



Universidade do Estado do Amazonas

Escola Superior de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



PPGSC
Programa de Pós-graduação
em Saúde Coletiva - UEA

Cláudia Miranda Martins de Menezes Batista

Somos o que comemos: consumo alimentar, índice de massa corporal, perfil glicêmico e lipídico de gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Manaus - AM

Manaus

2024

Cláudia Miranda Martins de Menezes Batista

Somos o que comemos: consumo alimentar, índice de massa corporal, perfil glicêmico e lipídico de gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Manaus - AM

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Prof. (a) Dr. (a) Isabela Cristina de Miranda Gonçalves

Manaus
2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

B333s

Batista, Cláudia

Somos o que comemos: consumo alimentar, índice de massa corporal, perfil glicêmico e lipídico de gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Manaus - AM / Cláudia Batista . Manaus : [s.n], 2024.

119 f.: color.; 21,0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

Inclui Bibliografia.

Inclui Apêndice.

Inclui Anexo.

Orientador: Gonçalves, Isabela Cristina de Miranda .

1. Gestantes. 2. Alimentos ultraprocessados. 3. Índice de Massa Corporal. 4. Obesidade. I. Gonçalves, Isabela Cristina de Miranda (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)614(043.3)



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO AMAZONAS**

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

Aos 22 dias do mês de outubro de 2024, às 14h:00min, de forma remota, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é “Somos o que comemos: consumo alimentar, perfil glicêmico e lipídico de gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Manaus – AM”, apresentada por **Cláudia Miranda Martins de Menezes Batista**, sob orientação da Prof.^a Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof.^a Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves – Orientador: gov.br

(X) Aprovada () Reprovada

Assinatura.....

Documento assinado digitalmente

ISABELA CRISTINA DE MIRANDA GONCALVES

Data: 22/11/2024 08:28:16-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Nathália França de Oliveira– Membro Titular

(X) Aprovada () Reprovada

Assinatura.....


Documento assinado digitalmente

MARIA SUELY DE SOUSA PEREIRA

Data: 11/11/2024 12:13:20-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Maria Suely de Sousa Pereira– Membro Titular gov.br

(X) Aprovada () Reprovada

Assinatura.....

Parecer Final:

(X) Aprovada () Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof.^a Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 22 de outubro de 2024.

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho a cada mulher, a cada mãe, que nos concedeu alguns minutos de seu tempo para demonstrar que, muito além de uma estatística em saúde, elas são protagonistas de um serviço de saúde que ainda tem muito o que aprender com essas guerreiras diante de tantas adversidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pois como diz a música: “Lembra de onde você veio, e aonde você chegou. Lembra de todos os livramentos que você já passou. Nem era para você estar aqui, mas Deus falou assim: esse aí vou levantar”.

À Edwandro de Menezes Batista, meu esposo, companheiro de vida e de jornada, minha força de existir, sempre embarcando nos meus projetos com paciência, compreensão e muita ajuda.

À minha filha Berenice Miranda Batista por ter me ajudado a sair da depressão, sempre acreditando que eu conseguiria. Minha parceira nos estudos e na vida.

À minha filha Rebeca Miranda Batista por me conceder a liberdade para caminhar de cabeça erguida diante de tantas injustiças. Minha parceira de luta e de vida.

À minha orientadora profa. Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves por abraçar um tema polêmico e não recuar diante das adversidades. Figura basilar nesse trabalho. Meu respeito e admiração pela força e garra dessa mulher incrível.

À profa. Dra. Nathalia França de Oliveira pela disponibilidade e atenção nas questões epidemiológicas, assim como pelas sugestões oferecidas de forma profissional e muito carinhosa. Minha gratidão e respeito.

À profa. Dra. Maria Suely de Sousa Pereira pela imensa presteza em compartilhar seu conhecimento, vasta experiência, e conselhos em palavras amistosas. Meu profundo respeito e reconhecimento.

À equipe de pesquisa composta pelas acadêmicas de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas, Gabriela Nunes Batista, Hemilly Lara Martins de Oliveira, Hinaê Martins Batista, Nathalia Clara Brandão Coelho, pela dedicação, prestatividade e solicitude, porque ninguém caminha sozinho.

Aos meus colegas de mestrado pela acolhida, amizade e troca de ensinamentos

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva na figura de seu coordenador, prof. Dr. André Luiz Machado das Neves, seus docentes e funcionários.

À direção das unidades de saúde Águas Gadelha, São Francisco, D. Milton Correa, Enfa. Ivone Lima dos Santos, na pessoa de seus respectivos gestores: Marcelo Pereira, Silvane Aguiar, Gloria Pereira de Freitas, Ney Anderson Barbosa Pereira.

À Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA pela autorização para proceder a pesquisa de campo.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo do projeto de pesquisa.

Muito obrigada a todos.

Existem moléstias que, no seu início, são difíceis de diagnosticar, mas fáceis de curar; depois que se alastram, todavia, elas se tornam fáceis de diagnosticar, mas a cura é exorbitantemente onerosa.

Eduardo Giannett

RESUMO

BATISTA, Cláudia Miranda Martins de Menezes. *Somos o que comemos: consumo alimentar, índice de massa corporal, perfil glicêmico e lipídico de gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Manaus - AM*. 2024. 119 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

Gestação é uma fase fisiológica na vida da mulher. Contudo, demanda cuidados especiais de saúde, alimentação e nutrição pela possibilidade de desfechos desfavoráveis para o binômio mãe-filho. **Objetivo:** foi conhecer o consumo alimentar e o perfil lipídico e glicêmico das gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Manaus, verificando se há ocorrência de dislipidemia gestacional. **Método:** estudo foi descritivo, transversal, quantitativo, de dados primários coletados por meio de: questionário aplicado, Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Caderneta da Gestante. **Resultados:** perfil sociodemográfico demonstrou mulheres com menos de 25 anos (44,6%), raça parda (75,4%), ensino médio completo (53,8%), sem trabalho remunerado (50,8%), com renda familiar de um salário-mínimo (47,5%). Sobre os hábitos alimentares, as gestantes preparavam a comida (73,8%), preferindo alimentos cozidos (58,3%). O consumo acumulado de bebidas ultraprocessadas foi de 65,3%, e de alimentos ultraprocessados incluiu macarrão instantâneo (52,9%), biscoito recheado (68,6%), embutidos (60,3%), *fast-food* (61,9%). O consumo acumulado de alimentos saudáveis abrangeu frutas (98,8%), verduras (86,3%), hortaliças (74,1%), legumes (100%). IMC demonstrou diferentes valores pelo PEC e pela idade Gestacional, com sobrepeso se destacando em ambos. O lipidograma apontou valores alterados de CT (20,4%), HDL-s (50%), LDL-c (4,2%), TG (20,4%). Na associação do lipidograma com o IMC ocorreu: baixo peso (3,9%), eutrofia (31,3%), sobrepeso (29,4%), obesidade (32,2%). A dislipidemia foi confirmada. **Conclusão:** ocorre dependência financeira das gestantes, limitando escolhas alimentares, recaindo a opção por alimentos ultraprocessados. Não há constância na solicitação da glicemia e do lipidograma. Ocorrem baixo peso, sobrepeso e obesidade.

Palavras-chave: Gestantes. Alimentos ultraprocessados. Índice de Massa Corporal. Obesidade.

ABSTRACT

BATISTA, Cláudia Miranda Martins de Menezes. We are what we eat: food consumption, body mass index, glycemic and lipid profile of pregnant women attended by the Family Health Strategy in the city of Manaus - AM. 2024. 119 f. Master's Dissertation in Public Health – State University of Amazonas, Manaus, 2024.

Pregnancy is a physiological phase in a woman's life. However, it demands special health care, food and nutrition due to the possibility of unfavorable outcomes for the mother-child binomial. **Objective:** to understand the food consumption and lipid and glycemic profile of pregnant women treated at the Family Health Strategy (ESF) in the city of Manaus, checking whether there is an occurrence of gestational dyslipidemia. **Method:** study was descriptive, cross-sectional, quantitative, using primary data collected through: applied questionnaire, Electronic Citizen Record (PEC), Pregnant Woman's Handbook. **Results:** sociodemographic profile showed women under 25 years old (44.6%), mixed race (75.4%), complete secondary education (53.8%), without paid work (50.8%), with family income of a minimum wage (47.5%). Regarding eating habits, pregnant women prepared food (73.8%), preferring cooked foods (58.3%). The accumulated consumption of ultra-processed drinks was 65.3%, and ultra-processed foods included instant noodles (52.9%), stuffed biscuits (68.6%), sausages (60.3%), fast food (61.9%). The accumulated consumption of healthy foods included fruits (98.8%), vegetables (86.3%), vegetables (74.1%), legumes (100%). BMI demonstrated different values by PEC and gestational age, with overweight standing out in both. The lipid profile showed altered values of TC (20.4%), HDL-s (50%), LDL-c (4.2%), TG (20.4%). In the association between lipid profile and BMI, the following occurred: low weight (3.9%), normal weight (31.3%), overweight (29.4%), obesity (32.2%). Dyslipidemia was confirmed. **Conclusion:** pregnant women are financially dependent, limiting their food choices and opting for ultra-processed foods. There is no consistency in requesting blood glucose and lipid levels. Underweight, overweight and obesity occur.

Keywords: Pregnant women. Ultraprocessed foods. Body mass index. Obesity.

LISTA DE FIGURAS

1 – Caderneta da gestante.....	104
2 – Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (grupos de exames da gestante por trimestre - 1º trimestre).....	110
2.1 – Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (grupos de exames da gestante por trimestre - 2º trimestre).....	111
2.2 – Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (grupos de exames da gestante por trimestre - 3º trimestre).....	112
2.3 – Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (grupos de exames da gestante por trimestre – Risco cardiovascular).....	113
3 – Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN.....	114
4 - Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA).....	115
5 - Quadro de Avaliação do Estado Nutricional da Gestante Segundo Índice de Massa Corporal por Semana Gestacional.....	116
6 - Fluxograma de orientação alimentar para a gestante	117
7 - Determinantes Sociais da Saúde da Gestante, de acordo com o modelo proposto por <i>Dahlgren e Whitehead</i>	118
Figura 8 - Pirâmide Alimentar Gestacional.....	119

LISTA DE QUADROS

1 - Valores de glicemia pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (2022).....	29
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

1 - Percentis 95 para CT, LDL-c e TG e percentil 5 para HDL-c em mg/dl segundo <i>Piechota e Staszekski</i>	39
2 – Caracterização sociodemográfica das gestantes atendidas pela Estratégia de saúde da Família, Manaus – AM, 2024.....	45
3- Caracterização da forma de preparo da comida das gestantes atendidas pela Estratégia de saúde da Família, Manaus – AM, 2024.....	47
4 - Caracterização do consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados das gestantes atendidas pela Estratégia de saúde da Família, Manaus – AM, 2024.....	48
5 - Caracterização do consumo de alimentos <i>in natura</i> das gestantes atendidas pela Estratégia de saúde da Família, Manaus – AM, 2024.....	48
6 - Comparação do IMC, no início do pré-natal, pelo parâmetro do PEC <i>versus</i> a Idade Gestacional das gestantes atendidas pela Estratégia de saúde da Família, Manaus – AM, 2024.	49
7 - Caracterização dos antecedentes familiares das gestantes atendidas pela Estratégia de saúde da Família, Manaus – AM, 2024.....	50
8 - Caracterização dos valores de glicemia das gestantes atendidas pela Estratégia de saúde da Família, Manaus – AM, 2024.....	50
9 – Caracterização dos valores de gorduras alteradas das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.....	51
10 - Caracterização do comparativo entre o PEC e a IG nos resultados do IMC de gestantes com lipidograma, atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, Manaus – AM, 2024.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
BF	Bolsa Família
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BPN	Baixo peso ao nascer
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Humana
CT	Colesterol total
DAC	Doença arterial coronariana
DHEG	Doença hipertensiva específica da gravidez
DLP	Dislipidemia
DCV	Doenças cardiovasculares
DCEV	Doenças cerebrovasculares
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DMG	Diabetes mellitus gestacional
DISA	Distritos de Saúde
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GIG	Grande para a idade gestacional
GNP	Gravidez não programada/planejada
HDL-c	Colesterol de alta densidade ou <i>high density lipoprotein</i>
IA	Insegurança alimentar
LDL-c	Colesterol de baixa densidade ou <i>low density lipoprotein</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IMC	Índice de Massa Corporal
LPD	Lipidograma
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho

OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIC	Programa de Apoio à Iniciação Científica
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PNBR	Pré-natal de baixo risco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PSF	Programa Saúde da Família
QFCA	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SM	Síndrome metabólica
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG	Triglicerídeos ou triglicérides
TNR	Trabalho não remunerado
TSH	Hormônio estimulador da tireoide
T4 LIVRE	Hormônio tiroxina
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Via oral

LISTA DE SÍMBOLOS

Kcal	Quilocaloria
Kg	Quilograma
kg/m ²	Quilograma por metro quadrado
kg/semana	Quilograma por semana
Km ²	Quilômetro quadrado
>	Maior
≥	Maior ou igual
<	Menor
mg/dl	Miligrama por decilitro
n ^o	Número
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
2. OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Local de estudo.....	26
3.3 População de estudo	26
3.4 Critérios de elegibilidade.....	27
3.5 Instrumento de coleta dos dados.....	27
3.6 Coleta dos dados.....	28
3.7 Variáveis de análise.....	28
3.8 Análise dos dados	29
3.9 Considerações éticas da pesquisa	30
3.10 Publicação de resultados.....	30
3.11 Benefícios da pesquisa.....	31
4. MARCO TEÓRICO	32
4.1 Políticas públicas de alimentação e nutrição e sua interface na atenção pré-natal.....	32
4.1.1 O cuidado alimentar e nutricional durante a gestação	34
4.2 A importância da avaliação do Índice de Massa corporal durante o pré-natal.....	41
4.2.1 Rastreamento do risco cardiovascular entre as gestantes durante o pré-natal.....	43
5. RESULTADOS	45
5.1 Caracterização sociodemográfica e aspectos gestacionais	45
5.2 Consumo alimentar das gestantes: alimentos <i>in natura</i> e ultraprocessados.....	47
5.3 <u>O Índice de Massa Corporal das gestantes no início do pré-natal: comparação dos parâmetros do PEC versus Idade Gestacional</u>	49
5.4 Panorama do perfil glicêmico e lipídico das gestantes.....	50
6. DISCUSSÃO	53
7. CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIA.....	74
APÊNDICES	85
ANEXOS	104

APRESENTAÇÃO

Cláudia Miranda Martins de Menezes Batista é graduada em Medicina pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Possui especialização em Metodologia do Ensino Superior, em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, e em Pediatria Clínica.

