

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

THAÍS ANETE FERREIRA

**INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) ELEVADO DURANTE A
GESTAÇÃO NA PREVALÊNCIA DE DIABETES GESTACIONAL E SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS**

**PASSO FUNDO - RS
2025**

THAÍS ANETE FERREIRA

**INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) ELEVADO DURANTE A
GESTAÇÃO NA PREVALÊNCIA DE DIABETES GESTACIONAL E SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de
Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul
(UFFS) Campus Passo Fundo/RS, como requisito
parcial para obtenção do título de Médica.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a RENATA DOS SANTOS RABELLO BERNARDO
COORIENTADORA: PROF^a. MA. SILVANE NENÊ PORTELA

PASSO FUNDO - RS

2025

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Ferreira, Thais Anete
INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) ELEVADO
DURANTE A GESTAÇÃO NA PREVALÊNCIA DE DIABETES
GESTACIONAL E SÍNDROMES HIPERTENSIVAS / Thais Anete
Ferreira. -- 2025.
72 f.

Orientadora: Doutora Renata dos Santos Rabello
Bernardo

Co-orientadora: Mestra Silvane Nenê Portela
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2025.

1. Índice de massa corporal. 2. Síndromes
hipertensivas da gestação. 3. Diabetes mellitus
gestacional. 4. Atenção primária à saúde. 5. Estado
nutricional gestacional. I. Bernardo, Renata dos Santos
Rabello, orient. II. Portela, Silvane Nenê, 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).

THAÍS ANETE FERREIRA

**INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) ELEVADO DURANTE A
GESTAÇÃO NA PREVALÊNCIA DE DIABETES GESTACIONAL E SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de
Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul
(UFFS) Campus Passo Fundo/RS, como requisito
parcial para obtenção do título de Médica.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em 26/11/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Renata dos Santos Rabello Bernardo – UFFS
Orientadora

Prof^a. MA Ana Paula Seibert – UFFS
Avaliadora

Prof^a. Dr^a Giovana Paula Bonfantti Donato – UFFS
Avaliadora

Dedico este trabalho, com todo o meu amor, ao meu filho Davi, o garoto mais inteligente, adorável, e mais amoroso do universo. A razão maior da minha existência e sentido de todos os meus dias. É por você e para você que luto, estudo e busco ser melhor a cada manhã, pois você merece o mundo inteiro. Ao Allan, meu amor, meu companheiro de vida, minha fortaleza diária, que com sua dedicação, amor e cuidado torna possível cada conquista, cuidando de mim, do nosso filho e de tudo o que é essencial, para que eu pudesse estar aqui hoje. À minha mãe Anete e às minhas irmãs, Tainã e Tânia, que sempre cuidaram de mim e me protegeram, e mesmo com as mensagens não respondidas e as visitas adiadas, sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e amando incondicionalmente. Mesmo com a distância provocada pela minha rotina intensa, vocês nunca deixaram de ser minha base, meu abrigo e meu porto seguro. À Vitória e à pequena Liz, que representam a esperança e a continuidade do amor em nossa família. A todos vocês, minha base, meu refúgio e minha inspiração diária: dedico essa conquista, construída com cada gesto de carinho, apoio e palavra de incentivo. Meu coração sempre será eternamente grato.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a todos que, de diferentes formas, contribuíram para a realização deste trabalho e para a minha caminhada na Medicina.

À minha família — meu marido Allan, meu filho Davi, minha mãe Anete, meu pai Edmilson, minhas irmãs Tainã e Tânia, minha sobrinha Vitória e minha afilhada Liz —, meu verdadeiro alicerce. Cada gesto de amor, incentivo e compreensão tornou possível trilhar este caminho e chegar até aqui.

À minha psicóloga, Marina, pelo acolhimento, orientação e apoio nos momentos decisivos da minha trajetória, ajudando-me a reencontrar o caminho e acreditar em mim mesma.

À minha grande amiga e prima Alayna, obrigada por tanto carinho, incentivo, amor e orações nos momentos difíceis. Jamais esquecerei.

À minha melhor amiga, Fran, que mesmo em outro continente, sempre esteve ao meu lado nas horas difíceis e nos momentos de alegria. Sua amizade e luz nunca deixaram de iluminar o meu caminho.

Aos meus amigos de Lajeado — Felipe, Luiz e Rafa —, que começaram como companheiros de aventuras em Azeroth e se tornaram amigos para a vida. Vocês foram minha válvula de escape, meu riso fácil e minha companhia fiel nos momentos em que a rotina acadêmica parecia pesada demais. Obrigada por me lembrarem que a vida também requer diversão e companhia de bons amigos.

À minha orientadora, Prof^a. Renata, e à minha coorientadora, Prof^a Silvane, por toda a paciência, incentivo constante e confiança no meu trabalho durante todas as etapas deste projeto.

À Dra. Larissa Egoroff, que cuidou de mim e do Davi durante a gestação com tanta dedicação, competência e humanidade. Seu exemplo, naquele momento tão marcante, me inspirou a seguir o caminho da obstetrícia e a desejar, como médica, mudar o mundo das minhas pacientes, assim como você mudou o meu.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada, meu reconhecimento e meus sinceros agradecimentos.

“Não importa o quão lento você vá, desde que não pare.”
— Confúcio

APRESENTAÇÃO

O presente estudo refere-se ao Trabalho de Curso, requisito parcial para a obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo – RS, desenvolvido pela acadêmica Thaís Anete Ferreira, sob orientação da Profª Drª Renata dos Santos Rabello Bernardo e coorientação da Profª Ma. Silvane Nenê Portela. O trabalho atendeu ao Regulamento de TC e às normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS, sendo composto por três produtos: projeto de pesquisa, relatório de pesquisa e artigo científico.

O desenvolvimento do TC ocorreu ao longo de três semestres do curso de Medicina. A primeira etapa, correspondente ao projeto de pesquisa, foi realizada durante o Componente Curricular Trabalho de Curso I, no segundo semestre de 2024. A segunda etapa, referente ao relatório de pesquisa, foi desenvolvida ao longo do Trabalho de Curso II, no primeiro semestre de 2025. Por fim, a terceira etapa correspondeu ao Trabalho de Curso III, no segundo semestre de 2025, contemplando a elaboração do artigo científico a partir da análise dos dados coletados, com redação e discussão dos resultados obtidos.

Este Trabalho de Curso trata-se de um estudo transversal, quantitativo, observacional, descritivo e analítico, desenvolvido a partir de dados secundários do projeto “Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária”, realizado no município de Marau, RS no ano de 2019.

RESUMO

Objetivo: Analisar a influência do índice de massa corporal elevado na prevalência de síndromes hipertensivas da gestação e diabetes mellitus gestacional em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde de Marau, Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo transversal realizado com dados secundários de gestantes atendidas em 2019 na rede municipal. O índice de massa corporal foi classificado em não elevado (baixo peso e eutrofia) e elevado (sobrepeso e obesidade). Os desfechos analisados foram a ocorrência de síndromes hipertensivas da gestação e diabetes mellitus gestacional, conforme prontuários. As relações estatísticas foram avaliadas pelo teste do qui-quadrado, com significância de 5%.

Resultados: A idade média das gestantes foi de 27,5 anos, e 52,2% apresentaram índice de massa corporal elevado. A prevalência de síndromes hipertensivas da gestação foi de 12,5% e de diabetes mellitus gestacional, de 8,5%. Entre as gestantes com índice de massa corporal não elevado, 9,6% apresentaram síndromes hipertensivas da gestação e 4,3% diabetes mellitus gestacional; entre aquelas com índice de massa corporal elevado, as proporções foram de 16,6% para síndromes hipertensivas da gestação e 10,7% para diabetes mellitus gestacional. Não foi encontrada significância estatística entre índice de massa corporal elevado e síndromes hipertensivas da gestação ($p=0,06$) ou diabetes mellitus gestacional ($p=0,08$).

Conclusão: Gestantes com índice de massa corporal elevado apresentaram maior frequência dos desfechos analisados, embora sem associação estatisticamente significativa. Os resultados reforçam a importância da vigilância nutricional e da qualificação do cuidado pré-natal na atenção primária, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de saúde materna no contexto local.

Palavras-chave: índice de massa corporal; síndromes hipertensivas da gestação; diabetes mellitus gestacional; atenção primária à saúde

ABSTRACT

Objective: To analyze the influence of elevated body mass index on the prevalence of hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus in pregnant women cared for in Primary Health Care in Marau, Rio Grande do Sul, Brazil.

Methods: Cross-sectional study conducted with secondary data from pregnant women attended in 2019 in the municipal health network. Body mass index was classified as non-elevated (underweight and normal weight) and elevated (overweight and obesity). The outcomes analyzed were the occurrence of hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus, according to medical records. Statistical associations were evaluated using the chi-square test, with a significance level of 5%.

Results: The mean age of the participants was 27.5 years, and 52.2% had an elevated body mass index. The prevalence of hypertensive disorders of pregnancy was 12.5% and gestational diabetes mellitus, 8.5%. Among women with non-elevated body mass index, 9.6% had hypertensive disorders of pregnancy and 4.3% had gestational diabetes mellitus; among those with elevated body mass index, the proportions were 16.6% and 10.7%, respectively. No statistically significant association was found between elevated body mass index and hypertensive disorders of pregnancy ($p=0.06$) or gestational diabetes mellitus ($p=0.08$).

Conclusion: Pregnant women with elevated body mass index had higher frequencies of the outcomes analyzed, although without statistically significant association. The results reinforce the importance of nutritional surveillance and qualified prenatal care in primary health care, contributing to the improvement of maternal health strategies in the local context.

Keywords: body mass index; hypertensive disorders of pregnancy; gestational diabetes mellitus; primary health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DESENVOLVIMENTO	13
2.1	PROJETO DE PESQUISA	13
2.1.1	Tema	13
2.1.2	Problemas	13
2.1.3	Hipóteses	13
2.1.4	Objetivos	14
2.1.5	Justificativa	14
2.1.6	Referencial Teórico	15
2.1.7	Metodologia	23
2.1.7.1	Tipo de estudo	23
2.1.7.2	Local e Período de Realização	23
2.1.7.3	População e Amostra	23
2.1.7.4	Variáveis, instrumentos e Coleta de Dados	23
2.1.7.5	Processamento, Controle de Qualidade e Análise de Dados	24
2.1.7.6	Aspectos Éticos	25
2.1.8	Recursos	26
2.1.9	Cronograma	26
	REFERÊNCIAS	27
	ANEXO A	29
	ANEXO B	30
	ANEXO C	31
	ANEXO D	43
2.2	RELATÓRIO DE PESQUISA	52
3	ARTIGO CIENTÍFICO	54
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71

1 INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade durante a gestação são condições cada vez mais prevalentes, representando um dos maiores desafios para a saúde pública global (ABESO, 2016). O Índice de Massa Corporal (IMC), medido durante o pré-natal, é uma ferramenta fundamental para avaliar o estado nutricional da gestante e identificar fatores de risco associados a uma série de complicações maternas e neonatais (ABESO, 2016; MELO, 2011; NOGUEIRA; CARREIRO, 2013). Um IMC gestacional elevado está diretamente relacionado ao aumento do risco de diabetes gestacional (DG) e doenças hipertensivas, ambos fatores de risco significativos para a morbidade e mortalidade tanto da gestante quanto do feto (COUTINHO et al., 2018; NOGUEIRA et al., 2020). Além disso, o cenário brasileiro reflete tendências internacionais, com aumento progressivo dos índices de sobrepeso e obesidade em mulheres em idade fértil, o que reforça a necessidade de vigilância contínua e intervenções precoces. A identificação precoce de gestantes com IMC elevado permite a implementação de estratégias de acompanhamento nutricional e metabólico, contribuindo para a prevenção de desfechos adversos e para a promoção de uma gestação mais segura.

Estudos indicam que a obesidade durante a gestação está associada a um aumento significativo na incidência de diabetes gestacional, o que eleva as chances de gestantes desenvolverem síndrome metabólica e diabetes tipo 2 após o parto (COUTINHO et al., 2018). Essas condições não afetam somente a saúde da gestante, mas também têm implicações para o desenvolvimento infantil, estando relacionadas a um risco maior de obesidade infantil e problemas metabólicos na vida adulta (ABESO, 2016; NOGUEIRA; CARREIRO, 2013). É importante destacar que a exposição intrauterina ao ambiente hiperglicêmico e obesogênico pode promover alterações epigenéticas, predispondo a criança ao desenvolvimento de doenças crônicas ao longo da vida. Dessa forma, a intervenção na gestação representa uma janela de oportunidade para quebrar o ciclo intergeracional de obesidade e doenças metabólicas, com repercussões positivas para a saúde pública.

