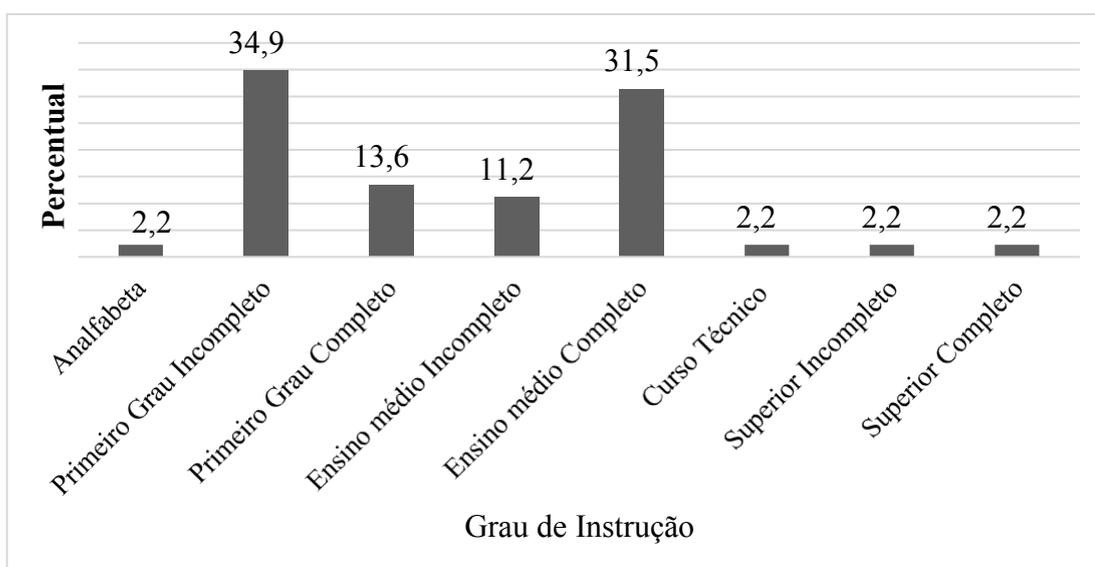
**Gráfico 3.** Situação Conjugal das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.



Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

Na caracterização do estado civil (Gráfico 3), houve predominância das casadas (52,7%) seguida daquelas com união estável (37,4%).

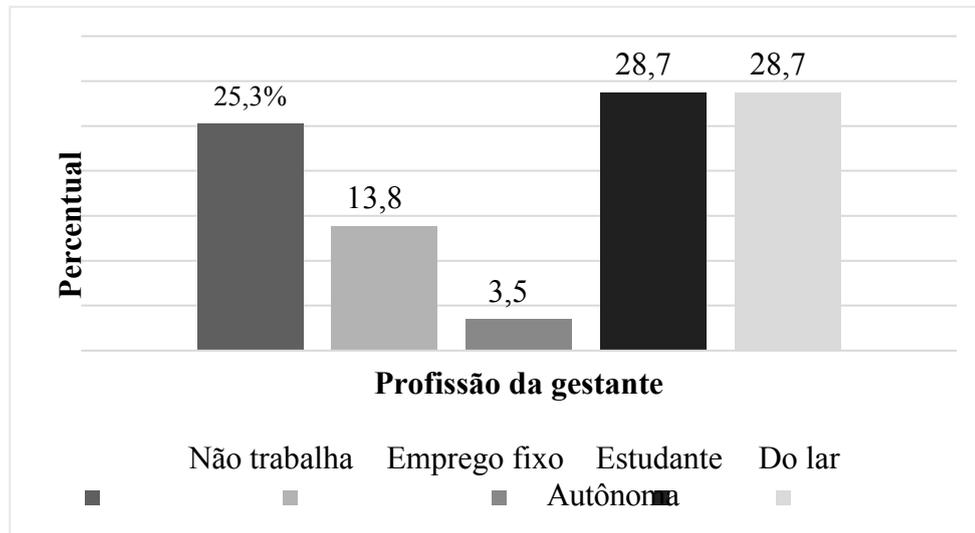
**Gráfico 4.** Grau de instrução das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.



Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

No que diz respeito ao grau de escolaridade (Gráfico 4) apesar de 38,1% possuir 2º grau (35,9%) ou ensino superior (2,2%), 61,9% não possuía ensino médio completo.

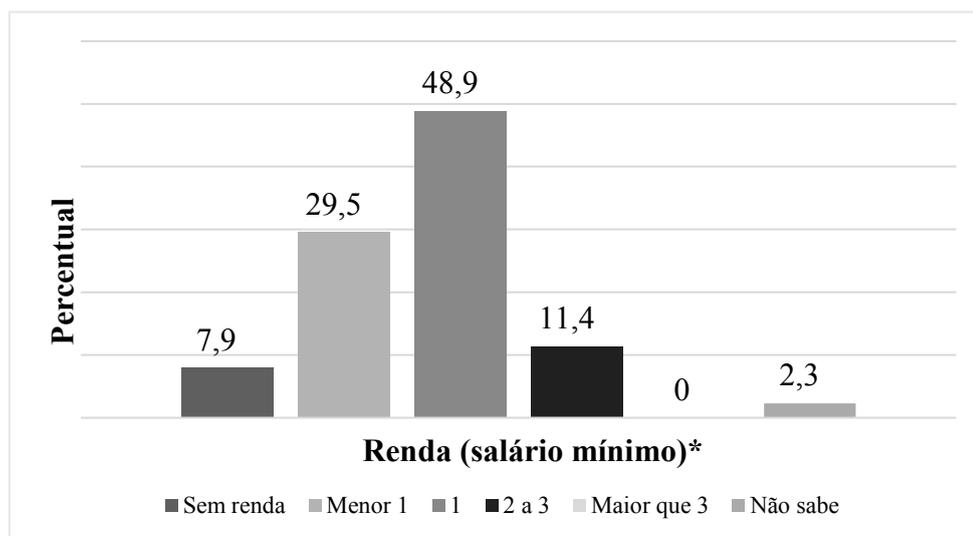
**Gráfico 5.** Ocupação das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.



Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

No Gráfico 5 é mostrado a ocupação das gestantes, observando-se que 28,7% se declararam do lar; 28,7%, autônoma; 25,3%, desempregada; 13,8% possuía emprego fixo; e 3,5%

**Gráfico 6.** Renda mensal familiar das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.



\*Valor do salário mínimo considerado na coleta: R\$724,00

Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

A renda mensal familiar das gestantes pode ser considerada baixa, conforme demonstra

o Gráfico 6, ou seja, 48,9% recebia um salário mínimo, enquanto 7,9% alegaram não possuir renda. Ressalta-se que não se recebiam incentivos sociais como Bolsa Família.

**Tabela 1.** Distribuição das complicações gestacionais mais prevalentes em gestantes de alto risco atendidas no CESMU. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2017.

VARIÁVEL	%		
	SIM	NÃO	NÃO SABE
<b>HAS</b>	27,6	72,4	0
<b>DM</b>	12,6	87,4	0
<b>Evento Coronariano</b>	3,5	95,3	1,2
<b>Hipertrigliceridemia</b>	4,6	87,2	8,2
<b>Hipercolesterolemia</b>	4,6	88,4	7,0
<b>Anemia</b>	36,8	63,2	0
<b>ITU</b>	34,9	65,1	0
<b>Pré-eclâmpsia</b>	1,1	98,9	0
<b>Eclâmpsia</b>	1,1	98,9	0
<b>Parto Cesariano</b>	7,8	92,2	0
<b>Parto pré-maturo</b>	1,1	98,9	0
<b>Macrossomia</b>	3,7	92,6	3,7
<b>Malformações</b>	2,6	96,1	1,3

\***HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica; **DM:** Diabetes Mellitus; **ITU:** Infecção do Trato Urinário.

Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017

A Tabela 1 demonstra que as complicações maternas mais prevalentes foram anemia (36,8%), infecção do trato urinário (ITU) (34,9%), seguida de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (27,6%) e diabetes mellitus (DM) (12,6%).

**Tabela 2.** Uso da suplementação e conhecimento da importância de ácido fólico em gestantes de alto risco atendidas no CESMU. Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017.

VARIÁVEL	%	
	SIM	NÃO
<b>Ácido fólico</b>	100	0
<b>Importância</b>	82,7	17,3

Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

No que diz respeito à suplementação de ácido fólico, todas as entrevistadas faziam uso, porém, 17,3% não era ciente da importância deste nesta fase.

**Tabela 3.** Distribuição das consultas periódicas antes da gestação em gestantes de alto risco atendidas no CESMU, Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017.

VARIÁVEL	
CONSULTAS PERIÓDICAS	%
Médicos	42,5
Nutricionistas	8,2
Enfermeiros	49,3

Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

A Tabela 3 demonstra as consultas com diferentes profissionais da saúde, essenciais para um manejo efetivo na gestação. Apenas 8,2% consultaram-se com nutricionista, 42,5% das gestantes informaram consultar-se periodicamente com médicos e 49,3% com profissionais da enfermagem. Vale ressaltar que o centro de referência em questão não possui nutricionista.

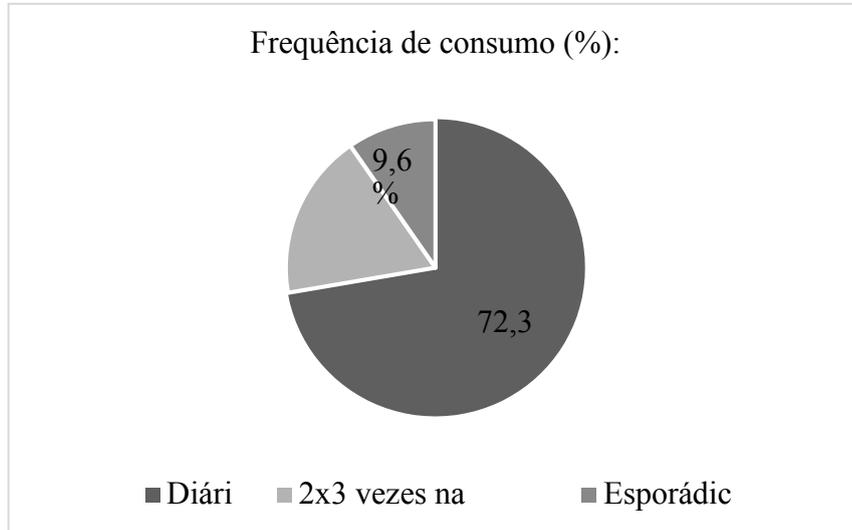
**Tabela 4.** Consumo de grupos de alimentos saudáveis e não saudáveis pelas parturientes analisadas no CESMU, Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017.

VARIÁVEL	SIM	NÃO
	%	%
Frutas, legumes, verduras e grãos	94,4%	5,6%
Frituras, enlatados, ou carnes gordas (incluindo frango com pele)?	64%	24%

Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

Quanto aos hábitos alimentares das gestantes entrevistadas, 94,4% referiram consumir frutas, legumes, verduras e grãos, porém, 64% afirmaram consumir alimentos não saudáveis, como frituras, enlatados e carnes gordas (Tabela 4).

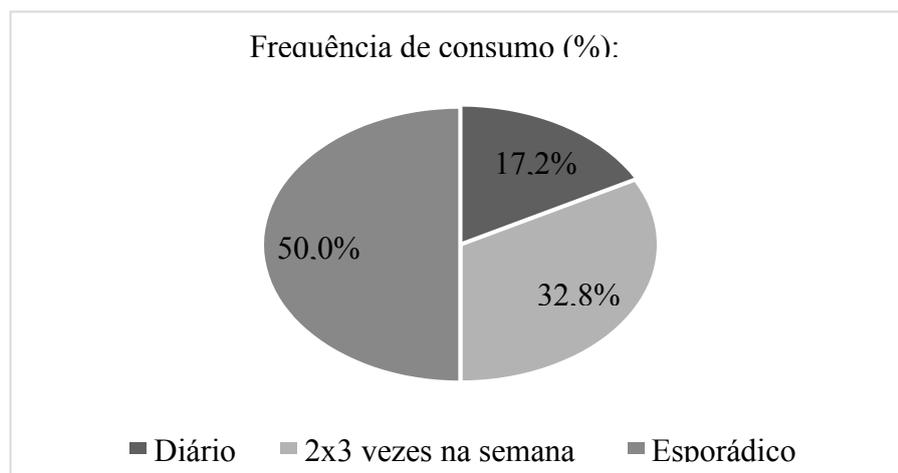
**Gráfico 7.** Frequência de consumo de grupos de alimentos saudáveis (frutas, verduras, legumes e grãos) pelas parturientes analisadas no CESMU, Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017.



Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

Conforme o Gráfico 7, ao avaliar a frequência desse consumo, 72,3% afirmaram ingerir os alimentos classificados como saudáveis de forma diária, 18,1% de 2 a 3 vezes na semana, e 9,6% esporadicamente.

**Gráfico 8.** Frequência de consumo de grupos de alimentos não saudáveis (frituras, enlatados e carnes gordas) pelas parturientes analisadas no CESMU, Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2017.



Fonte: OLIVEIRA, M. H. M., 2017.

Metade das avaliadas (50%) consumiam o grupo dos alimentos não saudáveis de forma esporádica, 32,8% de 2 a 3 vezes na semana, e 17,2% diariamente (Gráfico 8).

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo identificou o perfil epidemiológico e os hábitos alimentares de 90 gestantes de alto risco atendidas no CESMU, na cidade de Vitória de Santo Antão-PE, mostrando que em sua maioria eram mulheres jovens, com predomínio da faixa etária de 20 a 29 anos (61,8%). Aparentemente, a idade não foi um fator determinante para o risco gestacional nesse estudo, correspondendo ao período mais fértil da mulher. Este resultado foi semelhante aos dados encontrados no estado do Maranhão, em 2014, onde foram acompanhadas 43 gestantes e verificou-se que 60,5% eram mulheres jovens, em idade fértil com predomínio da faixa etária entre 21 e 30 anos (LEAL *et al.*, 2017). Dados similares, também foram encontrados por Silva e colaboradores (2018).

Quanto a idade superior a 35 anos, o presente estudo apresenta uma parcela considerável de gestantes (11,2%) nesta faixa etária, quando comparada a estudos realizados em gestantes de pré-natal de alto risco em Recife-PE e em Divinópolis-MG (CARVALHO *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2015). Segundo consta na literatura, o risco de complicações materno-fetais é maior em gestantes adolescentes (<15 anos), bem como em mulheres com idade acima de 35 anos (BRASIL, 2012a). Ainda, mulheres com idade avançada, comparadas com mulheres adultas e adolescentes, apresentam maior risco de parto cesáreo, pré-eclâmpsia, diabetes e ruptura prematura de membranas e com prognóstico fetal desfavorável (SANTOS *et al.*, 2009).