Na experiência profissional de 26 anos, está incluído o atendimento ambulatorial, exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS), a crianças e adolescentes. Consequente ao exercício da docência, por quatorze anos, escreveu dois livros sobre Biossegurança e um sobre gorduras na infância.

No ambiente da unidade de saúde, passou a observar os pedidos de exames feitos por colegas médicas da pediatria os quais incluíam: hemograma, análise de urina e o parasitológico de fezes. De pronto surgiu o interesse em saber se somente aquelas três categorias analisadas contemplariam uma avaliação satisfatória do estado geral das crianças acompanhadas na Atenção Primária.

A partir da leitura de trabalhos científicos sobre medicina preventiva, saúde infantil, alimentação e nutrição, gorduras, mudança do perfil de adoecimento (de doenças infecciosas para aquelas crônicas não transmissíveis), a profissional passou a ampliar as opções de exames solicitados. Os resultados demonstravam a ocorrência de dislipidemia entre os pequenos pacientes.

Após a realização de uma pesquisa de campo com crianças na faixa etária de 06 a 11 anos de idade, entre os anos de 2016/2017, foram obtidos os seguintes resultados: a dislipidemia manifestou-se mais intensamente entre escolares com 08 e 10 anos de idade (54%) / as meninas foram as mais afetadas (56%) / o Índice de Massa Corporal (IMC) predominante foi o de baixo peso (64%) / o colesterol total (CT) foi a gordura que demonstrou o maior aumento (88%) em relação as outras frações. E dessa vivência foi escrito um livro sobre gorduras na infância.

A literatura médico-científica, informa ser a hipercolesterolemia resultado de mutações genéticas. À vista disso, manifestou-se o interesse em conhecer a condição de saúde das gestantes, suas características sociodemográficas, suas preferências alimentares; uma vez que não há como dissociar o binômio mãe-filho.

1. INTRODUÇÃO

A alimentação saudável traz benefícios a saúde humana por sua capacidade em evitar ocorrências como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Saes et al, 2022). No cenário da gestação, momento de maior vulnerabilidade nutricional na vida da mulher, o consumo alimentar pode representar um importante marco divisor entre saúde e doença. Para a gestante, o estado nutricional pré-gestacional, o ganho ponderal nos três trimestres, a nutrição inadequada, podem modificar a expressão dos genes ocasionando transtornos durante toda a vida de um indivíduo na fase adulta (Gomes et al, 2018).

Em contexto global, as mudanças nos hábitos alimentares puderam ser notadas, após a Segunda Guerra Mundial, por meio de estudos observacionais foram feitos com mães, em condição de obesidade ou de desnutrição, demonstrando que elas tiveram filhos obesos e com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As mulheres estudadas representavam as diferentes fases da gestação e pertenciam aos distintos períodos pré, peri e pós-guerra. Ficou constatada a ocorrência de um processo epigenético que promoveu uma desregulação no sistema nutroneurometabólico da homeostase energética. A partir de então, tornou-se muito clara a importância da fase gestacional enquanto alavanca das DCNT conforme citam Ribas-Filho e Nogueira-de-Almeida (2021).

As mulheres brasileiras enfrentam grandes desafios, e com especial destaque quando sua gestação ocorre em vigência de sobrepeso e obesidade. Essa ocasião deve ser amparada por cuidados diversos que incluam a medida do Índice de Massa Corporal (IMC), um marcador de interesse pela possibilidade de prevenir complicações e comorbidades tanto para o recém-nascido quanto para sua mãe (Do Nascimento et al, 2018).

Ainda relativo à assistência pré-natal, Júnior e Trevisan (2021), destacam a importância da detecção do nível de glicemia logo na primeira consulta com vistas a dirimir as inadequações materno-fetais. De igual forma, os autores ressaltam a magnitude de outras ferramentas de avaliação da saúde da gestante tais como o perfil lipídico. Para Dientsmann et al (2022), conhecer o panorama das gorduras na gestante se justifica pelo fato de esses macronutrientes responderem pelo desenvolvimento fetal.

As questões alimentares e nutricionais correlacionam-se simultaneamente a falta e ao excesso de comida; expressos por problemas como fome, desnutrição, sobrepeso, obesidade, tendo como pano de fundo um acréscimo na obtenção de produtos alimentícios

ultraprocessados, baratos, de elevado teor calórico, e sem valor nutricional agregado (Rodrigues, Rodrigues e Ferreira, 2021).

Há mais de cinco décadas o Brasil vivencia mudanças em diversos setores da vida, inclusive aqueles relacionados as questões alimentares. Menciona-se aqui a transição nutricional e as modificações envolvendo aspectos que vão desde a aquisição, escolha, comercialização, preparo e consumo de alimentos. E a correlação mais imediata dessa mudança de paradigma é a supremacia das DCNT em detrimento daquelas infectocontagiosas, conforme refletem De Melo Barros et al (2019).

Na gestação ocorrem intensas divisões celulares para a formação de um novo ser humano como está descrito por Oliveira, Cunha Germano e Kramer (2021). Também acontece a transferência de gorduras para o feto (Do Nascimento et al, 2018). As elevadas taxas de gorduras no sangue da gestante, a exemplo do colesterol, compõem o fisiologismo protetor garantindo o bem-estar da mãe e seu descendente (Olivo e Theodoro, 2019).

Entretanto, gestação em vigência de dislipidemia (DLP), expressa a possibilidade de condições de saúde inadequadas para a mãe (diabetes gestacional) e para o bebê (sofrimento fetal) correspondente às palavras de Feitosa et al (2017). Diante de uma alimentação hiperlipídica, a gestante pode impulsionar a síndrome metabólica (SM) caracterizada por resistência insulínica, aumento da pressão arterial, obesidade, dislipidemia em seus descendentes (Palanch e De Souza Campos, 2017).

A dislipidemia é conceituada, de acordo com Scartezini, et al (2017), como sendo uma alteração nos valores de gorduras no sangue. A sua importância está no fato de representar um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares (DCEV) nas palavras de Oliveira (2017). E, segundo Sanchez (2018), geralmente apresenta-se de forma assintomática.

No meio científico mundial, verifica-se o consenso quanto a exigência da diminuição da mortalidade materna e infantil, por repercutir a qualidade da assistência em saúde. Para o Ministério da Saúde (MS), a oferta desses serviços ocorre a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) conforme descrevem Gomes et al (2019). No Brasil, é direito de toda gestante ter acesso a um pré-natal de qualidade, garantidor de cuidados, preventivos e promocionais, adequados à saúde da mãe e sua prole. A atenção com a alimentação é determinante para a redução da morbimortalidade por DCNT que possuem um duplo efeito (mãe e concepto) independente do estrato socioeconômico (Frois et al, 2022).

Diante de tais fatos, Ribas-Filho e Nogueira-De-Almeida (2021) ponderam a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem o perfil das gestantes, atendidas no pré-

natal, seus hábitos alimentares bem como as informações relativas as suas condições socioeconômicas; personalizando propostas de cardápios capazes de corrigir e modificar as possíveis inadequações alimentares.

O binômio mãe-filho pode significar muito mais do que uma relação de afeto. Trata-se da possibilidade de desfechos desfavoráveis tanto à nível obstétrico quanto pediátrico. E em qualquer um desses níveis, o resultado será a sobrecarga do sistema público de saúde já extenuado pelas demandas existentes. Logo, o presente trabalho teve por objetivo conhecer o consumo alimentar, o índice de massa corporal, o perfil lipídico e glicêmico das gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Manaus - AM, verificando dessa forma se há ocorrência de dislipidemia gestacional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer o consumo alimentar, o índice de massa corporal (IMC), o perfil glicêmico e lipídico, de gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Manaus - AM, verificando dessa forma se há ocorrência de dislipidemia gestacional.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família *lócus* do estudo;
- Analisar o consumo alimentar das gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, *lócus* do estudo;
- Conhecer o perfil glicêmico e lipídico das gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, verificando se há a ocorrência de dislipidemia gestacional.
- Comparar o índice de massa corporal de gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família pelo parâmetro do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e pela Idade Gestacional (IG).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo teve um caráter descritivo, transversal, quantitativo, de dados primários coletados por meio de questionário aplicado.

3.2 Local de estudo

O município de Manaus (AM) conta com uma população de 2.063.547 pessoas, sendo mais da metade (1.064.847) representada por mulheres, em um território de 11.401,92 km² (IBGE, 2022). A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) possui em sua estrutura uma rede de atenção à saúde com 288 unidades básicas de saúde distribuídas em quatro zonas da cidade (norte, sul, leste e oeste) e 07 unidades na área rural.

A presente pesquisa aconteceu, no período de julho de 2023 a maio de 2024, em 4 unidades básicas de saúde, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Manaus. A escolha das unidades por intermédio de amostragem por conveniência. Um sorteio aleatório foi, então, realizado.

Os conglomerados foram as unidades básicas de saúde, sendo escolhida uma de cada Distrito de Saúde (DISA) da zona urbana do município. Estabeleceu-se como critério para participar do sorteio a unidade que possuía mais de três equipes da ESF. Os locais estudados, após o referido sorteio utilizando-se o Excel, foram: Enfa. Ivone Lima dos Santos (DISA Leste); São Francisco (DISA Sul); Dom Milton Correa (DISA Oeste) e Áugias Gadelha (DISA Norte).

3.3 População de estudo

Em conformidade com as informações da SEMSA, o ano de 2023 registrou o atendimento de 17.167 gestantes no pré-natal de baixo risco (PNBR) pela ESF. Diante do exposto fizeram parte do estudo as gestantes que realizaram o acompanhamento de pré-natal pela ESF nos DISA Norte, Sul, Leste e Oeste da cidade de Manaus.

Não foram incluídas na pesquisa as gestantes menores de idade, nem aquelas da área rural por representarem apenas 1,5% do total de gestantes atendidas no ano de 2023. Dessa forma, a população total a ser de estudada passou a ser de 16.909 gestantes. O tamanho amostral foi calculado utilizando-se o *software survey monkey*, considerando os pesos de cada extrato (distrito sanitário de saúde), e ponderando uma margem de confiança de 85%.

3.4 Critérios de elegibilidade

As gestantes em atendimento no pré-natal de baixo risco da ESF foram convidadas a participar da pesquisa. Considerou-se elegíveis aquelas entre 18 e 50 anos de idade, que realizaram pré-natal na ESF *lócus* do estudo, com até 35 semanas de gestação, levando consigo a Caderneta da Gestante. Foram consideradas excluídas da pesquisa aquelas gestantes que não satisfizeram qualquer um dos critérios apresentados. O não aceite em participar da pesquisa foi considerado como perda na pesquisa.

3.5 Instrumento de coleta dos dados

A coleta dos dados pessoais e gestacionais, as medidas antropométricas, os exames bioquímicos entre as gestantes, aconteceu a partir de informações registradas na Caderneta da Gestante (Anexo 1) ou no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (Anexos 2, 2.1, 2.2, 2.3) quando disponíveis.

Os valores do perfil lipídico, incluindo as dosagens de colesterol total (CT), colesterol HDL (HDL-c), colesterol LDL (LDL-c), triglicérido (TG), glicemia, foram obtidos a partir dos exames bioquímicos levados pela gestante, à unidade de saúde *lócus* do estudo, durante a consulta do pré-natal. Ou foram colhidos do PEC quando disponíveis. Ratificamos que não foram coletados exames bioquímicos com as gestantes da pesquisa, e que tais dados foram obtidos nos meios supracitados.

O cálculo do IMC das gestantes serviu de base para classificá-las em baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade. Em seguida, tais resultados foram comparados considerando-se os valores constantes no PEC e na IG.

Quanto as demais informações, foram adquiridas a partir de um questionário aplicado, com perguntas fechadas (Apêndice 1) abordando informações como: antecedentes pessoais (idade), antecedentes gestacionais (idade gestacional / início do pré-natal / se a gestação foi planejada / se a mulher é fumante), fatores sociodemográficos (raça ou cor / estado civil / escolaridade / religião / local de moradia / condições de moradia / tipo de trabalho / renda familiar / recebimento de benefício assistencial / contribuição financeira do (a) companheiro (a) / pessoa que mais contribui com as despesas), antecedentes familiares (grau de parentesco / patologia que apresenta ou apresentou) enquanto fatores de risco, capazes de ampliar as chances para complicações ao longo da gestação, hábitos alimentares (quem prepara a comida / preferência do tipo de preparo / consumo de alimentos industrializados (bebidas adoçadas, salgados industrializados, biscoitos recheados, embutidos), consumo frutas, verduras,

hortaliças, legumes), e se o médico (a) ou enfermeiro (a) já conversou com a gestante sobre gorduras na alimentação.

3.6 Coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu no período de julho de 2023 a maio de 2024. A execução dos trabalhos coube a uma equipe composta pela mestranda e quatro acadêmicas do curso de Enfermagem vinculadas ao Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

As gestantes foram abordadas na sala de espera de consultas das ESF. Nesse momento, elas receberam esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, e lhes foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias; ficando uma cópia assinada com a participante e outra com a pesquisadora. Em seguida, um questionário com questões fechadas (apêndice 1) foi aplicado.