Além disso, o IMC elevado durante a gestação está relacionado a um maior risco de desenvolvimento de doenças hipertensivas, como a pré-eclâmpsia, uma das principais causas de complicações graves durante a gravidez, levando a desfechos adversos para a gestante e o bebê (NOGUEIRA et al., 2020; KORKES et al., 2025; RAMOS et al., 2025; SHEN et al., 2017). A relação entre o estado nutricional, o

controle glicêmico e a pressão arterial é, portanto, crítica para a gestão adequada da saúde materna e perinatal (NOGUEIRA et al., 2020; KORKES et al., 2025; RAMOS et al., 2025; SHEN et al., 2017). Ressalta-se que a presença de doenças hipertensivas aumenta a necessidade de intervenções obstétricas, como cesarianas, e está associada a maior incidência de partos prematuros, restrição de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal. Assim, o monitoramento rigoroso do IMC e dos parâmetros metabólicos durante o pré-natal é fundamental para a detecção precoce de riscos e o planejamento de cuidados individualizados.

Diante da crescente prevalência de obesidade entre gestantes no Brasil, evidencia-se uma lacuna importante na literatura nacional quanto à análise do impacto do IMC no desenvolvimento de agravos como síndromes hipertensivas e diabetes gestacional no contexto da atenção primária (SISVAN, 2023; BRASIL, 2011). Estudar essa relação é essencial para qualificar a assistência pré-natal e contribuir com dados locais para a formulação de estratégias em saúde materna (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013). A produção de conhecimento científico sobre o tema pode subsidiar políticas públicas mais eficazes, direcionando recursos para capacitação de equipes de saúde, aquisição de insumos para monitoramento nutricional e implementação de protocolos de cuidado específicos para gestantes com sobrepeso e obesidade. Além disso, a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde potencializa o acompanhamento longitudinal dessas mulheres, favorecendo intervenções preventivas e terapêuticas mais oportunas.

O presente estudo, desenvolvido na cidade de Marau, RS, busca analisar a relação entre o IMC gestacional elevado e a prevalência de diabetes gestacional e síndromes hipertensivas da gestação em gestantes atendidas na atenção primária. A compreensão dessas relações é fundamental para o desenvolvimento de estratégias preventivas e intervenções eficazes que possam mitigar os riscos associados ao IMC elevado durante a gravidez, promovendo gestações mais saudáveis e reduzindo a carga de doenças crônicas associadas. Espera-se que os resultados deste estudo possam embasar ações voltadas à promoção da saúde materno-infantil no município e servir de referência para outros contextos similares, fortalecendo a vigilância epidemiológica e a tomada de decisões baseadas em evidências. Além disso, a sensibilização de profissionais e gestantes para a importância do controle do IMC pode contribuir para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, impactando positivamente os indicadores de saúde da população.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Influência do índice de massa corporal (IMC) elevado durante a gestação na prevalência de diabetes gestacional e síndromes hipertensivas.

2.1.2 Problemas

Quais são as características demográficas, epidemiológicas e clínicas de gestantes atendidas na Atenção Primária em Marau, RS?

Qual a proporção de gestantes com IMC elevado atendidas na Atenção Primária em Marau, RS?

Qual a prevalência de síndromes hipertensivas da gestação e diabetes gestacional em gestantes atendidas na Atenção Primária em Marau, RS?

Qual a relação entre o IMC elevado e a ocorrência de síndromes hipertensivas da gestação e diabetes gestacional, em gestantes atendidas na Atenção Primária em Marau, RS?

2.1.3 Hipóteses

As gestantes atendidas na Atenção Primária em Marau, RS, apresentarão faixa etária predominante entre 25 e 35 anos, serão majoritariamente brancas, naturais do município ou região próxima, e predominantemente cisgênero, com baixa prevalência de consumo de tabaco, álcool e outras drogas.

Será observada uma proporção de 30-40% de gestantes com IMC elevado.

A prevalência de síndromes hipertensivas da gestação (SHG) será de 10–15%, e de diabetes gestacional será de 5–10% entre as gestantes analisadas.

Será observada uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de síndromes hipertensivas da gestação (SHG) e diabetes mellitus gestacional com o IMC elevado.

2.1.4 Objetivos

Geral

Analisar a relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) durante a gestação e a prevalência de diabetes gestacional e síndromes hipertensivas da gestação em gestantes atendidas na atenção primária em Marau, RS.

Específicos

Descrever as características sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas de gestantes atendidas na atenção primária em Marau, RS.

Identificar a distribuição do IMC entre gestantes analisadas na amostra.

Estimar a prevalência de síndromes hipertensivas da gestação e de diabetes gestacional em gestantes incluídas no estudo.

2.1.5 Justificativa

O sobrepeso e a obesidade durante a gestação são problemas de saúde pública crescentes, com impacto direto nos desfechos maternos e neonatais. O aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) durante a gestação está associado a uma maior prevalência de complicações como síndromes hipertensivas e diabetes gestacional, que são fatores de risco significativos para a morbidade e mortalidade tanto de gestantes quanto do bebê (Coutinho et al., 2018; Nogueira et al., 2020). Essas complicações impactam diretamente a saúde gestacional e o desenvolvimento fetal, podendo acarretar consequências a longo prazo, como obesidade infantil e doenças metabólicas futuras.

No Brasil, a prevalência de gestantes com sobrepeso ou obesidade tem mostrado uma tendência crescente, o que evidencia a necessidade de uma melhor compreensão dos fatores associados e das possíveis intervenções. Apesar dos esforços realizados na atenção primária para o controle do peso e das complicações gestacionais, ainda existem lacunas significativas na literatura sobre a eficácia dessas intervenções e sobre a relação entre o IMC durante a gestação e o uso de serviços de saúde, como hospitalizações e internações em UTI.

Dessa forma, investigar a relação entre o IMC gestacional elevado e a prevalência de síndromes hipertensivas e diabetes gestacional em gestantes atendidas na atenção primária em Marau, RS, torna-se relevante para a formulação de estratégias de prevenção e manejo adequadas. A compreensão desse cenário é

essencial para aprimorar os cuidados pré-natais, reduzir a incidência de complicações e otimizar a utilização dos recursos de saúde.

Além disso, este estudo pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas para o acompanhamento nutricional e o controle do peso durante a gestação, promovendo gestações mais saudáveis e reduzindo a carga de doenças crônicas associadas ao IMC inadequado. Portanto, o presente trabalho pretende fornecer dados relevantes que possam embasar futuras intervenções e aprimorar a prática clínica no cuidado de gestantes na atenção primária.

2.1.6 Referencial Teórico

Obesidade e IMC Gestacional

O Índice de Massa Corporal (IMC) gestacional elevado é um fator de risco significativo para diversas complicações obstétricas e neonatais. A obesidade, definida por um IMC ≥ 30 kg/m², é considerada um problema de saúde pública global, afetando pessoas em idade fértil e representando um desafio crescente para a saúde da pessoa gestante (SISVAN, 2023). No Brasil, a prevalência de obesidade em gestantes tem aumentado significativamente; em 2023, cerca de 25,35% das pessoas gestantes foram classificadas como obesas, e na Região Sul, essa prevalência foi ainda maior, atingindo 34,34% (SISVAN, 2023).

O IMC elevado durante a gestação está associado a um risco aumentado de várias complicações, incluindo síndromes hipertensivas gestacionais, diabetes gestacional, parto prematuro, tromboembolismo venoso e complicações no parto, como a necessidade de cesariana (Nogueira et al., 2020). Além disso, a obesidade gestacional é fator de risco para resultados neonatais adversos, como macrossomia fetal, malformações congênitas e dificuldades respiratórias ao nascer (Coutinho et al., 2018). A fisiopatologia subjacente a essas complicações envolve o excesso de tecido adiposo, que contribui para inflamação crônica de baixo grau e resistência à insulina, exacerbando condições como síndromes hipertensivas e diabetes (Nogueira et al., 2020).

Gestantes com obesidade apresentam maior risco de retenção de peso pós-parto, o que pode perpetuar o ciclo de obesidade e suas complicações em gestações futuras (Coutinho et al., 2018). Dados indicam que a obesidade é um fator modificável, e intervenções precoces, como aconselhamento nutricional e prática de atividades

físicas, podem reduzir o risco dessas complicações, melhorando os desfechos maternos e perinatais.

Índice de Massa Corporal (IMC) e Classificação

O Índice de Massa Corporal (IMC) é amplamente utilizado na avaliação do estado nutricional, principalmente por sua simplicidade e aplicabilidade clínica (ABESO, 2016). O cálculo do IMC é feito dividindo-se o peso corporal do indivíduo em quilogramas pela sua altura em metros elevada ao quadrado, obtendo-se o valor em kg/m^2 . Esse índice é considerado um bom indicador para estimar a adiposidade corporal, embora apresente limitações, pois não diferencia a massa magra da gordura corporal (ABESO, 2016).

A classificação do IMC, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é amplamente adotada na literatura e orienta a avaliação de risco para doenças crônicas associadas à obesidade. Os pontos de corte adotados são categorizados da seguinte forma: IMC abaixo de $18,5 \text{ kg/m}^2$ é classificado como baixo peso; entre $18,5$ e $24,9 \text{ kg/m}^2$, é considerado eutrófico; de 25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso; de 30 a $34,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau I; de 35 a $39,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau II; e acima de 40 kg/m^2 , obesidade grau III (ABESO, 2016). Esses pontos de corte foram definidos com base na associação entre o IMC e a mortalidade por doenças crônicas, demonstrando um aumento significativo do risco à medida que o índice se eleva.

Na prática clínica, o uso do IMC é recomendado para a triagem inicial e acompanhamento do estado nutricional, com orientações de que a medida da circunferência abdominal também seja considerada, dado que a gordura visceral, quando elevada, está diretamente associada a riscos cardiometabólicos (ABESO, 2016). Essa diretriz indica que o ponto de corte para excesso de peso em adultos deve ser $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, enquanto a obesidade é definida por um IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, destacando a correlação com o aumento do risco cardiovascular e outras comorbidades. Além disso, para populações específicas, como indivíduos asiáticos, considera-se ponto de corte $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ para excesso de peso e $\geq 27,5 \text{ kg/m}^2$ para obesidade, ajustando a classificação de acordo com particularidades étnicas e suscetibilidade metabólica (ABESO, 2016).

Ganho de Peso na Gestação

O ganho de peso gestacional ideal é determinado com base no Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional da pessoa gestante, sendo uma ferramenta fundamental para avaliar o estado nutricional e acompanhar o desenvolvimento da

gestação (Melo, 2011). A classificação do ganho de peso segue as recomendações do Institute of Medicine (IOM), que propõem faixas de ganho específicas de acordo com o estado nutricional inicial da pessoa gestante. Assim, gestantes com baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$) devem ganhar entre 12,5 e 18 kg durante a gestação; aquelas com peso adequado (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m^2), de 11 a 16 kg; para gestantes com sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2), a faixa recomendada é de 7 a 11,5 kg; e para obesas ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), entre 5 a 9 kg (Melo, 2011).

O acompanhamento do ganho de peso ao longo da gestação é essencial para garantir o desenvolvimento saudável da gravidez e a proteção tanto da pessoa gestante quanto do feto. Para um diagnóstico nutricional mais preciso, uma tabela de IMC em função da idade gestacional, como a desenvolvida por Atalah et al. (1997), possibilita acompanhar a evolução ponderal com pontos de corte específicos. Essa tabela classifica o estado nutricional em baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade, conforme a semana gestacional. Essa abordagem permite identificar precocemente desvios no ganho ponderal ideal, viabilizando intervenções preventivas ou corretivas quando necessário (Anexo A).

Complementando a análise, um gráfico de monitoramento da evolução ponderal durante a gestação auxilia na visualização da progressão do ganho de peso em relação aos parâmetros recomendados, facilitando o acompanhamento e a comparação contínua com os padrões esperados para cada fase da gestação (Anexo B).

Diabetes Gestacional

O diabetes gestacional (DG) caracteriza-se por uma intolerância à glicose de qualquer gravidade, detectada pela primeira vez durante a gestação, independentemente da necessidade de tratamento com insulina ou dieta (BRASPEN, 2018). A incidência de DG é maior em pessoas gestantes com sobrepeso ou obesidade, especialmente naquelas que já apresentavam IMC elevado antes ou durante a gestação. Essa condição representa uma preocupação significativa de saúde pública devido ao impacto tanto para a pessoa gestante quanto para o feto. Gestantes com DG têm maior risco de desenvolver complicações, como síndromes hipertensivas da gestação (SHG), pré-eclâmpsia e parto prematuro (Coutinho et al., 2018).

Do ponto de vista fetal, o DG está associado a um aumento no risco de macrossomia (peso ao nascer acima de 4.000 g), além de hipoglicemia neonatal,

hiperbilirrubinemia e distocia de ombro (BRASPEN, 2018). A exposição intrauterina à hiperglicemia também pode influenciar o desenvolvimento de obesidade e diabetes tipo 2 na prole a longo prazo (Coutinho et al., 2018).

O manejo do DG é essencial para minimizar esses riscos e inclui intervenções dietéticas, monitoramento glicêmico regular e, quando necessário, uso de insulina ou outros hipoglicemiantes (BRASPEN, 2018). Estudos indicam que o controle glicêmico rigoroso pode reduzir significativamente o risco de complicações associadas ao DG. Além disso, evidências apontam que intervenções preventivas — como modificações no estilo de vida antes e durante a gestação — podem reduzir a incidência de DG e melhorar os desfechos de saúde materno-fetais (Nogueira et al., 2020).

Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG)

As síndromes hipertensivas da gestação (SHG) configuram um espectro de patologias caracterizado por elevação da pressão arterial a partir de 20 semanas de gestação, constituindo a principal causa de morbidade materna no Brasil e responsável por elevada taxa de prematuridade iatrogênica. Segundo a Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG, 2025), as SHG englobam a hipertensão arterial crônica (hipertensão prévia ou diagnosticada antes de 20 semanas), a hipertensão gestacional (elevação pressórica após 20 semanas sem proteinúria), a pré-eclâmpsia (associada à proteinúria ≥ 300 mg/24h ou disfunção de órgãos-alvo), a pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica (caracterizada por agravamento do quadro pressórico e surgimento de proteinúria ou disfunção orgânica após 20 semanas), a eclâmpsia (convulsões generalizadas não atribuídas a outras causas em gestante com pré-eclâmpsia), e a síndrome de HELLP, descrita pela tríade de hemólise microangiopática, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia ($<100.000/\text{mm}^3$).

As SHG atingem cerca de 7 a 10% das gestações no Brasil, sendo a pré-eclâmpsia isoladamente responsável por aproximadamente 5% dos casos (BRASIL, 2022). O impacto sobre a morbimortalidade perinatal inclui prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal agudo, e mortalidade fetal, além de alto risco de complicações maternas, como síndrome de insuficiência hepática aguda, insuficiência renal aguda, edema agudo de pulmão, acidente vascular cerebral e coagulação intravascular disseminada.

O protocolo clínico atualizado da RBEHG (2025) padroniza a monitorização pressórica rigorosa no pré-natal, associada a avaliação laboratorial seriada de função

renal (creatinina, proteinúria), função hepática (transaminases, DHL, bilirrubinas) e perfil hematológico (hemograma, plaquetas), ressaltando a estratificação precoce do risco cardiovascular pré-gestacional, incluindo obesidade, diabetes e síndrome metabólica. Tais fatores potencializam o estresse oxidativo e a disfunção endotelial, principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos na pré-eclâmpsia e suas formas graves.

As diretrizes atuais da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG, 2025) enfatizam que as diferentes formas de apresentação das síndromes hipertensivas compartilham mecanismos fisiopatológicos comuns, baseados na disfunção endotelial, na inflamação sistêmica e na alteração da perfusão uteroplacentária, que culminam na ativação de vias pró-trombóticas e no aumento da resistência vascular periférica. Esses mecanismos explicam não apenas as manifestações clínicas da hipertensão gestacional, mas também a evolução para quadros graves, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP. Assim, o conhecimento aprofundado dessas alterações hemodinâmicas e bioquímicas é essencial para o acompanhamento clínico adequado, permitindo intervenções oportunas e reduzindo as complicações materno-fetais associadas às SHG.

Intervenções Nutricionais e Controle do IMC na Gestação

A intervenção nutricional e o controle do peso são componentes fundamentais na gestão da saúde gestacional, especialmente em pessoas com IMC elevado. A manutenção de um ganho de peso saudável durante a gestação é essencial para minimizar o risco de complicações como as síndromes hipertensivas da gestação e o diabetes gestacional (Nogueira et al., 2020). Recomenda-se uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde como nutricionistas e médicos obstetras, para fornecer orientações dietéticas individualizadas e promover a adesão a práticas adequadas de atividade física, respeitando as particularidades de cada gestação.

Diversos estudos demonstram que intervenções nutricionais, incluindo o incentivo a uma dieta equilibrada e a restrição calórica quando indicado, podem reduzir o risco de desenvolvimento de complicações associadas ao IMC elevado (Coutinho et al., 2018). A prática de atividades físicas moderadas, como caminhadas regulares, também é fortemente recomendada como parte de uma abordagem integrada para manter o ganho de peso dentro dos limites saudáveis e favorecer o bem-estar geral da pessoa gestante.

Essas intervenções não apenas melhoram os desfechos maternos e neonatais, mas também podem reduzir a necessidade de procedimentos médicos mais complexos e otimizar a utilização de recursos de saúde, contribuindo para uma gestão mais eficaz e sustentável do cuidado pré-natal (Nogueira et al., 2020).

Uso de Serviços de Saúde por Gestantes com IMC Elevado

Gestantes com IMC elevado tendem a utilizar os serviços de saúde com maior frequência, incluindo consultas de emergência, hospitalizações e internações em unidades de terapia intensiva (UTI) (Nogueira et al., 2020). Essa maior demanda por recursos assistenciais reflete a alta prevalência de complicações associadas ao IMC elevado, como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, que requerem acompanhamento mais intensivo e especializado.

Além disso, essas pessoas gestantes frequentemente necessitam de exames complementares adicionais, avaliações nutricionais e acompanhamento multiprofissional, o que implica maior sobrecarga para a rede de atenção primária e secundária. O aumento das demandas também pode gerar impacto nos custos indiretos, incluindo absenteísmo no trabalho, maior procura por atestados e aumento da licença-maternidade prolongada, o que interfere na produtividade e gera impacto socioeconômico.

Cabe destacar que a obesidade gestacional ainda sofre forte estigma social, o que pode representar uma barreira para o acesso e a adesão ao pré-natal de qualidade. Gestantes com IMC elevado podem relatar discriminação, constrangimento e falta de acolhimento adequado por parte de profissionais de saúde, fatores que desestimulam o seguimento das consultas e atrasam o diagnóstico precoce de possíveis complicações.

Dessa forma, compreender essa relação entre IMC elevado e a maior utilização dos serviços de saúde é essencial para o planejamento estratégico e a alocação de recursos na atenção primária, garantindo cuidado individualizado e humanizado. Além disso, a adoção de estratégias preventivas, como o rastreio precoce, o manejo multiprofissional e a promoção de políticas públicas direcionadas à saúde gestacional, podem reduzir custos a médio e longo prazo, melhorando os desfechos gestacionais e a qualidade da assistência prestada.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004 pelo Ministério da Saúde, foi desenvolvida para assegurar o direito à saúde

integral das mulheres — e, por extensão, pessoas que gestam e se reconhecem no cuidado ginecológico — em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2015). Essa política surge como resposta às demandas históricas dos movimentos sociais e feministas, incorporando um enfoque de gênero e considerando as múltiplas dimensões da vida das mulheres, incluindo aspectos sociais, econômicos, culturais, raciais e de orientação sexual (BRASIL, 2015).

Os objetivos da PNAISM incluem a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, a redução da morbidade e mortalidade feminina por causas evitáveis e a garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade. Entre os objetivos específicos, destacam-se a qualificação da atenção clínica ginecológica, a ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo, a promoção da saúde sexual, a prevenção e o controle de doenças como o câncer de mama e de colo do útero, além da promoção de uma assistência humanizada e qualificada ao parto e puerpério (BRASIL, 2015).

Além disso, a PNAISM aborda a importância de ações voltadas para a saúde mental das mulheres, a atenção às mulheres em situação de violência e o atendimento às necessidades específicas de saúde das mulheres negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais e mulheres em situação de prisão, entre outros grupos (BRASIL, 2015). Essas diretrizes são fundamentais para garantir que o SUS responda de forma adequada e equitativa às necessidades diversificadas das mulheres brasileiras, promovendo a inclusão social e a justiça de gênero no acesso aos serviços de saúde.

A política enfatiza a importância da participação ativa das mulheres no controle social e na definição das políticas públicas de saúde, além de destacar a necessidade de parcerias intersetoriais e da coordenação de esforços entre diferentes níveis de governo e setores da sociedade para a implementação eficaz das ações previstas (BRASIL, 2015). Dessa forma, a PNAISM busca assegurar que as políticas públicas de saúde sejam adaptadas às realidades locais e respondam efetivamente às necessidades das mulheres em diferentes contextos

Ainda que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher não contemple explicitamente pessoas transmasculinas e não binárias gestantes, experiências recentes como o *Programa Transgesta*, desenvolvido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vêm estruturando protocolos de

acolhimento e assistência multiprofissional direcionados a essa população, buscando garantir acesso equitativo, respeito à identidade de gênero e qualidade no pré-natal. Esses dispositivos emergentes, aliados a materiais adaptados como a Caderneta Transgesta, refletem uma tendência de expansão da política pública de saúde materna para públicos historicamente invisibilizados, ainda que de forma pontual e experimental (EBSERH, 2024). Além disso, iniciativas mais amplas de humanização do atendimento à população LGBTQIA+ nos serviços da rede federal de hospitais universitários vêm sendo destacadas oficialmente, reforçando a importância de uma assistência inclusiva e não discriminatória (Brasil, 2024).

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) constitui um marco importante na promoção da saúde das mulheres no Brasil. Construído a partir de conferências nacionais com ampla participação social, o PNPM visa promover a igualdade de gênero e melhorar as condições de vida das mulheres em todas as suas dimensões (BRASIL, 2015). O plano reafirma o compromisso do governo brasileiro com a garantia de direitos, o combate a todas as formas de discriminação e a promoção da equidade de gênero em diversos setores.

No campo da saúde, o PNPM reforça a implementação da PNAISM, priorizando o acesso qualificado das mulheres aos serviços de saúde e à atenção integral. Entre suas diretrizes, destacam-se a promoção de direitos sexuais e reprodutivos, o enfrentamento de todas as formas de violência de gênero, além da atenção especial a grupos historicamente vulnerabilizados, como mulheres negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, transexuais, idosas e pessoas com deficiência (BRASIL, 2015).

Adicionalmente, o PNPM valoriza a transversalidade das políticas públicas, incentivando a articulação intersetorial e a participação ativa das mulheres nos processos decisórios, assegurando a eficácia e a adequação das ações propostas à realidade brasileira.

Com a incorporação da PNAISM, o plano fortalece uma política de saúde ampla, inclusiva e sensível às necessidades específicas das mulheres, promovendo gestações mais saudáveis, reduzindo a ocorrência de doenças crônicas e otimizando o uso de recursos do sistema de saúde. A implementação efetiva dessas diretrizes tem potencial para transformar o cenário da saúde feminina no Brasil, impulsionando a equidade e a justiça social (BRASIL, 2015).

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, observacional, de natureza descritiva e analítica, desenvolvido a partir de dados secundários oriundos de um projeto maior.

2.1.7.2 Local e Período de Realização

O presente estudo será realizado entre março e dezembro de 2025 em Passo Fundo, RS.

2.1.7.3 População e Amostra

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária”. A população será composta por pessoas gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde do município de Marau, RS, no ano de 2019. A amostra incluirá gestantes cujos dados foram registrados no banco de dados do projeto originário, com foco em informações relacionadas ao IMC, às síndromes hipertensivas da gestação (SHG) e ao diabetes gestacional.

A seleção da amostra será feita entre gestantes que tiveram ao menos uma consulta pré-natal no período, utilizando dados disponíveis nos prontuários. O tamanho amostral estimado será de aproximadamente 385 participantes, conforme as informações disponíveis no banco de dados do projeto mencionado.

Pessoas gestantes que vieram a óbito no período não serão incluídas na análise, pois seus prontuários ficam indisponíveis para coleta.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e Coleta de Dados

Os dados deste estudo foram extraídos de fichas de acompanhamento e registros médicos obtidos no âmbito do Projeto “Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária”. A coleta seguiu os instrumentos elaborados pela equipe do projeto (Anexo C), e foi realizada por acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, RS.

Para esta pesquisa, foi realizada a consolidação de variáveis provenientes de diferentes campos do banco de dados original, a fim de unificar informações repetidas e minimizar perdas de dados, garantindo maior consistência e qualidade da base utilizada para análise.

A variável independente será o Índice de Massa Corporal (IMC) das pessoas gestantes, calculado a partir do peso e altura disponíveis em qualquer uma das consultas de pré-natal, priorizando o registro mais completo e coerente, utilizando a fórmula tradicional (kg/m^2) e classificado conforme a tabela de Atalah et al. (1997), constante no Anexo A, levando em conta a idade gestacional no momento da avaliação. Para fins de análise, as pessoas gestantes serão agrupadas em duas categorias: IMC não elevado (baixo peso e eutrofia) e IMC elevado (sobrepeso e obesidade).

Serão consideradas também variáveis sociodemográficas e de saúde para caracterização da amostra, incluindo idade, escolaridade, cor da pele, paridade, número de consultas de pré-natal realizadas e hábitos de saúde, como o consumo de tabaco, álcool e outras drogas.

As variáveis dependentes deste estudo serão a ocorrência de diagnóstico de síndromes hipertensivas da gestação (SHG), incluindo hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP, bem como a ocorrência de diabetes mellitus gestacional (DMG), conforme registrado nos prontuários analisados.

2.1.7.5 Processamento, Controle de Qualidade e Análise de Dados

Os dados serão organizados e analisados pela autora deste trabalho no IBM SPSS Statistics 31.0 (IBM Corp.), licença acadêmica válida no período do estudo (ID: Order 469679), em conjunto com Microsoft Excel e Word (Microsoft 365 – assinatura institucional), para elaboração de tabelas, gráficos e documentos de apoio. O processo de consolidação e limpeza do banco de dados incluiu a criação de variáveis compostas, de forma a unificar registros dispersos e reduzir perdas de informação, melhorando a consistência da base de análise.