No que diz respeito à etnia, a prevalência da cor parda mostra-se compatível com dados da literatura para gestantes da região Norte e Nordeste do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Resultados similares também foram observados por Sampaio, Rocha e Leal (2018), ao estudarem gestantes de alto risco atendidas em maternidade pública no Rio Branco, Acre. Vale destacar que no Brasil foi observada uma persistente situação desfavorável para as mulheres de cor preta e parda. Estas apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal, e menos ainda de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez (MATIJASEVICH *et al.*, 2013; OLIVEIRA; BARROS; FERREIRA, 2015). Vale destacar que mulheres negras apresentam hipertensão arterial de forma mais precoce, frequente e grave, sendo a principal causa de morte materna (BRASIL, 2005; TEIXEIRA; VASCONCELOS, RIBEIRO, 2015).

A situação conjugal insegura é um agravante à saúde materna e, segundo o MS, é considerada fator de risco gestacional, principalmente em se tratando de gestantes de alto risco,

as quais mostram-se mais suscetíveis a desequilíbrio emocional, fato agravado pela ausência da figura paterna.

Neste aspecto, verifica-se no Gráfico 3, que a maioria das gestantes, avaliadas nesta pesquisa, eram casadas ou conviviam com seu companheiro, indicando similaridade com os estudos realizados em um Centro Obstétrico no Sul do estado de Santa Catarina, entre os anos de 2012 e 2013, em que a maioria das gestantes tinham uma união estável ou eram casadas (BRASIL, 2012a; COSTA et al., 2017; SILVA; GOETS; SANTOS, 2017).

Quanto à escolaridade, apesar de cerca de 38% das gestantes possuírem 2º grau ou superior, a grande parte, 61,9%, não possuía ensino médio completo. A baixa escolaridade pode ser um agravante para a saúde das mulheres, sendo considerada pelo MS como um fator de risco obstétrico (BRASIL, 2012a). Salienta-se que essa variável também é fator diferencial no processo de acesso à assistência pré-natal, e pode ser entendida como um indicador de condição social. O grau de instrução mais elevado facilita, na maioria das vezes, o acesso ao emprego e conseqüentemente, elevação da situação socioeconômica da família, assim como a percepção da importância dos desfechos materno-fetais (ANDRADE *et al.*, 2018; BARBOSA *et al.*, 2013). Gestantes com maior grau de instrução possuem duas vezes mais registro de acesso ao adequado número de consultas no pré-natal (6 ou mais), e com isso, mais chances de iniciá-la mais cedo. Em consequência, estas mães podem dar maior destaque ao pré-natal, bem como ter uma admissão mais favorável ao acompanhamento de sua gestação (ANDRADE *et al.*, 2018).

Arelada a esta variável, temos a ocupação das gestantes. Verificou-se que em relação a profissões exercidas pelas gestantes do CESMU, os dados corroboram com outros estudos que analisaram o perfil das gestantes de alto risco no município do Recife e em outras regiões do Brasil, em que foi verificado que grande parte das gestantes se dedica ao cuidado do lar (COSTA *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2017). Isto reflete na diminuição na renda familiar, que neste estudo é de um salário mínimo (48,9%), o que também é considerado um fator de risco para o aparecimento de complicações durante a gravidez, pois o acesso a uma alimentação saudável é dificultado, podendo resultar em complicações, como baixo peso ao nascer e prematuridade (BRASIL, 2012a). Não foi verificado se as mulheres com renda menor do que um salário mínimo recebiam Bolsa Família ou se esse recurso era oriundo de ajudas sociais.

Nos estudos realizados no estado do Rio de Janeiro no ambulatório do IFF/Fiocruz, por Xavier *et al.* (2013), uma unidade de referência para gravidez de alto risco fetal, encontrou-se associação entre baixa renda familiar e maior ocorrência de malformações fetais. No grupo estudado, foram predominantes as malformações fetais do sistema nervoso central (40%), justamente aquelas que mais têm sido relacionadas com carência nutricional e exposições

ambientais. Condições socioeconômicas maternas desfavoráveis como baixa renda e baixa escolaridade, têm sido associadas a maior prevalência de bebês com defeitos congênitos.

No presente estudo, as complicações gestacionais mais prevalentes foram a anemia (36,8%), ITU (34,9%), HA (27,6%) e DM (12,6%). Dentre as modificações fisiológicas na gestação, há uma elevação na hematopoese com um aumento importante na demanda metabólica pelo mineral ferro, o que pode contribuir para o risco de aparecimento de anemia ferropriva (OLIVEIRA, BARROS, FERREIRA, 2015). A anemia quando somada a outros problemas gestacionais pode elevar o risco gestacional e resultar no aumento da taxa de morbimortalidade materno-fetal (BRASIL, 2012a).

Nesta pesquisa, 36,8% das mulheres apresentaram anemia na gestação, percentual que foi inferior ao índice considerado pela OMS como um problema de saúde pública grave (>40%) (BENOIST *et al.*, 2008). Contudo, esse percentual deve ser reduzido, uma vez que o valor encontrado é considerado de relevância moderada. Além disso, as condições de saúde física da gestante e da criança podem ser influenciadas pela vulnerabilidade socioeconômica que promove um contexto de Insegurança Alimentar e Nutricional, importante fator de risco que pode comprometer o estado nutricional e o perfil sérico de micronutrientes, potencializando as carências nutricionais, como a anemia (BREYMANN, 2015; MARANO *et al.*, 2014).

No Brasil, não há um estudo de abrangência nacional sobre a prevalência de anemia neste grupo populacional, mas estudos indicam diferenças regionais importantes, com variação de 6,3% no Sul a 33,5% no Nordeste. Cerca 5-10% dos casos de anemia durante a gravidez são graves, causados principalmente por deficiências de micronutrientes e estão associados a efeitos adversos sobre os resultados da gravidez, como morte materna, hemorragia pós-parto e aborto espontâneo, além da associação com baixo peso ao nascer, parto prematuro e anemia em recém-nascidos (DIEHL, ANTON, 2016; MARANO *et al.*, 2014).

O MS recomenda no mínimo seis consultas pré-natais e a anemia deve ser investigada pelo menos em dois momentos: o mais precocemente possível e na 28ª semana. Recomenda a suplementação profilática com ferro da 20ª semana gestacional até o 3º mês pós-parto. Embora ações de suplementação medicamentosa e fortificação de alimentos sejam de extrema relevância para melhorar o estado nutricional de ferro da população, o combate à anemia não deve ser limitado a essas medidas. É necessário priorizar o combate às iniquidades em saúde, a melhoria na distribuição de renda, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2012b).

A infecção do trato urinário (ITU) é comum durante a gestação, ocorrendo em 17 a 20% das gestações e se associa a complicações como: ruptura prematura de membranas ovulares

trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal (BRASIL, 2012a). As modificações anatômicas e fisiológicas impostas pela gravidez sobre o sistema urinário favorecem a colonização e persistência de bactérias na urina. Dentre essas mudanças destacam-se: a dilatação pélvica e, aumento do tamanho renal, aumento da produção de urina, mudança na posição da bexiga que de pélvica passa a abdominal e relaxamento da musculatura lisa da bexiga e do ureter (SANTOS, SILVA, PRADO, 2017).