Após o aceite e preenchimento do questionário, os dados referentes ao perfil lipídico e o valor da glicemia foram coletados dos exames bioquímicos levados a consulta, do Cartão da Gestante e /ou do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) quando disponíveis.

3.7 Variáveis de análise

As variáveis de interesse principal, para fins de análise, foram divididas em:

Variáveis obstétricas – idade gestacional, início do pré-natal anterior ou posterior a 12 semanas, se a gestação foi planejada, se a mulher é fumante.

Variáveis do perfil bioquímico – valores de glicemia, colesterol total e suas frações.

Variáveis do Índice de Massa Corporal (IMC) – peso, altura, aplicados à fórmula do IMC, analisados pelo parâmetro do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e pela Idade Gestacional (IG).

Variáveis sociodemográficas – idade, cor/raça, estado civil, escolaridade, religião, tipo de moradia, tipo de trabalho, renda familiar, recebimento ou não de benefício assistencial.

Variáveis de antecedentes familiares – parentes (pais, os irmãos, os tios e avós da gestante) com histórico de acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, dislipidemia, doenças renais, hipertensão, infarto, obesidade, doença arterial coronariana (DAC).

Variáveis de consumo alimentar – preferência alimentar das gestantes, forma de preparo da comida, consumo de alimentos saudáveis (frutas, verduras, hortaliças, legumes) e não saudáveis (industrializados e fast-food, bebidas adoçadas, salgados, biscoito recheado, embutidos); considerando o tipo do alimento e a frequência de seu consumo.

3.8 Análise dos dados

Os dados foram analisados em duas etapas: descritiva e analítica. Na fase descritiva as variáveis foram analisadas conforme suas características, distribuição, média. Tabelas e gráficos foram construídos para apresentar frequência e percentual das variáveis e suas categorias.

Na fase analítica, as variáveis foram transformadas em outras variáveis, a fim de permitir a adequada análise dos dados. O software estatístico *Jamovi*, com interface gráfica, foi utilizado para a realização de análises estatísticas.

Para os dados sociodemográficos, utilizou-se como referência o Questionário Básico do Censo Demográfico do IBGE do ano de 2022. Sobre os hábitos alimentares, as questões foram adaptadas a partir do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (2015) do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, cujo modelo se encontra no Anexo 3, e do Questionário de Frequência de Consumo Alimentar – QFCA como referem Ribeiro et al (2006), à disposição no Anexo 4.

O Índice de Massa corporal (IMC) foi calculado a partir do registro do peso e da altura cujo resultado foi comparado àquele disponível no Quadro de Avaliação do Estado Nutricional da Gestante Segundo Índice de Massa Corporal por Semana Gestacional no Anexo 5 (Brasil, 2011), classificando-as com baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade.

O diagnóstico de DLP abrangeu o conceito da Quinta Diretriz de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (2017), aprovada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC (2017), na qual $CT > 200 \text{ mg/dl}$, $LDL-c > 160 \text{ mg/dl}$, $TG > 150 \text{ mg/dl}$, e o $HDL-c < 50 \text{ mg/dl}$. A caracterização da DLP na gestante aconteceu quando pelo menos uma das frações esteve alterada.

Os valores de glicemia tiveram como referência aqueles dispostos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO, 2022) conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Valores de referência para glicemia de jejum

VALOR	CLASSIFICAÇÃO
Abaixo de 50 mg/dl	Hipoglicemia sintomática
Abaixo de 70 mg/dl	Hipoglicemia

Entre 70 e 99 mg/dl	Padrão
Entre 100 e 125 mg/dl	Intolerância à glicose
Acima de 126 mg/dl	Diabetes

Fonte: <https://abeso.org.br/qual-o-valor-normal-da-glicemia-saiba-o-que-e-e-como-medir-corretamente/>

3.9 Considerações éticas da pesquisa

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Humana (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), mediante a Plataforma Brasil, obedecendo aos preceitos éticos da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim como, também foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) tendo recebido aprovação pelo Termo de Autorização e Compromisso do Pesquisador número 20/2023 no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado do Amazonas. A partir desse momento, iniciou-se a pesquisa (apêndice 2).

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Um dos riscos relacionados a esta pesquisa é o desconforto em responder às perguntas de caráter pessoal. Outrossim, a pesquisa não oferecerá qualquer prejuízo à integridade física da gestante. Desse modo, os pesquisadores e/ou possíveis colaboradores envolvidos, na utilização dos dados obtidos na pesquisa, assumem o compromisso com a privacidade e a confiabilidade dos referidos dados que foram protegidos durante toda a pesquisa, preservando-se integralmente o seu anonimato.

Assim, com vistas mitigar esses riscos, procuramos resguardar as questões éticas de confidencialidade da identidade dos sujeitos da pesquisa, seus direitos de participação livre e esclarecida, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice 3), dentre as outras recomendações das normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

3.10 Publicação de resultados

Como produtos dessa dissertação esperam-se a elaboração de artigos científicos (apêndice 2) com enfoque: na notoriedade da assistência pré-natal, na importância da obtenção do perfil glicêmico e lipídico das gestantes, no conhecimento do consumo alimentar dessas mulheres, determinação do IMC gestacional, nas consequências da dislipidemia gestacional para a mãe e sua prole. E a apresentação dos resultados da pesquisa na Mostra de Pesquisa Científica da Secretaria Municipal de Saúde que ocorre anualmente no mês de dezembro.

3.11 Benefícios da pesquisa

Por fim, espera-se poder contribuir para a melhoria da assistência pré-natal no município de Manaus, visto que garantir uma melhora no atendimento, assegurando segurança no PEC, significa desenvolver um trabalho de prevenção para casos de dislipidemia entre as gestantes, e seus futuros bebês; assim como garante viabilidade das políticas públicas ao demonstrar-se com os resultados obtidos os aspectos vulneráveis e que demandam mudanças e ajustes relativos ao cuidado integral com as gestantes. Assim como também se espera poder sensibilizar a gestão municipal acerca da necessidade de promover a educação continuada entre os profissionais considerando-se as questões alimentares e nutricionais como basilares para a qualidade de vida e saúde do binômio materno-infantil.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Políticas públicas de alimentação e nutrição e sua interface na atenção pré-natal

Alimentação representa um ato, de caráter voluntário e consciente, com o objetivo de agradar o paladar por meio da aquisição de alimento. A nutrição, por sua vez, retrata uma sequência de processos (metabólico, fisiológico, químico) com vistas a obtenção de energia e manutenção do corpo humano (Martins, Basílio e Silva; 2014). No entender de Trecco (2016), comer denota uma atitude correlacionada a motivos variados, desde o social ao emocional. Enquanto o vocábulo apetite é interpretado como o anseio por consumir alimentos, ainda que na ausência de fome.

Para Klotz-Silva, Prado e Seixas (2017) a mudança nos hábitos alimentares das pessoas está no centro das questões alimentares e nutricionais. As autoras fazem referência ao “Guia alimentar para a população brasileira” (2006). Nesse documento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda aos gestores, em diferentes esferas de poder, a formulação e atualização periódica das diretrizes nacionais de alimentação e nutrição; pautadas pelas mudanças de comportamento alimentar, e pela situação de saúde da população, alinhado a evolução científica.

Na obra “Glossário temático: alimentação e nutrição” (2013), produzido e publicado pelo MS, encontra-se a expressão hábitos saudáveis como sendo a reunião de costumes e atitudes com o objetivo final de promover a manutenção da saúde e a qualidade de vida. Para tanto, devem fazer parte do cotidiano do indivíduo: i) alimentação satisfatória, ii) realização de atividade física regularmente, iii) convívio social, iv) execução, a qualquer momento da vida, de atividades prazerosas que diminuam o estresse (Klotz-Silva, Prado e Seixas, 2017).

As políticas públicas fomentadoras de segurança alimentar e nutricional (SAN), no entender de Torres (2022), traduzem-se em importantes dispositivos para a promoção de um crescimento inclusivo; diante do combate a fome em locais onde o desenvolvimento econômico é concentrador e socialmente excludente. Os autores citam Castro (1984) que argumenta ser a fome uma inépcia, por parte de organizações sociais, em cumprirem a mais básica das necessidades humanas: a alimentação. Ao negar-se esse direito, mergulha-se numa questão ética que carrega consigo a fome, a miséria e a exclusão do direito à cidadania.

A alimentação saudável configura-se entre as questões consideradas como direito humano. No entender do MS (Brasil, 2014), em sua essência envolve princípios como: (i) a garantia do acesso de forma permanente e regular, (ii) uma prática adequada aos diferentes contextos sociais e biológicos das diferentes pessoas, (iii) conformidade com suas

necessidades alimentares específicas, (iv) expressão de um caráter harmônico no que tange a quantidade e a qualidade, (v) valorização da grandeza da cultura alimentar e as questões de gênero, como bem pontuam Alves e De Oliveira Cunha (2020).

As informações supracitadas são corroboradas pela publicação “Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar” (Brasil, 2021) que, em seu fascículo 1, considera a alimentação um direito constitucional desde a criação do SUS em 1990; e elemento de cuidado integral para indivíduos e grupos. As atividades envolvendo alimentação e nutrição precisam estar previstas em políticas e em programas intersetoriais reunindo as esferas federal, estadual e municipal quanto as ações de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reitera a importância da alimentação e nutrição para o setor saúde, enquanto ferramentas de prevenção e promoção de saúde sob incumbência das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) com ênfase na alimentação saudável (Brasil, 2021). A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), por sua vez, objetiva a melhoria de condições alimentares, nutricionais, e de saúde com vistas a garantir a SAN e o direito humano à alimentação adequada da população brasileira (Brasil, 2021).

No que tange a saúde da mulher, o ano de 1984 foi marcado pelo MS elaborando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Princípios e diretrizes foram incorporados as propostas de descentralização, regionalização e hierarquização de serviços, pautados pela integralidade e equidade da atenção incluindo: (i) ações educativas e preventivas, (ii) diagnóstico, tratamento e recuperação à saúde da mulher, (iii) assistência em ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, (iv) oferta do planejamento familiar, (v) cuidados com o climatério, e outras demandas da mulher ao longo de sua vida (Da Silva Santos, 2010).

A partir da municipalização da saúde, a APS foi reorganizada por meio do Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente foi denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com vistas a dirimir dificuldades e entraves, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 para ampliar e definir as responsabilidades dos municípios em relação a APS (Da Silva Santos, 2010).

A ESF passou a ser reconhecida como porta de entrada, aos serviços de saúde em seus diferentes níveis (baixa, média e alta complexidade) inclusive para as gestantes. Com foco na qualidade da saúde materna, e redução nos óbitos fetais, o pré-natal de baixo risco incorporou ações de promoção e prevenção à saúde, curativas ou de controle de doenças (De Santana et al, 2019).

As responsabilidades, dos municípios, passaram a incluir ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. A partir

de 1998, o governo federal promoveu mudanças, passando a considerar como prioridade questões relativas à saúde da mulher (Da Silva Santos, 2010).

A expansão do acesso ao pré-natal efetivou-se com o estabelecimento do SUS, e de políticas públicas de saúde privilegiando a possibilidade de: (i) um planejamento reprodutivo, (ii) a atenção humanizada à gestante durante a fase dos nove meses, o parto e o puerpério. Nas palavras de Warmling et al (2018), tornou-se responsabilidade da ESF, atuar como a porta de entrada para o acolhimento e cuidados a serem dispensados à gestante e seu bebê.

No âmbito da saúde materno-infantil, o SUS ofertou a atenção pré-natal e puerperal por intermédio da Rede Cegonha promovendo ações de promoção e prevenção em saúde, bem como diagnóstico e tratamento às demandas da mulher (Tomasini et al. 2017).

A criação da Rede Cegonha, pelo MS em 2011, aconteceu como ferramenta de qualificação nas Redes de Atenção Materno-infantil envolvendo uma série de iniciativas dentre as quais é possível citar: (i) qualificação técnica de equipes de saúde, inclusive no âmbito de maternidades, (ii) estímulo ao parto normal, (iii) humanização do parto e nascimento, (iv) organização de uma Rede de Assistência à Saúde (RAS) de acordo com o Caderno de Atenção Básica do Pré-natal de 2012 (Brasil, 2012).

Quanto as escolhas alimentares e nutricionais, durante o período gestacional, essas abraçam novos e diferentes aspectos como saberes e crenças. Há o pressuposto de que hábitos alimentares mudam quando se compara a mesma mulher numa etapa não gestacional (Moreira et al, 2018). Todavia, no entender de Gomes et al (2019), os hábitos alimentares da gestante impactam sobre sua saúde e a do filho que está sendo gerado. O prognóstico pode ser favorável ou desfavorável para a saúde dos atores envolvidos no processo.

O cenário da gestação destaca a atenção nutricional como peça importante do protocolo de assistência pré-natal consequente ao intenso crescimento e desenvolvimento do feto e as necessidades da mãe. Esse período vem marcado por modificações no perfil lipídico materno com vistas a garantir suporte adequado de nutrientes para ambos. Tal fase é merecedora de especial atenção, no que diz respeito a alimentação, pela possibilidade de limitação de determinantes de morbimortalidade materna e fetal (Frois et al, 2022).

4.1.1 O cuidado alimentar e nutricional durante a gestação

As primeiras referências aos cuidados com a gestação, de acordo com Cruz, Caminha e Filho (2014) são citadas no Antigo Testamento, e não obstante, por séculos essa fase da vida da mulher foi considerada normal não demandando atenção diferenciada. Em termos de assistência médica, os cuidados profissionais ocorriam apenas em casos atípicos, cabendo ao

especialista realizar aconselhamento dietético à futura mãe. O conceito ainda não era valorizado enquanto ser.

