

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

JÉSSICA BOUFLEUR

**PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO GANHO DE PESO
EXCESSIVO NA GESTAÇÃO**

PASSO FUNDO – RS

2024

JÉSSICA BOUFLEUR

**PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO GANHO DE PESO
EXCESSIVO NA GESTAÇÃO**

Trabalho de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Profa. Dra. Shana Ginar da Silva
Coorientadora: Profa. Dra. Priscila Pavan Detoni

PASSO FUNDO – RS

2024

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Bouffleur, Jéssica

Prevalência e fatores relacionados ao ganho de peso gestacional excessivo / Jéssica Bouffleur. -- 2024.
77 f.

Orientadora: doutora Shana Ginar da Silva

Co-orientadora: Doutora Priscila Pavan Detoni
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2024.

1. Gravidez. 2. cuidado pré-natal. 3. Índice de Massa Corporal. 4. saúde materno-infantil. 5. Atenção Primária a Saúde. I. Silva, Shana Ginar da, orient. II. Detoni, Priscila Pavan, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JÉSSICA BOUFLEUR

**PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO GANHO DE PESO
EXCESSIVO NA GESTAÇÃO**

Trabalho de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Profa. Dra. Shana Ginar da Silva
Coorientadora: Profa. Dra. Priscila Pavan Detoni

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em 18/06/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a Shana Ginar da Silva
Orientadora

Prof.^a. Dr.^a. Ciciliana Maíla Zilio Rech
Avaliadora

Prof.^a. Dr.^a. Giovana Paula Bonfatti Donato
Avaliadora

Aos meus pais, que me ensinaram a dar passos seguros e jamais mediram esforços para que eu realize meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ser meu amparo e sustento durante a caminhada.

Agradeço aos meus pais, por serem meus grandes exemplos de vida, pelo apoio incondicional recebido até aqui. Aos meus irmãos, Vanessa e João Pedro, que são minhas maiores alegrias. Jamais serei capaz de expressar em palavras todo amor que tenho por eles.

Agradeço à minha orientadora, Prof^a Dr^a Shana, por ter sido excelente durante todo esse projeto, pela paciência, dedicação e conhecimento compartilhados comigo. É um exemplo pessoal e profissional que levarei sempre comigo.

Agradeço à Natasha e à Isabela, que deram o pontapé inicial para a elaboração do projeto de saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, o qual tenho orgulho de ter feito parte.

Aos meus amigos, de curta e longa data, que fizeram parte da minha trajetória e são parte fundamental de quem sou. Obrigada por tornarem a vida mais leve.

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Curso (TC), intitulado “Prevalência e fatores relacionados ao ganho de peso excessivo na gestação”, foi desenvolvido pela acadêmica Jéssica Boufleur sob orientação da Prof.a Dra. Shana Ginar da Silva e coorientação da Prof.a Dra. Priscila Pavan Detoni. Trata-se de um estudo com delineamento epidemiológico transversal, realizado como requisito parcial para obtenção de título de Médica na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo - RS, e foi elaborado conforme as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da instituição e com base no Regulamento de TC do Curso de Medicina. Este volume é composto por três capítulos, sendo o primeiro referente ao projeto de pesquisa e a coleta de dados, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Curso I, durante o semestre letivo de 2023.1. O segundo capítulo consiste no relatório de pesquisa, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Curso II, durante o semestre letivo de 2023.2. E, por último, o terceiro capítulo que corresponde ao artigo científico, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Curso III, durante o semestre letivo de 2024.1.

RESUMO

O ganho de peso gestacional inadequado é um fator predisponente para a ocorrência de desfechos materno-infantis adversos, desde o período gravídico até o pós-natal. Dada a relevância dessa temática, o presente estudo objetiva avaliar a prevalência de ganho de peso gestacional excessivo e a relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. É um estudo transversal, realizado de agosto de 2023 a julho de 2024, com mulheres maiores de 18 anos, que possuíam filhos de até dois anos de idade, fruto de gestações únicas e que estivessem em acompanhamento de puericultura, em quatro Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde no município. O projeto é um recorte da pesquisa intitulada “Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde”, que ocorreu no período de dezembro de 2022 a agosto de 2023. Os dados foram coletados através de questionário aplicado mediante entrevista face a face com as participantes elegíveis. O principal desfecho avaliado foi o ganho de peso gestacional excessivo (GPG), classificado conforme Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional. As variáveis de exposição incluíram aspectos sociodemográficos, comportamentais e clínicos. Realizou-se estatística descritiva (n, %) e análise da distribuição do desfecho conforme as variáveis de exposição através do teste do qui-quadrado e do teste exato de fisher, com de significância estatística de $p < 0,05$. A amostra final foi composta por 199 mulheres, sendo 55,3% autodeclaradas brancas, com idade média de 27 anos ($\pm 5,6$) e renda ≤ 1 salário-mínimo (91,6%). A prevalência de GPG excessivo foi de 60% (IC95% 53-67), com ganho médio de 12,01 kg (IC95% 10,70-13,31). Foi identificada relação estatisticamente significativa entre o GPG excessivo e renda per capita >1 salário-mínimo ($p=0,029$), inatividade física durante toda a gestação ($p=0,030$) e IMC pré-gestacional não-eutrófico ($p=0,044$). Assim, identificou-se uma elevada prevalência de ganho de peso gestacional excessivo, sendo que os fatores relacionados foram a renda familiar per capita, a inatividade física e o IMC pré-gestacional. Esses achados permitem dimensionar a magnitude da problemática que envolve o ganho de peso gestacional excessivo e fortalecer o conhecimento acerca do tema. Para, dessa forma, visa-se ampliar a discussão de estratégias para o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao acompanhamento multidisciplinar da gestante na Atenção Básica. Portanto, sugere-se mais estudos com esse enfoque.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; complicações gestacionais; ganho ponderal; cuidado pré-natal; perfil de saúde.

ABSTRACT

Inadequate gestational weight gain is a predisposing factor for the occurrence of adverse maternal and child outcomes, from pregnancy to the postnatal period. Given the relevance of this issue, this study aims to assess the prevalence of excessive gestational weight gain and the relationship with sociodemographic, behavioral and clinical factors in women using the Unified Health System. It is a cross-sectional study, carried out from August 2023 to July 2024, with women over the age of 18, who had children up to two years old, the result of single pregnancies and who were being monitored for childcare, in four Primary Health Care Units in the municipality. The project is part of the research entitled “Women's and Children's Health in the Pregnancy-Puerperal Cycle in Users of the Unified Health System”, which took place between December 2022 and August 2023. Data was collected using a questionnaire applied through face-to-face interviews with eligible participants. The main outcome assessed was excessive gestational weight gain (GDW), classified according to the pre-gestational Body Mass Index (BMI). Exposure variables included sociodemographic, behavioral and clinical aspects. Descriptive statistics (n, %) and analysis of the distribution of the outcome according to the exposure variables were carried out using the chi-square test and Fisher's exact test, with a statistical significance of $p < 0.05$. There were 199 women in the final sample, 55.3% self-declared white, with a mean age of 27 years (± 5.6) and an income ≤ 1 minimum wage (91.6%). The prevalence of excessive FGM was 60% (95%CI 53-67), with an average gain of 12.01 kg (95%CI 10.70-13.31). A statistically significant relationship was found between excessive FGM and per capita income >1 minimum wage ($p=0.029$), physical inactivity throughout pregnancy ($p=0.030$) and non-eutrophic pre-pregnancy BMI ($p=0.044$). Thus, a high prevalence of excessive gestational weight gain was identified, and the related factors were per capita family income, physical inactivity and pre-gestational BMI. These findings make it possible to measure the magnitude of the problem surrounding excessive gestational weight gain and to strengthen knowledge on the subject. The aim is to broaden the discussion of strategies to strengthen public policies aimed at multidisciplinary monitoring of pregnant women in primary care. Further studies with this focus are therefore suggested.

Keywords: Maternal and child health; gestational complications; weight gain; prenatal care; health profile.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1 PROJETO DE PESQUISA.....	12
2.1.1 Tema.....	12
2.1.2 Problemas.....	12
2.1.3 Hipóteses.....	12
2.1.4 Objetivos.....	13
2.1.4.1 Objetivo Geral.....	13
2.1.4.2 Objetivos específicos.....	13
2.1.5 Justificativa.....	13
2.1.6 Referencial Teórico.....	14
2.1.6.1. Adaptações fisiológicos na gestação	14
2.1.6.2. Recomendações para o ganho de peso gestacional.....	15
2.1.6.3. Novas curvas brasileiras para o ganho de peso gestacional.....	16
2.1.6.4. O ganho de peso gestacional excessivo e a sua relação com determinantes clínicos e epidemiológicos.....	17
2.1.6.5. Desfechos maternos e infantis relacionados ao ganho de peso gestacional excessivo	19
2.1.6.6. A importância da Atenção Primária na adequação do ganho de peso gestacional.	20
2.1.7 Metodologia.....	21
2.1.7.1 Tipo de estudo	21
2.1.7.2 Local e período de realização	22
2.1.7.3 População e amostragem.....	22
2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados.....	22
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	23
2.1.7.6 Aspectos éticos	24
2.1.8 Recursos.....	24
2.1.9 Cronograma	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO A - Curva de Atalah para acompanhamento de ganho de peso gestacional (1990).....	29

ANEXO B - Gráficos de acompanhamento de ganho de peso, caderneta da gestante - 6ª edição.....	30
ANEXO C – Questionário aplicado via entrevista.....	34
ANEXO D – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul.....	52
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	56
3 ARTIGO CIENTÍFICO.....	57
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72

1 INTRODUÇÃO

A gestação humana é a etapa em que ocorre uma adaptação fisiológica e morfológica contínua na mulher. As alterações estão presentes em todos os sistemas do corpo e são conduzidas pelas influências hormonais da placenta e pelas adaptações mecânicas necessárias para acomodar o feto em crescimento (MOCKRIDGE e MACLENNAN, 2022). Dessa forma, o desenvolvimento dos tecidos maternos e fetais está intimamente relacionado com o ganho de peso materno adequado, sendo ele imprescindível na prevenção de efeitos adversos gestacionais e neonatais (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009).

Devido a relevância que o ganho de peso na faixa adequada tem sobre o desenvolvimento fetal e sobre a saúde da mulher durante e após a gestação (BRASIL, 2013), o Ministério da Saúde do Brasil (MS) adota curvas recomendações de ganho de peso de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional, elaboradas a partir de estudos realizados no contexto epidemiológico e socioeconômico brasileiro (SURITA, 2023). Sendo assim, essas orientações têm por objetivo garantir um melhor prognóstico gestacional, uma vez que o ganho de peso excessivo é fator de risco para complicações maternas, como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e cesariana, além de aumentar também o risco de adversidades fetais, incluindo prematuridade, macrosomia, hipoglicemia neonatal e defeitos congênitos (STANG e HUFFMAN, 2016).

Vale ressaltar que variações no ganho de peso durante a gestação possuem causas diversas, podendo sofrer influência de fatores sociodemográficos e clínicos, incluindo o ambiente obesogênico, índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, idade, paridade, idade, tabagismo, status socioeconômico e comorbidades médicas ao ganho ponderal indesejado (WEISMAN et al., 2010; YANG, et al., 2017).

Diante disso, levando em consideração o impacto negativo do ganho de peso excessivo, bem como sua elevada prevalência no cenário global, faz-se necessário mais investigações aprofundadas envolvendo a questão, objetivando identificar a problemática, bem como os possíveis fatores relacionados a ela. As evidências elucidadas poderão embasar o estabelecimento de intervenções focadas no monitoramento do ganho ponderal, um procedimento de baixo custo e de grande utilidade durante a gestação, visando a redução dos riscos maternos e fetais, melhorando, assim, a assistência à gestante no seu período gravídico-puerperal.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Prevalência e fatores associados ao ganho de peso gestacional excessivo em mulheres acompanhadas na Atenção Primária de Saúde em um município do norte gaúcho.

2.1.2 Problemas

Quais as principais características sociodemográficas e clínicas das mulheres atendidas durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde em Passo Fundo, Rio Grande do Sul?

Qual a prevalência do ganho de peso excessivo em mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde durante a gravidez?

Quais características sociodemográficas e clínicas estão relacionadas ao ganho de peso gestacional excessivo na amostra analisada?

2.1.3 Hipóteses

As características sociodemográficas da amostra de gestantes analisadas serão predominantemente compostas por mulheres brancas, casadas, com renda familiar média de 1,5 salário mínimo, que possuem ensino médio completo e idade entre 25 e 35 anos. No perfil clínico, haverá predomínio de multigestas, com gravidez não planejada, com baixo nível de atividade física de lazer e IMC pré-gestacional acima de 25 kg/m²;

A prevalência de excesso de ganho de peso gestacional na amostra investigada será de 40%;

As gestantes que evoluíram com ganho de peso acima do estimado terão, majoritariamente, idade maior que 35 anos; excesso de peso pré-gestacional; a gravidez não planejada; baixa renda; menos que seis consultas pré-natais, serão primigestas; com baixo nível de atividade física de lazer na pré e pós concepção.

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência de ganho de peso gestacional excessivo, assim como os fatores sociodemográficos e clínicos relacionados, em Usuárias do Sistema Único de Saúde atendidas na Atenção Primária.

2.1.4.2 Objetivos Específicos

Descrever as características clínicas e sociodemográficas da amostra

Estimar a prevalência de excesso de ganho de peso gestacional em usuárias do Sistema Único de Saúde.

Identificar os fatores clínicos e sociodemográficos relacionados às gestantes que cursaram com ganho de peso excessivo, conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde para esse período.

2.1.5 Justificativa

De acordo com a situação nutricional inicial da gestante (classificada em baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade) existe uma faixa ideal de ganho de peso recomendado para prevenir o acontecimento de desfechos materno-infantis adversos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009). Nesse aspecto, quando analisados dados obtidos da coorte de Pelotas, referentes aos nascimentos de 2015, 47% das mulheres apresentaram IMC pré-gestacional já acima do recomendado, sendo 18,8% classificadas como obesas. Além disso, a proporção de mulheres que tiveram um ganho ponderal acima do recomendado no período pré-natal chegou a 35% (FLORES et al., 2020).

O ganho de peso gestacional elevado está associado a diversos desfechos perinatais indesejados, incluindo crescimento fetal excessivo, cesariana, parto prematuro, diabetes gestacional, síndrome hipertensiva, hipoglicemia neonatal, mortalidade infantil, bem como resultados de saúde metabólica materna e infantil a longo prazo. Tais consequências poderiam ser controladas com uma assistência pré-natal adequada com uma equipe multidisciplinar de saúde na Atenção Básica, através do monitoramento e da orientação sobre o aumento ponderal, um procedimento de baixo custo e de grande utilidade durante o período gestacional.

Portanto, tendo em vista os dados alarmantes relacionados ao excesso de ganho de peso gestacional e todas as consequências provenientes dele, o presente trabalho visa contribuir de forma significativa para o âmbito acadêmico e profissional, especialmente à saúde pública. Dessa forma, entende-se que a pesquisa terá um impacto positivo para a ciência, pois, além de ampliar o conhecimento acerca do tema, carecem, na literatura, pesquisas referentes ao tema na região delimitada, além de que ainda são poucos os estudos que utilizam como parâmetro as novas curvas brasileiras de ganho de peso gestacional, o que justifica, assim, a execução do trabalho.

2.1.6 Referencial teórico

2.1.6.1 Adaptações fisiológicas na gestação

O período gestacional, que dura em média 40 semanas, é caracterizado por uma série de adaptações funcionais e anatômicas desencadeadas por alterações hormonais da placenta e pelas adaptações mecânicas para comportar o feto em desenvolvimento (MOCKRIDGE e MACLENNAN, 2022). As mudanças hormonais no organismo materno têm início logo após a fecundação do óvulo e se estendem durante toda a gestação para permitir o amadurecimento fetal e preparar a mãe para o parto e lactação.

O período inicial é marcado pela produção da gonadotrofina coriônica humana (hCG), marcador hormonal que confirma a gravidez. Posteriormente, a placenta se torna responsável pela produção dos hormônios progesterona e estrogênio, esteróides responsáveis pelas adaptações fisiológicas na gestação (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009). Esses hormônios colaboram para que os ajustes morfológicos da gravidez atuem nos sistemas circulatório – com o aumento do débito cardíaco e do volume sanguíneo; urinário – com o retardo do fluxo miccional e compressão da bexiga urinária; digestório - com alteração na motilidade gastrointestinal; e respiratório – com o aumento da ventilação pulmonar e acréscimo na movimentação do tórax e do diafragma (THORNBURG; BAGBY.; GIRAUD, et. al., 2015).