Alguns estudos também elencaram a ITU como uma das principais prevalências entre as complicações clínicas em gestantes de alto risco. Mendonça e colaboradores (2019), verificaram o percentual de 20,2% em hospital universitário de Maceió, enquanto Sampaio, Rocha e Leal (2018) encontraram a predominância de 39,9% de parturientes atendidas em maternidade pública no Acre. Para que casos graves de ITU possam ser evitados, o MS recomenda o rastreamento da bactéria assintomática, através da realização de dois exames de urina durante o pré-natal, bem como seu tratamento durante a gestação (BRASIL, 2012a).

Os distúrbios hipertensivos são as complicações mais comuns no pré-natal, acometendo 12 a 22% das gestações, sendo a eclâmpsia uma das principais causas de óbito materno em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Costa e colaboradores (2016) encontraram valor próximo ao do presente estudo, referente às parturientes portadoras de HAS crônica ou as que desenvolveram Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), representando 24,6% da amostra. Alves e colaboradores (2019) verificaram o diagnóstico de hipertensão presente no prontuário de gestantes atendidas em maternidade pública de Sergipe, 44,74% apresentavam hipertensão gestacional e 13,16% tiveram diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Esses dados são alarmantes, visto que a HAS na gestação é considerada a patologia que traz mais efeitos prejudiciais para o organismo da mãe e do feto, ocasionando prematuridade e o baixo peso ao nascer, que são considerados os principais determinantes do risco de morte no período neonatal e dos problemas de desenvolvimento na infância, além de aumentarem a probabilidade de ocorrência de várias doenças na vida adulta (PRADO *et al.*, 2017). Nesse sentido, o diagnóstico da SHG deve ser o mais precoce possível, objetivando impedir a evolução da mesma (BRASIL, 2012a).

Chama atenção a prevalência de 12,6% de diabetes nas gestantes estudadas, dado este que diverge dos resultados encontrados por Sampaio, Rocha e Leal (2018), que verificaram apenas 8 gestantes diabéticas dentre as 326 entrevistadas; e também daqueles relatados por Rodrigues *et al.* (2018), obtendo o dado de 5 gestantes diabéticas de 68 gestantes avaliadas. Após o diagnóstico da DMG, as gestantes devem ser encaminhadas para serviços especializados, como o de Nutrição, visando atingir as recomendações do ganho de peso para

o estado nutricional por antropometria progressiva, e principalmente equilibrar o metabolismo de carboidratos, a partir de prescrição dietética individualizada (SAUNDERS, BESSA, PADILHA, 2015; PADILHA *et al.*, 2010).

Na impossibilidade de alcançar o equilíbrio metabólico, as gestantes devem ser encaminhadas para tratamento de insulino-terapia, já que as principais consequências do DMG são, para a mulher, o parto cesariano e o desenvolvimento de pré-eclâmpsia; e para o concepto, a prematuridade, o crescimento fetal excessivo (macrossomia), a distócia de ombro, a hipoglicemia e a morte perinatal (THOMAZ *et al.*, 2013).

No que diz respeito à suplementação de ácido fólico, 100% das gestantes faziam uso. No Brasil, estudos anteriores observaram prevalências inferiores à encontrada neste estudo. Em Rio Grande, município do Rio Grande do Sul, estudo realizado com 2.685 gestantes mostrou prevalência de uso de ácido fólico em algum momento da gestação de 54,2% (LINHARES, CÉSAR, 2017). Em Diamantina, Minas Gerais, a prevalência de uso de ácido fólico entre as 280 gestantes avaliadas foi de 31,3% (BARBOSA *et al.*, 2011). Em outro estudo realizado por Linhares e César (2017), as maiores prevalências de suplementação foram observadas entre mulheres de cor da pele branca, que viviam com companheiro, com maior escolaridade e renda, primíparas, que haviam planejado a gravidez, que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, tendo seis ou mais consultas. Contudo, destas, 17,3% das parturientes não sabiam o papel do ácido fólico no processo gestacional, alertando sobre a efetividade e implementação da educação em saúde na assistência pré-natal.

É importante ressaltar que este micronutriente tem importante papel na produção e manutenção de novas células, maturação e formação de glóbulos vermelhos e brancos na medula óssea. A deficiência de ácido fólico está associada ao aumento de defeitos do tubo neural (DTN) no feto e à anemia megaloblástica na mãe. Há evidências suficientes de que a suplementação de ácido fólico no início da gestação reduz em até 75% o risco de o bebê nascer com DTN (BLENCOWE *et al.*, 2010; LANSKA, 2009; LIMA *et al.*, 2009; PONTES; PASSONI; PAGONOTTO, 2008; TALAULIKAR; ARULKUMARAN, 2011). A OMS e o MS recomendam a dose de 400µg (0,4mg), diariamente, por pelo menos 30 dias antes da concepção até o primeiro trimestre de gestação para prevenir os defeitos do tubo neural e durante toda a gestação para prevenção da anemia. E para as mulheres com antecedentes de malformações congênitas o MS recomenda a dose de 5 mg/dia a fim de reduzir o risco de recorrência de malformação (OMS, 2013; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

O número de consultas realizadas no pré-natal é um reconhecido indicador de qualidade da assistência à saúde na gestação. Cerca de metade das grávidas, não realizaram um

acompanhamento adequado com médicos e enfermeiros, e apenas 8,2% delas, recorreram ao auxílio de um nutricionista. O centro de referência em questão, não possui uma equipe interprofissional, como por exemplo, o profissional nutricionista, dificultando o acesso do cuidado integral à gestante. Desse modo, a prestação de um pré-natal de qualidade e com participação da equipe multiprofissional ainda está aquém do esperado, dificultando o controle e tratamento das complicações gestacionais. Vale ressaltar que tanto o número de consultas com o obstetra, enfermeiros, como a recomendação de intervenção do profissional Nutricionista, são importantes para um pré-natal com qualidade de acesso e integralidade de serviços prestados (BRASIL, 2012a; SAUNDERS; BESSA; PAILHA, 2011),

Guerra e colaboradores (2018) demonstraram que apenas 40 gestantes (22,5%) realizaram consultas com o Nutricionista durante o período estudado. No estudo de Morais e colaboradores (2019), quando questionadas sobre consulta com nutricionista no último ano, sete gestantes (35%) responderam que procuraram e 13 (65%) gestantes responderam que não. Na pesquisa de Carvalho e Araújo (2007), 84,4% das gestantes de alto risco atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade do Recife-PE apresentaram o pré-natal considerado inadequado em relação às consultas periódicas. O estudo de Saunders e colaboradores (2011) sugerem que o acompanhamento nutricional na gestação, contribui para a estruturação de uma assistência pré-natal de qualidade, com condutas preventivas de baixo custo e que propiciam melhorar a saúde da mulher e do concepto.

No que se refere aos hábitos alimentares, sabe-se que estes possuem envolvimento de práticas, crenças, comportamentos e tabus, ou seja, relacionam-se aos aspectos antropológicos, culturais, socioeconômicos e psicológicos que envolvem o ambiente de cada indivíduo. O comportamento alimentar, por sua vez, está relacionado a estas práticas alimentares, as quais são contempladas nos hábitos alimentares, além da influência de um conjunto de atributos socioculturais envolvidos com o ato de se alimentar (FREITAS *et al.*, 2011). Dentre os fatores socioeconômicos, percebe-se a relação entre a escolaridade e o consumo alimentar, sugerindo ingestão alimentar inadequada de gestantes que possuem menos de quatro anos de estudos (HOFFMANN *et al.*, 2015).