De forma bastante reduzida, pode-se dizer que a evolução da assistência ao pré-natal atravessou três principais fases:

i) primeira fase: com aconselhamentos relativos à alimentação, que inclusive eram mencionados nos escritos do médico hindu Susruta (séc. VI a. C.), para que as mulheres evitassem a cólera e se mantivessem felizes... Uma versão moderna da atenção psicossomática;

ii) segunda fase: esse período data do ano de 1901 nos Estados Unidos da América. Nesta época foram incorporadas as visitas domiciliares e as internações hospitalares no rol de cuidados as gestantes. Mantinha-se a orientação de evitar o estresse, já era falado no diagnóstico e tratamento precoce de doenças, assim como havia a preocupação com a mortalidade perinatal;

iii) terceira fase: que ainda se mantém, iniciou na segunda metade do século XX (1950-1960). O bebê passou a também ser valorizado enquanto pessoa. A propedêutica obstétrica avançou em termos de cuidados com um aparato tecnológico que permitiu a compreensão do ambiente intraútero. A ultrassonografia surgiu por volta da década de 1970. E o entendimento passou a ser o de que mesmo diante de uma gestante saudável, as ações preventivas, os cuidados regulares, os exames de rotina significavam proteção e prevenção de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal e neonatal (Cruz, Caminha e Filho, 2014).

Na realidade brasileira, o primeiro professor de partos da Escola Médico-Cirúrgica foi Joaquim da Rocha Mazarém que chegou ao Rio de Janeiro, trazido pela comitiva de D. João VI, com o objetivo de reduzir a alta taxa de mortalidade materna conforme citam Cruz, Caminha e Filho (2014).

A gestação é definida por Marques, Souza e Veríssimo (2019) como sendo uma etapa essencial à sobrevivência humana na qual ocorre a formação de um novo ser. Essa é uma fase de nove meses na qual a mulher enfrentará mudanças no seu corpo, e a nível emocional, preparando-se para a chegada de seu conceito. A OMS concebe a gestação como um intervalo temporal no qual 280 dias evoluirão com alterações fisiológicas maternas (respiratória, cardiovascular, hematológica, urinária, endócrina, gastrointestinal, dermatológica, hepatobiliar); tendo como ponto de partida o primeiro dia da última menstruação no entender de Aparício (2022).

Na gestação acontecem mudanças anatômicas, fisiológicas e psicológicas que demandam cuidados especiais quanto à saúde e à nutrição. No âmbito nutricional, o

metabolismo de todos os nutrientes se altera, requisitando ajustes fisiológicos continuados, ocorrendo também um acréscimo das necessidades nutricionais. O fato gerador de tais situações está na regulação do metabolismo materno com o intuito de promover o crescimento fetal e adequar a mãe para o trabalho de parto e a lactação conforme sustentam Ramos et al (2018).

O período gestacional transcorre embasado em transformações intensas (alterações hormonais, metabólicas e nutricionais). O perfil lipídico é remodelado com vistas a suprir a demanda nutricional do feto e seu desenvolvimento, o que acontece em dois momentos: uma primeira fase com acúmulo de gorduras (depósito de triglicérides (TG) no tecido adiposo materno); e uma segunda fase, com o catabolismo intenso e acelerado, aumentando os ácidos graxos e o glicerol circulante provocando hipertrigliceridemia (Dos Santos e Couto, 2018).

Autores, como Ramos et al (2018), exaltam sua preocupação com a análise de alguns nutrientes, da alimentação da gestante, quanto a possibilidade do consumo impróprio quer seja pelo fato de não serem amplamente distribuídos, quer seja por apresentarem uma recomendação muito mais expressiva em comparação aos demais como por exemplo o ferro, o zinco, o selênio, o iodo, o cálcio, a vitamina A, o magnésio, a vitamina C, a vitamina D, os ácidos graxos polinsaturados.

No Brasil, os cuidados com a saúde da mulher, e da criança, são eixos prioritários no cenário das políticas públicas com vistas a diminuição da morbimortalidade materno-infantil. Tal processo se inicia na APS por intermédio do programa do Pré-natal de Baixo Risco. Ordenada pela PNAB, a equipe de saúde atua: i) acolhendo a gestante, ii) nas ações de prevenção e promoção em saúde gestacional, iii) na terapêutica de agravos, iv) cuidados na fase do puerpério, v) no zelo aos cuidados infantis de acordo com Marques et al (2020).

O pensamento acima é corroborado por Palanch e De Souza (2017) ao afirmarem que repousa a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, nas ações de promoção da saúde da mulher com especial destaque para as questões nutricionais. Na APS, durante o pré-natal, esse foco deve ser efetivado por intermédio da antropometria (altura, peso), idade gestacional, IMC, e da avaliação do consumo alimentar; incluindo os fatores: socioeconômicos, ambientais, biológicos, culturais, fisiológicos e psicológicos.

Para Warmling et al (2018), os objetivos do pré-natal incluem três grandes metas: i) prevenção, identificação e/ou correção de fatores materno e fetais desfavoráveis, inclusive aqueles socioeconômicos e de ordem emocional, ii) orientação da gestante sobre questões como a fase gestacional, trabalho de parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido e sobre sua própria saúde, iii) incentivo ao suporte psicológico por parte de seu companheiro e

família. Dessa forma, nas palavras de Leal et al (2020), a atenção pré-natal é formada por um arcabouço de ações preventivas e promotoras de saúde, centradas em ações diagnósticas e terapêuticas com projeção num desfecho adequado ao binômio mãe-filho.

A assistência pré-natal deve acontecer por meio de ações humanizadas, com um olhar voltado a totalidade da mulher enquanto pessoa, de forma acolhedora, e propícia à criação de vínculo entre quem cuida e quem é cuidada. O grande objetivo está na minimização de riscos e complicações, permitindo uma gestação, um parto, um puerpério de qualidade a gestante e seu recém-nascido em território brasileiro (Carneiro et al, 2022).

Cardoso et al (2019) entendem o pré-natal como uma ocasião especial para que os profissionais possam intervir na realidade da gestante, com o auxílio de ações promotoras e preventivas em saúde, na tentativa de fazê-las aderir a mudanças positivas com vistas a um futuro mais saudável para ela e seu bebê. Nesse cenário acontece o pré-natal trazendo como meta a redução de taxas de mortalidade materna e neonatal.

Há a recomendação, durante as consultas de pré-natal, para que ocorra o cálculo da idade gestacional, do peso, da altura e do IMC. Tais parâmetros servirão de base para a avaliação do estado nutricional. E a partir dele, a identificação de riscos nutricionais e as possíveis alternativas de enfrentamento aos desfechos desfavoráveis como assinalam Cardoso et al (2019).

Quando da leitura da Caderneta da Gestante, documento oficial elaborado pelo Ministério da Saúde, em sua 6ª edição do ano de 2022, nota-se a alusão aos dez passos para uma alimentação adequada e saudável, incluindo: (i) o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, (ii) o uso de óleos e gorduras em pequenas quantidades, (iii) o limite para o consumo de alimentos processados, (iv) evitar os alimentos ultraprocessados, entre outros (Brasil, 2022).

A nutrição adequada torna-se determinante para a saúde da gestante e seu bebê; envolvendo o consumo de: macronutrientes (carboidratos, lipídios, proteínas) e micronutrientes (vitaminas (A, C e D), minerais) no entender de Feitosa et al (2017).

A prenhez, nas palavras de Silva e Faria (2017), deve ser contemplada com opções nutricionais que incluam o consumo: (i) cereais integrais, (ii) raízes e tubérculos (5 porções no 1º trimestre e 6,5 porções nos 2º e 3º trimestres), (iii) legumes e verduras (5 porções diárias no 1º, 2º e 3º trimestre), (iv) frutas (4,5 porções), (v) leite (diariamente durante toda a gestação), (vi) proteínas (1,5 porção), (vii) leguminosas (1 porção todos os dias durante os 3 trimestres de gestação), (viii) óleos e gorduras (2 porções diárias no 1º trimestre e 2,5 porções diárias no 2º e 3º trimestres), (ix) açúcares e doces (evitar o consumo).

Os hábitos e as escolhas alimentares, durante a gestação, devem incluir alimentos *in natura* e minimamente processados enquanto fatores protetores e de prevenção a doenças. Os alimentos processados, ultraprocessados e os industrializados devem ser evitados pelo potencial desencadeador de DCNT consequentes às modificações em sua composição nutricional (Fernandes et al, 2019).

O pensamento acima é compartilhado por Queiroz et al (2021) ao destacarem a importância do consumo de variados alimentos *in natura* e minimamente processados, ferro, cálcio, ácido fólico, vitamina A e D, água. Os autores elaboraram um fluxograma de orientação alimentar para a gestante conforme demonstrado na figura 6.

Modificações na alimentação e nutrição maternas impactam diretamente na evolução da gestação, interferindo na sua duração e no crescimento do feto. Gorduras como os ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa (ômega 3, ômega 6) ganham notoriedade na saúde materna e no desenvolvimento de cérebro e retina na criança, além de frustrar a ocorrência de quadros alérgicos na infância e DCNT no futuro (Dos Santos et al, 2019).

Os hábitos alimentares da gestante reverberaram tanto sobre sua saúde quanto do filho que está sendo gerado. Dessa forma, o adequado controle alimentar e nutricional pode ser pensado como fator benéfico no que tange à prevenção da morbimortalidade de gestantes, e seu conceito, com a melhoria de resultados, em termos de saúde materno-infantil (Gomes et al, 2019).

Não obstante, para a realidade brasileira há escassas informações acerca do estado nutrológico pré-gestacional. Um estudo transversal com abordagem quantitativa, foi realizado em 2018, com 67 gestantes acompanhadas pela ESF no município de Lavras (MG). Nesse trabalho foram feitas associações entre fatores sociodemográficos e nutricionais ao perfil lipídico das gestantes objeto de pesquisa. Como resultado foi constatado aumento do TG entre as não beneficiárias do Bolsa Família (BF), com e sem excesso de peso (Frois et al, 2022).

Compreendendo-se a importância e o impacto da alimentação na fase gestacional, torna-se determinante promover uma avaliação nutricional da gestante com vistas a permitir um diagnóstico precoce de possíveis inadequações, tais como a dislipidemia e a obesidade (Pires e Gonçalves, 2021).

A dislipidemia é considerada um distúrbio que se apresenta pela alteração nos níveis de gordura no sangue. Sua manifestação, de acordo com Oliveira (2017), ocorre pelo: aumento do colesterol total (CT), aumento do colesterol de baixa densidade ou *low density lipoprotein* (LDL-c), aumento dos triglicerídeos (TG) e diminuição do colesterol de alta densidade ou *high density lipoprotein* (HDL-c).

Na vigência de gestação, Feitosa et al (2017) fazem referência a valores de normalidade citados por *Piechota e Staszekski* (1992) para o 1º, 2º e 3º trimestres, incluindo aqueles apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Percentis 95 para CT, LDL-c e TG e percentil 5 para HDL-c em mg/dl segundo Piechota e Staszekski

PERÍODO	CT (mg/dl)	LDL-c (mg/dl)	HDL-c (mg/dl)	TG (mg/dl)
Fora da gestação	251	167	34	171
1º trimestre	277	186	35	175
2º trimestre	319	217	42	254
3º trimestre	380	250	40	414

Fonte: Arq Bras Cardiol. 2017

Para uma segunda definição de dislipidemia gestacional, os mesmos autores (acima citados) consideram ainda como parâmetro de DLP os valores descritos na V Diretriz Brasileira de Dislipidemia que preconiza: CT > 200 mg/dl; LDL-c > 160 mg/d; TG > 150 mg/dl; HDL-c <50.

Todavia, é relevante enfatizar que estudo realizado por Feitosa et al (2017) avaliou 433 gestantes no que se refere ao perfil lipídico de gestantes. Utilizando-se de dois referenciais, os autores concluíram que o Critério da V Diretriz Brasileira de Dislipidemia apontou 83,8% de alterações nos resultados. Em contrapartida, o critério dos percentis segundo *Piechota e Staszekski* demonstrou apenas 19,6%.

Por seu turno, o experimento de Frois et al (2022) também comparou as taxas de gorduras entre gestantes utilizando-se dos mesmos critérios de Feitosa et al (2017). O resultado apontou uma adequação de valores pelo método de *Piechota e Staszekski*, enquanto a V Diretriz Brasileira de Dislipidemia demonstrou valores inapropriados.

Autores como Pereira et al (2020) manifestam preocupação pelo fato de a gestação representar um potencial risco para DLP e obesidade. Ainda assim, o perfil lipídico não é solicitado na rotina do pré-natal de baixo risco, fato limitador na prevenção e o tratamento precoce da citada condição e suas complicações.

Obesidade é uma doença crônica, multicausal, capaz de potencializar diversas patologias e reduzir a expectativa de vida em alguns anos, inclusive entre gestantes. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou a prevalência de obesidade em mulheres, entre os anos de 2002-2003 até 2019, com uma progressão de 14,5% para 30,2%; e na faixa etária reprodutiva a ocorrência foi de 13,5% (Brasil, 2022).

A rotina obstétrica do pré-natal de baixo risco acontece no âmbito da APS cuja responsabilidade recai na promoção e prevenção em saúde. Quando a gestante é classificada como sendo de alto risco realizam-se os exames laboratoriais protocolares do pré-natal de baixo risco, e são acrescentadas outras avaliações como: hemoglobina glicada, o hormônio estimulador da tireoide (TSH), o hormônio tiroxina (T4 livre), creatinina, colesterol total e frações, triglicérides, eletrocardiograma, o teste oral de tolerância à glicose no segundo trimestre para aquelas pacientes cuja glicemia de jejum estiver maior que 85 mg/dl ou na presença de alguma fator de risco (Brasil, 2022).

Considerando a DLP, enquanto indicador de saúde, há que se ter em conta sua alta prevalência na população brasileira como tem sido revelado, por estudos observacionais de base populacional, que demonstrando prevalências superiores a 60% e 75%, nas pessoas em condição de obesidade (Valença et al, 2021). Embora já existam, na literatura, evidências sobre a associação entre colesterol e doenças cardiovasculares, ainda há uma certa escassez de inquéritos populacionais sobre prevalência populacional de colesterol no Brasil (Malta et al, 2019).