A análise estatística abrangerá estatísticas descritivas para caracterização da amostra, com apresentação de frequências absolutas e relativas para variáveis

categóricas, bem como medidas de tendência central (médias) e dispersão (desvio-padrão) para variáveis contínuas.

Para o cálculo da prevalência de síndromes hipertensivas da gestação (SHG) e diabetes mellitus gestacional (DMG), será considerado no numerador o número de casos registrados de cada agravo, e no denominador, o total de pessoas gestantes incluídas no estudo.

Para estimar a proporção de participantes com IMC elevado, será utilizado como numerador o número de pessoas gestantes classificadas com sobrepeso ou obesidade, e como denominador, o total da amostra.

Para investigar a associação entre as variáveis categóricas, será aplicado o teste qui-quadrado, com o objetivo de verificar a existência de relações estatisticamente significativas entre o IMC elevado e a ocorrência de SHG e DMG. O nível de significância adotado será de 5% ($p < 0,05$).

2.1.7.6 Aspectos Éticos

O presente estudo integra-se ao projeto de pesquisa intitulado “Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária”, o qual atende integralmente aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sob o parecer nº 4.769.903 (Anexo D), assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas.

Os resultados deste estudo poderão contribuir, sobretudo no âmbito local, para a melhor compreensão dos fatores de risco associados ao IMC elevado durante a gestação e seu impacto na prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) e diabetes gestacional. A partir desses achados, espera-se subsidiar ações e estratégias de prevenção e acompanhamento no pré-natal na atenção primária à saúde, visando promover gestações mais saudáveis e reduzir a morbidade materna e fetal relacionada a essas condições.

2.1.8 Recursos

ITEM	CUSTO (R\$)
Notebook	2.900,00
IBM SPSS Statistics Grad Pack	185,35 (semestral)
Acesso à internet	159,00 (mensal)
Energia elétrica	300,00 (mensal)
Valor total (R\$)	3.544,35

Fonte: Própria, 2024

Os custos necessários para a execução do presente estudo serão arcados integralmente pela pesquisadora responsável e não envolvem solicitação de recursos externos.

2.1.9 Cronograma

Revisão bibliográfica: 01/03/2025 a 10/12/2025.

Processamento e análise de dados: 01/04/2025 a 31/07/2025.

Redação e divulgação dos resultados: 01/08/2025 a 10/12/2025.

REFERÊNCIAS

ABESO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. São Paulo: ABESO, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Relatório de gestantes – Brasil 2023. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

BRASPEN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. Diretrizes BRASPEN de terapia nutricional no diabetes mellitus. São Paulo: BRASPEN, 2018.

COUTINHO, M. et al. Efeitos da obesidade materna na saúde materno-fetal: revisão de literatura. Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 34, n. 2, p. 102-109, 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). População LGBTQIA+ tem serviços exclusivos e humanizados nos hospitais da Rede EBSERH. Brasília: EBSERH, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/populacao-lgbtqia-tem-servicos-exclusivos-e-humanizados-nos-hospitais-da-rede-ebserh>. Acesso em: 30 jun. 2025.

IBM CORP. IBM SPSS Statistics. Versão 31.0. [programa de computador]. Armonk, NY: IBM, 2025.

MELO, M. E. Ganho de peso na gestação. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), 2011.

MICROSOFT CORPORATION. Microsoft Excel. Versão 2408. [programa de computador]. Redmond, WA: Microsoft, 2025.

MICROSOFT CORPORATION. Microsoft Word. Versão 2408. [programa de computador]. Redmond, WA: Microsoft, 2025.

NOGUEIRA, P. et al. Impacto do IMC gestacional nas complicações obstétricas e neonatais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 42, n. 3, p. 150-158, 2020.

REDE BRASILEIRA DE ESTUDOS SOBRE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (RBEHG). Pré-eclâmpsia: protocolo 2025. Brasília: RBEHG, 2025.

REDE BRASILEIRA DE ESTUDOS SOBRE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (RBEHG). Síndrome HELLP: protocolo 2025. Brasília: RBEHG, 2025.

ANEXO A

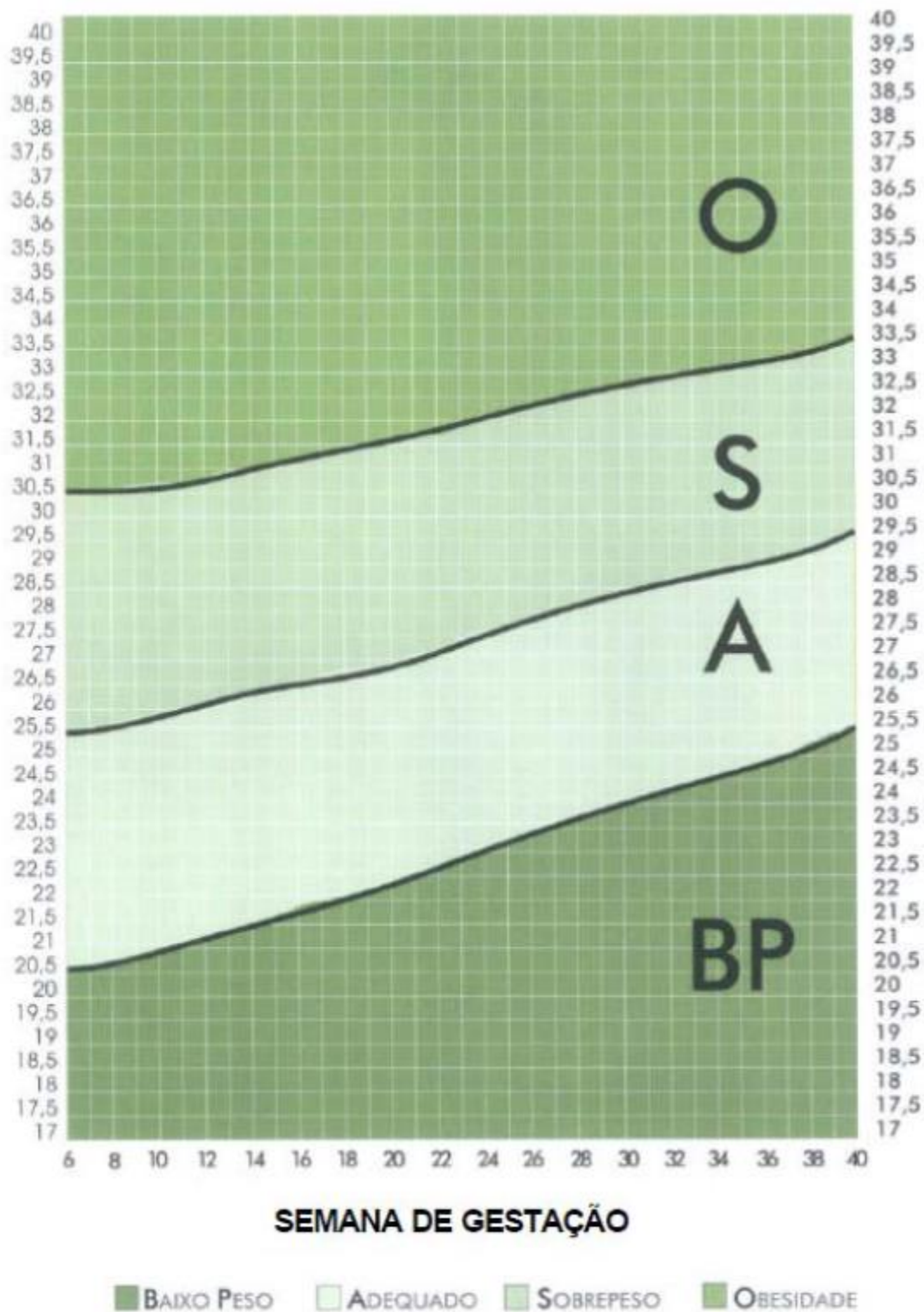
Diagnóstico nutricional da gestante conforme o índice de massa corporal (IMC) e a idade gestacional.

Semana gestacional	Baixo peso IMC $\leq$	Peso adequado IMC entre		Sobrepeso IMC entre		Obesidade IMC $\geq$
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,1	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

Fonte: Atalah et al. Revista Médica de Chile, 1997.

ANEXO B

Gráfico para monitoramento da evolução ponderal em gestantes.



Fonte: Atalah *et al.* *Revista Médica de Chile*, 1997. In: Fagundes AA, *et al.* Ministério da Saúde, 2004

ANEXO C

Ficha de coleta de dados

UFFS-PESQUISA: Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária	
Pesquisadora	Responsável: Profª Drª Ivana Loraine Lindemann. ivana.lindemann@uffs.edu.br
Número do participante	NUME ____
Nome/número do acadêmico pesquisador:	ACADE ____
VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Número do prontuário:	PEP _____
Unidade de Saúde:	UNI ____
Área: (0000) Fora de área	AREA _____
Microárea: (000000) Fora de área	MICRO _____/____
Data da última consulta médica em 2019:	DATAME __ __/ __ __/ __ __
Data da última consulta de enfermagem em 2019:	DATAEN __ __/ __ __/ __ __
Nome completo	NOME _____
Data de nascimento:	DATAN __ __/ __ __/ __ __
Nacionalidade (1) Brasileiro (2) Naturalizado (3) Estrangeiro (4) Não informado	NACI ____
Naturalidade (1) Marau (2) Outro (3) Não informado	NATU ____
Sexo (1) Masculino (2) Feminino (3) Ignorado	SEXO ____
Orientação sexual (1) Heterossexual (2) Homossexual (3) Bissexual (4) Outro (5) Não informado	ORI ____
Identidade de gênero (1) Homem transexual (2) Mulher transexual (3) Travesti (4) Outro (5) Não informado	GENE ____
Raça/cor (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela (6) Não informado	COR ____

Frequenta escola ou creche (1) Sim (2) Não (3) Não informado	CRECHE__
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou? (01) Creche (02) Pré-escola (exceto CA) (03) Classe Alfabetizada – CA (04) Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries (05) Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries (06) Ensino Fundamental Completo (07) Ensino Fundamental Especial (08) Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) (09) Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) (10) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) (11) Ensino Médio Especial (12) Ensino Médio EJA (Supletivo) (13) Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado (14) Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) (15) Nenhum (16) Não informado (17) Não condizente com a idade	CURSO__ __

Situação no mercado de trabalho (01) Empregador (02) Assalariado com carteira de trabalho (03) Assalariado sem carteira de trabalho (04) Autônomo com previdência social (05) Autônomo sem previdência social (06) Aposentado/Pensionista (07) Desempregado (08) Não trabalha (09) Servidor Público/Militar (10) Outro (11) Não informado	TRABA__ __
GERAIS E MORBIDADES	
Participa de algum grupo comunitário? (0) Não/não informado (1) Sim	GRUPO__

Qual(is):	QGRUPO
Peso (em gramas):	PESO_____
Altura/comprimento (em centímetros):	ALTU_____
Índice de Massa Corporal (IMC):	IMC____, ____
Autorelato de atividade física (1) Sim (0) Não/não informado	AF__
Está fumante? (1) Sim (0) Não	FUMA__
Faz uso de álcool? (1) Sim (0) Não	BEBE__
Faz uso de outras drogas? (1) Sim (0) Não	DROGA__
Tem hipertensão arterial sistêmica? (1) Sim (0) Não	HAS__
Tem diabetes <i>mellitus</i> ? (1) Sim (0) Não Qual o tipo de DM? (1) Tipo 1 (2) Tipo 2 (3) Gestacional (4) Informação não localizada	DM__ QDM__
Teve dislipidemia? (1) Sim (0) Não	DISLI__
Teve AVC/derrame? (1) Sim (0) Não	AVC__
Teve infarto? (1) Sim (0) Não	IAM__
Tem doença cardíaca/do coração? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Insuficiência cardíaca (2) Outro (3) Não sabe	CARDI__ QCARDI__
Tem ou teve problema nos rins? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Insuficiência renal (2) Outro (3) Não sabe Realiza terapia renal substitutiva? (1) Sim (0) Não Qual o tipo de terapia renal substitutiva:	RINS__ QRINS__ TRS__ QTRS
Tem doença respiratória/no pulmão? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Asma (2) DPOC/Enfisema (3) Outro (4) Não sabe	RESPI__ QRESPI__
Tem hanseníase? (1) Sim (0) Não	HANSE__
Está com tuberculose? (1) Sim (0) Não	TUBE__