Neste sentido, a OMS, desde o final da década de noventa, vem preconizando que as recomendações alimentares para populações sejam baseadas em alimentos, e não apenas em ingestão de nutrientes específicos (GOMES *et al.*, 2019; OMS, 1998). De acordo com o material instrutivo elaborado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), no qual estabelece 10 passos fundamentais para uma alimentação saudável e adequada na gestação, é recomendado o consumo diário de grãos, oleaginosas, leguminosas, frutas e verduras, e evitado

as frituras, industrializados, enlatados, carnes gordas, entre outros (BRASIL, 2013).

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que 72,3% das entrevistadas consumiam diariamente frutas, verduras, legumes e grãos. Esse dado diverge do encontrado por Silva et al. (2018), pois constataram que apenas 25,3% de gestantes atendidas na atenção primária à saúde do município de Vitória de Santo Antão-PE, consomem diariamente esse grupo de alimentos. Em contrapartida, 64% das gestantes consumiam alimentos classificados como não saudáveis, como enlatados, frituras e carnes gordas, e desse percentual, 50% consomem mais de duas vezes por semana, portanto, divergindo das recomendações estabelecidas pelo MS para um manejo nutricional adequado. A outra metade diz ingerir esses alimentos de forma esporádica. No estudo realizado por Gomes e colaboradores (2019), que teve por objetivo a análise da produção bibliográfica sobre hábitos alimentares de gestantes brasileiras, a grande maioria dos resultados encontrou hábitos alimentares diferentes daqueles recomendados pelos guias atuais brasileiros.

Vale salientar que uma das limitações do presente estudo foi a não utilização do recordatório alimentar de 24 horas ou questionário de frequência alimentar (QFA), que permitem uma comparação entre as informações colhidas sobre o consumo alimentar, a real prática de alimentação realizada por elas e avaliação de consumo de grupos alimentares durante a gestação. Tais instrumentos, são mais sensíveis e sua utilização deve ser considerada e melhor investigada (BARBIERI *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2018). Contudo, o objetivo principal foi identificar um perfil epidemiológico e investigar os hábitos alimentares do público alvo para que medidas preventivas fossem implementadas, através do projeto de extensão intitulado: Promoção da Saúde da Gestante: Abordagem da Obesidade no Período Gestacional, permitindo o diagnóstico precoce das patologias, a fim de minimizar futuros desfechos desfavoráveis.

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados aqui evidenciados mostram o perfil epidemiológico e os hábitos alimentares das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal do CESMU do município de Vitória de Santo Antão-PE, destacando a importância e necessidade de estudos nutricionais como fonte primordial de informações para o direcionamento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde na assistência pré-natal de gestantes de risco, um serviço diferenciado e complexo.

Este estudo identificou uma população de baixa renda, baixa escolaridade com prevalência de complicações gestacionais que afetam o binômio “mãe-filho”, além de práticas alimentares inadequadas e aquém, em relação às orientações estabelecidas pelos guias alimentares brasileiros.

Imprescindível para o referido Centro, uma atuação multiprofissional com a presença de nutricionista, com fim de acompanhamento do ganho de peso gestacional, estado nutricional e orientações nutricionais, além de profissionais como psicólogos, farmacêuticos, dentre outros, com vista a diagnósticos e planejamento de ações voltadas à ampliação do cuidado efetivo à gestante de risco, visando o bem-estar da gestante assistida.

Os resultados deste diagnóstico possibilitaram ações voltadas à redução das fragilidades do público alvo, principalmente quanto ao direcionamento de práticas alimentares saudáveis, realizadas por meio de atividades de educação alimentar e nutricional (EAN).

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, A. P. A. *et al.* Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, 2016.
- ALVES, L. J. *et al.* Identificação do diagnóstico de síndromes hipertensivas na gestação: um recorte em uma maternidade de referência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM., 2, 2019, [s.l.] **Anais [...]**. [s.l.: s.n.], 2019.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. Position Statement. **Diabetes Care**, Chivago, v. 34, n. 11-61, 2011.
- ANDRADE, S. G. *et al.* Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Revista de Prevenção de Infecção e Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 7283-7301, 2018.
- ARAÚJO, E. R. *et al.* Consumo alimentar de gestantes atendidas em Unidades de Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 28-37, 2016.
- ASSUNÇÃO, P. L. *et al.* Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 352-60, 2007.
- BAIÃO, M. R. Representações sociais sobre alimentação e práticas alimentares de gestantes e puérperas. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz**; 2007.
- BARGER, M. K. Maternal nutrition and perinatal outcomes. **Journal Midwifery Women's Heal**, Nashville, v. 55, n. 6, p. 502-511, 2010.
- BARBIERI, P. *et al.* Validation of a food frequency questionnaire to assess food group intake by pregnant women. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, Birmingham, v. 28, n. 1, p. 38-44, 2015.
- BARBOSA, C. N. S. *et al.* Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sociodemográficos das parturientes de Teresina-Piauí, 2011. **Revista de Enfermagem – UFPI**, Piauí, v. 2, n. 2, p. 40-47, 2013.
- BARBOSA, L. *et al.* Fatores associados ao uso de suplemento de ácido fólico durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 33, n. 9, p. 246-251, 2011.
- BARRETO, S. A.; SANTOS, D. B.; DEMÉTRIO, F. Orientação nutricional no pré-natal segundo estado nutricional antropométrico: estudo com gestantes atendidas em unidades de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, n. 4, v. 37, p. 952-968, 2013.
- BARROS, D. C. *et al.* O Consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2004.

BENOIST, B. et al. **Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005**: WHO Global Database on Anaemia. Geneva: WHO; 2008

BLENCOWE, H. *et al.* Folic acid to reduce neonatal mortality from neural tube disorders. **International Journal of Epidemiology**, Cambridge, v. 39, n. 1, p. 110-121, 2010.

BLUMFIELD, M. L. *et al.* A systematic review and meta-analysis of micronutrient intakes during pregnancy in developed countries. **Nutrition Reviews**, Washington, v. 71, n. 2, p. 118-32, 2013.

BODNAR, L. M. *et al.* Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and the likelihood of major depressive disorder during pregnancy. **Journal of Clinical Psychiatry**, Brentwood, v. 70, n. 9, p. 1290-1296, 2009.

BOOG, M. C. F. **Educação em Nutrição: integrando experiências**. Campinas: Komedi, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Alma-ata – **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010; 31 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: DF, 2.ed; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Saúde, Coordenação de Proteção Materno Infantil. **Programa nacional de saúde materno-infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de junho 2011a. Seção1, p 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 569, de 1 de junho de 2000. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação saudável para gestantes: siga os 10 passos**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 302.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável Agenda 2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRAYNER, M. C. **Perfil dos óbitos maternos tardios de mulheres residentes no Estado de Pernambuco, Quadriênio 2005-2008**. Tese (Dissertação de Especialização em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

BREYMAN, C. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. **Seminars in Hematology**, Bethesda, v. 52, n. 4, p. 339-347, 2015.

CASTANO, I. B. *et al.* Maternal obesity in early pregnancy and risk of adverse outcomes. **PLoS One**, Califórnia, v. 11, n. 8, p. 04-10, 2013.

CASTILLO, H.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. Maternal pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and breastfeeding. **European Journal of Clinical Nutrition**, Goxwiller. v. 70, n. 4, p. 431-36, 2016.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.

CUNHA, L. R. *et al.* Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso de gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas-RS. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 57, n. 10, p. 123-132, 2016.

COSTA, L. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 01-08, abr./jun. 2016.