4.2 A importância da avaliação do Índice de Massa corporal durante o pré-natal

Dados do IBGE alertam para a realidade na qual mais da metade das mulheres no Brasil, entre 22 e 44 anos de idade, apresentam-se com $IMC > 25\text{Kg/m}^2$ (sobrepeso a obesidade), estatística essa que piora diante de populações com baixa escolaridade e vulnerabilidade socioeconômica (Ribas-Filho e Nogueira-De-Almeida, 2021).

Uma preocupação que permeia todo o período gestacional é a questão do peso para mulher. De fato, ganhar alguns quilos, nessa etapa da vida, é fisiológico, mas tal fato deve ocorrer de forma equilibrada e saudável considerando-se algumas variáveis como bem pontuam Silva e Faria (2017): (i) peso anterior à gestação, (ii) hábitos alimentares, (iii) estilo de vida, (iv) trimestre da gestacional em curso.

Os mesmos autores, acima citados, informam que durante o primeiro trimestre da gravidez (até a 13ª semana) o embrião é muito pequeno e, por consequência, o ganho de peso não é considerado tão relevante. Há a possibilidade inclusive de uma perda em torno de 3 Kg em virtude de eventos como náuseas e vômitos. A partir do segundo trimestre (a contar da 13ª semana), o ganho de ponderal mostra-se linear até que o final da gestação seja alcançado.

Na primeira consulta a gestante deve ser informada acerca da previsão de peso a ser obtido. Desse modo: (i) se estiver com baixo peso: 2,3 kg no primeiro trimestre e 0,5 kg/semana nos segundo e terceiro trimestre, (ii) com IMC adequado: 1,6 kg no primeiro trimestre e 0,4 kg/semana nos segundo e terceiro trimestres, (iii) em sobrepeso: até 0,9 kg no primeiro trimestre. A gestante obesa não necessita auferir peso no primeiro trimestre. A partir do segundo e terceiro trimestres a gestante com sobrepeso deve ganhar até 0,3 kg/semana enquanto aquela em obesidade deve adquirir até 0,2 kg/semana (Silva e Faria, 2017).

Entretanto, é importante reiterar a informação de que o aumento no peso está sob dependência do estado nutricional anterior a gestação, isto é, se a mulher estava em condições de baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade, no entendimento de Silva e Faria (2017). Com vistas a estabelecer o ganho de peso na gestante, pode ser utilizado o cálculo do IMC por meio da fórmula: $\text{Peso (em Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (em metros)}$, e em seguida, é feita a classificação de acordo com o Quadro de Avaliação do Estado Nutricional da Gestante Segundo Índice de Massa Corporal por Semana Gestacional (figura 5).

Ainda no entender de Silva e Faria (2017), considerando o IMC e o ganho de peso na gestação, a mulher com baixo peso, aquela com sobrepeso e a que está em condição de obesidade deverão ter diferentes ganhos de peso, inclusive por trimestre. O aporte energético não deve ser inferior a 1.800 Kcal e a distribuição de macronutrientes deverá variar entre: 10-35% de proteína, 20-35% de lipídios e 46-65% de carboidratos.

No que se refere ao parto, diante da gestante em condições de obesidade, algumas particularidades devem ser consideradas. Não havendo comorbidades, e um IMC de até 39,9 Kg/m², é possível realizar o parto em uma maternidade de baixo risco. Entretanto, as mesas cirúrgicas, e de parto, têm a capacidade de suportar até 120,00 kg; demandando atendimento em maternidades de alto risco. A gestação não deverá extrapolar 40 semanas pela maior possibilidade de contratempos como distocias, óbito fetal, paralisia cerebral (Brasil, 2022).

Em mulheres com IMC ≥ 40 kg/m², entre 35 e 37 semanas de gestação, deverá ser estabelecida uma logística prévia considerando: i) dificuldades durante o trabalho de parto, ii) anestesia com equipamentos específicos, iii) intercorrências durante o parto, iv) necessidade de uma equipe profissional ampliada, v) possíveis manobras para desprendimento dos ombros, vi) risco de infecção, vii) possibilidade de hemorragia no pós-parto (Brasil, 2022).

A observância do período puerperal é também merecedora de especial atenção pelo fato de a obesidade gestacional acarretar distúrbios como: deiscências de suturas, sangramentos mais frequentes, seromas. A antibioticoterapia deve ocorrer em caráter profilático nas primeiras 24 horas. No cenário de uma cesárea, meias elásticas são indicadas, o caminhar precoce, a prevenção da trombose utilizando-se enoxaparina de acordo com o IMC e os fatores de risco. Na gestante obesa com IMC ≥ 40 kg/m², desde que não se façam presentes fatores de risco, há a indicação de heparina nos primeiros dez dias do puerpério (Brasil, 2022).

Fatores de risco são circunstâncias que, associadas, elevam a probabilidade de ocorrências de morbidade ou mortalidade. Na figura 7 encontram-se os Determinantes Sociais da Saúde da Gestante, de acordo com o modelo proposto por *Dahlgren e Whitehead (Warmling et al, 2018)*. O modelo proposto enfatiza o fato de que a maioria dos determinantes já se faz presente na vida da mulher antes mesmo da gestação, ou seja, quando ela chega na idade fértil. A prenhez confere a essas características um ar de gravidade pela possibilidade de evolução desfavorável para a mãe e seu filho. A estratificação e a vigilância dos fatores do risco gestacional são necessárias tanto quanto é a identificação dos fatores protetores (*Warmling et al, 2018*).

A literatura internacional proporciona evidências destacando que a estratificação do risco se vincula a melhoria na assistência em saúde, gerando impactos positivos nos resultados, além de mostrar-se mais eficaz na utilização de recursos da saúde. A estratificação de risco gestacional dedica-se à vigilância contínua sobre questões relativas à gestação: contexto familiar e comunitário, doenças (agudas e crônicas), história reprodutiva, visando intervenções precoces e preventivas. O grande objetivo é a aquisição de conhecimento acerca

da realidade de vida da gestante, detectando aquela de alto-risco; para fornece-lhe cuidados adequados e individualizados (*Warmling et al, 2018*).

4.2.1 Rastreamento do risco cardiovascular entre as gestantes durante o pré-natal

A nível mundial uma das principais alavancas para o cenário dos óbitos são as doenças cardiovasculares (DCV). De acordo com a OMS, das 50 milhões de mortes ocorridas no mundo, 31% delas resultaram das doenças cardiovasculares, ou seja, 17 milhões de indivíduos perderam a vida por essa condição nas últimas décadas. Tal fato configura-se em um problema global de saúde pública. Outro ponto pertinente está no fato de que os gastos públicos com internações hospitalares e medicações estiveram no patamar de 30 a 37 bilhões de reais nos últimos anos (De Paula et al, 2020).

O SUS contempla a dosagem de glicemia de forma rotineira durante o seguimento do pré-natal. Porém o lipidograma, mesmo sendo uma dosagem de baixo custo mostra-se um ato privativo, e restrito, àquelas gestantes de risco cardiovascular. Tal protocolo estabelece uma lacuna na APS no que tange as ações de promoção e prevenção em saúde. (Frois et al, 2022).

O estudo de *Framingham*, conforme relatos de De Souza Ferreira et al (2020) iniciou em 1984, atravessou gerações de pesquisadores e participantes nos Estados Unidos da América, e foi conduzido pelo “*National Heart Institute*” (atualmente denominado “*National Heart, Lung, and Blood Institute – NHLBI*”). Sua relevância está na detecção de fatores de risco como idade, sexo, hipertensão, obesidade, tabagismo. Essas informações serviram de ponto de partida para a elaboração de um escore de risco (escore de *Framingham*).

O escore de *Framingham*, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2017), estabelece uma conexão entre os fatores de risco e o sexo do indivíduo. Dessa forma, é estabelecido um algoritmo capaz de prever o risco relativo da ocorrência de um evento cardiovascular (doença cerebrovascular, doença arterial coronariana) em 10 anos. A partir desse ponto, torna-se factível o manejo preventivo do paciente, especialmente na AP.

Contudo na rotina do pré-natal de baixo risco, mesmo com as gestantes em sobrepeso ou obesidade, não é possível viabilizar o escore de *Framingham*, tendo em vista que os exames laboratoriais de CT e frações não pertencem a rotina obstétrica. Com isso, Teixeira (2019) questiona a factibilidade do rastreio para a prevenção dos riscos, diante da ausência de ferramentas adequadas nos cuidados pré-natais.

No cenário que inclui as gestantes e as gorduras, de igual forma é necessário considerar os fatores que interferem nas opções alimentares; uma vez que esses macronutrientes podem promover benefícios ou malefícios à saúde humana, em conformidade

com suas características nutricionais e proporções ingeridas. Nesse sentido, a partir do domínio de informações relativas aos alimentos fonte de gorduras, é possível desenhar políticas públicas de promoção de saúde e de prevenção das DCNT, evitando ou minimizando os efeitos deletérios sobre o binômio mãe-filho (Dos Santos et al, 2019). Todavia, a avaliação do perfil lipídico ainda não é parte da rotina de exames obstétrico do SUS de acordo com Frois et al (2022).

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica e aspectos gestacionais

Foram entrevistadas 240 gestantes (Tabela 2) com idades entre 18 e 50 anos de idade com o predomínio daquelas menores de 25 anos de idade (44,6%). Dentre as gestantes interpeladas, verificou-se que a autodenominação para raça parda se destacou (75,4%). Relativo ao estado civil, o percentual maior ficou entre as mulheres casadas/união estável (69,2%). A maior escolaridade encontrada foi a de ensino médio completo (53,8%). Relativo à religião, 58,8% apresentaram-se como sendo seguidoras da religião evangélica.

Observou-se que as gestantes residem em casas (73,3%) alugadas (49,2%). Um pouco mais da metade das gestantes (50,8%) possui trabalho não remunerado, sendo a renda familiar predominante de um salário-mínimo (47,5%). Há uma complementariedade nos proventos uma vez que 39,6% recebem o Auxílio Brasil/Bolsa Família. Para a maioria das mulheres (77,9%) ocorre a contribuição do (a) companheiro (a). Todavia, o papel de principal provedor do lar compete a outra pessoa (62,9%); sendo a própria gestante (14,6%) a pessoa que menos contribui.

No que tange os aspectos gestacionais constatou-se que, entre as inquiridas, mais da metade não planejou a gestação, ou seja, 66,7% (IC= 62,3% – 71,1%). Contudo, a maioria iniciou o pré-natal com menos de doze semanas em 77,1% (IC= 73,2% - 81,0%) dos casos. E as entrevistadas não eram fumantes 96,6%).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

Variáveis	n	%	IC 85%	
Faixa etária				
menor de 25	107	44,6	40,0	49,2
26 a 34	89	37,1	32,6	41,6
35 e mais	44	18,3	14,7	21,9
Raça				
Branca	32	13,3	10,1	16,5
Preta	17	7,1	4,7	9,5
Parda	181	75,4	71,4	79,4
Indígena	3	1,3	0,0	2,4
Amarela	7	2,9	1,3	4,5
Estado civil				
Casada / União estável	166	69,2	64,9	73,5
Solteira	67	27,9	23,7	32,1

Separada / Divorciada	5	2,1	0,8	3,4
Viúva	2	0,8	0,0	1,6
Escolaridade				
Fundamental incompleto	15	6,3	4,0	8,5
Fundamental completo	17	7,1	4,7	9,5
Médio incompleto	28	11,7	8,7	14,7
Médio completo	129	53,8	49,1	58,4
Superior incompleto	25	10,4	7,6	13,3
Superior completo	26	10,8	7,9	13,7
Religião				
Candomblé	1	0,4	0,0	1,0
Católica	60	25,0	21,0	29,0
Espírita	1	0,4	0,0	1,0
Evangélica	141	58,8	54,2	63,3
Umbanda	3	1,3	0,0	2,3
Sem religião	34	14,2	10,9	17,4
Tipo de moradia				
casa	176	73,3	69,2	77,4
casa de vila	11	4,6	2,7	6,5
casa em condomínio	1	0,4	0,0	1,0
apartamento	52	21,7	17,9	25,5
Condição do imóvel				
próprio	109	45,4	40,8	50,0
alugado	118	49,2	44,6	53,8
cedido / emprestado	11	4,6	44,0	6,5
doadada	2	0,8	0,0	1,6
Tipo de trabalho				
autônoma	48	20,0	16,3	23,7
empregadora	1	0,4	0,0	1,0
empregada	69	28,8	24,5	33,0
não remunerada	122	50,8	46,2	55,5
Renda familiar				
salário-mínimo	114	47,5	42,9	52,1
menos de 1 salário-mínimo	42	17,5	12,7	21,0
mais de 1 salário-mínimo	84	35,0	30,6	39,4
Benefício assistencial				
Auxílio Brasil / Bolsa Família	95	39,6	35,1	44,1
não recebe	145	60,4	55,9	64,9
Contribuição do (a) companheiro (a)				
sim	187	77,9	74,0	81,8
não	51	21,3	17,5	25,1
não sabe / não informado	2	0,8	0,0	1,6
Pessoa que mais contribui				
eu	35	14,6	11,3	17,9

outra pessoa	151	62,9	58,4	67,4
vários dividem despesas	54	22,5	18,6	26,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

5.2 Consumo alimentar das gestantes: alimentos *in natura* e ultraprocessados

Quando perguntado com relação a quem realizava o preparo da comida a Tabela 3, exibiu que 73,8% das gestantes eram as responsáveis; com preferência pelos alimentos cozidos (58,3%).