Tem ou teve câncer? (1) Sim (0) Não Qual a localização do câncer:	CA__ LCA
Teve alguma internação nos últimos 12 meses? (1) Sim (0) Não Qual(is) causa(s):	INTERNA__ CAUSA
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? (0) Não (1) Sim Qual(is)?	MENTA__ QMENTA
Está acamado? (1) Sim (0) Não	CAMA__
Está domiciliado? (1) Sim (0) Não	DOMI__
Uso de plantas medicinais (1) Sim (0) Não	CHA__
Qual(is):	QCHA
Usa outras Práticas Integrativas e Complementares (0) Não (1) Sim Qual(is):	PICS__ QPICS
Outra condição/doença do paciente (0) Não (1) Sim Qual(is):	CONDI__ QCONDI
Medida da pressão arterial sistólica:	PAS__ __ __
Medida da pressão arterial diastólica:	PAD__ __ __
EXAMES <i>Considerar a data de registro ou de realização mais recente no ano de 2019</i>	
Registro de exames (0) Não há registro (1) Sim, com descrição de resultados (2) Sim, sem descrição de resultados	EXAMES __
Mamografia (1) Sim (0) Não Resultado BIRADS: _____	MMG__ BIRADS__ __
Papanicolau (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo para neoplasia (1) Alterado	CP__ RCP__
Sangue oculto nas fezes (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo	PSOF__ RPSOF__

Colonoscopia (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	COLONO__ RCOLONO__
PSA TOTAL (1) Sim (0) Não Resultado __ __ , __ __	PSA__ RPSA __ __ , __ __
Colesterol total (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ , __ __	CT__ RCT __ __ __ , __ __
HDL (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ , __ __	HDL__ RHDH __ __ __ , __ __
LDL (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ , __ __	LDL__ RLDL __ __ __ , __ __
Triglicerídeos (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ __ , __ __	TG__ RTG __ __ __ __ , __ __
Glicemia de jejum (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ , __ __	GJ__ RGJ __ __ __ , __ __
Hemoglobina glicada (1) Sim (0) Não Resultado __ __ , __	HB1AC__ RHB1AC __ __ , __
TGO (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ , __ __	TGO__ RTGO __ __ __ , __ __
TGP (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ , __ __	TGP__ RTGP __ __ __ , __ __
TSH (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ , __ __	TSH__ RTSH __ __ __ , __ __
Creatinina sérica (1) Sim (0) Não Resultado __ __ , __ __	CREATI__ RCREATI __ __ , __ __
Ureia (1) Sim (0) Não Resultado __ __ __ , __ __	URE__ RURE __ __ __ , __ __
Hematócrito (1) Sim (0) Não Resultado __ __ , __ __	HT__ RHT __ __ , __ __
Hemoglobina (1) Sim (0) Não Resultado __ __ , __ __	HB__ RHB __ __ , __ __
EPF (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	EPF__ REPF__

Parasita:	PARASITA
Teste rápido HIV (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo (2) Indeterminado	TRHIV__ RTRHIV__
Teste rápido de sífilis (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo	TRSIF__ RTRSIF__
VDRL (1) Sim (0) Não Resultado 1 / ____ (000) Não reagente	VDRL__ RVDRL____
HbsAg (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo/Não reagente (1) Positivo/Reagente	HBSAG__ RHBSAG__
Teste rápido hepatite B (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	TRHB__ RTRHB__
Teste rápido hepatite C (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	TRHC__ RTRHC__
Toxoplasmose IgM (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente (2) Não se aplica Valor _____, ____	TOXOM__ RTOXOM__ VTOXOM_____, ____ ____
Toxoplasmose IgG (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente Valor _____, ____	TOXOG__ RTOXOG__ VTOXOG_____, ____ ____
MEDICAMENTOS EM USO	
Anotar todos os medicamentos em uso contínuo (nome/nome comercial)	MEDI
Anotar todos os medicamentos (nome/nome comercial) indicados no plano da consulta (prescritos na última consulta de 2019)	FARMA
Encaminhamentos para especialidades médicas e outros (1) Sim (0) Não Qual(is):	ENCA__ QENCA
GESTANTES	
Gestante (1) Sim (0) Não	GESTA__

DUM ____/____/____	DUM ____/____/____
DPP ____/____/____	DPP ____/____/____
Tipo gestação (0) Gestação única (1) Gestação gemelar/múltipla	TIPOG ____
Gravidez planejada/desejada (1) Sim (0) Não	PLANE ____
Gestação prévia (1) Sim (0) Não	GESTAP ____
Número de gestações totais <i>(incluindo a atual e todas as anteriores)</i> ²	PARI ____
HISTÓRICO GESTACIONAL	
<i>Mulheres com paridade maior ou igual a dois - informações sobre gestações prévias</i>	
Aborto <i>(interrupção involuntária de uma gestação antes da 20ª semana)</i> (1) Sim (0) Não	ABORTO ____
Prematuridade (1) Sim (0) Não	PREMA ____
Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia (1) Sim (0) Não	ECLA ____
Diabetes gestacional (1) Sim (0) Não	DMG ____
Hipertensão gestacional (1) Sim (0) Não	HASG ____
Excesso de ganho de peso (1) Sim (0) Não	EPESOG ____
Outros agravos gestacionais (0) Não (1) Sim Qual(is):	OHG ____ QOHG
GESTÃO ATUAL	
<i>Informações sobre a primeira consulta de pré-natal</i>	
Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal (em semanas completas):	IGPN1 ____
Início do pré-natal (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre	INIPREN ____
Data da primeira consulta de pré-natal:	DATAPN1 ____/____/____
Peso na primeira consulta de pré-natal (em gramas):	PESOPN1 ____

Altura na primeira consulta de pré-natal (em centímetros):	ALTUG__ __ __
Medida da pressão arterial sistólica na primeira consulta de pré-natal: _____	PASPN1__ __ __
Medida da pressão arterial diastólica na primeira consulta de pré-natal: _____	PADPN1__ __ __
Hemograma realizado na primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não	HEMOPN1__
Resultado ABO (1) A (2) B (3) AB (4) O	ABO__
Resultado Fator Rh (0) Negativo (1) Positivo	RH__
Resultado glicemia de jejum primeira consulta de pré-natal: _____ (mg/dl)	GJPN1__ __ __ __ , __ __
EQU primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não	EQUPN1__
Urocultura primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não Resultado urocultura primeira consulta de pré-natal (0) Negativo (1) Positivo Patógeno:	UROPN1__ RUROPN1__ PATOGENO1
Realização de exames ultrassonográficos primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não Alterações:	ULTRAPN1__ ALTERA1
INFORMAÇÕES SOBRE CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO SEGUNDO TRIMESTRE <i>(14 a 26 semanas de gestação)</i> <i>* Se a gestante iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, anotar informações da consulta mais próxima à 14ª semana *Se a gestante iniciou o pré-natal no segundo trimestre, anotar informações da consulta mais próxima à 26ª semana</i>	
Data da consulta de pré-natal do segundo trimestre:	DATAPN2__ __ __/ __ __/__ __ __ __
Idade gestacional na consulta de pré-natal do segundo trimestre (em semanas completas):	IGPN2__ __
Peso na consulta de pré-natal do segundo trimestre (em gramas):	PESOPN2__ __ __ __ __ __ __
Medida da pressão arterial sistólica na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____	PASPN2__ __ __
Medida da pressão arterial diastólica na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____	PADPN2__ __ __
Hemograma realizado na consulta de pré-natal do segundo trimestre	HEMOPN2__

(1) Sim (0) Não	
Resultado glicemia de jejum na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____ (mg/dl)	GJPN2 _ _ _ , _ _
EQU na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	EQU PN2 _
Urocultura na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não Resultado urocultura na consulta de pré-natal do segundo trimestre (0) Negativo (1) Positivo Patógeno:	URO PN2 _ RURO PN2 _ PATOGENO2
Realização de exames ultrassonográficos (1) Sim (0) Não Alterações:	ULTRAPN2 _ ALTERA2
INFORMAÇÕES SOBRE A CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO TERCEIRO TRIMESTRE <i>(a partir da 27ª semana)</i> <i>*Anotar as informações da última consulta de pré-natal registrada no prontuário</i>	
Data da consulta de pré-natal do terceiro trimestre (segundo trimestre):	DATAPN3 _ _ / _ _ / _ _ _ _
Idade gestacional na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (em semanas completas):	IGPN3 _ _
Peso na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (em gramas):	PESOPN3 _ _ _ _ _ _
Medida da pressão arterial sistólica na consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____	PASPN3 _ _ _
Medida da pressão arterial diastólica na consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____	PADPN3 _ _ _
Hemograma realizado na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	HEMOPN3 _
Resultado glicemia de jejum consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____ (mg/dl)	GJPN3 _ _ _ , _ _
EQU na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	EQU PN3 _
Urocultura na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não Resultado da urocultura na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (0) Negativo (1) Positivo Patógeno:	URO PN3 _ RURO PN3 _ PATOGENO3

Bacterioscopia de fluido/secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) (1) Sim (0) Não Resultado bacterioscopia (0) Negativo (1) Positivo Resultado:	BACTE __ RBACTE __ RESUBA
Realização de exames ultrassonográficos: (1) Sim (0) Não Alterações:	ULTRAPN3 __ ALTERA3

INFORMAÇÕES DO PARTO E DO NASCIMENTO <i>(referente à gestação acompanhada no módulo anterior)</i>	
Data do parto:	DATAP __ __ / __ __ / __ __ __ __ __
Idade gestacional (em semanas completas):	IGP __ __
Desfechos gestacionais (1) Vivo (2) Aborto (3) Neomorto (4) Natimorto	DESFE __
Tipo de parto (1) Normal (2) Cesáreo	PARTOG __
Local do parto (1) Maternidade em Marau/Hospital Cristo Redentor (HCR) (2) Maternidade em outro município (3) Em casa	LPARTO __
Complicações na gestação e no parto Oligodramnia (1) Sim (0) Não Descolamento prematuro de placenta - DPP (1) Sim (0) Não Amniorrexe prematura (1) Sim (0) Não Eclâmpsia (1) Sim (0) Não Pré-eclâmpsia (1) Sim (0) Não Diabetes gestacional (1) Sim (0) Não Hemorragia (1) Sim (0) Não Hipertensão arterial (1) Sim (0) Não Síndrome de Hellp (1) Sim (0) Não Outras complicações no parto (0) Não (1) Sim Qual(is):	OLIGO __ DESCO __ AMNIO __ ECLAP __ PECLAP __ DMGP __ HEMOP __ HASP __ HELLP __ OCOMPLI __ QCOMPLI
Número de consultas de pré-natal:	NCONSU __ __
Recebeu orientação para aleitamento exclusivo (1) Sim (0) Não	OAME __

CRIANÇAS <i>Considerar 0-12 anos completos</i>	
Criança (1) Sim (0) Não	CRIA__
Nome da mãe:	NOMEM
Número do prontuário da mãe: OBS: buscar informações no prontuário da mãe, se necessário.	PEPM_____
Peso ao nascer (em gramas):	PESON_____
Comprimento ao nascer (em centímetros):	COMP__
Perímetro cefálico ao nascer (em centímetros):	PC__
Idade gestacional ao nascimento (semanas completas)	IGEN__
Tipo de parto (0) Normal (1) Cesáreo	PARTOC__
APGAR do 1º minuto: __ __	APGAR1__ __
APGAR do 5º minuto: __ __	APGAR5__ __
Aleitamento (1) Materno Exclusivo (2) Materno Predominante (3) Materno Misto/Complementado (4) Artificial/Materno Inexistente (5) Nenhum	ALE__
Idade de início do complemento (em meses):	COMPLE__
Introdução alimentar (1) Sim (0) Não Idade de início da introdução alimentar (em meses): __ __	IA__ IDAIA__
Teste do pezinho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	PE__ RPE__ QRPE
Teste do olhinho/Reflexo vermelho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	OLHO__ ROLHO__ QROLHO

Teste da orelhinha (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	ORE__ RORE__ QRORE
Teste do coraçãozinho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	CORA__ RCORA__ QRCORA
Teste da linguinha (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	LINGUA__ RLINGUA__ QRLINGUA
Periodicidade de consultas médicas nos 2 primeiros anos de vida 1 semana (1) Sim (0) Não 1 mês (1) Sim (0) Não 2 meses (1) Sim (0) Não 4 meses (1) Sim (0) Não 6 meses (1) Sim (0) Não 9 meses (1) Sim (0) Não 12 meses (1) Sim (0) Não 18 meses (1) Sim (0) Não 24 meses (1) Sim (0) Não Acompanhamento irregular (1) Sim (0) Não	PRISE__ UME__ DOME__ QUAME__ SEME__ NOVEME__ DOZEME__ DEZOME__ VINTEME__ IRRE__
Suplementação de Ferro (0) Não (1) Sim. Idade de início (em meses): __ __	FERRO__ IFERRO__ __
Suplementação de Vitamina D (0) Não (1) Sim. Idade de início (em meses): __ __	VITAD__ IVITAD__ __
Observações gerais <i>Anotar qualquer outra informação que julgar importante</i>	GERA

ANEXO D

Parecer do Comitê de Ética

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária										
Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 47211821.5.0000.5564										
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 4.769.903										
Apresentação do Projeto:										
TRANSCRIÇÃO – RESUMO										
Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal descritivo e analítico, com abordagem quantitativa de dados secundários, a ser realizado de agosto de 2021 a julho de 2026, tendo como população pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS. O estudo objetiva descrever aspectos relacionados à ocorrência de agravos e de morbidade, bem como à assistência à saúde da população. Os dados referentes a características sociodemográficas, comportamentais e de saúde dos pacientes serão coletados dos prontuários eletrônicos da rede de saúde. Espera-se que os resultados gerados possam ser úteis às gerências dos serviços e à gestão de saúde municipal, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e, conseqüentemente, as condições de saúde da população. Espera-se ainda, fortalecer a inserção da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em âmbito local e regional e colaborar com o desenvolvimento da comunidade, propósitos estes, que fazem parte da missão institucional.										
COMENTÁRIOS:										
Adequado										
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar</td> <td>CEP: 89.815-899</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Área Rural</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SC</td> <td>Município: CHAPECO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (49)2049-3745</td> <td>E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar	CEP: 89.815-899	Bairro: Área Rural		UF: SC	Município: CHAPECO	Telefone: (49)2049-3745	E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br
Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar	CEP: 89.815-899									
Bairro: Área Rural										
UF: SC	Município: CHAPECO									
Telefone: (49)2049-3745	E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br									



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.759.903

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

Será verificado o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, assim como, uma forte influência das características sociodemográficas e comportamentais sobre sua ocorrência.