DIEHL, J. P.; ANTON, M. C. Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. **Aletheia**, Canoas, v. 34, n. 2, p. 47-60, 2016.

DREHMER, M. **Ganho de peso gestacional, desfechos adversos na gravidez e retenção de peso pós-parto**. 2010. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2010.

FAZIO, E. S. *et al.* Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 87-92, 2011.

FIGUEIREDO, F. S. F. *et al.* Atención gestacional conforme inicio del prenatal: estudio epidemiológico. **Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 12, n. 4, p. 794-804, 2013.

FISBERG R. M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D. M. L.; MARTINI, L. A. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**, Barueri: Manole, 2005.

FLOR, L. *et al.* Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 29, p. 1-11, 2015.

FOROUZANFAR, M. H. *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, Inglaterra, v. 386, n. 10, p. 2287-2323, 2015.

FORTNER, R. T. *et al.* Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and risk of hypertensive pregnancy among Latina women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, United States, v. 200, n. 2, p. 1-7, 2009.

FOWLES, E. R. *et al.* Eating at Fast-Food Restaurants and Dietary Quality in Low-Income Pregnant Women. **Western Journal of Nursing Research**, Georgia, v. 33, n. 5, p. 630-641, 2010.

FRANCESCHINI, S. C. C. *et al.* Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 2, 2004.

FREITAS, M. C. S. *et al.* Hábitos Alimentares e os Sentidos do Comer. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A.M. (orgs). **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

GIACOPINI, S. M.; OLIVEIRA, D. V.; ARAÚJO, A. P. S L. Benefícios e Recomendações da Prática de Exercícios Físicos na Gestação. **Revista BioSalus**, Maringá, v. 1, n. 1, dez. 2016.

GOMES, C. B. *et al.* Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2293-2306, 2019.

GOMES, K. C. F.; FERREIRA, V. R.; GOMES, D. L. Qualidade da dieta de gestantes em uma unidade básica de saúde em Belém do Pará: um estudo piloto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 54-58, 2015.

GUERRA, J. V. V. *et al.* Diabetes gestacional e pré-natal de alto risco. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, 2018.

HOD, M. *et al.* The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Sydney, v. 131, n. 3, p. 173-211, 2015.

HOFFMANN, M. *et al.* Padrões alimentares de mulheres no climatério em atendimento ambulatorial no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1565-74, 2015.

ILMONEN, J.; ISOLAURI, E.; LAITINEN, K. Nutrition education and counselling practices in mother and child health clinics: study amongst nurses. **Journal of Clinical Nursing**, Niterói, v. 21, p. 2985-2994, 2012.

IMAMURA, F. *et al.* Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. **BMJ**, Inglaterra, v. 21, n. 3, p. 351-357, 2015.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS. Recommendations on diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. **Diabetes Care**, Chicago, v. 33, n. 3, p. 676-682, 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) and National Research Council (NRC). **Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines**. Washington: The National Academies Press; 2009.

JAIME, P. C. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, dez. 2011.

LANSKA, D. J. Historical aspects of the major neurological vitamin deficiency disorders: the water-soluble B vitamins. **Handbook of Clinical Neurology**, Alexandria, v. 95, n. 18, p. 445-476, 2009.

LEAL, R. C. *et al.* Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1641-1649, 2017.

LIMA, M. M. S. *et al.* Ácido fólico na prevenção de gravidez acometida por morbidade fetal: aspectos atuais. **Femina**, São Paulo, v. 37, n. 10, p. 569-575, 2009.

LINHARES, A. O.; CÉSAR, J. A. Suplementação com ácido fólico entre gestantes no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 535-542, 2017.

KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, Chicago, v. 384, p. 980-1004, 2014.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Editora Saunders Elsevier, 2012.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 11, p. 725-731, 2018.

MARANO, D. *et al.* Prevalence and factors associated with nutritional deviations in women in the pre-pregnancy phase in two municipalities of the State of Rio de Janeiro, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 45-48, 2014.

MATIASEVICH, A. *et al.* Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2001. **Epidemiologia e Serviços em Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 557-564, 2013.

MENDONÇA, E. L. S. S. *et al.* Perfil clínico e nutricional de gestantes de alto risco internadas em um hospital de referência em Maceió-AL. **Gepnews**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 661-673, 2019.

MELERE, C. *et al.* Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 20-28, 2013.

MELO, W. A. *et al.* Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paraense. **Revista Espaço para Saúde**, São Carlos, v. 17, n. 1, p. 83-92, 2016.

MORAIS, A. M. *et al.* Perfil e conhecimento de gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 2, p. 134-141, 2019.

MORSE, *et al.* Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 623-638, 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 173-179, 2006.

OLIVEIRA, A. C. M.; BARROS, A. M. R.; FERREIRA, R. C. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 37, n. 11, p. 505-511, 2015.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93-101, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp, p. 158-164, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diretriz: suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes**. Genebra: OMS; 2013

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Obesity - preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation**. Geneva: WHO; 1998.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2016

PADILHA, P. C. *et al.* Terapia Nutricional no diabetes gestacional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 95-105, 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância a Saúde. **Perfil da Mortalidade e Natalidade em Pernambuco**, 2011.

PONTES, E. L. B.; PASSONI, C. M. S.; PAGONOTTO, M. Importância do ácido fólico na gestação: requerimento e biodisponibilidade. **Caderno da Escola de Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 01, 2008.

PRADO, I. F. *et al.* **Associação da hipertensão arterial durante gravidez a gravidez com prematuridade e baixo peso ao nascer: repercussões para desenvolvimento da infância**. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Brasília. Brasília. 2017.

PROCTER, S. B.; CAMPBELL, C. G. Position of the academy of nutrition and dietetics: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, Philadelphia, v. 114, n. 7, p. 1099-1103, 2014.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Georreferenciamento: ferramenta de análise do sistema de saúde de Sobral-Ceará. **Sanare**, Sobral, v. 13, n. 2, p. 63-69, 2014.

RIBEIRO, S. P.; COSTA, R. B.; DIAS, C. P. Macrossomia Neonatal: Fatores de Risco e Complicações Pós-parto. **Nascer e Crescer**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2017.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Gravidez de alto risco: análise dos Determinantes de saúde. **Sanare**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 23-28, 2017.

RUGOLO, L. M. S. S.; BENTLIN, M. R.; TRINDADE, C. E. P. Preeclampsia: Effects on the fetus and newborn. **NeoReviews**, Chicago, v. 12, p. 198-206, 2011.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio

Branco, Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 3, p. 567-575, 2018.

SANTOS, E. M. F. *et al.* Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 102-6, 2012.

SANTOS, G. H. N., *et al.* Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SANTOS, J. N.; SILVA, R. P.; PRADO, L. O. Infecção do Trato Urinário na Gravidez: Complicações e Intervenções de Enfermagem. **In: International Nursing Congress**, Universidade Tiradentes, maio, 2017.

SAUNDERS, C.; BESSA, T. C. A.; PADILHA, P. C. **Assistência Nutricional Pré-natal**. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan, 2015.

SAUNDERS, C.; SANTOS, M. A. S.; PADILHA, P. C. A orientação dietética e a qualidade da assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 09-12, 2011.

SILVA, M. G. *et al.* Estado Nutricional e Hábitos Alimentares de Gestantes Atendidas na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Campina Grande, v. 22, n. 4, p. 349-356, 2018.

SILVA, K. M. S.; GOETS, E. R.; SANTOS, M. V. J. Aleitamento Materno: conhecimento das gestantes sobre a importância da amamentação na estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, Campina Grande, v. 21, n. 2, p. 111-118, 2017.