Ainda, devido ao ganho ponderal decorrente do crescimento do bebê e das estruturas maternas modificadas para comportá-lo, às necessidades nutricionais maternas se tornam mais elevadas e a mulher naturalmente tem um aumento no apetite, em parte como consequência da remoção de substratos alimentares do sangue materno pelo feto e em parte devido a fatores hormonais. (GUYTON e HALL, 2011).

2.1.6.2 Recomendações para o ganho de peso gestacional

Em 1990, Institute of Medicine (atualmente denominado National Academy of Medicine) desenvolveu as orientações de ganho de peso gestacional, baseadas em estudos com mulheres estadunidenses, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-concepção (ou até a 13ª semana gestacional), visando atenuar a ocorrência de desfechos adversos. Já em 2009, foram publicadas recomendações atualizadas do IOM quanto ao ganho de peso gestacional ideal, após a revisão de evidências sobre a relação entre os padrões de ganho de peso antes, durante e após a gravidez e os resultados de saúde materno-infantil, com maior enfoque aos desfechos saúde materna, quando comparadas às diretrizes de 1990 (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009). Nesse aspecto, na delimitação atual de valores de ganho de peso conforme o IMC pré-gestacional, o IOM traz orientações de ganho de peso gestacional total em 40 semanas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009), detalhado no Quadro 1.

Quadro 1 - Ganho ponderal gestacional recomendado pelo Institute of Medicine

IMC (kg/m²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Ganho de peso total em 40 semanas (kg)
< 18,5	Baixo peso	12,5 – 18
≥ 18,5 e < 25	Eutrofia	11,5 – 16
≥ 25 e < 30	Sobrepeso	7 - 11,5
≥ 30	Obesidade	5 – 9

Fonte: Adaptado Institute of Medicine (IOM, 2009).

Já as curvas de Atalah, elaborada por Atalah Samur et al. (1997) através projeções teóricas baseadas em dados populacionais prospectivos no Chile, é um método de avaliação antropométrica de gestantes que leva em consideração o IMC gestacional, entre a 12ª e 42ª semanas gestacionais (ANEXO A). Para essa classificação, destaca-se que os pontos de corte para classificação de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade materna diferem daqueles adotados para adultos, sendo que essa diferença é atribuída aos cuidados necessários para minimizar os riscos maternos e neonatais (BRASIL, 2011). Todavia, como verificado posteriormente, a curva latino-americana tende a não ser suficientemente adequada para prever ocorrência de recém-nascidos de baixo peso, pequenos e grandes para a idade gestacional (KAC et al., 2009).

Por associar duas metodologias diferentes, que levam em conta indicadores distintos, com origem em duas populações internacionais de mulheres grávidas, as recomendações do Ministério da Saúde para ganho ponderal no período gravídico geravam controvérsias quanto ao peso limítrofe considerado ideal (DREHMER, 2010).

2.1.6.3 Novas curvas brasileiras para o ganho de peso gestacional

Com o objetivo de atenuar possíveis equívocos causados pelo uso de recomendações baseadas em estudos realizados com gestantes de outros países, com cenários epidemiológico e socioeconômicos distintos da realidade brasileira, foram desenvolvidas curvas nacionais de ganho de peso gestacional (SURITA et al., 2023). Foram criadas em 2019, por uma rede de pesquisa colaborativa que analisou, através de dados do Consórcio Brasileiro de Nutrição Materno-infantil (CONMAI), dados de brasileiras aparentemente saudáveis, participantes de estudos realizados no Brasil entre 1990 e 2018 (CARRILHO et al., 2022).

O novo instrumento de acompanhamento pré-natal, implementado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2022, questões de saúde materno-infantil visa suprir a necessidade brasileira de ter curvas, baseadas no IMC pré-gestacional, que representam o ganho de peso saudável, considerando a realidade e as especificidades nacionais (KAC et al., 2021). Essas recomendações de ganho ponderal foram desenvolvidas para adultas, em gestação de baixo risco e de feto único. Com isso, torna-se viável a realização do diagnóstico do estado nutricional antropométrico na gestação, monitoramento e recomendações através de um instrumento só (KAC et al., 2021).

Quadro 2- Novas recomendações brasileiras de ganho de peso gestacional

IMC (kg/m²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Ganho de peso total em 40 semanas (kg)
< 18,5	Baixo peso	9,7 - 12,2
≥ 18,5 e < 25	Eutrofia	8,0 - 12,0
≥ 25 e < 30	Sobrepeso	7,0 - 9,0
≥ 30	Obesidade	5,0 - 7,2

Fonte: Adaptado de Carrilho et al. (2022)

A 6ª edição da Caderneta da Gestante, elaborada pelo Ministério da Saúde, traz essas novas curvas científicas brasileiras, adaptadas para serem visualmente agradáveis e de fácil usabilidade, com diferentes percentis de adequação de acordo com cada categoria de IMC (ANEXO B). Uma atualização importante, já que ela é uma ferramenta indispensável tanto à mulher quanto aos profissionais da saúde para apoiar a monitorização da gestação, do parto e do pós-parto para qualificar a atenção e o cuidado pré-natal, além de auxiliar nas ações de educação em saúde (BRASIL, 2022).

2.1.6.4 O ganho de peso gestacional excessivo e a sua relação com determinantes clínicos e epidemiológicos

Apesar do acúmulo de reserva adiposa ser fundamental para a saúde materno-infantil, o ganho ponderal excessivo, quando acima das diretrizes preconizadas pelo IOM, está fortemente correlacionado a riscos mais elevados de resultados adversos da gravidez, incluindo diabetes gestacional, síndromes hipertensivas, parto prematuro, macrossomia e cesariana (VISWANATHAN et al., 2008). Nesse aspecto, os estudos associam fatores sociodemográficos e clínicos, incluindo o ambiente obesogênico, índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, idade, paridade, idade, tabagismo, status socioeconômico e comorbidades médicas ao ganho ponderal indesejado (WEISMAN et al., 2010; YANG, et al., 2017).

Quando analisado, o excesso de ganho de peso na gestação parece estar intimamente relacionado ao IMC pré-gestacional da mulher (MCDOWELL; CAIN; BRUMLEY, 2018). Nessa perspectiva, a inadequação do estado antropométrico da mãe, tanto pré-gestacional quanto gestacional, é uma questão de saúde pública inquestionável na atualidade, já que colabora com o desenvolvimento de intercorrências gestacionais, assim como no período pós-parto também (GONÇALVES et al., 2012). No Brasil, em 2016, 50,5% das mulheres acima de 18 anos apresentam excesso de peso, sendo 19,6% classificadas como obesas, de acordo a pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).

O ganho de peso gestacional excessivo é um quadro clínico complexo, além de estar relacionado com fatores fisiológicos, hormonais, genéticos e ambientais, também é influenciado por questões sociodemográficas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009). Nesse aspecto, mulheres de nível socioeconômico mais baixo (escolaridade menor que ensino médio e renda média baixa) são mais propensas a ganhar peso acima das diretrizes recomendadas, seja pela probabilidade de viver um estilo de vida sedentário, ter uma dieta desbalanceada, estar

acima do peso, ser etilista ou tabagista quando comparada a mulheres com maior nível socioeconômico (KOWAL; KUK; TAMIM, 2012; KOLEILAT; WHALEY, 2013). Todavia, ao analisar mulheres com baixa renda extrema, é observada maior prevalência de baixo ganho de peso pré-natal, provavelmente advindo da restrição alimentar e da carência nutricional (HICKEY, 2000).

Embora o acompanhamento do ganho de peso na gestação como única forma de intervenção não seja suficiente para garantir a assistência pré-natal, a adesão efetiva ao monitoramento do peso pode evitar ganhos insuficientes e excessivos (GIGANTE, et al., 2021). No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que as gestantes iniciem o pré-natal no primeiro trimestre gestacional e que realizem pelo menos seis consultas durante a gestação (BRASIL, 2012). Dessa forma, o início tardio do pré-natal e o número insuficiente de consultas ao longo da gestação, que impedem o acompanhamento longitudinal da gestante, são associados ao ganho ponderal inadequado (GIGANTE, et al., 2021).

Para mulheres nulíparas, que passam pela primeira experiência gestacional, o período pré-natal é marcado por mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta, com transformações que podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias (BRASIL, 2006). Nesse aspecto, devido às alterações corporais inéditas, o ganho de peso gestacional excessivo é mais prevalente em primigestas, quando comparado à multíparas, que já passaram por gestações prévias (ZHOU et al., 2022). Nesse sentido, a idade materna também parece ser um fator associado ao ganho ponderal, mulheres mais jovens (com idade inferior 25 anos) estão mais propensas a um ganho maior, quando comparadas a mulheres mais velhas (idade superior a 25 anos), possivelmente, pelo grupo de mulheres mais jovens abranger um número maior de primigestas (BOGAERTS, 2012).

Em relação à prática de atividade física, os exercícios podem e devem ser recomendados à todas as gestantes saudáveis, isso porque a prática regular durante a gestação pode promover inúmeros benefícios físicos e psicológicos, além de não apresentar riscos para a mãe ou para o feto, quando realizados em intensidade leve a moderada (NASCIMENTO et al., 2014). O ganho ponderal excessivo, diabetes gestacional, parto prematuro e fetos grandes para a idade gestacional (GIG) são desfechos evitáveis associados a prática segura de exercícios físicos (SILVA et al., 2017). Entretanto, apesar de todos os benefícios, poucas aderem a essa prática e a prevalência de gestantes ativas fisicamente, a duração, a frequência e a intensidade dos exercícios praticados por elas são ainda menores do que nas mulheres adultas em geral (DOMINGUES; BARROS; MATIJASEVICH, 2008).

2.1.6.5 Desfechos maternos e infantis relacionados ao ganho de peso gestacional excessivo

A obesidade materna e o ganho de peso excessivo durante a gravidez desencadeiam complicações maternas, como a diabetes mellitus gestacional (DMG), além de estarem relacionados a desfechos infantis adversos. Mães com diagnosticadas com obesidade no início da gestação tem alto risco de ganhar peso excessivamente durante o período gestacional, desenvolverem síndromes hipertensivas e diabetes mellitus gestacional, além de aumentar o número de cesarianas e de induções do parto (STANG; HUFFMAN, 2016). Ademais, mulheres obesas possuem o risco aumentado de gerarem filhos grandes para a idade gestacional (GIG) e macrossômicos (peso ao nascer igual ou superior a 4000 g), prematuros e com complicações fetais, a exemplo das malformações congênitas (MCKEATING et al., 2016). Os filhos, ainda, podem ter a tendência aumentada de se tornarem adultos obesos, com possibilidade maior de desencadear problemas de saúde, como doença cardiovascular e diabetes mellitus (MCKEATING et al., 2016).

As síndromes hipertensivas são classificadas como a intercorrência clínica mais comum da gestação e, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2022), sendo responsável por elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, estando em primeiro lugar entre as enfermidades gestacionais. As síndromes hipertensivas que ocorrem durante o período gravídico podem ser conceituadas como hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional (hipertensão sem proteinúria), ou ainda como pré-eclâmpsia -hipertensão com proteinúria- ou eclâmpsia - pré eclâmpsia com convulsões (BRASIL, 2022; BURTON et al., 2019). No Brasil, no período de 2010 a 2017, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia representam, somadas, a causa de 24,5% dos óbitos maternos (GOMES et al., 2020).

Além das síndromes hipertensivas, o desenvolvimento de diabetes mellitus durante o período gravídico é outra complicação frequente da gestação. Essa patologia é caracterizada por uma intolerância à carboidratos, de gravidade variável, sendo dois os tipos de hiperglicemia que podem ser identificadas nesse período: o diabetes mellitus diagnosticado na gestação e o diabetes mellitus gestacional (BRASI, 2022). Acomete frequentemente as mulheres com antecedentes familiares relacionados, porém, ocorre, associada também ao ganho excessivo de peso durante o período (ZHANG; RAWAL; YAP SENG CHONG, 2016).

A hiperglicemia na gestação aumenta o risco de morbidade materna e perinatal, com repercussões em médio e longo prazo, tanto para a mãe como para o filho, como é descrito no quadro 3.

Quadro 3 – Algumas repercussões da diabetes mellitus gestacional em curto, médio e longo prazo

MATERNAS	INFANTIS
Gestacionais	Fetais
Hipertensão gestacional Pré eclâmpsia Hidrâmnio Infecção do trato urinário	Crescimento fetal excessivo Hipóxia intrauterina Insuficiência placentária Óbito fetal
No parto	Neonatais
Trabalho de parto prematuro Cesárea Infecção pós-parto Hemorragia pós-parto Tromboembolismo	Hipoglicemia Icterícia Prematuridade Distúrbio respiratório Óbito neonatal
Médio e longo prazo	Médio e longo prazo
Dificuldade em perder peso DMG em gestações futuras DM tipo 2	Sobrepeso e obesidade Alterações metabólicas Doença cardiovascular

Fonte: adaptado de BRASIL, 2022.

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional

DM: Diabetes Mellitus

Nesse aspecto, as diversas complicações maternas e fetais relacionadas ao ganho de peso gestacional excessivo evidenciam a necessidade da monitorização ponderal e do aconselhamento à gestante quanto às ações de saúde durante todo o período pré-natal. Bem estabelecidas, medidas de adequação no ganho ponderal representam um impacto significativo na saúde pública.

2.1.6.6 A importância da Atenção Primária na adequação do ganho de peso gestacional

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), toda mulher possui o direito ao planejamento reprodutivo e a receber atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o

puerpério, assim como as crianças têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

É na Atenção Primária, a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde, que deve ocorrer a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto, essa assistência da atenção básica, ocorre através do acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2006). Com isso, a Atenção Primária caracteriza-se como o lugar ideal para orientar a gestante durante o seu ciclo gravídico puerperal acerca medidas de controle de ganho ponderal, a exemplo da alimentação saudável e da prática de exercícios físicos.

Nesse sentido, a Rede Cegonha surge como uma estratégia do MS para garantir a melhoria do atendimento pré-natal na Atenção Primária, possibilitando uma assistência adequada e capaz de prevenir desfechos maternos e fetais negativos. Se preconiza que durante as consultas de pré-natal sejam realizados todos os exames necessários, além da avaliação do estado nutricional e do acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação (BRASIL, 2011).

É importante analisar que o ganho de peso gestacional inadequado é um fator de risco potencialmente modificável para uma série de desfechos materno-infantis adversos, já que possui diversos componentes comportamentais, culturais e biológicos. Sendo assim, tendo em vista que a gestação é um momento em que as mulheres estão mais motivadas a melhorarem seus comportamentos de saúde, ela é considerada o momento ideal para incorporar aconselhamento sobre peso e práticas de saúde consultas pré-natais de rotina (KOMINIAREK; PEACEMAN, 2017). Ainda, dependendo das circunstâncias individuais, as melhorias nos hábitos diários, incluindo alimentação e exercício físico, merecem maior ênfase durante a gravidez, uma vez que têm um impacto profundo na saúde materna e fetal e são fundamentais para atingir as metas de ganho ponderal (KOMINIAREK; PEACEMAN, 2017).

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

O presente estudo é de caráter quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de abordagem descritiva e analítica. Trata-se de um estudo realizado com mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, sendo um recorte de uma

pesquisa intitulada: “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*”.

2.1.7.2 Local e período de realização

Este estudo será realizado no período de agosto de 2023 e julho de 2024 nas Unidades Básicas de Saúde pertencentes à zona urbana de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenários de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo.

2.1.7.3 População e amostragem

A população a ser estudada na pesquisa da qual este recorte faz parte, compreenderá mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Passo Fundo, RS. Para composição da amostra da pesquisa original são consideradas elegíveis usuárias que possuam filhos de até 2 anos de idade incompletos e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas no período do estudo, independentemente da idade. Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis.

A amostra a ser usada nesse recorte faz parte da mesma estimada para o projeto guarda-chuva. Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de cinco pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 40%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um “n” de 246 participantes e, devido a possíveis perdas ou recusas, acrescentou-se 10% a esse número, sendo assim, resultou em uma amostra de um “n” de 271 mulheres. A seleção das participantes é do tipo não probabilística e todas as mulheres em acompanhamento nas UBS’s citadas anteriormente e que se enquadrem nos critérios de inclusão são convidadas a participar do estudo.