Tabela 3 – Caracterização da forma de preparo da comida das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

Variáveis	n	%	IC 85%	
Quem faz a comida				
A própria gestante	177	73,8	69,7	77,8
Companheiro / Companheira	25	10,4	7,6	13,3
Empregada	4	1,7	0,5	2,9
Compra comida	4	1,7	0,5	2,9
Outra pessoa	30	12,5	9,4	15,6
Tipo de preparo da comida				
Assado	44	18,3	14,7	21,9
Cozido	140	58,3	53,8	62,9
Grelhados	26	10,8	7,9	13,7
Frito	30	12,5	9,4	15,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

No que tange aos hábitos alimentares não saudáveis (alimentos e bebidas ultraprocessados) usou-se a Tabela 4 na qual é possível perceber, que o maior consumo de bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixa, suco em pó) foi semanal (50,0%). Entre os alimentos industrializados (macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote) o consumo semanal também se destacou (25,4%).

No grupo dos biscoitos recheados, doces e guloseimas, o maior consumo foi o semanal (40,0%). Entre os embutidos (linguiça, salsicha, calabresa) a maioria (39,5%) informou seu não consumo. Por fim, os *fast-foods* despontam com um consumo mensal de 36,6%.

Tabela 4 – Caracterização do consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

Alimento/Frequência		n	%	IC 85%	
Bebida adoçada	Diário	14	5,8	3,7	8,0
	Semanal	120	50,0	45,4	54,6
	Mensal	23	9,6	6,8	12,3
	Nunca	83	34,6	30,2	39,0
Macarrão instantâneo	Diário	10	4,2	2,3	6,0
	Semanal	61	25,4	21,4	29,5
	Mensal	56	23,3	19,4	27,3
	Nunca	113	47,1	42,4	51,7
Biscoito recheado, doces, guloseimas	Diário	23	9,6	6,8	12,3
	Semanal	96	40,0	35,4	44,6
	Mensal	46	19,2	15,5	22,8
	Nunca	75	31,3	26,9	35,6
Embutidos (calabresa, linguiça, salsicha)	Diário	12	5,0	3,0	7,0
	Semanal	81	33,8	29,4	38,1
	Mensal	52	21,7	17,8	25,5
	Nunca	95	39,6	35,0	44,1
Fast-foods	Diário	2	0,8	0,0	1,7
	Semanal	59	24,6	20,6	28,6
	Mensal	88	36,7	32,2	41,1
	Nunca	91	37,9	33,4	42,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Quanto aos hábitos alimentares saudáveis (alimentos *in natura*), a Tabela 5 indica o consumo diário de frutas (49,6%). As verduras são utilizadas diariamente e semanalmente (42,1%). Já as hortaliças possuem uma consumação semanal (40,0%). E entre os legumes, sua ingestão foi detectada como diária (66,3%).

Tabela 5 – Caracterização do consumo de alimentos *in natura* das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

Alimento/Frequência		n	%	IC 85%	
Frutas	Diário	119	49,6	44,9	55,9
	Semanal	115	47,9	43,3	54,2
	Mensal	3	1,3	0,2	2,6
	Nunca	3	1,3	0,2	2,6
Verduras	Diário	101	42,1	37,5	48,3
	Semanal	101	42,1	37,5	48,3

	Mensal	5	2,1	0,8	3,9
	Nunca	33	13,8	10,5	18,1
Hortaliças	Diário	77	32,1	27,7	37,9
	Semanal	96	40,0	35,4	46,1
	Mensal	5	2,1	0,8	3,9
	Nunca	62	25,8	21,8	31,3
Legumes	Diário	159	66,3	61,9	72,2
	Semanal	79	32,9	28,5	38,8
	Mensal	2	0,8	0,0	2,0
	Nunca	0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

5.3 O Índice de Massa Corporal das gestantes no início do pré-natal: comparação dos parâmetros do PEC versus Idade gestacional

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) gera o valor, e a classificação do IMC, a partir dos dados antropométricos da gestante. Na Tabela 6 é feita uma comparação do IMC, pelos parâmetros do PEC e da Idade Gestacional, no início do pré-natal. Entre as pesquisadas, o PEC demonstrou a ocorrência de baixo peso (0,8%), eutrofia (38,6%), sobrepeso (39,0%), obesidade (21,6%). Enquanto o IMC pela Idade Gestacional revelou o aumento do baixo peso (8,1%), a diminuição da eutrofia (34,7%), a diminuição do sobrepeso (36,9%), e uma discreta diminuição da obesidade (20,3%). Por conseguinte, foi possível notar: aumento do baixo peso, da eutrofia e do sobrepeso; e uma discreta diminuição da obesidade (1,3%).

Tabela 6 – Comparação do IMC, no início do pré-natal, pelos parâmetros do PEC versus Idade gestacional das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

Avaliação pelo PEC				Avaliação pela IG			
n	%	IC 85%		n	%	IC 85%	
2	0,8	0,0	1,6	19	8,1	5,4	10,4
91	38,6	33,4	42,4	82	34,7	29,7	38,5
92	39,0	34,8	43,8	87	36,9	31,7	40,7
51	21,6	17,4	25,0	48	20,3	16,3	23,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

A Tabela 7 exibe o histórico de doenças presentes entre os parentes consanguíneos em primeiro grau das gestantes pesquisadas. Dessa maneira, foi possível constatar que os principais percentuais foram: 66,3% (hipertensão), 45,0% (diabetes), 36,3% (dislipidemia).

Tabela 7 – Caracterização dos antecedentes familiares das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

Variáveis	Sim			Não			Não soube informar		
	n	%	IC 85%	n	%	IC 85%	n	%	IC 95%
Acidente vascular cerebral	70	29,2	24,9 33,4	164	68,3	64,0 72,7	6	2,5	1,0 4,0
Diabetes	108	45,0	40,4 49,6	129	53,8	49,1 58,4	3	1,3	0,2 2,3
Dislipidemia	87	36,3	31,8 40,7	138	57,5	52,9 62,1	15	6,3	4,0 8,5
Doenças renais	33	13,8	10,5 17,0	192	80,0	76,3 83,7	15	6,3	4,0 8,5
Hipertensão	159	66,3	61,9 70,6	77	32,1	27,7 36,4	4	1,7	0,5 2,9
Infarto	46	19,2	15,5 22,8	178	74,2	70,1 78,2	16	6,7	4,3 9,0
Obesidade	54	22,5	18,6 26,4	182	75,8	71,9 79,8	4	1,7	0,5 2,9
Doença arterial coronariana	25	10,4	7,6 13,3	193	80,4	76,7 84,1	22	9,2	6,5 11,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

5.4 Panorama do perfil glicêmico e lipídico das gestantes

Em referência aos valores de glicemia, é pertinente trazer à memória o fato de que esse marcador consta como um exame de rotina do pré-natal de baixo risco. Porém, das 240 entrevistadas, apenas 100 (41,66%) possuíam o perfil glicêmico, enquanto 140 (58,33%) não dispunham dos resultados de seus exames. Entre aquelas com a dosagem da glicemia comprovou-se a ocorrência de: 84 (84,0%) no padrão de normalidade, 14 (14,0%) em hipoglicemia, 02 (2,0%) com intolerância à glicose, e nenhuma (0%) com diabetes (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização dos valores de glicemia das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

Valores de glicemia			
Variáveis	n	%	IC 85%
Padrão	84	84,0	80,6 87,4
Hipoglicemia	14	14,0	10,8 17,2

Intolerância à glicose	2	2,0	0,0	3,3
Diabetes	0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Com relação aos exames bioquímicos das 240 entrevistadas, contemplando os valores do lipidograma (LPD), foi verificado que 51 (21,2%) possuíam os resultados de CT, HDL-c, LDL-c e/ou TG. A Tabela 9 descreve gestantes com valores dentro do padrão para: CT (79,6%), HDL-c (50,0%), LDL-c (95,8%), e TG (79,6%). E relata também aquelas com valores alterados: CT (20,4%), HDL-s (50%), LDL-c (4,2%), TG (20,4%).

Tabela 9 – Caracterização dos valores de gorduras alteradas das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

Exames do Lipidograma	n	%	IC 85%	
Colesterol Total				
normal	39	79,6	75,8	83,3
alterado	10	20,4	16,7	24,2
HDL				
normal	24	50,0	45,4	54,6
alterado	24	50,0	45,4	54,6
LDL				
normal	46	95,8	94,0	97,7
alterado	2	4,2	2,3	6,0
Triglicerídeos				
normal	39	79,6	75,8	83,3
alterado	10	20,4	16,7	24,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Diante daquelas gestantes com valores de lipidograma, constatou-se ainda que algumas mulheres manifestaram, simultaneamente, duas ou mais alterações nesses marcadores sendo: uma com 04 alterações (CT, HDL-c, LDL-c e TG), quatro com 03 alterações (CT, HDL-c e TG), e sete com 02 alterações (CT e HDL-c; CT e TG; HDL-c e TG; LDL-c e TG).

Dislipidemia, em concordância com a Quinta Diretriz de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (2017), aprovada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, ocorre quando pelo menos uma das frações lipídicas está alterada. Dessa forma, o presente trabalho

registrou a ocorrência da referida condição, uma vez que todas as gestantes com lipidograma tinham, pelo menos, uma alteração no perfil lipídico.

Ao analisar o IMC das gestantes com resultado de lipidograma (LPD), constatou-se LPD e baixo peso (3,9%), LPD e eutrofia (31,3%), LPD e sobrepeso (29,4%), LPD e obesidade (32,2%), conforme descreve a Tabela 10. Ao considerarmos, de forma conjunta, o LPD e sobrepeso com o LPD e obesidade, o percentual fica em 61,7%.

Tabela 10 – Distribuição do IMC das gestantes, com resultado de lipidograma, atendidas pela Estratégia de saúde da Família, Manaus-AM, 2024.

IMC	Avaliação pelo PEC		Início do pré-natal					
					Avaliação pela IG			
	n	%	IC 85%		n	%	IC 85%	
baixo peso	0	0,0	0,0	0,0	2	4,0	2,2	3,5
eutrofia	14	28,0	23,8	32,2	14	28,0	23,8	27,8
sobrepeso	23	46,0	41,4	50,6	21	42,0	37,4	41,9
obesidade	13	26,0	21,9	30,1	13	26,0	21,9	25,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

6. DISCUSSÃO

A presente pesquisa revelou que a maioria, das entrevistadas, estava na faixa etária entre 18 e 34 anos de idade e se autodeclararam como sendo de raça/etnia parda. No que tange a saúde como sendo um direito humano universal essa prerrogativa mergulha num contexto de iniquidades diante de diversos determinantes como a raça/etnia. Um panorama que se expressa por meio de estatísticas nas quais a morbimortalidade brasileira, por doenças relacionadas às condições de vida de uma determinada população ou pela violência, possui variação de raça/etnia entre pessoas pardas, pretas e brancas no entender de Lages et al (2017).

Pesquisas em saúde (Silva, 2020) documentam as desigualdades de raça/etnia, especialmente entre mulheres (pardas, pretas e indígenas) socialmente menos favorecidas, e com maiores índices de adoecimento e mortes por causas evitáveis numa junção dos fatores socioeconômicos com os raciais/étnicos.

As palavras de Duarte et al (2020) consolidam os dados acima ao destacar que mulheres pardas e pretas, são as mais suscetíveis ao óbito materno em decorrência de as desigualdades raciais/étnicas caminhar em paralelo às diferenças sociais; traduzidas pelo reduzido o acesso aos serviços de saúde.

Não obstante, Leal et al (2017) mencionam também o fato de as mulheres pretas e pardas: i) realizarem número menor de consultas e exames, ii) estabelecerem menos vínculos com maternidades para o momento do parto, iii) obterem menos orientações, iv) peregrinarem muito mais entre diversas maternidades em busca de um “porto seguro” para o momento de parir, v) terem menos garantia da presença do companheiro em sala de parto. Faz-se também necessário dar visibilidade ao fato de as mulheres pardas e pretas sentirem mais o peso da solidão durante o parto com histórias de maus tratos e violência obstétrica.

Ademais, consumo de alimentos considerados saudáveis está concatenado à renda, sendo mais frequente na raça branca. Por seu turno, a citada variável é considerada fator de risco para obesidade diante de pessoas pardas e pretas, colocando-as em situação de vulnerabilidade diante da insegurança alimentar que de igual forma afeta as gestantes (Chigginio et al, 2022). No município de Alfenas (MG) um estudo, identificando a prevalência da segurança alimentar associada às beneficiárias do Programa Bolsa Família, entre 19 e 40 anos de idade, constatou que 70% gestantes estavam em insegurança alimentar (inclusive grave), estando 63,5% com excesso de peso, e 73% eram pardas e pretas (De Oliveira et al, 2022).

Das gestantes avaliadas na presente pesquisa, mais da metade se autodeclarou casada ou em união estável (66,1%), diferindo de dados de Frois et al (2022), relativos ao município de Lavras (MG), na qual esse percentual foi de 37,4%. Por sua vez, Nagai (2017), descreve em seu rastreio feito com gestantes de alto-risco do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo a detecção do valor de 76,9% de mulheres casadas ou em união estável.

O sucesso do pré-natal como ferramenta capaz de reduzir a morbimortalidade materno-infantil está, entre outros fatores, na dependência do apoio/acolhimento familiar ofertado à gestante. O suporte dado pelo companheiro é um fato destacado por Avanzi et al (2019), ao afirmarem que na ausência desse, a gestante tem uma preocupação centrada nela mesma muito mais do que sobre seu bebê, não priorizando questões alimentares.

A fala de Biroli (2018) faz referência à família enquanto instituição social, simbólica e material. Em seu debate, abre espaço para a preocupação com as injustiças no cotidiano de vida doméstica; afetando sobretudo as mulheres por sua vulnerabilidade socioeconômica. A autora descreve o ambiente das relações familiares envolto em cuidados e afetos, mas também pela exploração do trabalho e pela violência dentro do lar; diante de uma construção emblemática na qual o feminino está subordinado ao masculino.