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário: Descrever aspectos relacionados à ocorrência de agravos e de morbidade, bem como à assistência da população atendida na Atenção Primária à Saúde. Objetivo Secundário: Descrever características sociodemográficas e de comportamento; Descrever os agravos e as doenças mais prevalentes; Analisar a influência de características sociodemográficas e comportamentais sobre a ocorrência de agravos e de doenças; Descrever aspectos técnicos de atendimentos e de procedimentos oferecidos nos serviços; Contribuir para a qualificação dos registros e dos bancos de dados dos serviços de saúde.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Assim como em qualquer projeto de pesquisa que inclua a análise de prontuários, existem riscos inerentes, incluindo a possibilidade de divulgação acidental dos dados de algum participante. Buscando minimizar a probabilidade de ocorrência desse risco, os participantes serão identificados por códigos numéricos nas fichas de coleta e no banco de dados, não sendo coletadas informações que possibilitem a sua identificação. Além disso, a coleta de dados será realizada por

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (48)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.769.903

acadêmicos da equipe de pesquisa, a partir de acesso específico fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em seus próprios domicílios, em espaço reservado, visando garantir o anonimato e a privacidade dos dados das participantes. No caso de concretização do risco, o estudo será interrompido, o participante será excluído e a SMS será imediatamente comunicada.

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Considerando a natureza do estudo, em que os participantes já terão concluído o seu atendimento, não estão previstos benefícios diretos. Contudo, a participação poderá trazer benefícios indiretos, com a possibilidade do aprimoramento dos serviços de saúde oferecidos à população do município a partir dos resultados obtidos.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

Trata-se de uma pesquisa observacional, do tipo transversal descritiva e analítica, com abordagem quantitativa de dados secundários. O estudo será realizado de agosto de 2021 a julho de 2026, tendo como população pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS. A amostra probabilística será selecionada por sorteio dentre os pacientes atendidos no ano de 2019 e serão incluídos indivíduos de ambos os sexos e de qualquer idade. Com o propósito de garantir o poder estatístico necessário às análises inferenciais entre as variáveis, o tamanho amostral foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%. Assim, para possibilitar a identificação da associação entre os diferentes desfechos (agravos e doenças) e fatores de exposição (características sociodemográficas e comportamentais), considerou-se uma razão de não expostos/expostos de 5:5, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 6,7% e RP de 2, totalizando um n de 1.234. Tendo em vista a pretensão de fazer análises globais e, separadamente nas diferentes faixas etárias da população atendida, a amostra final será composta de 1.234 crianças (0-12 anos).

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.760.903

1.234 adolescentes (13-19 anos); 1.234 adultos (20-59 anos) e 1.234 idosos (60 anos), perfazendo um total de 4.936 participantes. A listagem dos pacientes atendidos de 01/01 a 31/12/2019 será obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, para cada um dos subgrupos etários definidos, será realizada uma amostragem aleatória, proporcional ao quantitativo de atendimentos em cada uma das 12 unidades de saúde, para composição da amostra final.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

A coleta de dados será realizada pelos acadêmicos da equipe, os quais após treinamento, acessarão mediante login e senha específicos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), os prontuários eletrônicos disponíveis no sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município, o G-MUS - Gestão Municipal de Saúde, transcrevendo os dados para a ficha de coleta (Apêndice A). Os participantes serão identificados por números sequenciais conforme ordem de coleta e não serão coletados dados de identificação. A coleta será realizada nos domicílios dos acadêmicos da equipe, em espaço reservado visando garantir o anonimato e a privacidade dos dados das participantes. Serão obtidos dados sobre características sociodemográficas (sexo, data de nascimento, cor da pele, escolaridade, situação no mercado de trabalho), comportamentais (uso de plantas medicinais e de práticas integrativas e complementares em saúde, prática de atividade física, consumo de tabaco, de álcool e de outras drogas) e de saúde (unidade do atendimento, data de consulta, peso, altura, pressão arterial, internação hospitalar no último ano, morbidades, medicamentos em uso, resultados de exames clínicos, laboratoriais e de imagem e, especificamente para crianças: peso, comprimento e idade gestacional ao nascer; aleitamento materno; introdução alimentar; testes de triagem neonatal e; periodicidade de consultas nos primeiros 2 anos de vida). Esta pesquisa será desenvolvida em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre a ética em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Após a ciência e concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS, o protocolo do estudo será submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFFS. Será solicitada a Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) visto que os atendimentos foram realizados em 2019 e que muitos participantes estão com os dados de contato desatualizados no sistema de prontuários, inviabilizando assim, a obtenção do referido termo. Ainda, a equipe se compromete com o uso adequado dos dados por meio do Termo de Compromisso de Uso de Dados em Arquivo (TCUDA – Apêndice C). Tendo em vista a característica da abordagem, não haverá devolutiva dos

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.768.903

resultados aos participantes. Porém, os mesmos serão devolvidos em forma de relatório impresso à SMS e, serão também divulgados em eventos e/ou publicações científicas com garantia de anonimato dos participantes. Os dados coletados no estudo serão armazenados em computador protegido por senha, de uso exclusivo da pesquisadora responsável pelo projeto, por um período de 5 anos. Após este período serão removidos de todos os espaços de armazenamento do equipamento. Ainda, as fichas de coleta utilizadas para transcrição de dados serão armazenadas na sala dos professores da UFFS, em armário da pesquisadora responsável, trancado à chave, por igual período, sendo posteriormente destruídas. A realização da pesquisa é justificada devido à possibilidade de gerar indicadores úteis à gestão de saúde no município no processo de qualificação da assistência, no intuito de melhorar, continuamente, os indicadores de saúde da população.

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Pacientes atendidos no ano de 2019 na Atenção Primária à Saúde de Marau, RS, de ambos os sexos e de qualquer idade.

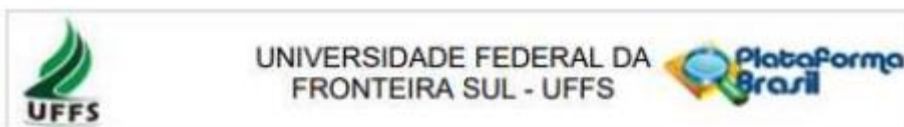
CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Após conferência e codificação, os dados serão duplamente digitados e validados no software EpiData versão 3.1 (distribuição livre). As análises estatísticas serão realizadas no software PSPP (distribuição livre) e compreenderão frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão das numéricas. Ainda, serão calculadas as

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.766.903

prevalências dos desfechos (agravos e doenças) com intervalo de confiança de 95% (IC95) e verificadas suas distribuições conforme as variáveis de exposição (independentes) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Perfil de ocorrência de agravos e morbidade, assim como da assistência à saúde na atenção primária

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados – 08/2021

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS:

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO:

Adequada

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.ufes@ufes.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.769.903

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:

Adequada

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários):

Adequado

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Adequada

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.760.903

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O 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.

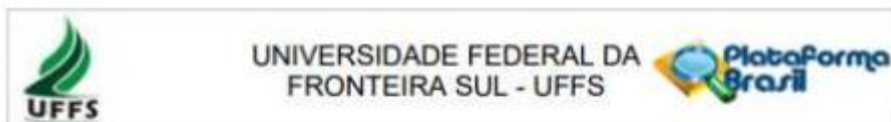
Em caso de dúvida:

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

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.759.903

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_BASICAS_DO_PROJETO_1757378.pdf	19/05/2021 18:24:20		Aceito
Folha de Rosto	CEP_folha_de_rosto.pdf	19/05/2021 18:21:38	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_cienciaSMS.pdf	19/05/2021 14:29:44	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_TCUDA.pdf	19/05/2021 14:29:20	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_dispenza_TCLE.pdf	19/05/2021 14:28:30	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_ficha_coleta.pdf	18/05/2021 13:40:32	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_projeto_completo_Marau.pdf	18/05/2021 13:39:18	Ivana Loraine Lindemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 11 de Junho de 2021

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O presente relatório de pesquisa integra a segunda etapa do Trabalho de Curso (TC), requisito parcial para obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), e tem como finalidade apresentar o progresso alcançado na execução do estudo intitulado “Influência do Índice de Massa Corporal Elevado Durante a Gestação na Prevalência de Diabetes Gestacional e Síndromes Hipertensivas”.

O projeto foi desenvolvido pela discente Thaís Anete Ferreira, sob orientação da Profª Drª Renata dos Santos Rabello Bernardo e coorientação da Profª Ma. Silvane Nenê Portela, vinculado ao projeto guarda-chuva “Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária”, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (parecer nº 4.769.903).

O estudo consistiu em uma investigação observacional, transversal, quantitativa, descritiva e analítica, com o objetivo de avaliar a associação entre o índice de massa corporal aferido durante as consultas de pré-natal e a ocorrência de diabetes gestacional e síndromes hipertensivas gestacionais, condições de impacto relevante sobre a saúde materno-infantil. Para tanto, utilizou-se uma base secundária proveniente dos registros do pré-natal de gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde de Marau/RS, referentes ao ano de 2019, abrangendo 364 registros válidos.

As principais etapas do trabalho já foram concluídas, incluindo a organização e padronização da base de dados, a compilação e consolidação de variáveis dispersas, a criação de variáveis derivadas e compostas para permitir uma análise mais robusta dos desfechos, a exclusão de variáveis não preenchidas (como o estado civil das gestantes), além da limpeza, filtragem e categorização das informações conforme os objetivos do estudo. Também foram construídas as tabelas de resultados e realizadas as análises descritiva e bivariada. Durante o processo, houve migração do processamento de dados do PSPP para o SPSS, visando maior estabilidade e amplitude de recursos. Por fim, o artigo científico foi redigido e estruturado conforme as diretrizes da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), já com diagramação e ajustes finais para futura submissão.

Na etapa de análise estatística, foram utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas, e medidas de tendência central e

dispersão para variáveis numéricas. As análises bivariadas empregaram o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$), com agrupamento do índice de massa corporal segundo a classificação de Atalah et al., 1997.

Entre as limitações encontradas, destacam-se a incompletude de alguns campos no banco de dados original, a impossibilidade de controle de fatores adicionais que poderiam influenciar os desfechos (como critérios clínicos específicos para diagnóstico das condições estudadas), e a restrição inerente ao uso de dados secundários.

Apesar desses desafios, a base de dados apresentou volume e qualidade satisfatórios, permitindo análises consistentes e alinhadas aos objetivos do estudo. Os resultados alcançados, já detalhados no artigo científico, contribuem para a compreensão do perfil das gestantes acompanhadas na atenção primária e reforçam a importância da vigilância nutricional e do acompanhamento qualificado no pré-natal.

Com a conclusão das etapas previstas, espera-se que os resultados subsidiem o aprimoramento das estratégias de prevenção, diagnóstico e acompanhamento de gestantes com índice de massa corporal elevado na Atenção Primária, promovendo o cuidado materno-infantil no município de Marau/RS. O artigo científico resultante encontra-se pronto, estruturado segundo as normas editoriais da RBGO (<https://journalrbgo.org>), para futura submissão e divulgação dos achados.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL E SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO CONFORME O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Thaís Anete Ferreira
Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS),
Campus Passo Fundo, RS, Brasil.
E-mail: thaisanete@estudante.uffs.edu.br
Prof^a. Ma. Silvane Nenê Portela
Médica ginecologista e obstetra. Professora Mestre do Curso de Medicina,
Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, RS, Brasil.
E-mail: silvane.portela@uffs.edu.br
Prof^a. Dr^a. Renata dos Santos Rabello Bernardo
Professora Doutora do Curso de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul
(UFFS), Campus Passo Fundo, RS, Brasil.
E-mail: renata.rabello@uffs.edu.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a influência do índice de massa corporal elevado na prevalência de síndromes hipertensivas da gestação e diabetes mellitus gestacional em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde de Marau, Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo transversal realizado com dados secundários de 364 gestantes atendidas em 2019 na rede municipal. O índice de massa corporal foi classificado em não elevado (baixo peso e eutrofia) e elevado (sobrepeso e obesidade). Os desfechos analisados foram a ocorrência de síndromes hipertensivas da gestação e diabetes mellitus gestacional, conforme prontuários. As relações estatísticas foram avaliadas pelo teste do qui-quadrado, com significância de 5%.