Para este recorte, desta amostra total, será constituída uma sub-amostra composta somente por aquelas com idade igual ou superior a 18 anos que tiveram gestações únicas. Estima-se, assim, um “n” total de 210 mulheres.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

A pesquisa original foi iniciada em novembro de 2022, dada a emissão do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, e da aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), a estratégia de captação das usuárias elegíveis, junto a gestão das respectivas Unidades de Saúde consiste na obtenção da lista de mulheres cadastradas e em acompanhamento de puericultura. Com auxílio da lista, o objetivo é identificar os agendamentos das próximas consultas para que a equipe possa otimizar o acesso às participantes para convite e realização da pesquisa. Após o primeiro contato com apresentação do estudo, e, em caso de aceite para participação, as entrevistas, face a face, são realizadas nas dependências das UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados, da qual a autora do presente estudo fez parte.

Vale salientar que em caso de aceite, o questionário somente é aplicado após a leitura e assinatura por parte das participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse ato é voluntário, e a assinatura se dá em duas vias, onde uma via permanece com o participante e a outra com a equipe da pesquisa. Em seguida, é realizada a aplicação do instrumento via entrevista face a face. A aplicação do instrumento iniciada em dezembro de 2022 e segue em continuidade no presente momento, estima-se que a coleta seja realizada até o mês de agosto de 2023.

O instrumento de coleta de dados é o questionário desenvolvido para a pesquisa “*Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde*” (ANEXO C) estruturado em blocos: (A) Características sociodemográficas; (B) Hábitos de vida; (C) Informações do pré-natal; (D) Dados clínicos referente a última gestação; (E) Dados sobre Violência Obstétrica; (F) Saúde da Mulher; (G) Saúde da Criança. Além disso, será aplicada a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS).

Para atender ao objetivo deste recorte da pesquisa serão utilizadas as variáveis presentes nos blocos A, B e C do instrumento de coleta de dados do projeto guarda-chuva. As variáveis sociodemográficas avaliadas serão: idade, raça/cor, situação conjugal e renda familiar per capita. As variáveis de interesse referente aos hábitos de vida são tabagismo, etilismo, prática de atividade física antes e durante a gestação. Nos dados clínicos referentes à última gestação são questionados sobre idade materna ao engravidar e número de consultas pré-natais, além do

peso ao início da gravidez, dados esses que serão utilizados como variável de desfecho. Além disso, será considerada a altura e o número de gestações prévias das participantes.

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados obtidos são duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre), sendo que a previsão de encerramento de coleta de dados é em julho de 2023. Após a etapa de validação do referido banco, a análise estatística dos dados se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e consistirá em uma estatística descritiva da prevalência do ganho de peso excessivo gestacional com um intervalo de confiança de 95%, da caracterização da amostra a partir de frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis categóricas e médias, desvio padrão e mediana para variáveis numéricas. O ganho de peso gestacional excessivo será calculado a partir das variáveis altura; peso pré-gestacional e peso ao final da gestação, baseadas nas respostas da amostra estudada. A amostra será dividida de acordo com o IMC pré gestacional ($\text{peso}/\text{altura}^2$) nas categorias baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$); eutrofia ($\text{IMC} \geq 18,5 \text{ e } < 25 \text{ kg/m}^2$); sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ e } < 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$), sendo aplicável para gestantes com idade igual ou superior a 18 anos e com gestações únicas. A partir disso, será definido o limite de ganho de peso ideal para cada gestante, tendo por base as novas curvas brasileiras de ganho de peso gestacional (KAC et al., 2021). Aquelas mães que tiverem um aumento de massa corporal maior do que o limite ideal para sua categoria serão consideradas com ganho ponderal em excesso. Para a avaliação do desfecho de interesse e a relação com as variáveis independentes (idade, raça/cor, situação conjugal, renda familiar per capita, número de gestações prévias, tabagismo, etilismo, prática de atividade física antes e durante a gestação, altura, idade materna ao engravidar e número de consultas pré-natais, além do peso ao início e ao final da gravidez) será aplicado o teste qui-quadrado com intervalo de confiança de 95% e considerando estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$. Por meio deste, serão determinados os fatores relacionados ao ganho ponderal excessivo, objetivo central do estudo.

2.1.7.6 Aspectos éticos

O projeto guarda-chuva nomeado “*Saúde da Mulher e da Criança no Ciclo Gravídico-Puerperal em Usuárias do Sistema Único de Saúde*”, institucionalizado na UFFS, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS), sendo aprovado no dia 17/11/2022 (ANEXO E), sob o parecer de número 5.761.013.

2.1.8 Recursos

Os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento do projeto estão descritos no Quadro 4 a seguir, sendo custeados pela equipe de pesquisa.

Quadro 4 - Orçamento

Item	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Computador	1	R\$2400,00	R\$2400,00
Vale-transporte	50	R\$4,50	R\$225,00
Impressões	200	R\$0,25	R\$50,00
Canetas	4	R\$1,75	R\$7,00
Total			R\$2682,00

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

2.1.9 Cronograma

As atividades foram iniciadas no mês de agosto de 2023, representado pelo número 1 no quadro, e assim sucessivamente, até o número 12 que indica o mês de julho de 2024.

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Processamento e análise de dados	X	X	X	X	X	X						
Elaboração do artigo							X	X	X	X	X	X
Apresentação e divulgação dos resultados											X	X

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. DE A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2009. 657 p.

ATALAH SAMUR, E. et al. Propuesta de um nuevo estándar de Evaluación nutricional em embarazadas. **Rev. Med. Chile**, [S. l.], v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BOGAERTS, Annemie et al. Socio-demographic and obstetrical correlates of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain. **Clinical obesity**, v. 2, n. 5-6, p. 150–159, 1 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília, DF; 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo das Ações de Alimentação e Nutrição na Rede Cegonha**. Brasília, DF; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Brasília, DF; 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_alimentacao_nutricao_rede_cegonha.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela vida**, v. 4, 60p., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n° 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco. **Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022

BRASIL. Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF; 2011.

BURTON, G. J. et al. Pre-eclampsia: pathophysiology and clinical implications. **BMJ**, p. 12381–12381, 15 jul. 2019.

CARRILHO, T. R. B. et al. Gestational weight gain according to the Brazilian charts and its association with maternal and infant adverse outcomes. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 117, n. 2, p. 414–425, 2022.

DOMINGUES, M. R.; BARROS, A. J. D.; MATIJASEVICH, A. Leisure time physical activity during pregnancy and preterm birth in Brazil. **International journal of gynaecology and obstetrics**, v. 103, n. 1, p. 9–15, 1 out. 2008.

DREHMER, M. Ganho de peso gestacional, desfechos adversos da gravidez e retenção de peso pós-parto. **Ufrgs.br**, 2023.

FLORES, T. R. et al. Ganho de peso gestacional e retenção de peso no pós-parto: dados da coorte de nascimentos de 2015, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, 2020.

GIGANTE, Débora Souza et al. Associação entre a Assistência Pré-Natal e o Ganho de Peso Gestacional: Estudo Seccional em uma Área de Baixa Renda do Rio de Janeiro. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 16, p. 58362, 2021.

GOMES, Tayná Bernardino et al. Pré-eclâmpsia: importante causa de óbitos maternos no Brasil entre os anos de 2010-2017. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 75496-75510, 2020.

GOLDSTEIN, Rebecca F; ABELL, Sally K; SANJEEVA RANASINHA; *et al.* Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes. **JAMA**, v. 317, n. 21, p. 2207–2207, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28586887/>>. Acesso em: 26 fev. 2024.

GONÇALVES, C. V. et al. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 7, p. 304–309, jul. 2012.

GUYTON, A.C. e Hall J.E. - **Tratado de Fisiologia Médica**. Editora Elsevier. 12ª ed., p 1088, 2011.

HICKEY, C. A. Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 71, n. 5, p. 1364S1370S, 1 maio 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington (DC): National Academies Press (US) **National Academy of Sciences**, 2009.

KAC, G. et al. Evaluation of the ability of a Latin-American gestational weight curve to predict adverse pregnancy outcomes. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 106, n. 3, p. 223–226, 23 maio 2009.

KAC, G. et al. Gestational weight gain charts: results from the Brazilian Maternal and Child Nutrition Consortium. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 113, n. 5, p. 1351–1360, maio 2021.

KOLEILAT, M.; WHALEY, S. E. Trends and Predictors of Excessive Gestational Weight Gain Among Hispanic WIC Participants in Southern California. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 8, p. 1399–1404, 1 out. 2013.

KOMINIAREK, M. A.; PEACEMAN, A. M. Gestational weight gain. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 217, n. 6, p. 642–651, dez. 2017.

KOWAL, C.; KUK, J. L.; TAMIM, H. Characteristics of Weight Gain in Pregnancy Among Canadian Women. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 3, p. 668–676, 1 abr. 2012.

MCDOWELL, M.; CAIN, M. A.; BRUMLEY, J. Excessive Gestational Weight Gain. **Journal of Midwifery & Women's Health**, 12 dez. 2018.

MCKEATING, A. et al. The clinical outcomes of unplanned pregnancy in severely obese women. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 29, n. 4, p. 646–650, 3 mar. 2015.

MOCKRIDGE, A.; MACLENNAN, K. Physiology of pregnancy. **Anaesthesia & Intensive Care Medicine**, v. 23, n. 6, p. 347–351, jun. 2022.

NASCIMENTO, S. L et al. Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 9, p. 423–431, 8 set. 2014.

OPAS. Saúde materna. **Organização Pan-americana da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 21/04/2023

SILVA, Shana G. et al. Atividade física de lazer na gravidez e saúde materno-infantil: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte. **Medicina esportiva**, v. 47, p. 295-317, 2017.

STANG, J.; HUFFMAN, L. G. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Obesity, Reproduction, and Pregnancy Outcomes. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 116, n. 4, p. 677–691, abr. 2016.

SURITA, F. G. DE C. et al. Guidelines on how to monitor gestational weight gain during antenatal care. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 45, n. 02, p. 104–108, fev. 2023.

THORNBURG, K. L.; BAGBY, S. P.; GIRAUD, G. D. Maternal Adaptations to Pregnancy. **Knobil and Neill's Physiology of Reproduction**, p. 1927–1955, 2015.

VIGITEL BRASIL 2016. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília DF; 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_fatores_risco.pdf>.

VISWANATHAN, Meera et al. Resultados do ganho de peso materno. **Relatório de evidência/avaliação de tecnologia**, n. 168, pág. 1-223, 2008.

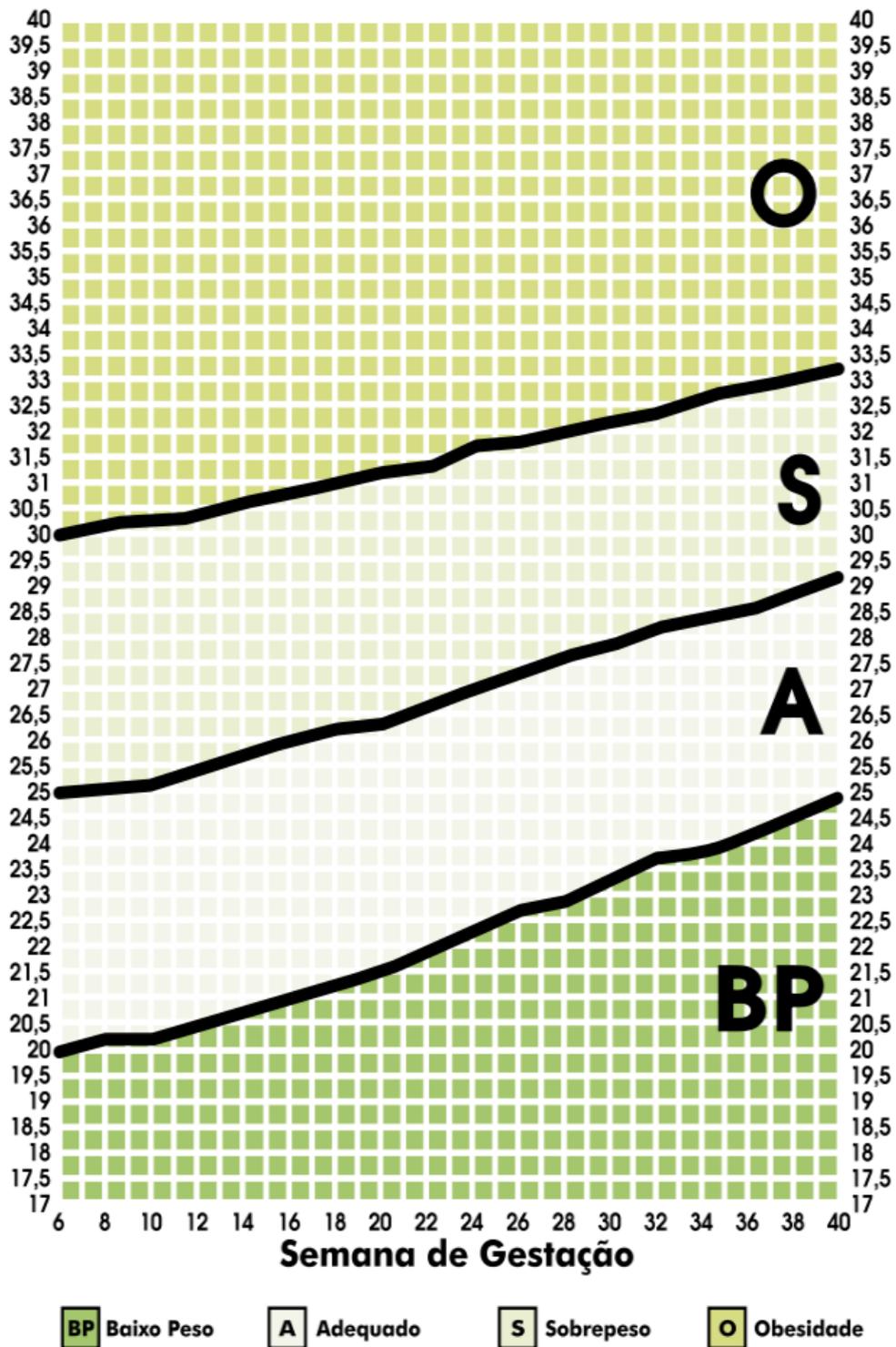
WEISMAN, C. S. et al. Preconception Predictors of Weight Gain During Pregnancy. **Women's Health Issues**, v. 20, n. 2, p. 126–132, mar. 2010.

YANG, W. et al. Relationship between Gestational Weight Gain and Pregnancy Complications or Delivery Outcome. **Scientific Reports**, v. 7, n. 1, p. 1–9, 2017

ZHANG, C.; RAWAL, S.; YAP SENG CHONG. Risk factors for gestational diabetes: is prevention possible? **Diabetologia**, v. 59, n. 7, p. 1385–1390, 10 maio 2016.

ZHOU, M. et al. Determinants of excessive gestational weight gain: a systematic review and meta-analysis. **Archives of public health**, v. 80, n. 1, 3 maio 2022.