Um pouco mais da metade (50,4%) das inquiridas, na presente pesquisa, conseguiu alcançar o nível médio completo no quesito escolaridade. Esse resultado diverge do estudo de Moreira et al (2018) e de Ternus et al (2019) nos quais o nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental completo. Para Melo et al (2019), cuja análise aconteceu numa área urbana de pobreza em Recife (PE), as DCNT também se fizeram presentes entre aquelas com o ensino fundamental completo.

No entender de Tomasi et al (2017), a menor escolaridade funciona inclusive como barreira para a realização de mais de 6 consultas de pré-natal. Enquanto Soares e Lima (20218), ao estudarem a atenção nutricional às gestantes de baixo risco, verificaram que metade das investigadas possuía ensino fundamental completo, enquanto a outra metade estava acima desse nível de escolaridade.

No decorrer do pré-natal, conforme esclarecem Nascimento et al (2019), diversos são os cuidados a serem ofertados à gestante. Sem embargo, aqueles relativos as questões alimentares devem ocupar lugar de destaque a partir do conhecimento da realidade vivida e dos anseios dessa mulher. Um pré-natal quantitativamente adequado, demanda o cumprimento mínimo de seis consultas, como garantia de uma assistência benéfica no sentido de intervenções educativas. De Souza, Bassler e Taveira (2019) falam aqui das estratégias

com foco na alimentação e nutrição saudáveis evitando ou minimizando complicações como as DCNT.

A religião evangélica ocupou a preferência das entrevistadas na presente pesquisa. Religiosidade/espiritualidade, apesar de suas subjetividades, são campos nos quais os brasileiros elaboram um simbolismo que lhes dá sentido à vida, em busca da motivação e da superação das dificuldades existenciais de acordo com Silva et al (2016). Ambas (religiosidade/espiritualidade) se mostram especialmente positivas quando intercedem a favor de um estilo de vida saudável, incluindo a alimentação de qualidade e em quantidade apropriadas (Lima et al, 2019)

Crenças e práticas religiosas possuem estreita associação com a boa evolução da saúde física e mental. Todavia, nem todas as religiões produzem efeitos positivos. Quando crenças e práticas religiosas, incluindo as evangélicas, são usadas no sentido de substituir tratamentos médicos ou justificar comportamentos inadequados, manifesta-se um efeito negativo (Fonseca et al, 2019).

O Brasil vem registrando um crescente número de evangélicos nas últimas décadas. A presença evangélica na sociedade se dá pela ética do domínio: cabe ao cristão envolver-se em batalhas espirituais objetivando ganhá-las para Jesus sobrepujando as entidades demoníacas. O discurso utilizado prioriza mudança na forma de pensar das pessoas, valorizando questões sociais, políticas e a fé (Alencar, 2020).

Consoante as palavras de Cozz (2023), entre os membros das igrejas evangélicas é bastante usual encontrar mulheres semianalfabetas ou analfabetas, em funções com baixas remunerações, sem notoriedade social na comunidade, mas desempenhando lugar relevante nos encontros religiosos como líderes, pastoras, missionárias. Enquanto os homens, trabalhadores braçais, analfabetos, sem igual destaque social, assumem o papel de diácono, presbítero, evangelista, pastor da comunidade.

Um estudo, transversal de base populacional com adultos que residiam em Manaus (AM), foi realizado com vistas a analisar a prevalência e os fatores associados à autoavaliação de saúde. O resultado comprovou que a qualidade de saúde foi considerada ruim para as mulheres evangélicas, desempregadas, com baixa escolaridade, em condição de insegurança alimentar e obesas (Nakamura, Silva e Galvão, 2024).

A Constituição Federal de 1988 contempla em sua redação, no Art. 6º, que entre os direitos sociais está aquele relativo à moradia, entre outros. A presente pesquisa, demonstrou que as gestantes, em sua maioria, residem em casas alugadas. Em oposição a presente pesquisa, Zanoni (2022) ao analisar a Insegurança Alimentar, no estado de Santa Catarina,

comprovou que a maioria das mulheres morava em casa própria. E Oliveira et al (2024), examinando a alimentação e o estado nutricional na gestação, também se depararam com quase metade das pesquisadas habitam casas próprias no município de Cajazeiras (PB).

Os níveis de saúde refletem o ordenamento socioeconômico de um país expressos por determinantes como alimentação, moradia, renda, entre outros. Assim, surge o estudo de Da Silva Lima e Da Costa (2022) que averiguou os determinantes relativos à saúde de mulheres atendidas no pré-natal de alto risco em Bragança (PA). Inobstante as diversas histórias de desigualdades, como raça e gênero, há ainda o conceito do trabalho doméstico naturalizado para a gestante, num contexto de moradias incertas.

O trabalho de Chaves, Dos Santos Sousa e Pereira (2019) analisou as contribuições monetárias do Programa Bolsa Família (PBF), que representa um transferência federal direta e indireta de renda, no município de Itapetinga (BA). Ao término da observação, as autoras compreenderam que a renda auferida pelas mulheres, através do PBF, destinava-se principalmente ao poder de compra local como mercadinhos e educação dos filhos. Em decorrência de tal cenário, o valor vigente na época de R\$ 705,40 representava muito mais que um instrumento de combate à fome. Todavia há que ser mencionada a moradia pois tal valor deveria contemplar, de igual forma, a prestação do programa Minha Casa Minha Vida ou arcar com o pagamento de aluguel.

As gestantes, no presente trabalho, não possuíam trabalho remunerado e tinham como renda familiar um salário-mínimo. O entendimento de Welters (2019) para trabalho não remunerado (TNR) é aquele relativo as tarefas do lar e aos cuidados com as pessoas desse agrupamento; de tal sorte que torna aqueles (as) que o realizam invisíveis diante da sociedade e, principalmente, da economia. Cabe as mulheres sem renda própria, com baixa escolaridade, em domicílios pouco estruturados, essa maior carga de trabalho.

Ao estudar a prevalência da intenção de amamentar, por tempo insuficiente ou prolongado, Fernandes e Höfelmann (2020) constataram que a maioria das mulheres não tinha trabalho remunerado. Mulheres jovens, totalizando 60%, encontram-se fora da escola e do mercado de trabalho de acordo com Welters (2019). Inobstante sua posição na família, são elas que realizam os encargos domésticos, cuidam de crianças e idosos. Ao considerar mulheres ocupadas e não ocupadas, o percentual é maior nesse último grupo para aquelas especialmente no Norte e no Nordeste brasileiro.

A hegemonia das visões patriarcais reforça a condição de desigualdade no que tange aos papéis de gênero no convívio familiar, ainda cabendo às mulheres a incumbência da

reprodução das atividades sociais no cuidado com o lar, com os filhos, com o companheiro (Welters, 2019).

As mulheres recebem menor remuneração, possuem reduzido acesso a oferta de serviços previdenciários, representam maioria nas famílias monoparentais, enfrentam a precarização do trabalho. Além de se fazerem mais presentes no mercado informal de trabalho, enfrentando altos índices de pobreza, decorrentes de políticas neoliberais de austeridade, diminuição de políticas sociais (Barroso e Gama, 2020). Nessa conjuntura, o poder de escolha torna-se reduzido nos diferentes aspectos de vida, incluindo aqueles relativos alimentação saudável.

A renda familiar predominante das indagadas, na presente pesquisa, foi de um salário-mínimo. Esse mesmo perfil foi encontrado por Dos Santos Nunes et al (2022) ao estudarem as gestantes durante uma visita guiada à maternidade do Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda no município de Maracanaú (CE). Por seu turno, Costa et al (2022), ao investigarem os fatores sociodemográficos, no município de Lavra (MG), constataram a insegurança alimentar em gestantes acompanhadas e vivendo com 1-2 salários-mínimos.

Mais da metade das gestantes, da presente pesquisa, não recebe nenhum benefício assistencial. Essa mesma realidade é compartilhada pelas mulheres de Maceió (AL) o que fica evidente no trabalho relativo à insegurança alimentar de Oliveira, Tavares e Bezerra (2017). Por seu turno, Barroso e Gama (2020) identificaram, ao explorar as desigualdades de gênero, que as mulheres têm menor alcance aos benefícios sociais, e representam a maioria no mercado informal. Em Porto Alegre (RS), Silvani et al (2018) verificaram o consumo alimentar de usuárias do SUS, na capital gaúcha, constando também o não recebimento de benefício assistencial pela maioria das mulheres.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) representa um benefício não vitalício, intransferível, de caráter individual, caracterizado pela transferência mensal (e temporária) de renda equivalente a um salário-mínimo. O público-alvo inclui idosos com 65 anos ou mais e pessoas com deficiência que as incapacite para uma vida e um trabalho independentes. Todavia, para as famílias que vivem a realidade descrita, a quase totalidade de suas rendas já se vê comprometida por demandas outras como medicações específicas aos problemas de saúde (Dos Santos, Carneiro e Campos, 2019).

Conforme esclarecem Marins et al (2021), o Brasil, instituiu a Lei nº10.835, de 08 de janeiro de 2004, que trata da Renda Básica de Cidadania constituindo-se num direito a todas as pessoas brasileiras, ou estrangeiras residentes há cinco anos ou mais no país, independente da condição socioeconômica. Para a Organização Internacional do Trabalho

(OIT), em seu relatório de 2019, cerca de 61% da força de trabalho encontrava-se distribuída em empregos informais ou de baixa remuneração, sem qualquer proteção social.

A busca feita, na presente pesquisa, revelou que as gestantes recebiam ajuda financeira de seus companheiros; e as outras pessoas eram as que contribuem com o orçamento doméstico. Essa realidade vai de encontro à narrativa de Mota-Santos, Azevedo e Lima-Souza (2021) ao comunicarem também a tripla jornada de trabalho das mulheres nas cidades de Belo Horizonte (MG), Betim (MG) e Bonfim (MG).

Os autores supracitados, informam que os companheiros dessas gestantes contribuía mais com a questão financeira, e ainda assim, eram as mulheres as que arcavam com o peso maior do trabalho doméstico; refletindo o comportamento de uma sociedade patriarcal. Ademias, mesmo estando desempregados, e as mulheres na labuta, eram os companheiros que administravam o dinheiro na casa.

O trabalho de Lima (2017) foi realizado na Maternidade Escola, em Fortaleza (CE), caracterizando o perfil de acompanhamento nas consultas de pré-natal e os desfechos gestacionais. Ao final, o autor detectou a existência do apoio financeiro dos companheiros das gestantes (68,9%). Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) reiteram que o homem ainda é o principal provedor financeiro na vida da gestante. E, os relatos de Marques et al (2017) trazem a dependência financeira das gestantes vinculada àquela de cunho emocional, muitas vezes inserida em um ambiente de violência doméstica, dificultando o acesso da mulher aos serviços de saúde.

Autores como Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) consideram “apoio social” como sendo uma circunstância na qual se reúnem recursos diversos (materiais e emocionais) direcionados a uma pessoa por intermédio das relações interpessoais na tentativa de promover ações de saúde por parte de quem os recebe. Entre as gestantes, a rede social é composta pela família, pelo companheiro, pela mãe, pela sogra. O apoio financeiro a gestante é crucial por todo o ciclo gravídico e em suas diferentes demandas. O suporte monetário muitas vezes requer adaptações, por parte de todos os membros da família, relacionados à moradia, trabalho, alimentação, de acordo com Wilhelm et al (2017).

Mais da metade das gestações, na presente pesquisa, não foi planejada, fato que acompanha a realidade brasileira e representa um importante problema de saúde pública pela exposição ao risco, de adoecer e morrer, tanto para a mãe quanto para seu concepto (Bonatti et al, 2018).

A temática da gestação não programada/planejada (GNP) é de igual forma abordada por De Souza et al (2022). As autoras entendem tal fato como sendo toda e qualquer gestação

que não tenha sido previamente projetada pela mulher ou pelo casal; ou seja um acontecimento inesperado. Trata-se de uma ocorrência correlacionada com baixa escolaridade e menor renda, entre outros fatores. Traz consigo a possibilidade de complicações durante nove meses, intercorrências no parto, maiores custos financeiros ao sistema público de saúde.

Alguns autores como Andrade, Baccelli e Benincasa (2017) optaram por explorar o vínculo afetivo entre mãe e filho diante de uma GNP. Após a realização de entrevistas semiestruturadas, constataram que houve uma troca de afeto entre os dois atores envolvidos. Puderam de igual forma atestar que para algumas mulheres existe a necessidade de apoio com vistas a minimizar a sensação de angústia vivida por uma situação inesperada. Muitas vezes, além do sentimento de culpa, outros surgem de forma ambígua envolvendo amor/ódio, aceitação/rejeição e culpa.

No que lhes concerne, Marques (2018) estudou mulheres que foram submetidas a aborto diante de GNP. Para algumas mulheres, a evidência da gestação serviu como mecanismo propulsor para uma série de conflitos, capazes de fomentar a concretização do aborto. Outras lamentaram a falta de apoio do companheiro; enquanto determinada quantidade afirmou que prontamente seus parceiros “providenciaram o remédio” com o objetivo de “resolver o problema”. Para algumas entrevistadas, ponderações foram decisivas na deliberação pelo aborto: o número de filhos, questões financeiras, rejeição familiar, ser mãe muito jovem, intervalo entre as gestações, pressão do companheiro. Houve relatos sobre o medo de morrer, gerando grande sofrimento por essas mulheres precisarem enfrentar a clandestinidade do processo, muitas vezes acompanhado de abandono e solidão

No quesito qualidade da assistência pré-natal, estão alguns índices como o momento de início do pré-natal, entre outros. Na presente pesquisa, o começo do pré-natal foi considerado adequado, para a maior parte das participantes, por ter acontecido com menos de 12 semanas gestacionais de acordo com o Ministério da Saúde, nas palavras de Dos Santos et al (2023). Contudo, Tomiasi et al (2017) informam que mais da metade das mulheres, na região Norte e Nordeste, não iniciam o pré-natal em tempo hábil.