Resultados: A idade média das gestantes foi de 27,5 anos, e 52,2% apresentaram índice de massa corporal elevado. A prevalência de síndromes hipertensivas da gestação foi de 12,5% e de diabetes mellitus gestacional, de 8,5%. Entre as gestantes com índice de massa corporal não elevado, 9,6% apresentaram síndromes hipertensivas da gestação e 4,3% diabetes mellitus gestacional; entre aquelas com índice de massa corporal elevado, as proporções foram de 16,6% para síndromes hipertensivas da gestação e 10,7% para diabetes mellitus gestacional. Não foi encontrada significância estatística entre índice de massa corporal elevado e

síndromes hipertensivas da gestação ($p=0,06$) ou diabetes mellitus gestacional ($p=0,08$).

Conclusão: Gestantes com índice de massa corporal elevado apresentaram maior frequência dos desfechos analisados, embora sem associação estatisticamente significativa. Os resultados reforçam a importância da vigilância nutricional e da qualificação do cuidado pré-natal na atenção primária, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de saúde materno infantil no contexto local.

Palavras-chave: índice de massa corporal; síndromes hipertensivas da gestação; diabetes mellitus gestacional; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the influence of elevated body mass index on the prevalence of hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus in pregnant women cared for in Primary Health Care in Marau, Rio Grande do Sul, Brazil.

Methods: Cross-sectional study conducted with secondary data from 364 pregnant women attended in 2019 in the municipal health network. Body mass index was classified as non-elevated (underweight and normal weight) and elevated (overweight and obesity). The outcomes analyzed were the occurrence of hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus, according to medical records. Statistical associations were evaluated using the chi-square test, with a significance level of 5%.

Results: The mean age of the participants was 27.5 years, and 52.2% had an elevated body mass index. The prevalence of hypertensive disorders of pregnancy was 12.5% and gestational diabetes mellitus, 8.5%. Among women with non-elevated body mass index, 9.6% had hypertensive disorders of pregnancy and 4.3% had gestational diabetes mellitus; among those with elevated body mass index, the proportions were 16.6% and 10.7%, respectively. No statistically significant association was found between elevated body mass index and hypertensive disorders of pregnancy ($p=0.06$) or gestational diabetes mellitus ($p=0.08$).

Conclusion: Pregnant women with elevated body mass index had higher frequencies of the outcomes analyzed, although without statistically significant association. The

results reinforce the importance of nutritional surveillance and qualified prenatal care in primary health care, contributing to the improvement of maternal health strategies in the local context.

Keywords: body mass index; hypertensive disorders of pregnancy; gestational diabetes mellitus; primary health care.

INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade durante a gestação constituem condições cada vez mais prevalentes globalmente, reconhecidas como importantes desafios para a saúde pública devido ao impacto na morbimortalidade materna e fetal. No Brasil, as síndromes hipertensivas da gestação respondem por até 37% das mortes maternas diretas, com a pré-eclâmpsia figurando como principal causa de óbito materno, responsável por cerca de 25% dos casos registrados. A síndrome HELLP, presente em até 20% das gestantes com pré-eclâmpsia, contribui de modo significativo para a morbimortalidade materna e fetal. Diversos estudos nacionais e internacionais demonstram que o excesso de peso na gravidez está associado a maior risco de complicações, destacando-se as síndromes hipertensivas da gestação e o diabetes mellitus gestacional, ambos fortemente relacionados a desfechos adversos, como prematuridade, restrição de crescimento fetal, morbidade materna e neonatal, além de aumento do uso de recursos em saúde(1–4).

Diretrizes nacionais recentes(5,6) reforçam que as síndromes hipertensivas da gestação, incluindo pré-eclâmpsia e síndrome HELLP, permanecem como causas relevantes de mortalidade materna no Brasil, e enfatizam a importância do rastreamento de fatores de risco modificáveis, como o excesso de peso, para a prevenção e manejo dessas condições(7–9). Estudos observacionais realizados em diferentes regiões do país confirmam a associação entre estado nutricional inadequado, sobretudo obesidade, e maior risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Gestacional e doenças hipertensivas na gestação(10). A literatura internacional também aponta que obesidade materna é um dos principais determinantes para o surgimento desses agravos, embora haja diferenças de magnitude e desfecho conforme o perfil populacional analisado.(3)

Apesar da crescente atenção ao tema, persistem lacunas importantes quanto à caracterização desse cenário em contextos locais, especialmente na Atenção Primária à Saúde brasileira e na região Sul do país. O acompanhamento nutricional adequado e a vigilância dos fatores de risco durante o pré-natal são essenciais para identificar gestantes em maior vulnerabilidade e implementar estratégias de prevenção e manejo precoce dessas condições(6). Entretanto, a literatura nacional ainda carece de estudos que avaliem a magnitude do problema e suas associações em diferentes realidades assistenciais.

Desta forma, o presente estudo foi desenvolvido para analisar a relação entre índice de massa corporal elevado durante a gestação e a prevalência de síndromes hipertensivas da gestação e de diabetes mellitus gestacional em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde do município de Marau, Rio Grande do Sul, descrevendo as características sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas da amostra analisada, e estimando a distribuição do índice de massa corporal e a prevalência dos desfechos estudados, visando contribuir com o aprimoramento das ações de cuidado pré-natal e o fortalecimento das políticas de saúde materno infantil no contexto local.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado com dados secundários de gestantes atendidas em 2019 na atenção primária da cidade de Marau – Rio Grande do Sul. A extração dos dados foi realizada por estudantes de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, a partir de fichas e prontuários, utilizando instrumentos padronizados para garantir a uniformidade e consistência das informações. Foram incluídas na amostra gestantes que tiveram ao menos uma consulta pré-natal no período, e foram excluídas da amostra as pessoas gestantes que vieram a óbito no período da coleta dos dados.

As variáveis analisadas foram consolidadas em um banco de dados específico, com a criação de variáveis compostas para redução de perdas e duplicidades. As variáveis de interesse abrangeram características sociodemográficas (idade materna, escolaridade, cor/raça, naturalidade e situação de trabalho), comportamentais (consumo de tabaco, álcool, outras drogas e gestação planejada) e clínicas/obstétricas. Entre as variáveis obstétricas, a idade gestacional na primeira consulta correspondeu à idade gestacional estimada no início do pré-natal, enquanto a paridade foi definida como o número de gestações prévias com nascimento após 20 semanas. A classificação da idade gestacional ao parto seguiu os critérios do Ministério da Saúde (11) para pré-termo (<37 semanas), termo (37–41 semanas) e pós-termo (≥42 semanas). Também foram incluídas informações referentes ao diabetes mellitus prévio, diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e presença de síndromes hipertensivas da gestação.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado a partir do peso e da altura aferidos durante o pré-natal, utilizando-se a fórmula tradicional (kg/m^2). A classificação nutricional das gestantes seguiu o padrão proposto por Atalah, que estabelece pontos de corte específicos conforme a idade gestacional no momento da aferição (12). Essa referência foi selecionada considerando que o objetivo do estudo era avaliar o estado nutricional das gestantes em um momento específico, sem realizar o acompanhamento longitudinal do ganho ponderal ao longo da gestação. As curvas brasileiras de ganho de peso gestacional, recentemente adotadas pelo Ministério da Saúde (13), são apropriadas para o monitoramento clínico contínuo, porém não se aplicam ao tipo de análise aqui realizada, baseada na avaliação do IMC em um ponto determinado da gravidez. Dessa forma, a classificação por Atalah mostrou-se a

alternativa metodologicamente adequada aos dados disponíveis. Após essa classificação, as gestantes foram agrupadas em duas categorias: IMC não elevado (baixo peso e eutrofia) e IMC elevado (sobrepeso e obesidade).

Para análise estatística, as variáveis categóricas foram descritas em frequências absolutas e relativas. As prevalências de síndromes hipertensivas e de diabetes mellitus gestacional foram calculadas para o total da amostra e estratificadas segundo as categorias de IMC. A associação entre IMC e os desfechos foi testada por meio do teste do qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Todas as análises foram realizadas no software SPSS, versão 31.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA), com apoio de planilhas eletrônicas do Microsoft Excel.

Este estudo faz parte do projeto maior intitulado 'Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária', aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (parecer nº 4.769.903, conforme Resolução CNS 466/2012), sendo garantidos o sigilo e a confidencialidade dos participantes em todas as etapas.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 364 gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde de Marau, RS, no ano de 2019. A maioria tinha entre 20 e 34 anos (71,7%), apresentava cor branca (63,2%) e eram nascidas no próprio município (58,9%). Entre as 255 participantes com escolaridade informada, 63,9% tinham ensino fundamental e/ou médio completo. Aproximadamente 58,8% das gestantes não exerciam atividade remunerada. Quanto aos comportamentos de risco, o tabagismo foi referido por 7,0% das participantes, enquanto o consumo de álcool e de outras drogas foi pouco frequente, sendo relatado por apenas uma gestante em cada caso (0,3%). Dentre as gestantes atendidas, aproximadamente 35% delas tiveram uma gestação planejada (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e comportamental de uma amostra de gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde. Marau, RS, 2019 .

Variáveis	n	%
Idade (anos completos)		
<20	38	10,4
20–34	261	71,7
≥35	65	17,9
Escolaridade (n= 255)		
Fundamental incompleto/nenhum	59	23,1
Fundamental completo e/ou médio incompleto/completo	163	63,9
Superior	33	12,9
Cor/raça		
Branca	230	63,2
Não branca	134	36,8
Naturalidade (n= 358)		
Marau	211	58,9
Outro	147	41,1
Trabalha		
Sim	150	41,2
Não	214	58,8
Fuma (n= 357)		
Sim	25	7,0
Não	332	93,0
Bebe (n= 356)		
Sim	1	0,3
Não	355	99,7
Droga (n=354)		
Sim	1	0,3
Não	353	99,7
Gravidez planejada (n=359)		
Sim	125	34,8
Não	234	65,2

Fonte: Própria

Na avaliação clínica e obstétrica, todas as participantes tiveram acompanhamento pré-natal registrado. A maioria iniciou o pré-natal até a 12^a semana gestacional (74,8%) e realizou 11 ou mais consultas (62,2%). Predominaram as múltiparas (64,3%) e mais da metade apresentou índice de massa corporal elevado (52,2%). A prevalência de diabetes mellitus gestacional foi de 8,5% e a de síndromes hipertensivas da gestação de 12,5%. O parto a termo ocorreu na maioria dos casos avaliados (93,1%). Gestantes com pelo menos um dos desfechos analisados totalizaram 16,5% (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização clínica e obstétrica de uma amostra de gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde. Marau, RS, 2019 .

Variáveis	n	%
Idade gestacional na 1 ^a consulta (n= 361)		
≤12 semanas	270	74,8
>12 semanas	91	25,2
Número de consultas (n= 328)		
≤6	16	4,9
7–10	108	32,9
≥11	204	62,2
Paridade (n= 359)		
Primigesta	128	35,7
Múltipara	231	64,3
Classificação IMC (n= 337)		
IMC Não Elevado	161	47,8
IMC Elevado	176	52,2
Diabetes Mellitus prévio (n= 354)		
Não	354	100
Diabetes Mellitus Gestacional (n= 213)		
Sim	18	8,5
Não	195	91,5
Síndromes Hipertensivas da Gestação (n= 359)		
Sim	45	12,5
Não	314	87,5
Idade gestacional ao parto (n= 288)		
Pré-termo	20	6,9
Termo	268	93,1

Fonte: Própria

Entre as gestantes avaliadas, observou-se que 4,3% daquelas com IMC não elevado apresentaram diabetes mellitus gestacional (DMG), enquanto essa proporção foi de 10,7% entre as gestantes com IMC elevado ($p=0,08$), não sendo observada associação estatisticamente significativa entre IMC elevado e ocorrência de DMG (considerando o nível de significância de 5%). Destaca-se ainda que, entre as gestantes que desenvolveram DMG, 73,3% (11/15) apresentavam IMC elevado, evidenciando a elevada frequência desse fator entre os casos do desfecho (Tabela 3).