ANEXO A – CURVA DE ATALAH PARA ACOMPANHAMENTO DE GANHO DE PESO GESTACIONAL (1990)



ANEXO B – GRÁFICOS DE ACOMPANHAMENTO DE GANHO DE PESO, CADERNETA DA GESTANTE – 6ª EDIÇÃO

Gráfico de acompanhamento do ganho de peso

EUTROFIA (IMC $\geq 18,5$ kg/m² e < 25 kg/m²)

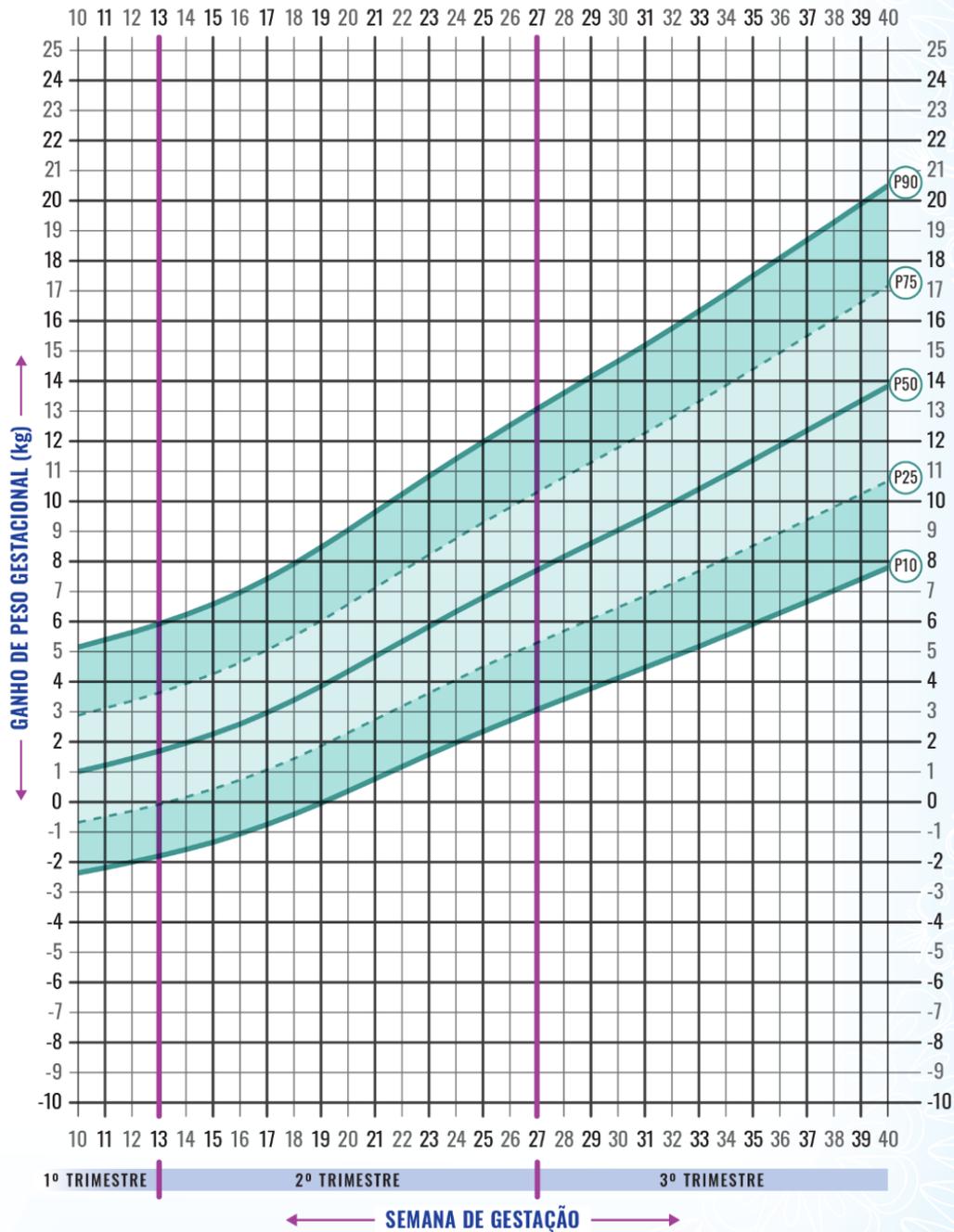


Gráfico de acompanhamento do ganho de peso

BAIXO PESO (IMC < 18,5 kg/m²)

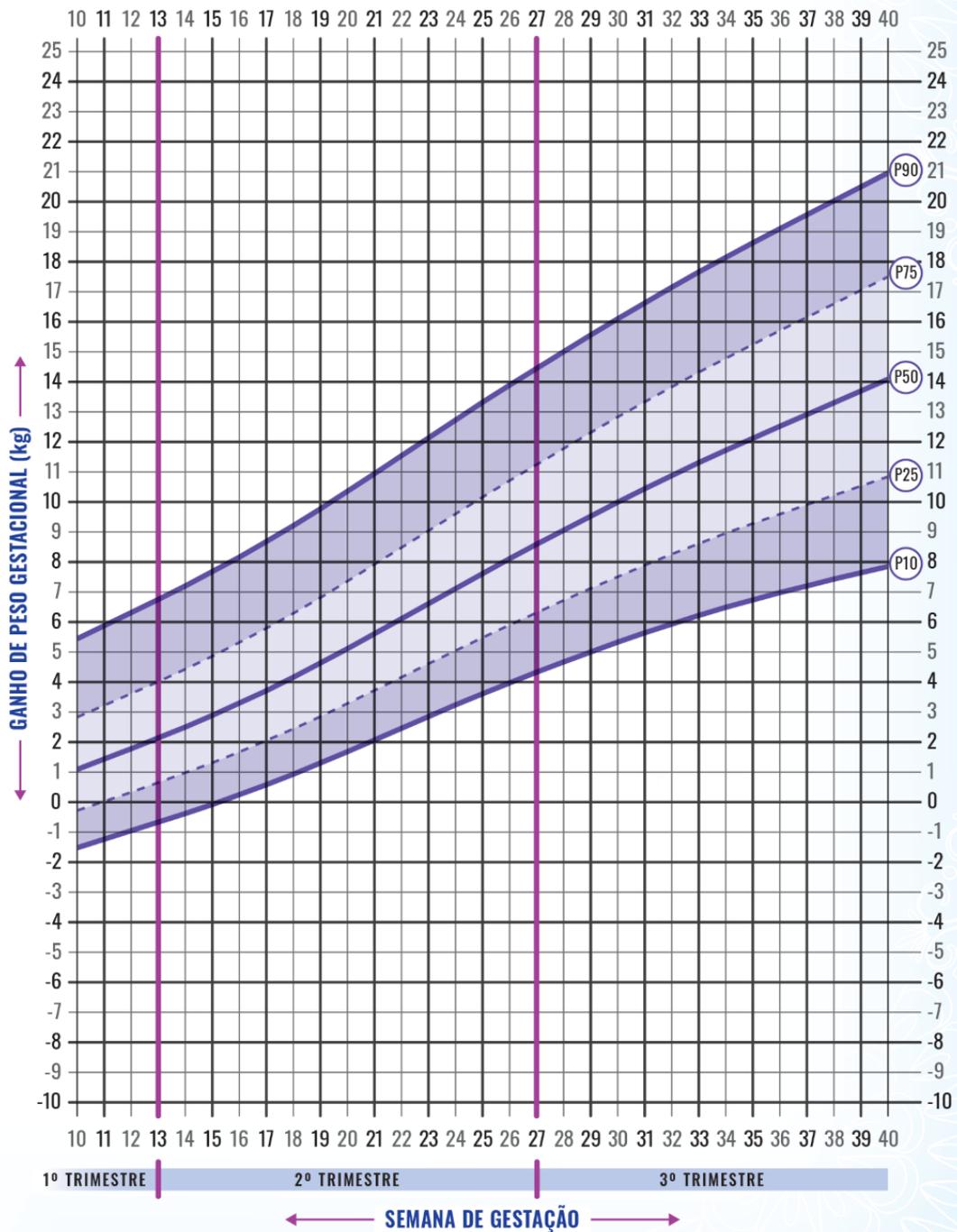


Gráfico de acompanhamento do ganho de peso

SOBREPESO (IMC ≥ 25 kg/m² e < 30 kg/m²)

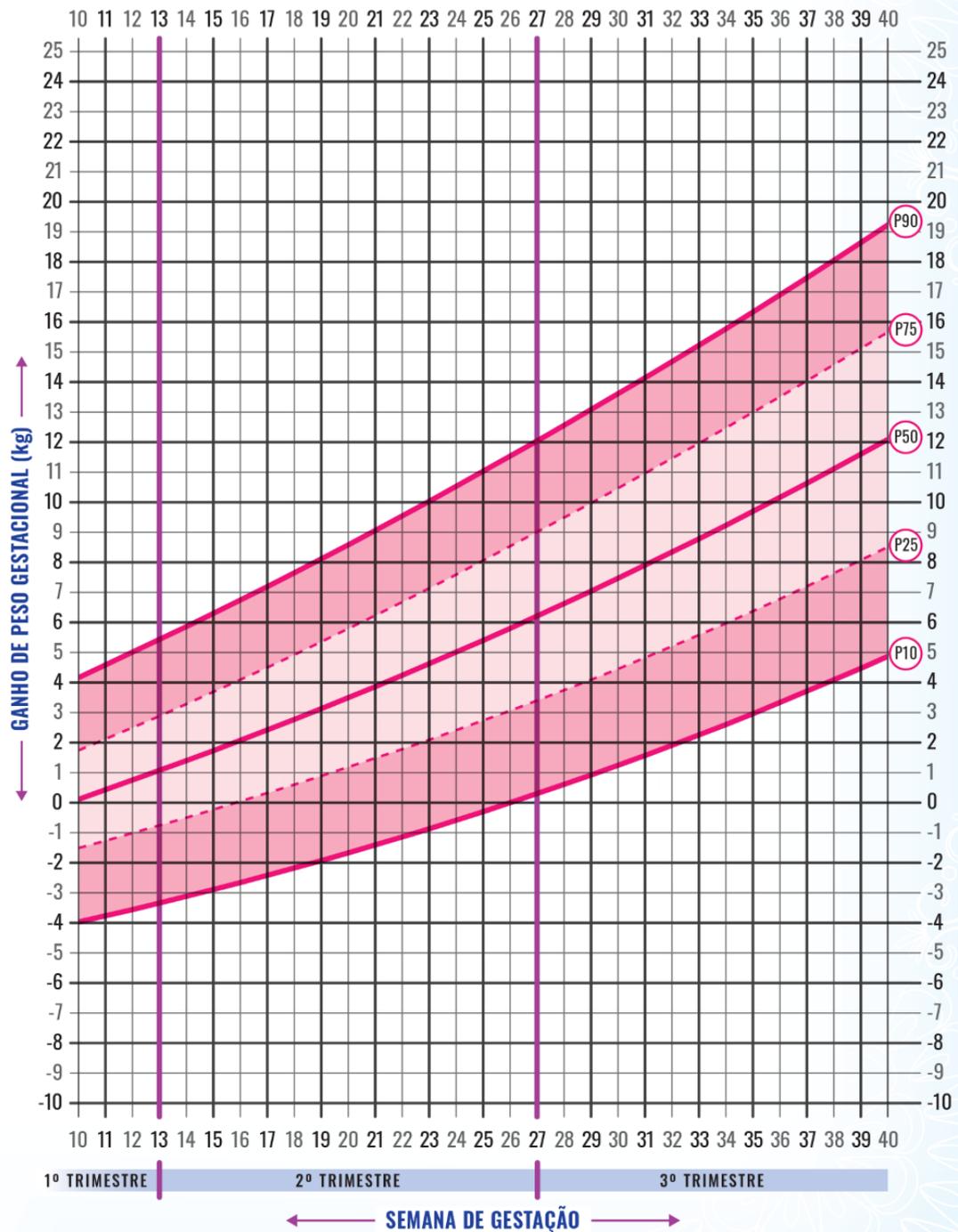
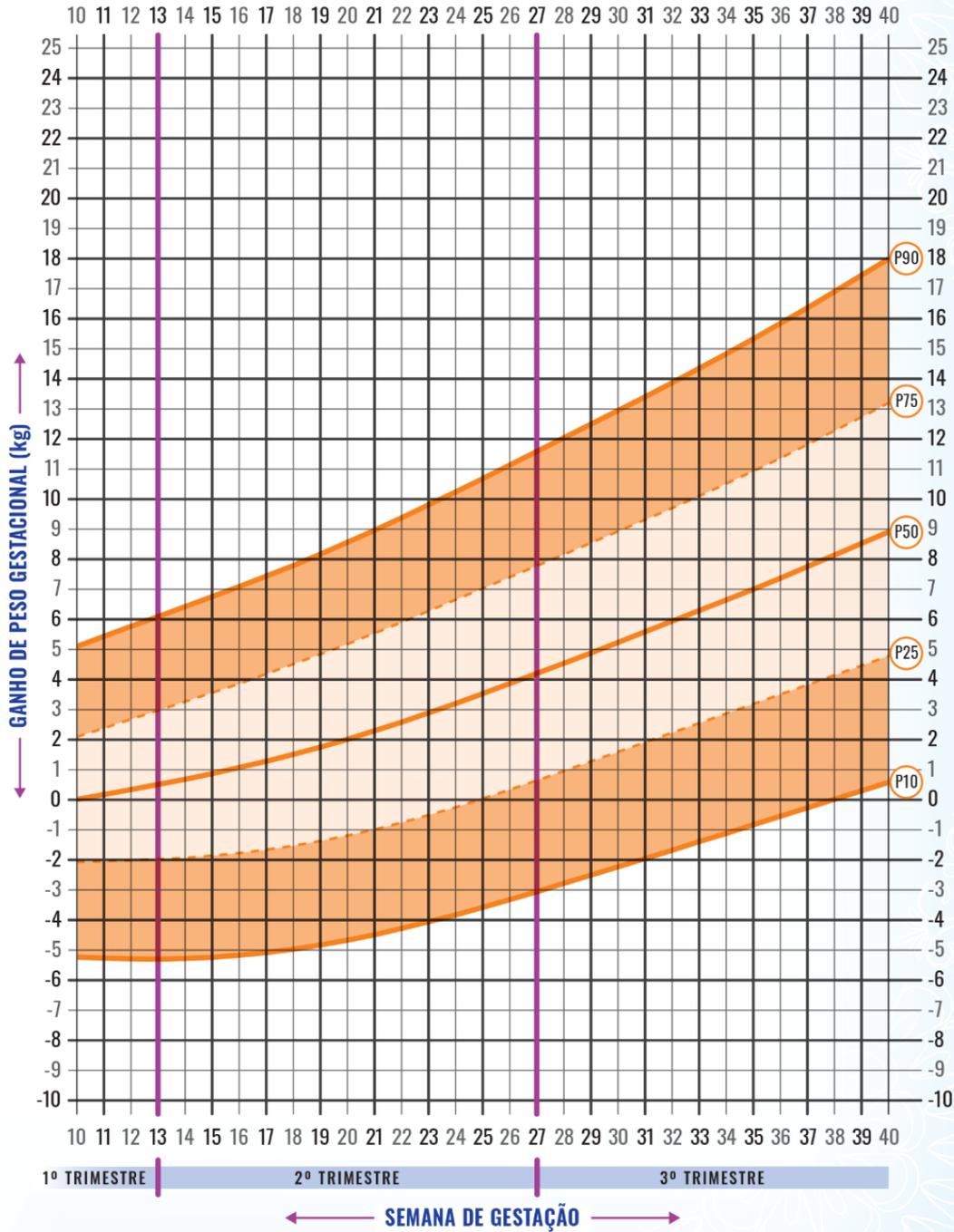


Gráfico de acompanhamento do ganho de peso

OBESIDADE (IMC ≥ 30 kg/m²)



ANEXO C – QUESTIONÁRIO APLICADO VIA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS CURSO DE MEDICINA Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde. Pesquisadora responsável: Shana Ginar da Silva – shana.silva@uufs.edu.br		
0.a	ID do questionário	NQUES__
0.b	Nome do entrevistador(a)	
0.c	Nº do entrevistador(a)	
0.d	Data da entrevista: ____/____/____	
0.e	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL __
BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1.	Qual o seu nome completo? _____	
2.	Qual é a sua idade? __ __ ANOS COMPLETOS	IDA __
3.	Você tem telefone para contato? TEL (_ _) _____ - _____ <i>SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É</i>	TEL (_ _) _____- _____
4.	Você poderia me informar o seu endereço? <i>ANOTAR COMPLETO (RUA, Nº, BAIRRO E PONTO DE REFERÊNCIA)</i>	
5.	Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR __
6.	Qual seu estado civil? (1) Casada/ vivendo com companheiro (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva	CIV__
6a	<i>SE CASADA/ VIVENDO COM COMPANHEIRO:</i> O seu marido/companheiro é o Pai do biológico do seu último filho? (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica	PAIBIOL_
6b	<i>SE SOLTEIRA/ OU CASO O COMPANHEIRO NÃO SEJA O PAI BIOLÓGICO:</i> Você tem contato com o pai da criança? (1) Sim, relação amigável (2) Sim, relação conflituosa (3) Não tem contato	CPAI_