SEABRA, G.; PADILHA, P. C.; QUEIROZ, J. A.; SAUNDERS, C. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, n. 33, v. 11, p. 348-353, 2011.

SILVA, B. G. C. *et al.* Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 03, p. 484-493, 2016.

SILVA, M. G. *et al.* Estado Nutricional e Hábitos Alimentares de Gestantes Atendidas na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Campina Grande, v. 24, n. 4, p. 349-356, 2018.

SOUSA, D. S. *et al.* Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 17, v.1, p. 49-157, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; 2004.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 71-83, 2014.

TALAULIKAR, V. S.; ARULKUMARAN, S. Folic acid in obstetric practice: a review. **Obstetrical & Gynecological Survey**, São Francisco, v. 66, n. 4, p. 240-247, 2011 .

TEIXEIRA, L. A.; VASCONCELOS, L. D.; RIBEIRO, R. A. F. Prevalências de Patologia e Relação com a Prematuridade em Gestação de Alto Risco. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 4, p. 1-8, 2015.

THOMAZ, L. H. *et al.* Systematic review; Nutritional therapy in gestational diabetes mellitus. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 6, p. 1806-1814, 2013.

TUON, R. A. *et al.* Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 107-114, 2016.

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

VÍTOLO, M. R. *et al.* Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 33, p. 13-19, 2011.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Managing complications in pregnancy and childbirth (MCPC): a guide for midwives and doctors**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. World Health Organization, 2012.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Solicitamos sua autorização para participar da Pesquisa intitulada: “**AValiação DO CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO DA OBESIDADE DURANTE A GESTAÇÃO**”. Sob a responsabilidade das Professoras Dras. Cristina de Oliveira Silva e Marisilda de Almeida Ribeiro, a qual pretende avaliar o grau de conhecimento da gestante obesa sobre as complicações da gravidez nesta circunstância, bem como sobre a nutrição saudável. O projeto prevê discussão sobre o assunto de forma a contribuir para que um cuidado efetivo seja estabelecido, envolvendo ações como prevenção/minimização das complicações e/ou potenciais riscos, preparo da família, orientações sobre hábitos alimentares e comportamentos saudáveis para uma melhor assistência à mãe.

A sua participação é voluntária e muito importante para o desenvolvimento deste estudo. Ao aceitar colaborar com a pesquisa, a senhora irá responder a um questionário sobre a sua vivência como gestante, seu padrão alimentar e presença de doenças associadas a obesidade

Caso concorde em participar, sua identidade e privacidade serão mantidas sob sigilo para sua proteção. Se depois de aceitar participar, queira desistir da pesquisa, sua vontade será respeitada sem prejuízos para senhora, não comprometendo a continuidade do seu tratamento nesta instituição.

Para qualquer outra informação e esclarecimento sobre o andamento da pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com os pesquisadores no Centro Acadêmico de Vitória, Rua Alto do Reservatório s/n. Bela Vista – Vitória de Santo Antão, Telefone (81)35233351.

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:**

Eu, como entrevistada, afirmo que fui devidamente orientada sobre o objetivo e a finalidade desta pesquisa, bem como da utilização dos dados apenas para fins científicos e sua posterior divulgação, sendo garantido pelos pesquisadores que meu nome será mantido em sigilo. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada, e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Pesquisadores:* Cristina de Oliveira Silva, Marisilda de Almeida Ribeiro, Geórgia Maria Ricardo Félix dos Santos, José Jairo Teixeira da Silva, Allison Francisco de Moraes, Thayane Rebeca Alves dos Santos.

e-mail: [cristinadescomps@gmail.com](mailto:cristinadescomps@gmail.com) e-mail: [marisild@hotmail.com](mailto:marisild@hotmail.com)

Comitê de Ética em Humanos : (81) 2126-8588  
Av. Das Engenharias, s/n, prédio do CCS – 1º andar, sala 4, Recife –PE

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA COLETA DE  
DADOS**

***QUESTIONÁRIO***

Entrevistador (a): \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Horário: \_\_\_\_\_

Nome da gestante:

\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_ Telefone para contato: \_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

**1. Dados do prontuário:**

Altura: \_\_\_\_\_ m      Peso: \_\_\_\_\_ Kg Idade Gestacional (semanas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IMC pré-gravídico (Kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ IMC atual

(Kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Medida da circunferência abdominal (cm): \_\_\_\_\_

**Resultados dos exames laboratoriais:**

Hb/ Ht: \_\_\_\_\_ Urina: \_\_

Glicemia em jejum: \_\_\_\_\_ TOTG 50g: \_\_\_\_\_

VDRL: \_\_\_\_\_

Toxoplasmose: \_\_\_\_\_ Combs indireto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Anti-HIV: \_\_\_\_\_ HBsAg:

\_\_\_\_\_ Papanicolau: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Resultados da ultrassonografia:**

**Fatores demográficos:**

1. Cor da mãe/ Raça (autodeclaração):
  - a) Branca
  - b) Negra
  - c) Asiática
  
2. Idade (anos completos):
  - a)  $< 20$
  - b) 20-29
  - c) 30-34
  - d)  $\geq 35$
  
3. Situação conjugal:
  - a) Casada
  - b) Solteira
  - c) Divorciada
  - d) Com companheiro (união estável)

**Fatores sócio-econômicos:**

4. Escolaridade:
  - a) Analfabeta
  - b) Primeiro Grau Incompleto
  - c) Primeiro Grau Completo
  - d) Ensino médio Incompleto
  - e) Ensino médio Completo
  - f) Curso Técnico
  - g) Superior Incompleto
  - h) Superior Completo
  
5. Profissão da gestante:
  - a) Não trabalha
  - b) Emprego Fixo
  - c) Estudante
  - d) Do Lar
  - e) Autônomo

Observação: \_\_\_\_\_

6. Renda mensal familiar (em salários mínimos)\*:

- a) Sem renda
- b) < 1
- c) 1
- d) 2 a 3
- e) > 3
- f) Não sabe

\*Considerar o valor de 1 (um) salário mínimo como R\$ 724,00.

7. Reside com:

- a) Família
- b) Sozinha
- c) Com companheiro
- d) Outros: \_\_\_\_\_

8. Tipo de moradia:

- a) Própria
- b) Alugada

#### **História familiar:**

- |                        |         |         |
|------------------------|---------|---------|
| a) HAS                 | ( ) Sim | ( ) Não |
| b) Diabetes mellitus   | ( ) Sim | ( ) Não |
| c) Evento coronariano  | ( ) Sim | ( ) Não |
| d) Macrossomia         | ( ) Sim | ( ) Não |
| e) Malformações fetais | ( ) Sim | ( ) Não |
| f) Gemelidade          |         |         |
| g) Outros_             |         |         |
- 

#### **História gineco-obstétrica:**

9. Início do pré-natal:

- a) 1º trimestre      Em qual semana? \_\_\_\_\_
- b) 2º trimestre      Em qual semana? \_\_\_\_\_
- c) 3º trimestre      Em qual semana? \_\_\_\_\_
- d) Não sabe/ não lembra

Nº. de consultas até o momento: \_\_\_\_\_

10. Se não fez pré-natal, qual o motivo?

Resposta da gestante:

---

---

11. Paridade:

- a) Sem filhos
- b) 1 filho
- c) 2 filhos
- d) 3 filhos
- e) Acima de 3 filhos

12. Teve aborto:

- a) Sim      Qual gestação? \_\_\_\_\_
- b) Não

13. Via de parto da gestação anterior, se houver:

- a) Normal/Vaginal      Qual gestação? \_\_\_\_\_
- b) Cesárea      Qual gestação? \_\_\_\_\_
- c) Fórcepe      Qual gestação? \_\_\_\_\_
- d) Domiciliar      Qual gestação? \_\_\_\_\_
- e) Hospitalar      Qual gestação? \_\_\_\_\_

14. Aleitamento materno:

- a) Início e duração do aleitamento: \_\_\_\_\_
- b) Não amamentou

Se não amamentou, qual o motivo?