De forma semelhante, 9,6% das gestantes com IMC não elevado apresentaram síndromes hipertensivas da gestação (SHG), enquanto essa proporção foi de 16,6% entre as gestantes com IMC elevado ($p=0,06$), indicando que não houve associação estatisticamente significativa entre IMC elevado e SHG. Observa-se ainda que, entre as gestantes que apresentaram SHG, 65,9% (29/44) possuíam IMC elevado, destacando a alta frequência desse fator entre os casos com o desfecho (Tabela 3)

Tabela 3. Distribuição de Diabetes Mellitus Gestacional e de Síndromes Hipertensivas da Gestação conforme IMC em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde, Marau, RS, 2019

Variáveis	Diabetes Mellitus Gestacional (n=196)				
	Não		Sim		p*
	n	%	n	%	
IMC					0,08
Não Elevado	90	95,7	4	4,3	
Elevado	91	89,3	11	10,7	
Variáveis	Síndromes Hipertensivas da Gestação (n=332)				
	Não		Sim		p*
	n	%	n	%	
IMC					0,06
Não Elevado	142	90,4	15	9,6	
Elevado	146	83,4	29	16,6	

Fonte: Própria

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi observado que gestantes com índice de massa corporal (IMC) elevado apresentaram uma prevalência superior de diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas da gestação quando comparadas àquelas com IMC não elevado, embora não se tenha identificado significância estatística. Ressalta-se que a maioria das participantes que desenvolveram síndromes hipertensivas ou diabetes mellitus gestacional possuía IMC elevado, o que aponta para elevada prevalência dessa condição entre os casos com desfecho desfavorável. Estes resultados corroboram evidências nacionais e internacionais de que o excesso de peso materno representa um fator de risco relevante para tais patologias, ambas relacionadas ao aumento da morbimortalidade materno-infantil (2–4,14).

Adicionalmente, pesquisa nacional envolvendo gestantes de risco (2) revelou que a maioria iniciou a gestação em estado de sobrepeso ou obesidade, sendo notado aumento do percentual de obesidade ao longo da gestação. Entre as mulheres portadoras de síndromes hipertensivas, mais da metade era obesa previamente à gravidez e mais de 60% mantiveram essa classificação durante o período avaliado. Nas gestantes com diabetes mellitus gestacional, predominava o quadro de sobrepeso e obesidade. De forma semelhante ao presente estudo, ainda que não tenha sido identificada associação estatística significativa entre IMC elevado e diabetes mellitus gestacional, observou-se relação consistente entre excesso de peso e doenças hipertensivas durante a gestação. Este contexto reforça a relevância do acompanhamento nutricional e do monitoramento contínuo do peso no pré-natal, por meio de ferramentas simples como curvas de ganho de peso (13) disponíveis nas Cadernetas da Gestante, e orientações nutricionais básicas, cuja implementação se mostra fundamental e acessível para prevenir agravos à saúde materno-infantil.

A literatura internacional (4) destaca que sobrepeso, obesidade e fatores adicionais como nuliparidade e histórico de diabetes aumentam substancialmente o risco de doenças hipertensivas específicas da gestação, risco este condicionado também ao perfil populacional avaliado (3). Protocolos brasileiros revisados enfatizam a importância da prevenção, identificação e tratamento adequado da pré-eclâmpsia e da síndrome HELLP, visando reduzir índices de mortalidade e complicações em mães e recém-nascidos (5,6).

No panorama brasileiro, as síndromes hipertensivas gestacionais constituem causa importante de complicações maternas e infantis e requerem vigilância rigorosa durante o pré-natal. O excesso de peso é reconhecido como fator de risco modificável (6), indicando ser imprescindível a adoção de estratégias de prevenção, rastreamento e manejo precoce no cuidado de gestantes com sobrepeso e obesidade.

Além dos fatores biológicos, o estado nutricional da gestante é significativamente influenciado por determinantes sociais e culturais, como acesso a alimentos adequados, condição socioeconômica, insegurança alimentar, disponibilidade de alimentos na região e hábitos alimentares associados ao período gestacional. Práticas tradicionais, como o conceito de “comer por dois”, assim como limitações no acesso a alimentos in natura e desigualdades nos serviços de saúde, podem favorecer padrões inadequados de ganho ponderal, contribuindo para o agravamento do excesso de peso. Esses elementos aumentam a vulnerabilidade das gestantes e destacam a necessidade de estratégias que considerem integralmente seu contexto de vida.

O impacto de um Índice de Massa Corporal elevado e de complicações gestacionais ultrapassa a díade mãe-bebê, repercutindo na dinâmica familiar, bem-estar psicológico, capacidade de cuidado no puerpério e risco cardiometabólico intergeracional. Em nível populacional, tal cenário contribui para o aumento da prevalência de doenças crônicas e acentua desigualdades em saúde, tornando imprescindível que políticas públicas e ações da Atenção Primária à Saúde incorporem abordagens baseadas nos determinantes sociais para a promoção da saúde materno-infantil.

A ausência de associação estatística robusta neste estudo pode estar relacionada ao tamanho amostral, baixa frequência dos desfechos e alta prevalência do fator de exposição. Destaca-se ainda a limitação inerente ao uso de dados secundários extraídos de registros clínicos, sujeitos a preenchimento incompleto e heterogêneo pelos profissionais de saúde. Tais restrições evidenciam a importância do aprimoramento contínuo dos sistemas de informação e da qualificação do registro na Atenção Primária.

É relevante considerar que os desafios impostos pela rotina dos serviços de saúde tanto na Atenção Primária quanto em ambulatórios de ensino podem comprometer a qualidade da assistência. A elevada demanda, tempo reduzido de consulta e pressão por produtividade tendem a limitar o registro detalhado de

informações clínicas essenciais. Este contexto fragiliza a continuidade do cuidado, reforçando a necessidade de compromisso coletivo com o adequado preenchimento de prontuários. Ademais, a comunicação eficaz com as gestantes requer sensibilidade para adaptar orientações ao contexto sociocultural de cada paciente. Ferramentas acessíveis, e de baixo custo operacional, como a Caderneta da Gestante, que inclui recomendações sobre alimentação saudável e metas de ganho ponderal, mostram-se fundamentais, especialmente em cenários de menor acesso à orientação nutricional. É fundamental desmistificar a ideia de que alimentação saudável é inacessível e apoiar escolhas viáveis para cada família, fortalecendo o cuidado e promovendo autonomia.

Apesar das limitações observadas, os resultados ressaltam a necessidade de intensificar a vigilância nutricional e qualificar as ações de cuidado pré-natal na Atenção Primária, considerando a elevada proporção de gestantes com excesso de peso e o potencial risco de desfechos adversos. Entre as principais estratégias preventivas e de manejo precoce do ganho ponderal inadequado destacam-se: acompanhamento sistemático da curva de ganho de peso em cada consulta; utilização ativa da Caderneta da Gestante para orientar metas de acordo com a classificação nutricional; participação em grupos educativos; ações de educação alimentar e nutricional; incentivo à prática regular de atividade física mediante recomendação clínica; e rastreamento apropriado para pré-eclâmpsia em gestantes com fatores de risco específicos. A adoção das curvas brasileiras de ganho de peso gestacional, recentemente incorporadas à Caderneta da Gestante e endossadas pela FEBRASGO (13), representa um avanço significativo para a individualização do cuidado e deve ser incentivada na rotina da Atenção Primária.

Nesse sentido, a valorização de estratégias intersetoriais que envolvem educação, saúde e assistência social é fundamental para ampliar o impacto das ações de prevenção e promover ambientes mais favoráveis ao desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis desde o início da gestação. Investir em formação continuada dos profissionais, fortalecer o vínculo entre equipe e gestantes e garantir acesso a recursos informativos de qualidade são medidas que podem potencializar positivamente os resultados alcançados na Atenção Primária, contribuindo assim para a redução das desigualdades em saúde e para o bem-estar de mães, bebês e suas famílias.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou elevada prevalência de excesso de peso entre gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil, com maior proporção de síndromes hipertensivas da gestação e diabetes mellitus gestacional entre aquelas com IMC elevado, ainda que sem significância estatística. Esses achados reforçam a importância do monitoramento nutricional, do acompanhamento clínico qualificado e da incorporação de estratégias efetivas de prevenção no pré-natal, reconhecendo que o estado nutricional materno é influenciado por determinantes sociais e culturais que repercutem diretamente na saúde materno-infantil. Além disso, os resultados contribuem para ampliar o conjunto de evidências sobre o tema no contexto da Atenção Primária, oferecendo subsídios para o fortalecimento de políticas públicas e práticas assistenciais voltadas à promoção da saúde, treinamento das equipes da APS visando à mitigação de riscos e ao apoio integral às gestantes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Coutinho RGFM de AP. Alta frequência de síndrome metabólica e sua relação com o baixo consumo alimentar de proteínas em mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional prévio. Alta Frequência Síndr Metabólica E Sua Relaç Com O Baixo Consumo Aliment Proteínas Em Mulh Com Diagnóstico Diabetes Gestacional Prévio. 7 de fevereiro de 2023;33(1):64–699.
2. Nogueira MDDA, Santos CC, Lima ADM, Lima MRDS, Silva E Sousa FID, Vieira LCO, et al. Associação entre estado nutricional, diabetes gestacional e doenças hipertensivas em gestantes de risco. Braz J Dev. 2020;6(2):8005–18.
3. Nogueira AI, Carreiro MP. Obesity and pregnancy. Rev Médica Minas Gerais. 2013;23(1):88–98.
4. Shen M, Smith GN, Rodger M, White RR, Walker MC, Wen SW. Comparison of risk factors and outcomes of gestational hypertension and pre-eclampsia. Räisänen SH, organizador. PLOS ONE. 24 de abril de 2017;12(4):e0175914.
5. Ramos J, Korkes H, De Oliveira L. Protocolo Assistencial Síndrome HELLP 2025 [Internet]. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG); 2025 [citado 12 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2025/02/Sindrome-HELLP-2025.pdf>
6. Korkes H, Ramos J, De Oliveira L. Protocolo Assistencial Pré Eclâmpsia 2025 [Internet]. Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG),; 2025 [citado 12 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2025/04/Protocolo-RBEHG-2025-PDF-2.pdf>
7. SISVAN - Relatório Estado Nutricional Gestantes 2023 Sul e Brasil [Internet]. Brasília, DF: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; [citado 12 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/>
8. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. 1a. ed., 2a. reimp. Brasília, DF: Editora MS; 2011 [citado 12 de outubro de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
9. Secretaria De Políticas Para As Mulheres Presidência Da República. Monitoramento E Acompanhamento Da Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Mulher Pnaism E Do Plano Nacional De Políticas Para as Mulheres Pnpm [Internet]. 2015 [citado 12 de outubro de 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/saude-integral-da-mulher/publicacoes-documentacoes/INSTRUMENTO_PNAISM_PNPMversaoWeb1.pdf
10. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. Abeso; 2016.

11. Organização Mundial da Saúde. CID-10 – Definições [Internet]. Ministério da Saúde – Brasil: DATASUS; 2008 [citado 10 de dezembro de 2025]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>
12. 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.
13. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Orientações sobre como monitorar o ganho de peso gestacional durante o pré-natal [Internet]. FEBRASGO; 2023 [citado 10 de dezembro de 2025]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS---N2---Fevereiro-2023---portugues.pdf>
14. Melo MED. Ganho de Peso na Gestação [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO; 2011 [citado 12 de outubro de 2025]. 7 p. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/5521b01341a2c.pdf>

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Curso permitiu aprofundar a compreensão sobre a influência do Índice de Massa Corporal (IMC) elevado durante a gestação na prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional e síndromes hipertensivas em gestantes acompanhadas na atenção primária. Os dados analisados reforçam a necessidade do rastreamento e o acompanhamento do estado nutricional da gestante, que são ações de baixo custo e alto impacto para o sistema de saúde, especialmente quando comparadas aos custos humanos, sociais e financeiros das complicações gestacionais evitáveis.

No contexto brasileiro, em que a saúde materno infantil ainda enfrenta desafios históricos, cada vida preservada é reflexo do nosso compromisso com um cuidado integral e humanizado. As complicações associadas ao excesso de peso na gestação impactam não apenas a gestante, mas também o futuro de seus filhos e famílias, reforçando a necessidade de olharmos para além dos indicadores clínicos e enxergarmos o contexto social em que essas mulheres estão inseridas.

A atenção primária, enquanto porta de entrada do SUS, precisa ser fortalecida não só tecnicamente, mas também em sua dimensão acolhedora e educativa. Prevenir agravos, atuar precocemente e orientar de maneira sensível são atitudes que salvam vidas, reduzem sofrimento e, sobretudo, reafirmam o valor da prevenção sobre a remediação. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde da linha de frente priorizem estratégias educativas e preventivas, promovendo mudanças sustentáveis e respeitadas na vida das gestantes e suas famílias.

Reconhecem-se as limitações do presente estudo, tais como o delineamento transversal, o uso de dados secundários e, especialmente, a incompletude dos registros em variáveis sociais e sensíveis, como estado civil, orientação sexual e identidade de gênero, que impedem uma análise mais abrangente e inclusiva dos determinantes de saúde. Recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem o olhar sobre fatores sociais, alimentares e de acesso aos serviços de saúde, além de garantirem a coleta de dados mais sensíveis e essenciais para a inclusão de gênero e sexualidade, utilizando abordagens longitudinais e metodologias que favoreçam a equidade e a representatividade.

Por fim, espera-se que este trabalho inspire outros profissionais e gestores a priorizarem o cuidado nutricional na gestação como ferramenta de justiça social e

proteção à vida. Que cada ação na atenção básica possa contribuir para o nascimento de mães e bebês mais saudáveis, tornando realidade o princípio de que prevenir é, sem dúvida, o melhor caminho.