7.	Qual a sua escolaridade? (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo	ESC__
8.	Você trabalha atualmente? (1) Sim <i>SE SIM, trabalha com o que? _____</i> (2) Não trabalho/ estou desempregada	TRAB__
9.	Quantas pessoas moram no seu domicílio? __ __ INCLUIR A PARTICIPANTE	NDOM__ __
10.	Qual sua renda familiar total (em reais R\$)? CONSIDERE A RENDA DE TODOS DA FAMÍLIA	REND _____ _____
11.	Quantos filhos(as) você tem? __ __	FIL__ __
12.	Quantas gestações você já teve além da última? __ __ <i>SE TEVE APENAS UMA GESTAÇÃO COLOCAR 00</i>	GESTA _____

13.	Você já sofreu abortos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	ABORT _____
13a	SE SIM, quantos foram?	NABORT__
14.	A sua última gestação foi planejada ou você engravidou sem querer? (1) Sim (2) Não	PLA_____
BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA E PRESENÇA DE COMORBIDADES		
15.	Você atualmente é fumante? (1) Sim (2) Não, nunca fumei. (3) Não, mas já fumei.	FUMA__
15a	Na sua última gestação você fumou? (1) Sim (2) Não (3) Fumava, mas parou quando descobriu a gravidez	FUMOGES T__
16.	Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (2) Não	BEBE_____
16a	Na sua última gestação você consumiu bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (3) sim, mas parou quando descobriu a gravidez	ALCGEST__

17.	Atualmente, você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE “SIM” (1) Sim. (2) Não	AF__
17a	<i>SE SIM, quantas vezes por semana? _____ EM DIAS</i>	AFVEZ_
17b	<i>SE SIM, Quanto tempo por dia? _____ EM MINUTOS</i>	AFTEMP _ _ _
17c	<i>SE SIM, Qual tipo de atividade física você faz atualmente? _____</i>	TIPOAF_
Agora vamos falar da sua atividade física na última gestação....		
18.	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS MESES ANTES</u> da última gravidez? (1) Sim (2) Não	AFANTES_
18a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	
18b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AFANTESV _
18c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AFANTEST _
19	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS PRIMEIROS MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF1TRI_
19a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	
19b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AF1TRIV_
19c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AF1TRITE MP_
20	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular <u>DOS 4 AOS 6 MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF2TRI_
20a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	
20b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AF2TRIV_
20c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AF2TRITE MP_

BLOCO C - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL, PARTO E ÚLTIMA GESTAÇÃO		
36	Quantos anos você tinha quando engravidou do último filho? __	IDADULTFI L_
36a	Qual foi a idade gestacional quando você descobriu a gravidez? __ SEMANAS (9) Não sabe/não lembra	IDADESCO_
36b	Qual foi a sua reação com a notícia da gravidez? <i>AGUARDAR A MULHER RESPONDER E ASSINALAR A RESPOSTA CORRESPONDENTE</i>	REATGEST_
37	Na sua última gestação, você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	PRENAT__
38	SE SIM, Quantas consultas de pré-natal você fez? _____ (9) Não sabe/não lembra	PRECONS_
39	Em qual trimestre você começou a realizar pré-natal? (1) Primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre (4) Não realizei pré-natal. (5) Não sabe/não lembra	PRETRI__
40	Em qual tipo de serviço você realizou a maior parte do seu pré-natal? (1) Público/SUS (2) privado (3) convênio (4) Outro _____	SERVPRE_
41	ante o seu pré-natal, você foi atendida por um médico especialista pelo menos uma vez? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	ATMEDESP __
42	Durante pré-natal, realizaram controle da sua pressão arterial? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CPA_____
43	Durante pré-natal, realizaram coleta de sangue? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CSANGUE_

44	Durante pré-natal, realizaram coleta de urina? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CURINA__ __
45	Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OLOCAL__
46	Você recebeu orientações sobre o parto, seus direitos e local que deveria procurar? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OPARTO__ __
47	Você foi orientada a elaborar um plano de parto? (1) Sim, e elaborei (2) Sim, mas não elaborei (3) Não (4) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	PLANOP__ __
Agora vamos falar de alguns dados clínicos da sua última gestação....		
48	Qual foi a data do parto? ____ / ____ / ____	DATAPART __
49	Qual a idade atual do seu filho(a)? ____ ano ____ meses	IDAEFIL_ __
50	Qual foi a idade gestacional no momento do nascimento? ____ semanas	IG ____
51	Qual foi o tipo de gestação? (1) Única (2) gemelar	TIPOGEST_ __
52	Agora vou falar sobre algumas morbidades e gostaria que você me informasse se teve alguma delas durante a sua gestação?	DMG____
52a	Diabetes gestacional: (1) Sim (2) Não	DMANTES_ __
53	Já tinha diabetes <u>ANTES</u> da gestação? (1) Sim (2) Não	HASG____
53a	Hipertensão gestacional: (1) Sim (2) Não	PANTESG_ __
54	Já tinha pressão alta <u>ANTES</u> de engravidar? (1) Sim (2) Não	PRECLAMP __
55	Pré-eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	ECLAMP_ __
56	Eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	SH ____
57	Síndrome de Hellp: (1) Sim (2) Não	ITU_ __
58	Infecção do trato urinário (1) Sim (2) Não	IST_ __
	Excesso de ganho de peso (1) Sim (2) Não	

59	ISTs – sífilis, clamídia, HIV, verrugas genitais (1) Sim (2) Não	OUTRAMO
60	Outro: _____ Se sim, qual?	RB_
61	Qual foi seu peso <u>AO FINAL</u> gestação? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOFINAL____
62	Qual era o seu peso <u>ANTES</u> de engravidar? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOANTES____
63	Qual foi seu tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal Vaginal com fórceps (um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga) ou Vácuo Extrator	TIPOPART____
64	EM CASO DE CESÁREA, Quando foi decidido que o parto seria cesárea? (1) Durante o pré natal (2) Na internação do parto (3) Na sala de parto (4) Não sei/Não lembro	DECICES_
65	EM CASO DE CESÁREA, Qual foi o motivo para fazer cesárea? (1) Complicações na hora do parto. (2) Complicações da gestação. (3) A senhora quis. (4) O médico quis. (5) Foi programada durante a gravidez (6) Não sei/ Não lembro	MOTIVCES_
66	Qual foi o local do parto? (1) Hospital Público/SUS (2) Hospital Privado (3) Hospital via Convênio (4) Domiciliar	LOCPARTO____
67	Qual foi a sua satisfação com o parto? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Indiferente (4) Bom (5) Muito bom	SATISFPART____
67a	SE MUITO RUIM/RUIM, qual foi o principal motivo?	MSATISFPART_
68	Se <u>utilizava</u> algum método contraceptivo quando engravidou nesta última gestação? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CONTPREGEST_

68a	SE SIM, Qual método você utilizava quando engravidou? (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma).	METPREG EST_
68b	SE NÃO, Qual o motivo de não usar método contraceptivo? (1) A gravidez foi planejada (2) Não tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos (3) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não tinha acesso a eles (4) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não achava que seria necessário (5) Outro: <hr/>	MOTNAO MET_

QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA		
69	Agora vou fazer umas perguntas e gostaria que você me dissesse o que você considera ser seu direito na hora do parto? Ter um acompanhante o tempo todo no hospital durante o parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe Escolher a posição do parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe Ter uma doula? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe Receber auxílio para dor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe Escolher se vai fazer a raspagem dos pelos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe Ter um plano de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe Negar a realização do corte na vagina? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VACOMP_
70		VPOSPART
71		—
72		VDOULA_
73		VDOR_
74		VPELOS_
75		VPLANPAR
		T_
		VEPISIO_
76		Você sabe o que é/ já ouviu falar em violência obstétrica? (1) Sim (2) Não
76a	SE SIM, O que você entende por violência obstétrica?	

77	Você, em algum momento, já sofreu violência obstétrica? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (4) Não sabe o que é violência obstétrica.	VSOFREVO _____
77a	SE SIM, Você sabia o que fazer diante da violência sofrida? (1) Sim (2) Não	VSFAZER_
77b	SE SIM, Quais as providências você tomou?	VPROVID_
77c	SE NÃO, Caso tivesse sofrido você saberia o que fazer?	VSABERIA _
78	È considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana nascimento do seu último bebê? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	VNASCULT _____
O O PARTO TENHA SIDO VAGINAL/NORMAL FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO: <input type="checkbox"/> SE PARTO CESÁREA PULAR PARA QUESTÃO 94		
79	Qual foi sua a posição do parto ? (1) Deitada (com as pernas afastadas) (2) Cócoras (3) No banquinho (4) De quatro (5) Outra: _____	VPOSIPART _
80	Você escolheu a posição do seu parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VESCPOSIP ART_
81	SE NÃO, Quem escolheu sua posição de parto? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Doula (4) Outro: _____ (5) Não sei/não lembro	VQUEMPO SI_
82	hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebe? (1) Sim (2) Não	VSUBIBAR _
83	Foi realizado um corte na vagina na hora do bebe nascer? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VCORTEV_

83a	SE SIM, Você foi informada que esse corte seria feito? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VINFOCOR T_
83b	SE SIM, Foi feita anestesia para a realização do corte? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VANESTC ORT_
84	ante o trabalho de parto você foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROIBSA IR_
85	A senhora sentiu muita dor durante o trabalho de parto? (1) Sim, um pouco (2) Sim, muita dor. (3) Não	VMUITAD OR_
85a	SE SIM, Você pediu algum remédio ou outra coisa para alívio da dor? (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VREM_
85b	SE SIM, depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor você teve seu pedido atendido? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPEDATE ND_
86	Foi oferecido para você alguns desses itens para alívio da dor?	VBOLA_
87	Bola (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VMASSAG
88	Massagem (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	_
89	Banquinho (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não. Outro:	VBANCO_ OUTRO_
90	Durante o trabalho de parto, você pediu algum líquido ou alimento? (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VALIMEN T_
90a	SE SIM, você teve o seu pedido de alimentação/ líquido atendido? (1) Sim. (2) Não (3) Não, realizei cesárea (9) Não sabe/não lembra	VALTATE ND_
91	Fizeram exame de toque em você durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VTOQUE_
92	IM, O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais de saúde? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROFDIF _
93	Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não lembra	VOCITO_
94	Um familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto? (1) Sim, a maior parte do tempo. (2) Sim, o tempo todo. (3) Não, a maternidade não permitia. (4) Não, não era permitido em virtude da covid19 (5) Outro: _____	VACOMP_ _
95	Sobre cuidados ANTES do parto:	VLAVENT_ _
96	Foi feita lavagem intestinal? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VRASPEL_ _
97	Você foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra Algum profissional rompeu sua bolsa? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	ROMPB_ _

98	Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta sua durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VDUV____ —
99	Algum profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VHUM____ —
100	Um profissional repreendeu você por chorar ou gritar durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VREPREN D____
101	Algum profissional debochou ou fez piadas de você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VPIADA____ —
102	Você foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/ Não lembro	VSOZ____ —
103	Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele? (1) Sim (2) Não, não deixaram. (3) Não, a criança teve alguma complicação e foi direto encaminhada para atendimento (4) Não sabe/não lembra	VPELEBEB ____
104	Você pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	VAMAPOS ____
105	Você teve COVID-19 durante a gestação? (1) Sim (2) Não	COVIDGES T_
106	SE SIM, teve alguma complicação/sequela relacionada à COVID-19 no parto ou após?	COMPLCO V_
BLOCO D - SAÚDE DA MULHER		
107	Qual foi a idade da sua menarca (primeira menstruação)? __ ANOS	IDADMEN ARC_
108	Qual a idade da sexarca (idade da primeira relação sexual)? __ ANOS	IDADSEX_
110	Ante a sua adolescência, houve ALGUMA conversa sobre mudanças corporais e sexualidade? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CSEXUAL —
111	SE SIM, Quem conversou com você sobre esses assuntos? (1) Família. Qual membro? ____ (2) Escola (3) Unidade de saúde (4) Amigos (5) Outro: ____	QUEMSEX UAL_
112	Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSA UDE__

113	Como você considera a qualidade do seu sono? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSON O_
114	Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	EXAMEPA PA__
114a	IM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PAPATRES _
114b	SE SIM, de que forma você soube da necessidade de fazer o exame?	FORMAPA PA_
114c	SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo?	MOTNAOP APA_
115	Atualmente, você está grávida?	GRAVIDA ____
115a	(1) Sim (2) Não SE SIM, de quantas semanas? _ _ SEMANAS	G2SEM_
116	Você já participou de algum programa de planejamento familiar? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PARTPLA N_
117	Algum profissional de saúde já te orientou sobre o uso de métodos contraceptivos (Incluindo instruções de uso, quais as opções existentes, quais os prós e contras de cada método contraceptivo)? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSME TPRO_
118	Você está satisfeita com o método contraceptivo que utiliza atualmente?	SATISFME T_
118a	(1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente. SE NÃO, porquê não está satisfeita?	INSATISF MET_
119	È considera de fácil acesso, pelo SUS, o método contraceptivo que você escolheu utilizar? (1) Sim (2) Não	ACESSOS USMET_
120	Um profissional de saúde já te orientou sobre o que são e como se prevenir de IST's? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSIST _

121	Algum profissional de saúde já te orientou acerca da importância de cuidar da sua saúde? <i>Como a importância de manter a higiene íntima, fazer exame citopatológico.</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSCUI D_
Agora vamos falar de alguns aspectos de saúde mental...		
122	Você já teve algum diagnóstico psiquiátrico? (1) Sim (2) Não	DIAPSI_

123	SE SIM, qual?	TDM_
123a	Transtorno Depressivo Maior não relacionada à gestação	TDG_
123b	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDPP_
123c	Transtorno Depressivo na Gestação	TA_
123d	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TAB_
123e	Transtorno Depressivo Pós-Parto (excluir última gestação)	TE_
123f	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TOC_
123g	Transtorno Ansioso	TPERS_
123h	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDAH_
123i	Transtorno Afetivo Bipolar	OUTROTR
123j	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ANST_
	Transtorno Esquizoafetivo	
	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	
	Transtorno Obsessivo-compulsivo	
	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	
	Transtorno de Personalidade	
	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	
	TDAH	
	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	
	(1) Outro: _____	
124	Você já fez/ faz uso de medicamentos para dormir desde o último parto?	MEDDORM
	(1) Sim, atualmente faço.	_____
	(2) Sim, já fiz, mas não faço mais.	
	(3) Não	
	(4) Não sei/não lembro	
125	Você já fez/ faz uso de medicamentos para depressão?	MEDDEPR
	(5) Sim, atualmente faço.	E_____
	(6) Sim, já fiz, mas não faço mais.	
	(7) Não	
	(8) Não sei/não lembro	
126	Você tem algum familiar com histórico de transtorno mental?	FAMTMC_
	(1) Sim	_____
	(2) Não	
	(3) Não sei/não lembro	
127	Você possui algum problema de dependência de substâncias ilícitas?	DEPSUBST
	(1) Sim	_____
	(2) Não	
128	SE SIM, faz acompanhamento, seja na UBS ou no CAPS AD?	ACOMPCA
	(1) Sim	PS_
	(2) Não	
BLOCO E - SAÚDE DA CRIANÇA		
Agora vamos falar de alguns assuntos relacionados à saúde da criança....		
129	Qual idade ATUAL do seu bebê? ____ m ____ d	IDAB_____

130	Qual foi o peso do bebê ao nascer a <u>NASCER</u>? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESNASC_ _____
131	Qual é o peso <u>ATUAL</u> do bebê? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESOATUA L_
132	Qual foi o comprimento do bebê ao <u>NASCER</u>? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPNAS C_

133	Qual é o comprimento <u>ATUAL</u> do seu bebê? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPATU AL_
134	O seu bebê nasceu prematuro? (1) Sim (2) Não	PREMAT_ _____
135	O bebê precisou de internação em unidade neonatal assim que nasceu? (1) Sim (2) Não	UTI_
135a	SE SIM, por qual motivo? (9) Não sei/não lembro	MOTIVOUT I_
136	APGAR no 1': ____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR1_
137	APGAR no 5': ____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR5_
138	O bebê atualmente mama no peito? (1) Sim (2) Não	MAMAPEIT _____
138a	SE NÃO, o bebê, em algum momento mamou no peito? (1) Sim (2) Não	MAMOU_
138b	SE NÃO MAMOU: Por que não mamou? _____	MOTIVNM AMA_
138c	SE SIM, Até que idade mamou no peito? __ ano ____ meses (99) ainda mama	IDADEMA MOU_
139	O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin? (1) Sim (2) Não	FORM____
139a	SE SIM, Com que idade ele começou a tomar fórmula? __ ano ____ meses	IDADFORM _