Resposta da gestante:

---

---

---

15. Intercorrência em gestação anterior? Qual?

- |                               |         |              |
|-------------------------------|---------|--------------|
| h) HAS                        | ( ) Sim | ( ) Não      |
| i) Diabetes mellitus          | ( ) Sim | ( ) Não      |
| j) Evento coronariano         | ( ) Sim | ( ) Não      |
| k) Hipertrigliceridemia       | ( ) Sim | ( ) Não sabe |
| l) Hipercolesterolemia        | ( ) Sim | ( ) Não sabe |
| m) Anemia                     | ( ) Sim | ( ) Não      |
| n) Infecção do trato urinário | ( ) Sim | ( ) Não      |
| o) Pré-eclâmpsia              | ( ) Sim | ( ) Não      |
| p) Eclâmpsia                  | ( ) Sim | ( ) Não      |
| q) Parto cesariana            | ( ) Sim | ( ) Não      |

- r) Parto prematuro ( ) Sim ( ) Não  
 s) Macrossomia ( ) Sim ( ) Não  
 t) Malformações fetais ( ) Sim ( ) Não  
 u) Outra: \_\_\_\_\_

Observações sobre a resposta da gestante:

---



---

**Informações da gravidez atual:**

16. Intercorrência em gestação atual? Qual?

- a) HAS ( ) Sim ( ) Não  
 b) Diabetes mellitus ( ) Sim ( ) Não  
 c) Evento coronariano ( ) Sim ( ) Não  
 d) Hipertrigliceridemia ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe  
 e) Hipercolesterolemia ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe  
 f) Anemia ( ) Sim ( ) Não  
 g) Infecção do trato urinário ( ) Sim ( ) Não  
 h) Pré-eclâmpsia ( ) Sim ( ) Não  
 i) Eclâmpsia ( ) Sim ( ) Não  
 j) Parto cesariana ( ) Sim ( ) Não  
 k) Parto prematuro ( ) Sim ( ) Não  
 l) Macrossomia ( ) Sim ( ) Não  
 m) Malformações fetais ( ) Sim ( ) Não  
 n) Outra: \_\_\_\_\_

17. A gestante foi informada/ tem conhecimento que a obesidade aumenta os riscos de:

- a) HAS ( ) Sim ( ) Não  
 b) Diabetes mellitus ( ) Sim ( ) Não  
 c) Evento coronariano ( ) Sim ( ) Não  
 d) Anemia ( ) Sim ( ) Não  
 e) Infecção do trato urinário ( ) Sim ( ) Não  
 f) Pré-eclâmpsia ( ) Sim ( ) Não  
 g) Eclâmpsia ( ) Sim ( ) Não  
 h) Parto cesariana ( ) Sim ( ) Não  
 i) Parto prematuro ( ) Sim ( ) Não  
 j) Macrossomia ( ) Sim ( ) Não  
 k) Malformações fetais ( ) Sim ( ) Não  
 l) Outra: \_\_\_\_\_

Comentários da gestante sobre a pergunta:

---



---

18. Uso de algum medicamento?

- a) Sim            Qual? \_\_\_\_\_  
b) Não

19. Foram realizadas consultas periódicas com \_\_\_\_\_, para a redução do peso na gestação?

- |                    |           |           |
|--------------------|-----------|-----------|
| a) Médicos         | (   ) Sim | (   ) Não |
| b) Nutricionistas  | (   ) Sim | (   ) Não |
| c) Enfermeiras     | (   ) Sim | (   ) Não |
| d) Psicólogos      | (   ) Sim | (   ) Não |
| e) Fisioterapeutas | (   ) Sim | (   ) Não |

Em qual gestação? \_\_\_\_\_

Se Não, Gostaria de ter? (   ) Sim                      (   ) Não

20. Uso de suplemento:

a)

Ácido

fólico

Início:

(   ) Período periconcepcional            Quantos  
meses? \_\_\_\_\_ (   ) Período  
gestacional            Qual semana? \_\_\_\_\_

Conhecimento sobre a importância deste medicamento?

- a) Sim  
b) Não

Resposta da gestante:

---



---

**Fatores comportamentais:**

21. Consumo de frutas, legumes, verduras ou grãos?

- a) Sim  
b) Não

Se a resposta for SIM, com que frequência?

- a) Diário
- b) 2-3 vezes na semana
- c) Esporádico

22. Consumo de frituras, salgados, enlatados ou carnes gordas (incluindo frango com pele)?

- a) Sim
- b) Não

Se a resposta for SIM, com que frequência?

- a) Diário
- b) 2-3 vezes na semana
- c) Esporádico

## APÊNDICE C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>			
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>			
Título da Pesquisa: ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES COM SOBREPESO E OBESAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA			
Pesquisador: CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA			
Área Temática:			
Versão: 1			
CAAE: 48843814.0.0000.5208			
Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão			
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio			
<b>DADOS DA NOTIFICAÇÃO</b>			
Tipo de Notificação: Outros			
Detalhe: Correção de Parecer			
Justificativa: Solicito correção no item Comentários e Considerações sobre a pesquisa, do parecer			
Data do Envio: 24/10/2017			
Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido			
<b>DADOS DO PARECER</b>			
Número do Parecer: 2.346.202			
<b>Apresentação da Notificação:</b>			
Trata-se de pesquisa da Profª CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA do CAV/UFPE. Trata-se de um estudo descritivo transversal, cuja população alvo será constituída de gestantes acompanhadas no Centro de Especialidades da Saúde da Mulher, do município de Vitória de Santo Antão – PE. Para o cálculo do tamanho da amostra será considerado o total de gestantes de risco acompanhadas neste centro, aproximadamente 210 gestantes.			
De acordo com o índice de massa corpórea, as gestantes serão divididas em três diferentes grupos: Gestantes controles (GC), Gestantes com sobrepeso (GS) e Gestantes obesas (GO).			
<b>Objetivo da Notificação:</b>			
GERAL: Acompanhar gestantes com sobrepeso e obesidade assistidas em Centro de Especialidades da Saúde da Mulher (CESMU) do município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco.			
Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1ª andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde			
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.740-668	
UF: PE	Município: RECIFE		
Telefone: (01)2126-8088	E-mail: cepecs@ufpe.br		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE



Continuação do Parecer: 2.348.200

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Bem delineados no projeto e TCLE, onde os riscos serão mínimos uma vez que se trata de uso de dados secundários.

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

Trata-se de uma pesquisa relevante, uma vez que os hábitos alimentares da sociedade contemporânea vêm se modificando ao longo dos anos e isto vem sendo percebido através do consumo alimentar.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos encontram-se adequados.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A Notificação foi analisada pelo colegiado do CEP e aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	CorrecaoDeParecer.docx	24/10/2017 15:35:47	CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA	Postado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 7º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-900  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8500 E-mail: cepccs@ufpe.br