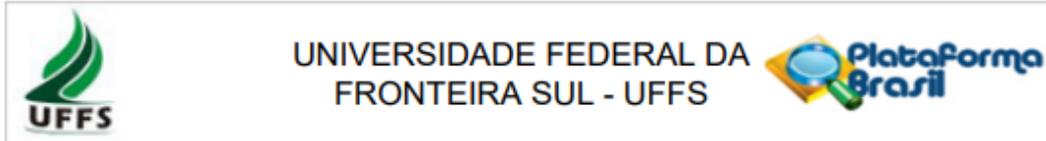
	<p>Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?</p> <p>140</p> <p>141 Água _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>142 Leite em pó _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>143 Leite de vaca _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>144 Chá _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>145 Suco _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>146 Refrigerante _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>147 Papa de frutas _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>148 Papa salgada _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>149 Caldos _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>150 Sopa _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>151 Iogurte _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>152 Bolacha _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>153 Pão _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>154 Ovo _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>155 Carne _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>156 Massa _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>157 Legumes _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>158 Arroz _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p> <p>Outro? _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro</p>	<p>AGUA_ LEITEPO_ LEITEVAC_ CHA_ SUCO_ REFRI_ PAPAFRUT_ PAPASALG_ CALDO_ SOPA_ IOGURT_ BOLACH_ PAO_ OVO_ CARNE_ MASSA_ LEGUM_ ARROZ_ OUTRO_</p>
<p>Sobre as vacinas, o seu bebê já tomou: <i>PEÇA PARA VER A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA</i></p>		
<p>159</p> <p>160</p> <p>161</p> <p>162</p>	<p><i>AO NASCER</i></p> <p>BCG ID (1) Sim (2) Não (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha</p> <p>Hepatite B (1) Sim (2) Não (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha</p> <p><i>AOS 2 MESES</i></p> <p>Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha</p> <p>Rotavírus (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha</p>	<p>BCG_ HEPBNASC_ HEPB2_ ROTA2_</p>

163	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	DTPA2_
164	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB2_
165	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOPA2_
166	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEMO2_
167	AOS 3 MESES	MENINGO3
168	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirinha	—
169		MENINGOB3_
170	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPB4_
171	AOS 4 MESES, REFORÇOU:	ROTA4_
172	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	DTPA4_
173	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB4_
174	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP4_
175	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO4_
176	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOC5_
177	AOS 5 MESES, REFORÇOU:	MENINGOB5_
178	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirinha	5_
179		MENINGOB5_
180	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPATB6_
181		DTPA6_
182	AOS 6 MESES, REFORÇOU:	HIB6_
183	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP6_
184	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO6_
185	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	FEBRE7_
	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO12
	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	—
	AOS 7-11 MESES	MENINGO12
	Febre Amarela (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	2
	AOS 12 MESES, REFORÇOU:	MENINGOB12
	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
186	Agora vamos falar sobre a periodicidade de consultas médicas realizadas pelo seu bebê nos 2 primeiros anos de vida....	SEM_
187		MES1_
188	1 semana (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES2_
189	1 mês (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES4_
190	2 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES6_
191	4 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES9_
192	6 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES12_
193	9 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES18_
194	12 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES24_
	18 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	
	24 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde.		
	ID do Questionário	NQUES__
	Nº do entrevistador(a)	
	Data da entrevista: ____/____/____	
	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL __
ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)		
Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está e sentindo nos ÚLTIMOS SETE DIAS...		
1	Eu tenho me sentido capaz de rir e achar graça das coisas (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	RIR__
2	Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia-a-dia. (0) Como sempre senti (1) Talvez, menos que antes (2) Com certeza menos (3) De jeito nenhum	PRA __
3	Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem errado (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	CUL__
4	Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão (0) Não, de maneira alguma (1) Pouquíssimas vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, muitas vezes	ANS__
5	Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo (3) Sim, muitas vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	PAN__

6	<p>tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia</p> <p>(3) Sim, na maioria dos dias não consigo lidar bem com eles</p> <p>(2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes</p> <p>(1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</p> <p>(0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>	ESM__
7	<p>Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir</p> <p>(3) Sim, na maioria das vezes</p> <p>(2) Sim, algumas vezes</p> <p>(1) Não muitas vezes</p> <p>(0) Não, nenhuma vez</p>	DOR__
8	<p>Eu tenho me sentido triste ou arrasada</p> <p>(3) Sim, na maioria das vezes</p> <p>(2) Sim, algumas vezes</p> <p>(1) Não muitas vezes</p> <p>(0) Não, nenhuma vez</p>	TRI__
9	<p>Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado</p> <p>(3) Sim, quase o tempo todo</p> <p>(2) Sim, muitas vezes</p> <p>(1) De vez em quando</p> <p>(0) Não, nenhuma vez</p>	CHO__
10	<p>A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça</p> <p>(3) Sim, muitas vezes, ultimamente</p> <p>(2) Algumas vezes nos últimos dias</p> <p>(1) Pouquíssimas vezes, ultimamente</p> <p>(0) Nenhuma vez</p>	MAL__

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: SHANA GINAR DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62903222.8.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.761.013

Apresentação do Projeto:

Transcrição: Resumo:

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por um período de intensas mudanças físicas e emocionais nas quais são vivenciadas de formas distintas a partir das experiências e linhas de cuidado pelo qual passam as mulheres e suas famílias. O período gestacional, assim como o nascimento e puerpério são eventos vitais e seu monitoramento pode contribuir para o conhecimento da situação de saúde de uma população, pois permite a construção de indicadores que subsidiam o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de vigilância e atenção à saúde materna e infantil. Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar os indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado entre dezembro de 2022 e julho de 2025 com mulheres que possuam filhos de até 2 anos, independentemente da idade e assistidas na atenção básica no município de Passo Fundo, RS. Os dados serão coletados a partir de entrevistas face a face com as participantes nas dependências das unidades de saúde em ambiente reservado. As variáveis analisadas serão constituídas por características sociodemográficas, de hábitos de vida, presença de comorbidades, assistência pré-natal, dados clínicos da última gestação, violência obstétrica, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde da criança. Na análise dos dados será empregada a estatística descritiva incluindo médias,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.802-112

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.761.013

mediana e desvios-padrão para variáveis contínuas e proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para variáveis categóricas. Na análise bivariada será utilizado o teste de qui-quadrado, enquanto que na análise multivariada será aplicada a regressão logística com ajuste para potenciais fatores de confusão. Espera-se que as associações evidenciadas nessa pesquisa possam subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sobretudo por meio do fortalecimento de ações na atenção primária no município de Passo Fundo, RS. Almeja-se ainda, exercer e consolidar, a missão institucional da Universidade Federal da Fronteira Sul que é contribuir para a produção do conhecimento científico e desenvolvimento regional integrado possibilitando a atuação de redes intersetoriais e colaborativas na região.

Comentário: adequado

Transcrição: Hipótese:

1) Será observada uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer; 2) A proporção de mulheres que realiza aleitamento materno exclusivo será de 50%; 3) As principais causas de morbidade materna serão a pré-eclâmpsia, 6% e diabetes gestacional com 9,5%. 4) Cerca de 50% das mulheres não realizará de forma adequada o rastreamento para câncer de mama e de colo de útero conforme preconizado pelas diretrizes nacionais; 5) Cerca de 70% das gestantes e puérperas estarão com a cobertura vacinal de acordo com as diretrizes nacionais; 6) Mulheres mais velhas e com alta escolaridade terão maior acesso ao planejamento familiar; 7) A prevalência do tabagismo e uso de álcool será de 40% entre as participantes e as práticas de atividade de lazer será prevalente em 30% das mulheres; 8) A prevalência esperada para os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares serão 60% para sedentarismo, 30% consumo de bebida alcoólica e 24% de dislipidemia; 9) A proporção de mulheres que relata ter sofrido violência obstétrica será de 25%; 10) A frequência de depressão pós-parto na amostra analisada será de 20%;

Comentário: adequado

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição: Objetivo Primário: Avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.761.013

puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

Comentário: adequado

Transcrição: Objetivo Secundário:

- Avaliar a prevalência de adequação da assistência pré-natal, assim como a relação entre assistência adequada com características maternas (idade, escolaridade e cor da pele) e do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional).
- Estimar a proporção de mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo.
- Investigar a ocorrência de morbidades maternas como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. • Avaliar a prevalência de realização do rastreamento para câncer de mama e de colo de útero
- Avaliar a cobertura vacinal no ciclo gravídico puerperal. • Investigar fatores relacionados ao planejamento familiar.
- Estimar a prevalência de hábitos de vida como tabagismo, álcool e prática de atividade no lazer.
- Estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Estimar a proporção de violência obstétrica que possa ter ocorrido durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.
- Estimar a proporção de depressão pós-parto na amostra analisada.

Comentário: adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Transcrição: Riscos:

Em posse do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, o projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP -UFFS), conforme resolução 466/2012. A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este comitê. As participantes que se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo serão convidadas a participar da pesquisa. Caso houver o aceite das mesmas, as participantes de idade 17 anos, deverão assinar o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados e os pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores. E as participantes com idade 18 anos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses documentos devem ser assinados voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.761.013

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2011061.pdf	01/11/2022 10:39:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Mulher_e_da_Crianca.pdf	01/11/2022 10:38:03	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Anexo_Carta_Pendencias.pdf	01/11/2022 10:37:39	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS_E_RESPONSAVEIS_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:49	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:38	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	12/10/2022 13:00:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/09/2022 08:46:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_Pesquisa_SMS.pdf	01/09/2022 17:45:49	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.802-112

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O presente estudo, intitulado “Prevalência e fatores relacionados ao ganho de peso gestacional excessivo” tem como objetivo estimar a prevalência do aumento ponderal inadequado durante a gravidez, bem como avaliar sua relação com fatores sociodemográficos e obstétricos em usuárias do Sistema Único de Saúde.

O projeto foi desenvolvido no primeiro semestre de 2023, sob orientação da Prof. Dra Shana Ginar da Silva e da Prof. Priscila Pavan Detoni ao longo da disciplina de Trabalho de Curso I. O qual segue no segundo semestre de 2023, na disciplina de Trabalho de Curso II. O presente projeto abrange de um recorte da pesquisa intitulada “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*”, a qual foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) em novembro de 2022

A coleta de dados foi iniciada em dezembro de 2022. Os dados foram coletados via aplicação de um questionário desenvolvido para o próprio estudo guarda-chuva, por acadêmicos de medicina previamente treinados, sendo que a autora do projeto participou da equipe de coleta dos dados. O instrumento foi aplicado mediante entrevista, face a face, com mulheres que possuíam filhos de dois anos de idade incompletos e estavam em acompanhamento puerperal nos territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde Donária/Santa Marta, Farroupilha, São Luiz Gonzaga e São José, no município de Passo Fundo. Para a amostra final estimou-se que houvesse uma população final de 271 participantes. Essa estimativa foi alcançada em agosto de 2023, e, no momento (em dezembro de 2023), o projeto guarda-chuva conta com uma população de 272 mulheres na amostra.

Os dados foram duplamente digitados e validados e a análise estatística incluirá a descrição da amostra, verificação da prevalência do desfecho de interesse com intervalo de confiança de 95% (IC95). Será analisada, ainda, a sua distribuição conforme as variáveis preditoras (fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos), com teste qui-quadrado admitindo-se erro α de 5%, sendo significativos valores $p < 0,05$. A análise dos dados consistiu em uma estatística descritiva da prevalência do excesso de ganho de peso gestacional e a relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. Para as variáveis numéricas serão estimadas medidas de posição e dispersão, para as categóricas serão descritas as frequências absolutas e relativas.

Após essa etapa, será elaborada a redação do artigo entre os meses de março a abril de 2024. O artigo será escrito seguindo as normas da revista científica “Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil” (disponível em: <<https://www.rbsmi.org.br/journal/7>>).

3 ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO GANHO DE PESO GESTACIONAL EXCESSIVO: EVIDÊNCIAS A PARTIR DE UM ESTUDO TRANSVERSAL

PREVALENCE AND FACTORS RELATED WITH EXCESSIVE GESTATIONAL WEIGHT GAIN: EVIDENCE FROM A CROSS-SECTIONAL STUDY

Jéssica Bouffleur¹; Priscila Pavan Detoni²; Shana Ginar da Silva³

¹Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: jessicabouffleur@outlook.com

² Doutora, docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: Priscila.detoni@uffs.edu.br

³Doutora, docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: shana.silva@uffs.edu.br

RESUMO

Objetivo: avaliar a prevalência de ganho de peso gestacional excessivo e a relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **Métodos** estudo transversal, realizado de dezembro de 2022 a agosto de 2023, com mulheres de idade igual ou superior a 18 anos, com filhos de até 2 anos de idade, fruto de gestações únicas e que estivessem em acompanhamento de puericultura, em quatro Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária de Passo Fundo, RS. O principal desfecho avaliado foi o ganho de peso gestacional excessivo (GPG), classificado em intervalos conforme Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional. As variáveis de exposição abrangeram aspectos sociodemográficos, comportamentais e clínicos das participantes. Realizou-se estatística descritiva (n, %) e análise da distribuição do desfecho conforme as variáveis de exposição através do teste do qui-quadrado e do teste exato de fisher, adotando-se um nível de significância estatística de $p < 0,05$. **Resultados:** a amostra final foi composta por 199 mulheres, sendo destas 55,3% autodeclaradas brancas, com idade média de 27 anos ($\pm 5,6$) e renda ≤ 1 salário-mínimo (91,6%). A prevalência de GPG excessivo foi de 60% (IC95% 53-67), com um ganho médio de 12,01 kg (IC95% 10,70-13,31). Foi identificada relação estatisticamente significativa entre o GPG excessivo e renda per capita > 1 salário-mínimo ($p = 0,029$), inatividade física durante toda a gestação ($p = 0,030$) e IMC pré-gestacional não-eutrófico ($p = 0,044$). **Conclusão:** identificou-se uma elevada prevalência de ganho de peso gestacional excessivo, sendo que os fatores relacionados foram a renda familiar per capita, a inatividade física e o IMC pré-gestacional. Os achados permitem dimensionar a magnitude do desfecho e visam direcionar a adoção de estratégias para promoção de uma gestação saudável. Portanto, considerando a

necessidade de ampliar e melhorar a assistência materno-infantil, sugere-se mais estudos com esse enfoque.

Palavras-chave: gravidez; cuidado pré-natal; Índice de Massa Corporal; saúde materno-infantil; Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of excessive gestational weight gain and its association with sociodemographic, behavioral, and clinical factors in women. **Methods:** This was a cross-sectional study conducted from December 2022 to August 2023 among women aged 18 years or older, with children up to 2 years of age, who were the result of single pregnancies and who were being monitored for child care in four primary health care units in Passo Fundo, RS. The main outcome assessed was excessive gestational weight gain (GDW), divided into intervals according to pre-gestational body mass index (BMI). Exposure variables included sociodemographic, behavioral, and clinical aspects of the participants. Descriptive statistics (n, %) and analysis of the distribution of the outcome according to the exposure variables were performed using the chi-squared test and Fisher's exact test, with a statistical significance level of $p < 0.05$. **Results:** The final sample consisted of 199 women, 55.3% of whom self-identified as white, with a mean age of 27 years (± 5.6) and an income ≤ 1 minimum wage (91.6%). The prevalence of excessive FGM was 60% (95%CI 53-67), with a mean gain of 12.01 kg (95%CI 10.70-13.31). A statistically significant association was found between excessive FGM and per capita income > 1 minimum wage ($p = 0.029$), physical inactivity during pregnancy ($p = 0.030$), and non-eutrophic pre-pregnancy BMI ($p = 0.044$). **Conclusion:** A high prevalence of excessive gestational weight gain was identified, and the related factors were per capita family income, physical inactivity and pre-gestational BMI. The results allow the magnitude of the outcome to be measured and should guide the adoption of strategies to promote healthy pregnancies. Thus, given the need to expand and improve maternal and child care, further studies with this focus are suggested.

Keywords: Pregnancy; Prenatal Care; Body Mass Index; Maternal and Child Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A gestação humana é a etapa em que ocorre uma adaptação fisiológica e morfológica contínua na mulher. As alterações estão presentes em todos os sistemas do corpo e são conduzidas pelas influências hormonais da placenta e pelas adaptações mecânicas necessárias para acomodar o feto em crescimento (1). Dessa forma, o desenvolvimento dos tecidos maternos e fetais está diretamente relacionado com um ganho de peso materno adequado, sendo um fator determinante para uma gravidez saudável(2)

Dentre as intercorrências gestacionais e neonatais em potencial, é verificado que mulheres com ganho ponderal excessivo, quando comparadas àquelas com ganho adequado, têm uma maior associação com desfechos desfavoráveis na gravidez, incluindo um feto grande

para idade gestacional (GIG), macrosomia, parto cesariana, diabetes mellitus gestacional (DMG), pré-eclâmpsia, retenção de peso pós-parto e obesidade da prole (3) (4). Desse modo por ser um fator de risco potencialmente modificável, reforça-se a importância de se monitorar a evolução ponderal materna durante esse período por meio de métricas confiáveis e adequadas.

Diversas recomendações de ganho de peso gestacional (GPG) vêm sendo debatidas e empregadas há décadas (2,5,6). No Brasil, por muito tempo, adotaram-se duas metodologias concomitantes: as curvas de Atalah (1997), utilizadas para realizar o diagnóstico nutricional durante o pré-natal; e as recomendações do Institute of Medicine (IOM) para a programação do ganho de peso durante a gestação (2,6). Ambas metodologias levam em conta indicadores distintos, com origem em duas populações internacionais de mulheres grávidas (2,6).

Para atender a demanda de métricas elaboradas com base nas especificidades do cenário epidemiológico e socioeconômico brasileiro, no ano de 2020, foram propostas e desenvolvidas curvas nacionais de ganho de peso gestacional as quais utilizam como base os critérios da baseada classificação no IMC pré-gestacional (peso/altura) e a idade gestacional (5). Implementadas pelo Ministério da Saúde em agosto de 2022, as novas recomendações brasileiras estabelecem um limite ideal de ganho ponderal total para mulheres adultas, em gestação de baixo risco e de feto único(5).

É imprescindível que, durante o monitoramento do estado nutricional e antropométrico da gestante, sejam levados em conta os fatores nutricionais como também os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos que podem influenciar na variação do ganho de peso gestacional (2,7). Nesse aspecto, o ambiente obesogênico, índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, idade, paridade tabagismo, status socioeconômico e comorbidades são exemplos de fatores que têm sido associados ao ganho ponderal indesejado (7–9)

Diante disso, considerando a implicação direta que o ganho ponderal exerce na saúde materno-infantil, fazem-se necessárias mais investigações que reproduzam o cenário atual dessa temática, uma vez que, até então, foram poucos os estudos que utilizaram as curvas brasileiras para avaliar o ganho de peso gestacional no contexto da atenção primária à saúde no Brasil. As evidências elucidadas poderão direcionar o estabelecimento de intervenções focadas no monitoramento do ganho ponderal, que é um procedimento de baixo custo e de grande utilidade para melhorar a assistência pré-natal. Desse modo, o objetivo central desse estudo é estimar a prevalência do ganho de peso gestacional excessivo, assim como identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos relacionados em usuárias do Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se de delineamento epidemiológico transversal, de abordagem descritiva e analítica, sendo realizado como recorte da pesquisa intitulada: “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*”. O estudo foi realizado no período de dezembro de 2022 e agosto de 2023 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenário de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – campus Passo Fundo, RS - e pertencem à rede de assistência à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas face a face utilizando um questionário pré-testado e aplicado por pesquisadores previamente treinados. A população alvo incluiu mulheres usuárias da atenção primária à saúde da rede pública do município de Passo Fundo, RS.

Para este recorte, foram consideradas elegíveis usuárias com idade ao engravidar igual ou superior a 18 anos, que tiveram gestações únicas e que possuíam filhos de até 2 anos em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde no período do estudo. Mulheres que possuíam alguma deficiência cognitiva que as impediam de consentir a participação na pesquisa foram consideradas inelegíveis. A seleção das participantes foi do tipo não probabilística. Todas as mulheres cadastradas e em acompanhamento nas respectivas UBS's, e que atendiam aos critérios de inclusão no período do estudo, foram convidadas a participar da pesquisa.

Para o cálculo de tamanho amostral, do projeto guarda-chuva, considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, com margem de erro de 5 pontos percentuais. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um “n” de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando em uma amostra necessária de 271 mulheres. Não foi realizado um dimensionamento amostral prévio para o desfecho e subanálises específicas desse estudo.

A principal variável de interesse nesse trabalho foi o GPG excessivo, determinado pela diferença entre o peso autorreferido ao final da gestação e o peso pré-gestacional autorreferido. A amostra foi inicialmente classificada de acordo com o IMC pré-gestacional e, a partir disso, foi definido um limite de ganho de peso ideal para cada gestante, com base nas novas curvas brasileiras, que levam em conta as especificidades do contexto nacional (KAK et al., 2021).

Para as mulheres classificadas com baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$) ao engravidar, foi considerado adequado o ganho entre 9,7 e 12,2 kg; para as eutróficas ($IMC \geq 18,5 \text{ e } < 25 \text{ kg/m}^2$); entre 8 e 12 kg; para aquelas com sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ e } < 30 \text{ kg/m}^2$) entre 7 e 9 kg, e por fim

para as classificadas como obesas, independente do grau ($IMC \geq 30 \text{ KG/m}^2$); o ganho adequado foi definido entre 5 e 7,2 kg (5). Aquelas mães que tiveram um aumento de peso corporal superior ao recomendado para seu estado nutricional anterior a gestação foram consideradas com GPG excessivo.

Entre as variáveis independentes, as questões sociodemográficas avaliadas foram: idade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, atividade ocupacional e renda familiar per capita. As características comportamentais incluíram tabagismo, consumo de álcool na gravidez (independente da dose) e prática de atividade física (AF) de lazer antes e durante a gestação, total e segundo trimestres gestacionais (1º trimestre/2º trimestre/3º trimestre/em todos os trimestres/ em pelo menos 1 trimestre). Foram consideradas fisicamente ativas as mulheres que reportaram praticara AF de lazer por ≥ 150 minutos por semana (10). Sobre as informações clínicas referentes a última gestação, foi questionado a idade materna ao engravidar, abortos prévios, número de consultas e período de início do pré-natal, além do peso ao início e ao final da gravidez. Além disso, foi considerado o número de gestações prévias das participantes e o IMC pré-gestacional, categorizado em eutrófico (eutrofia) e não-eutrófico (agrupando baixo peso, sobrepeso e obesidade).

Os dados obtidos foram duplamente digitados em banco de dados do programa EpiData versão 3.1 (distribuição livre). Após a validação e verificação de inconsistências, a análise estatística se deu no programa PSPP (distribuição livre), consistindo na obtenção da estatística descritiva, com a apresentação das frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas e média, desvio padrão e mediana para variáveis numéricas. Posteriormente, realizou-se o cálculo de prevalência de ganho de peso excessivo durante a gestação, com intervalo de confiança de 95% (IC95), e sua distribuição conforme as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas (teste de qui-quadrado, admitindo-se um erro α de 5% e considerando-se significativos valores de $p < 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, com parecer de número: 5.761.013. A participação dos indivíduos foi voluntária e o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado pelos participantes antes da coleta de dados, atendendo aos critérios de Ética em Pesquisa Clínica em Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466/2012.

RESULTADOS

A amostra total do estudo foi composta por 256 mulheres entrevistadas, das quais 199 atenderam aos critérios de inclusão e foram consideradas elegíveis para este recorte de pesquisa.

Observou-se um predomínio de mulheres brancas (55,3%), com idade média de 27 anos ($\pm 5,6$) e com cônjuge (78,9%). Quanto as variáveis socioeconômicas, 57,8% das participantes não possuíam atividade ocupacional ativa e a maioria das entrevistadas possuíam renda familiar per capita menor que 1 salário-mínimo (91,6%). Em relação aos hábitos de vida, a maioria das mulheres reportou não ter consumido ou deixado de consumir bebida alcoólica (93,5%) ou tabaco (87,4%) durante a gestação. Na amostra estudada, as recomendações atuais de prática de atividade física (≥ 150 minutos/semana) não foram atingidas pela maioria das participantes: 21,2% foram classificadas como fisicamente ativas antes de engravidar e 5,6% foram ativas durante toda a gestação, sendo 11,6%, 11,1% e 8,0% ativas no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional, respectivamente (Tabela 1)

Tabela 1. Características sociodemográficas e comportamentais de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, 2023 (n = 199).

Variáveis	Média	DP\pm
Idade (anos completos)	27	5,6
Cor da pele (autorreferida)	n	%
Branca	110	55,3
Preta/parda/amarela/indígena	89	44,7
Situação conjugal		
Com cônjuge	157	78,9
Sem cônjuge	42	21,1
Atividade ocupacional ativa		
Sim	84	42,2
Não	115	57,8
Renda familiar per capita		
≤ 1 salário-mínimo	164	91,6
> 1 salário-mínimo	15	8,4
Tabagismo durante a gestação		
Sim	20	10,3
Não/cessou ao descobrir a gestação	174	87,4
Consumo de álcool durante a gestação		
Sim	11	5,6
Não/parou ao descobrir a gravidez	186	93,5
AF antes da gestação		
Ativa	44	21,2
Inativa	155	77,9
AF no 1º trimestre		
Ativa	23	11,6
Inativa	175	88,4
AF no 2º trimestre		
Ativa	22	11,1
Inativa	176	88,9
AF no 3º trimestre		
Ativa	16	8,0
Inativa	183	92,0

AF durante toda a gestação		
Ativa (AF em todos trimestres)	11	5,6
Inativa (AF em nenhum/um/dois trimestres)	187	94,4
AF durante ≥ 1 trimestre		
Ativa (AF em um/dois/três trimestres)	31	15,7
Inativa (AF em nenhum trimestre)	167	84,3

Salário-mínimo = R\$ 1302,00

AF: atividade física (150 minutos/semana)

Variável com maior número de missings - Renda familiar per capita n=20.

Durante o estudo, a maioria das mulheres relataram ser multíparas (66,3%), tinham idade superior ou igual a 25 anos ao engravidar (57,6%), não tiveram abortos prévios (78,4%) e não planejaram a gestação (63,1%). Ainda, 71,9% iniciaram o acompanhamento pré-natal no 1º trimestre, através do SUS (92,4%) e participaram de ≥ 7 consultas pré-natal (85,2%). Além disso, de acordo com o IMC pré-gestacional, 4,5% das participantes apresentaram baixo peso, 40,2% eutrofia, 29,6% sobrepeso e 26,5% obesidade ao engravidar (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, 2023 (n = 199).

Variáveis	n	%
Idade materna ao engravidar		
18-29 anos	147	74,2
≥ 30 anos	51	25,8
Abortos prévios		
Sim	41	20,8
Não	156	78,4
Paridade		
Nulípara	67	33,7
Multípara	132	66,3
Início do pré-natal		
1º trimestre	143	71,9
2º trimestre	52	26,1
3º trimestre	4	2,0
Número de consultas pré-natal		
Entre 1 e 3	1	0,8
Entre 4 e 6	18	14,1
≥ 7	109	85,2
IMC pré-gestacional		
Baixo peso	9	4,5
Eutrofia	80	40,2
Sobrepeso	59	29,6
Obesidade	51	25,6
Ganho de peso na gestação		
Insuficiente	47	23,6
Adequado	33	16,6
Excessivo	119	59,8

Variável com maior número de missings - Número de consultas pré-natal n=60

Em relação a prevalência de ganho de peso gestacional excessivo, foi observado que 60% (IC95% 53-67) das entrevistadas tiveram um aumento ponderal acima do limite estabelecido pelas curvas brasileiras, com uma média de ganho de peso médio de 12,01 kg (IC95% 10,70-13,31)

A Tabela 3 apresenta a análise bivariada de ganho de peso excessivo segundo características sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Entre os fatores relacionados, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre ganho de peso excessivo e mulheres com renda familiar per capita >1 salário-mínimo ($p = 0,029$), que foram inativas fisicamente no 3º trimestre ($p=0,015$) e também durante toda a gestação ($p=0,025$).

Tabela 3. Prevalência de ganho de peso gestacional excessivo de acordo com as características sociodemográficas e clínicas. Passo Fundo, RS, 2023 (n = 199).

Variáveis	Não excessivo (insuficiente/adequado)		Excessivo		p*
	n	%	n	%	
Cor da pele (autorreferida)					0,605
Branca	46	41,8	64	58,2	
Preta/parda/amarela/indígena	34	38,2	55	61,8	
Situação conjugal					0,307
Com cônjuge	66	42,0	91	58,0	
Sem cônjuge	14	33,3	28	66,7	
Atividade ocupacional ativa					0,882
Sim	33	39,3	51	60,7	
Não	47	40,9	68	59,1	
Renda familiar per capita					0,029**
≤ 1 salário mínimo	70	42,7	94	57,3	
> 1 salário mínimo	2	13,3	13	86,7	
Tabagismo durante a gestação					0,320
Sim	10	50,0	10	50,0	
Não/cessou o uso ao descobrir a gestação	67	38,5	107	61,5	
Consumo de álcool durante a gestação					0,531**
Sim	3	27,3	8	72,2	
Não/parou ao descobrir a gravidez	76	40,9	110	59,1	
AF antes da gestação					0,421
Ativa	20	45,5	24	54,5	
Inativa	60	38,7	95	61,3	
AF no 1º trimestre					0,749
Ativa	10	43,5	13	56,5	
Inativa	70	40,0	105	60,0	
AF no 2º trimestre					0,331
Ativa	11	50,0	11	50,0	

Inativa	69	39,2	107	60,8	
AF no 3º trimestre					0,015
Ativa	11	68,8	5	31,3	
Inativa	69	37,7	114	62,3	
AF durante toda a gestação					0,030**
Ativa (em todos trimestres)	8	72,7	3	27,3	
Inativa (nenhum/um/dois trimestres)	72	38,5	115	61,5	
AF durante ≥ 1 trimestre					0,557
Ativa (um/dois/três trimestres)	14	45,2	17	54,8	
Inativa (nenhum trimestre)	66	39,5	101	60,5	
Idade materna ao engravidar					0,595
18 - 29 anos	61	41,5	86	58,5	
≥ 30 anos	19	37,3	32	62,7	
Abortos prévios					0,203
Sim	20	48,8	21	51,2	
Não	59	37,8	97	62,2	
Paridade					0,229
Nulípara	23	34,3	44	65,7	
Multípara	57	43,2	75	56,8	
Início do pré-natal					0,259
Precoce (1º trimestre)	61	42,7	82	57,3	
Tardio (2º/3º trimestre)	19	33,9	37	66,1	
Número de consultas pré-natal (n = 128)					0,421
1 - 6	9	47,4	10	52,6	
≥ 7	41	37,6	68	62,4	
IMC pré-gestacional					0,113**
Baixo peso	2	22,2	7	77,8	
Eutrofia	39	48,8	41	51,2	
Sobrepeso	18	30,5	41	69,5	
Obesidade	21	41,2	30	58,8	
IMC pré-gestacional					0,044
Não-eutróficas (baixo peso, sobrepeso e obesidade)	41	34,5	78	65,5	
Eutróficas	39	48,8	41	51,2	

*Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste exato de Fisher.

Salário-mínimo = R\$ 1302,00.

AF: atividade física (150 minutos/semana).

Na análise bivariada de ganho de peso excessivo segundo as variáveis clínicas (Tabela 3), observou-se que o ganho ponderal excessivo foi mais frequente em mulheres não-eutróficas (baixo peso, sobrepeso e obesidade) ($p=0,044$).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou uma prevalência de 60% ganho de peso gestacional excessivo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde em um município do norte do Rio Grande do Sul. Além disso foi observada maior prevalência de ganho de peso excessivo em mulheres

com baixa renda familiar per capita, IMC pré-gestacional fora da faixa recomendada e inativas fisicamente no tempo de lazer a durante a gestação.

A elevada prevalência do desfecho avaliado corrobora com resultados de pesquisas internacionais realizadas na China e nos Estados Unidos da América, onde 43,2% e 62,6% das gestantes entrevistadas tiveram GPG excessivo, respectivamente (11,12). Em relação aos estudos nacionais, a prevalência do desfecho varia de 35,9% a 66%(13–16). No sul do Brasil, em um estudo conduzido com delineamento metodológico similar , 38,3% das participantes, usuárias da APS da cidade de Maringá-PR tiveram excesso de GPG (15).

Um estudo de coorte, realizado no contexto hospitalar da cidade de Pelotas-RS, também avaliou o GPG autorreferido de 4.098 puérperas na mesma faixa etária, sem considerar a presença de comorbidades prévias(13). No estudo em questão, foi identificada uma média de GPG de 12 kg (\pm 6,7), semelhante à encontrada no presente estudo (13). Apesar disso, ambos diferem quanto a prevalência de GPG nas amostras analisadas: enquanto na pesquisa pelotense foi de 35,9%, no presente estudo foi de 60%(13).

Visualizando esses resultados, é possível observar que a prevalência de GPG difere de acordo com o contexto e o conjunto de características analisadas nos estudos. Isso ocorre, provavelmente, em razão das métricas utilizadas como ponto de corte nas pesquisas. Enquanto as demais pesquisas até aqui abordadas utilizam as recomendações do Institute of Medicine para avaliar o ganho ponderal (2), o presente estudo adota as curvas brasileiras para monitoramento do GPG (5). Uma hipótese é que a elevada prevalência de GPG encontrada no presente estudo, quando comparada os demais achados da literatura, ocorra porque as curvas brasileiras possuem uma faixa de ganho de ponderal considerado adequado mais estreita do que preconizam as diretrizes do IOM.

Em relação à caracterização socioeconômica, o perfil das participantes, condiz com a população usuária do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, conforme divulgado pelo Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023(17). A amostra foi majoritariamente composta por mulheres brancas (55,3%), com idade média de 27 anos (\pm 5,6) e que possuíam cônjuge (78,9%). Além disso, 57,8% das participantes não possuíam atividade ocupacional ativa e a maioria das entrevistadas tinham renda familiar per capita menor que 1 salário-mínimo (91,6%). Uma possibilidade para o predomínio de mulheres com baixa renda na amostra pode ser devido aos locais de realização do estudo, Unidades Básicas de Saúde localizadas na periferia do município. Assim, é importante considerar o perfil da amostra, visto que que fatores sociais e econômicos exercem influência direta no estilo de vida e no curso de uma gravidez saudável(14).

Nesse aspecto, apesar da maioria das participantes pertencerem ao grupo de menor renda, foi observada uma frequência maior de GPG excessivo naquelas com renda per capita maior que um salário-mínimo ($p = 0,029$). Essa relação também foi identificada em estudo conduzido previamente no cenário brasileiro (15). O achado pode ser explicado por conta de que a melhor condição financeira proporciona acesso a maior quantidade de alimentos, sobretudo industrializados e processados, que contribuem para o aumento de peso. Outra hipótese para o resultado identificado é que as gestantes com maior condição financeira podem ter ocupações laborais que exigiam menos esforço físico, quando comparado às de menor renda, resultando em um gasto energético menor durante o dia. Contudo, o resultado diverge de outros observados na literatura no cenário brasileiro (13,14). Tais achados demonstram que são necessárias mais evidências que esclareçam a relação entre status socioeconômico e o aumento ponderal no período gestacional.

Outro fator que apresentou um resultado estatisticamente significativo foi a relação entre o GPG excessivo e a inatividade física, uma vez que as gestantes que foram fisicamente ativas no tempo de lazer (≥ 150 minutos/semana) durante todo o período gestacional tiveram maior prevalência de GPG adequado, que também foi encontrado em outros achados da literatura científica da área (15,18,19). Nesse mesmo sentido, uma revisão sistemática demonstrou que mulheres expostas a intervenção de exercício tiveram um ganho de peso menor durante a gravidez do que aquelas que não participaram de nenhuma intervenção de exercício físico (20)

Apesar da importância da AF de lazer no controle ponderal, os estudos brasileiros demonstram que a prevalência de mulheres que são fisicamente ativas ainda no tempo de lazer é baixa, entre 14,1% e 2,4% no decorrer da gestação (15,18,19). Enquanto em países de renda alta a prevalência de AF de lazer entre as gestantes é maior, em um estudo conduzido na Suécia, por exemplo, quase metade das mulheres atingiram o nível recomendado de AF de lazer (21). Uma hipótese é que essa diferença expressiva entre as pesquisas nacionais e aquelas conduzidas em países mais desenvolvidos se deva, em parte, pelo tipo atividade ocupacional exercida pelas mulheres incluídas nas diferentes amostras, uma vez que o exercício de atividades laborais exaustivas pode deixar a gestante mais indisposta, acarretando uma participação menor em práticas de AF de lazer (22), como é observado no cenário brasileiro.

Além disso, ocorre uma queda importante no número de mulheres que praticam AF de lazer ao longo dos 3 trimestres gestacionais, especialmente no 3º (15,18,19). Essa diminuição também é observada nesse estudo: 11,6%, 11,1% e 8% são fisicamente ativas no 1º, 2º e 3º trimestre, respectivamente. Inclusive, a redução é ainda maior quando comparada ao período

pré-gestacional: quase o dobro das mulheres que eram fisicamente ativas no 1º trimestre gestacional praticavam AF antes de engravidar (21,2%) Ademais, um estudo de coorte, realizado em Pelotas-RS, demonstrou que apenas 4% se mantiveram fisicamente ativas durante toda a gestação (23), um resultado semelhante ao encontrado no presente estudo (5,6%). Tais achados sugerem que as gestantes possam ter receio quanto os potenciais riscos associados à prática de exercícios e não são devidamente aconselhadas sobre o assunto, o que contribui para o abandono ou a recusa em iniciar uma AF de lazer nesse período (24).

Na população estudada, baixo peso, sobrepeso e obesidade antes de engravidar foram relacionados ao GPG excessivo, enquanto as gestantes com IMC pré-gestacional eutrófico apresentaram uma prevalência menor de GPG excessivo. Essa relação é estabelecida e consolidada na literatura internacional e nacional (4,7,11–15). Dentre a amostra estudada, mais da metade foi classificada com sobrepeso/obesidade antes de engravidar, e uma parcela considerável delas apresentou GPG acima do ideal. Esse achado é preocupante porque a obesidade no início da gravidez está significativamente associada a morte fetal e infantil, mesmo sem a presença de demais comorbidades maternas (25).

Em termos globais, o sobrepeso e a obesidade caracterizam um grave problema de saúde pública, presente em países mais e menos desenvolvidos. De acordo com o Atlas Mundial da Obesidade de 2023, 38% das pessoas tem sobrepeso ou obesidade e a estimativa é que em 2023 essa condição atinja metade da população mundial(26). No cenário nacional a estimativa é ainda mais alta, em 2023 Vigitel identificou que 59,6% das mulheres maiores de 18 anos tinham excesso de peso(27), próximo à proporção encontrado no presente estudo (55,2%). Dessa forma, dada a relevância da adequação do estado antropométrico na prevenção de morbidades materno-infantis, é importante que o IMC pré-gestacional seja um foco durante o acompanhamento pré-concepcional e pré-natal(28).

Durante a gestação, ocorre um aumento na frequência e na proximidade de contato da mulher com o serviço de saúde, o que colabora para a monitorização do estado antropométrico. Nesse estudo, por exemplo a grande maioria das participantes iniciou o acompanhamento no 1º trimestre gestacional e realizou 7 ou mais consultas durante esse período. Via de regra, durante a gravidez, as mulheres tendem a estar mais dispostas para desenvolver e manter hábitos saudáveis em prol do bem-estar próprio e do conceito. Sendo assim, o acompanhamento pré-natal adequado se caracteriza como uma ótima ferramenta para que os profissionais da saúde instruam adequadamente as gestantes durante as consultas.

Quanto às limitações a serem reconhecidas, cabe destacar que o tamanho amostral pode não ter sido suficiente para determinar outras relações estatísticas entre GPG e as variáveis de

exposição analisadas. Os dados referentes a variação ponderal foram autorreferidos, podendo sofrer subestimações. Além disso, por ter sido conduzido em áreas periféricas, é possível a ocorrência de viés de seleção no presente estudo. Outra limitação a ser considerada é que não foram investigados fatores nutricionais e alimentares, que possuem uma relação próxima com o ganho de peso.

É preciso, entretanto, salientar os pontos fortes desse estudo. A utilização das novas métricas brasileiras de GPG permitiu uma descrição mais acurada da realidade em que as participantes se encontram. Sendo que é imprescindível identificar esse cenário para realizar um monitoramento efetivo. Ainda, até onde alcança nosso conhecimento, trata-se do primeiro estudo realizado no município, direcionando o conhecimento das características para o desenvolvimento de ações sobre a comunidade, visto que que mulheres com ganho de peso dentro da faixa considerada adequada estão menos suscetíveis a desfechos gestacionais indesejados(5).

CONCLUSÃO

Este estudo identificou uma prevalência de 60% de ganho de peso gestacional excessivo em mulheres assistidas no Sistema Único de Saúde. Sendo que os fatores que estiveram relacionados foram a renda familiar per capita > 1 salário-mínimo e a inatividade física no tempo de lazer durante toda a gestação, bem como o Índice de Massa Corporal não-eutrófico antes da concepção. A elevada prevalência de GPG excessivo observada permite dimensionar a magnitude desse problema na APS, destacando a relevância do tema para a saúde pública e a prática clínica.

Em suma, o GPG é um problema complexo e multifatorial, mas potencialmente modificável, que demanda uma abordagem multidisciplinar. Por ser um período em que as mulheres demonstram maior disposição para seguir orientações de saúde e desenvolvem um vínculo com a APS, a gestação é o período ideal para propor mudanças no estilo de vida. Sendo assim, a compreensão dos fatores relacionados ao aumento ponderal excessivo possibilita a adoção de estratégias de monitoramento, intervenção clínica e programas de educação que objetivam a promoção de uma gestação saudável. Para isso, faz-se necessário mais estudos que abordem a temática.

REFERÊNCIAS

1. Mockridge A, Maclennan K. Physiology of pregnancy. *Anaesth Intensive Care Med.* 1º de junho de 2022;23(6):347–51.

2. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines [Internet]. Rasmussen KM, Yaktine AL, organizadores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009
3. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 6 de junho de 2017;317(21):2207–25.
4. Champion ML, Harper LM. Gestational Weight Gain: Update on Outcomes and Interventions. *Curr Diab Rep*. março de 2020;20(3):11.
5. Surita FG de C, Souza RT, Carrilho TRB, Hsu L de PR, Mattar R, Kac G. Guidelines on how to monitor gestational weight gain during antenatal care. *RBGO Gynecol Obstet*. 28 de março de 2023;45(2):104–8.
6. Atalah Samur E, Castillo L. C, Castro Santoro R, Aldea P. A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Méd Chile*. 1997;1429–36.
7. Drehmer M, Duncan BB, Kac G, Schmidt MI. Association of second and third trimester weight gain in pregnancy with maternal and fetal outcomes. *PloS One*. 2013;8(1):e54704.
8. Deputy NP, Sharma AJ, Kim SY, Hinkle SN. Prevalence and characteristics associated with gestational weight gain adequacy. *Obstet Gynecol*. abril de 2015;125(4):773–81.
9. Kouba I, Del Pozzo J, Lesser ML, Shahani D, Gulersen M, Bracero LA, et al. Socioeconomic and clinical factors associated with excessive gestational weight gain. *Arch Gynecol Obstet*. 1º de abril de 2024;309(4):1295–303.
10. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. [citado 11 de abril de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015128>
11. Ma D, Szeto IMY, Yu K, Ning Y, Li W, Wang J, et al. Association between gestational weight gain according to prepregnancy body mass index and short postpartum weight retention in postpartum women. *Clin Nutr Edinb Scotl*. abril de 2015;34(2):291–5.
12. Lopez-Cepero A, Leung K, Moore Simas T, Rosal MC. Association Between Obstetric Provider’s Advice and Gestational Weight Gain. *Matern Child Health J*. agosto de 2018;22(8):1127–34.
13. Flores TR, Nunes BP, Miranda VIA, Silveira MF da, Domingues MR, Bertoldi AD. Ganho de peso gestacional e retenção de peso no pós-parto: dados da coorte de nascimentos de 2015, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 23 de novembro de 2020;36:e00203619.
14. Silva TPR da, Viana TGF, Pessoa MC, Felisbino-Mendes MS, Inácio MLC, Mendes LL, et al. Environmental and individual factors associated with gestational weight gain. *BMC Public Health*. 18 de março de 2022;22(1):540.
15. Monteschio LVC, Marcon SS, Arruda GO de, Teston EF, Nass EMA, Costa JR da, et al. Ganho de peso gestacional excessivo no Sistema Único de Saúde. *Acta Paul Enferm*. 26 de novembro de 2021;34:eAPE001105.

16. Associated factors with excessive weight gain in pregnant women from Maceió, Northeastern Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 5 de agosto de 2020;25:3017–26.
17. Secretaria da Saúde [Internet]. 2024 [citado 5 de março de 2024]. Plano Estadual de Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>
18. Coll C de VN, Domingues MR, Hallal PC, da Silva ICM, Bassani DG, Matijasevich A, et al. Changes in leisure-time physical activity among Brazilian pregnant women: comparison between two birth cohort studies (2004 – 2015). *BMC Public Health*. 25 de janeiro de 2017;17(1):119.
19. Silva VR da, Boing AF. Prevalência de atividade física e fatores associados entre gestantes: estudo transversal de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 25 de outubro de 2021;21:925–34.
20. da Silva SG, Ricardo LI, Evenson KR, Hallal PC. Leisure-Time Physical Activity in Pregnancy and Maternal-Child Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Cohort Studies. *Sports Med Auckl NZ*. fevereiro de 2017;47(2):295–317.
21. Lindqvist M, Lindkvist M, Eurenus E, Persson M, Ivarsson A, Mogren I. Leisure time physical activity among pregnant women and its associations with maternal characteristics and pregnancy outcomes. *Sex Reprod Healthc*. 1º de outubro de 2016;9:14–20.
22. Cai C, Vandermeer B, Khurana R, Nerenberg K, Featherstone R, Sebastianski M, et al. The impact of occupational activities during pregnancy on pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. março de 2020;222(3):224–38.
23. Domingues MR, Barros AJD. Leisure-time physical activity during pregnancy in the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Rev Saúde Pública*. abril de 2007;41:173–80.
24. Ribeiro MM, Andrade A, Nunes I. Physical exercise in pregnancy: benefits, risks and prescription. *J Perinat Med*. 1º de janeiro de 2022;50(1):4–17.
25. Tennant PWG, Rankin J, Bell R. Maternal body mass index and the risk of fetal and infant death: a cohort study from the North of England. *Hum Reprod Oxf Engl*. junho de 2011;26(6):1501–11.
26. World Obesity Federation [Internet]. [citado 3 de março de 2024]. World Obesity Atlas 2023. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>
27. *Vigitel Brasil 2023 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* — Ministério da Saúde [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>
28. Voerman E, Santos S, Inskip H, Amiano P, Barros H, Charles MA, et al. Association of Gestational Weight Gain With Adverse Maternal and Infant Outcomes. *JAMA*. 7 de maio de 2019;321(17):1702–15.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do presente estudo, após a execução do projeto de pesquisa, processamento dos dados e elaboração do artigo, conclui-se que os principais objetivos do estudo foram atingidos, sendo possível avaliar a prevalência de ganho de peso gestacional excessivo (GPG) e a relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos em usuárias do Sistema Único de Saúde.

Identificou-se que 60% das mulheres entrevistadas tiveram um ganho de peso gestacional maior do que o recomendado de acordo com seu IMC pré-gestacional, o que contrastou com a hipótese inicialmente estabelecida, que era de 40%.

Através dos resultados obtidos, foi possível identificar que o ganho de peso gestacional excessivo possui relação com inatividade física durante a gestação e IMC pré-gestacional fora da faixa recomendada. Além disso, foi identificada relação entre o GPG excessivo e renda familiar per capita maior que um salário-mínimo, ao contrário do que havia sido previsto nas hipóteses. Ainda, apesar de estar bem consolidada na literatura, não foi encontrada a relação entre o desfecho e mulheres com idade > 35 anos e primigestas.

Dessa forma, uma das principais contribuições deste estudo foi dimensionar a prevalência GPG excessivo por meio das métricas brasileiras de acompanhamento de ganho de peso gestacional, além de compreender os fatores relacionados a esse desfecho. Portanto, visando diminuir a ocorrência de desfechos gestacionais indesejados, mais estudos com esse enfoque são necessários e relevantes para proporcionar uma gestação saudável.