Apesar disso, a análise feita relativa a sete indicadores do Previne Brasil, utilizando-se do PEC no âmbito da APS em uma UBS na zona Norte de Manaus (AM), deixou evidente a efetividade da atenção multidisciplinar alcançando índices satisfatórios. De Souza Santos et al (2023), informam que o município manauara recebeu premiação, pela sexta vez consecutiva, como sendo o melhor em saúde básica no país. Apesar dos obstáculos, os autores reiteram a relevância das ações realizadas no sentido do fortalecimento, e controle social, na AP.

De maneira contraditória ao trabalho realizado na APS da zona norte de Manaus, e apesar de as mulheres iniciarem o pré-natal em tempo hábil, menos da metade (41,6%) das gestantes na presente pesquisa possuía o valor da glicemia; marcador constante como obrigatório nos três trimestres gestacionais no protocolo do PEC. Tal fato deixa uma importante reflexão no que concerne a seus resultados: de fato não há gestantes diabéticas em Manaus? Ou elas estariam subnotificadas? Ou elas sequer teriam conhecimento da própria condição decorrente do não diagnóstico? Estaria o pré-natal de baixo risco (PNBR), em Manaus (AM) priorizando dados quantitativos?

A assistência pré-natal abraça o período gestacional, e aquele relativo ao pós-parto, em diferentes aspectos relativos a: promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento de intercorrências. Para Sehnem et al (2020), a acessibilidade aos cuidados ainda no primeiro trimestre gestacional representa um importante indicador da qualidade dos cuidados gestacionais oferecidos pela APS.

O esmero em ofertar-se tais cuidados, resulta em diagnósticos e intervenções precoces diante de momentos de vulnerabilidade de mãe e filho, permitindo quedas nos índices de morbimortalidade materna e fetal. Em contrapartida, quando lacunas se formam no decorrer desse processo (início do pré-natal após 12 semanas, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, realização parcial de exames de laboratório e/ou de imagem, ausência ou insuficiência de informações) a qualidade e a efetividade do pré-natal passam a permitir a geração de desfechos desfavoráveis (Sehnem et al, 2020).

No momento da coleta, mais da metade das gestantes entrevistadas encontravam-se no terceiro trimestre gestacional. Gomes et al (2023), destacam essa fase como sendo de grande valia para as orientações feitas pelos profissionais no que concerne a questões relativas ao pré-natal tais como: i) imunização, ii) relevância do acompanhamento regular, iii) prática da amamentação, iv) parto (opções e riscos), v) comportamentos indevidos (automedicação, uso de álcool e drogas).

Um percentual mínimo confirmou a prática do tabagismo. O dado obtido mostra-se positivo uma vez que a condição de fumante favorece a elevação nas taxas de LDL-c, com redução nas de HDL-c, propiciando um dano no endotélio e a estruturação da placa de ateroma; servindo de gatilho para o processo de aterosclerose. (Gomes et al, 2023).

O consumo alimentar das gestantes

A gestação, apesar de um evento fisiológico, é suscetível de complicações ao longo dos nove meses. Entre as variáveis de risco está a condição socioeconômica da gestante enquanto fator de risco para uma alimentação inadequada (Loyola et al, 2019).

Apurou-se na presente pesquisa, que a própria gestante preparava a comida, tendo preferência pelos alimentos cozidos. Essa categoria alimentar pode ser elaborada, de acordo com Edmundo et al (2018) em: água, água em pressão, vapor. A melhor opção recai sobre aqueles cozidos no vapor por preservarem melhor as características dos alimentos. Os diferentes métodos de cocção incluem a elaboração de comidas assadas, grelhadas, cozidas, fritas, entre outros. Para cada tipo de preparo, há diferentes formas de se empregar o calor; podendo-se optar pelo calor seco, o calor úmido, o misto (Coletti, 2016).

As respostas fornecidas, na presente pesquisa, considerando-se o percentual acumulado (diário, semanal, mensal), demonstraram um consumo maior que 50% nas opções para alimentos industrializados (macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoito salgado, biscoito doce recheado, bala, pirulito, chiclete), embutidos (calabresa, linguiça, salsicha), *fast-foods* e bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó). Tal fato repercute de forma inquietante diante das palavras de Fernandes et al (2019), ao anunciarem a fase gestacional como uma sequência de adaptações fisiológicas que acontecem no corpo da mãe, com um acréscimo das necessidades nutricionais, objetivando incrementar o desenvolvimento fetal saudável.

A caracterização do hábito alimentar entre gestantes foi realizada por Ruiz et al (2021) e, em seguida, comparada à de mulheres em idade fértil. Essas últimas, obtidas a partir do inquérito telefônico do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). A conclusão alcançada é a de que gestantes, e não gestantes, possuíam um elevado consumo de comidas ultraprocessadas.

Analisando a utilização de alimentos ultraprocessados, e sua conexão com a imagem corporal, Rodrigues et al (2023) avaliaram gestantes cadastradas na ESF do município de Montes Claros (MG). O resultado revelou um elevado consumo de alimentos ultraprocessados. Para Graciliano, Silveira e Oliveira (2021), o hábito de consumir alimentos ultraprocessados correlaciona-se à obesidade, na gestante, com um ganho ponderal inadequado, e pelo aumento da gordura corporal da criança, incrementando o risco para partos cesáreos, ocorrência de macrossomia fetal, nascimento de bebês gigantes para a idade gestacional (GIG).

Em contrapartida, o estudo realizado por Graciliano, Silveira e Oliveira (2021) incluiu uma análise acerca de o quanto os alimentos ultraprocessados se fazem presentes nas

escolhas alimentares, e nutricionais, de gestantes usuárias de unidades de saúde municipais de Maceió (AL). O resultado apontou para um consumo de 22% referente a iguarias industrializadas; incluindo itens como salgadinhos do tipo *chips*, biscoitos doces e salgados.

Ainda em relação aos alimentos industrializados, Oliveira, Tavares e Bezerra (2017) ratificam que há um comportamento glamourizado, quase um símbolo de ascensão social em áreas urbanas, reverenciando o acesso a esse tipo de alimentos.

A Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN) alberga cenários outros como a desnutrição e a obesidade, marcadas pelo subconsumo de alimentos adequados e expressos na forma de doenças. Tais informações são corroboradas pelos dados da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), resultado da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2017-2018, que apontam para o aumento da Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN) mesmo antes da pandemia de Covid-19. Na vigência da pobreza, classificada como grande causadora da ISAN, o acesso ao direito básico a alimentação reforça a necessidade de salientar políticas públicas de abastecimento e promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de acordo com Dos Santos e Torres (2022). Condições de vida, como a insegurança alimentar (IA), podem afetar de maneira nociva as condições de vida de gestantes, refletidas em escolhas alimentares inadequadas. As opções alimentares, muitas vezes baseadas em alimentos ultraprocessados e mais acessíveis em decorrência do menor preço, promovem a instalação do sobrepeso; gerando um aumento de complicações na fase gestacional, durante o parto, e no pós-parto (Augusto et al, 2019).

No documento intitulado “Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular”, Izar et al (2021) destacam a importância da nutrição, em especial dos alimentos fonte de gordura, e seu envolvimento na geração das DCNT enquanto importante problema de saúde pública no mundo e no Brasil. Decorrente de tal fato, estudiosos e especialistas têm produzido obras, baseadas em evidências científicas, propondo ajustes no consumo de gorduras, exaltando moderação no consumo daquelas do tipo trans e as saturadas.

A evolução do processo aterosclerótico pode sofrer modulação de acordo com padrões alimentares que incluam elevado consumo de gorduras trans em dietas com preferência por ultraprocessados, pelo consumo de carboidratos refinados estabelecendo condições de hipercolesterolemia (Frois et al, 2022).

A aterosclerose, concordante as palavras de Oliveira et al (2017) na Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da SBC, representa uma patologia inflamatória e crônica, com antecedentes multifatoriais. Sua ocorrência remete a uma resposta frente a

agressão endotelial, na camada íntima de artérias de médio e grande calibre; com início na infância, progredindo lenta e silenciosamente até a vida adulta.

Já no que tange o consumo de alimentos saudáveis, considerando-se também o percentual acumulado (diário, semanal, mensal). Os resultados mostraram valores positivos, indicando que mais da metade das gestantes abordadas consumia frutas, verduras, hortaliças e legumes. E entre tais opções, as frutas (qualquer fruta) e os legumes (arroz, feijão, batata, pimentão, cenoura, cebola, alface, brócolis, repolho, rúcula) destacaram-se com 98,8% e 100% respectivamente da preferência.

Panorama idêntico foi relatado no município de Belém (PA), por Gomes et al (2022) que observaram gestantes, atendidas na APS, com o intuito de conhecer o perfil sociodemográfico e nutricional dessas mulheres. A apuração dos dados constatou um consumo de frutas e verduras (96,3%), além de cereais e leguminosas (96,3%), ocorrendo diariamente e algumas vezes por semana. Na investigação de Fernandes et al (2021), foram abordadas 185 gestantes, pertencentes ao município de Santo Antônio de Jesus (BA), e usuárias do sistema público de saúde. Os autores detectaram uma menor frequência de consumo para raízes, tubérculos, cereais integrais, frutas, vegetais; acompanhado por uma significativa preferência pelos alimentos ultraprocessados.

Ainda no estudo de Graciliano, Silveira e Oliveira (2021), relacionado ao consumo de alimentos ultraprocessados, foi igualmente verificado a redução para menos de 10% no consumo de alimentos considerados tradicionais (arroz, feijão, raízes, tubérculos) e das frutas no cardápio das gestantes.

As hortaliças possuem em sua composição os fitoquímicos, substâncias fundamentais no funcionamento do corpo humano, e capazes de prevenir doenças. Os legumes e as verduras contêm alto teor de fibras, auxiliando e regulando o funcionamento do intestino para evitar constipação durante a gestação. Ribeiro et al (2020) afirmam veementemente a necessidade de uma alimentação saudável, na gestação, com o intuito de: proteger e reparar os genes, evitar mutações como as do tubo neural, impedir a elaboração de proteínas deficientes causadoras de doenças ao bebê. Autoras como Vitorino e Alves (2018) reforçam o posicionamento favorável ao consumo de verduras, legumes, hortaliças, raízes, tubérculos, frutas, cereais integrais, leguminosas, oleaginosas na alimentação da gestante como fator determinante para um desfecho favorável.

Ao longo da realização da presente pesquisa, as gestantes foram interpeladas se, em algum momento do acompanhamento de pré-natal, elas foram orientadas ou esclarecidas acerca das gorduras na alimentação. O resultado negativo prevaleceu em mais da metade

mulheres (61,3%), deixando transparecer a ausência de um diálogo esclarecedor direcionado as usuárias da ESF. Por sua parte, coube a resposta positiva um exíguo valor de 38,8%.

Um desfecho antagônico foi detectado, na investigação feita por Leal et al (2020), que estudou as orientações nutricionais, recebidas durante o pré-natal, com mulheres no pós-parto em uma maternidade no Maranhão. O desfecho desse trabalho indicou o predomínio da resposta positiva (67,7%), enquanto a negativa (32,3%) mostrou-se tímida. Quanto ao consumo de ômega 3 entre as entrevistadas, um total de 61,7% afirmou ter recebido instruções, enquanto 38,3% não obtiveram tal explicação.

Os autores acima destacaram ainda o fato de as mulheres pesquisadas terem adquirido também informações acerca da importância de minimizar o consumo de alimentos industrializados. Todavia, dentre os profissionais envolvidos nas atividades educacionais às gestantes, a figura do (a) enfermeiro (a) ganhou destaque (57,1%), seguido (a) pelo (a) médico (a) (24,8%) teve menor expressividade; e por fim, o (a) nutricionista (18,0%) que contabilizou o menor percentual.

Um pré-natal interdisciplinar, incluindo profissionais da Nutrição, é a sugestão de Barbosa et al (2018) até mesmo por sua formação técnica. O cenário da AP pode ser enriquecido com prescrições dietéticas mais completas, informações precisas acerca de alimentos saudáveis e não saudáveis, melhor controle no ganho de peso, entre outros, tanto no período gestacional quanto no pós-parto. Trata-se de um elo construído pela vivência pautada na confiança, gerando melhor adesão às condutas.

A importância da orientação às gestantes, acerca das gorduras na alimentação, decorre de trabalhos como o de Aarão et al (2021) que se reportam a investigações científicas identificando disbiose em bebês cujas mães tiveram alimentação copiosa em lipídios no período gestacional. A quantidade dessas substâncias na alimentação tem correlação direta com o risco aumentado para DCV mãe e em seu filho, com especial destaque aquelas do tipo saturadas que, no entender de Reis et al (2022), devem ter um consumo menor que 10%.

Há um considerável número de publicações relativos ao processo de escolha dos alimentos pelas gestantes. Fala-se aqui de uma laboriosa seleção, envolvendo aspectos como o poder econômico, o acesso aos alimentos saudáveis, a existência de mitos e crenças, o menor custo dos alimentos industrializados; enquanto variáveis de escolha a serem ponderadas pelas mulheres (Leal et al, 2020).

O registro feito por Kaminishi et al (2019) reforça a importância da implementação e do fortalecimento de ações, em serviços de saúde, voltados a adaptação do estilo de vida e do estado nutricional das mulheres em idade fértil, na fase de concepção e durante a gestação.

Nesse último cenário, o perfil nutricional e alimentar mostra-se basilar para promover saúde e prevenir morbimortalidade da díade mãe-filho. Por seu lado, o viés educacional, voltado as usuárias do pré-natal no sistema público de saúde, mostra-se imprescindível enquanto procedimento obstétrica rotineiro para as unidades da AP. Contudo, Tomasi et al (2017) alertam para o fato de que tais condutas são de competência exclusiva dos profissionais da saúde.

Os escritos de Reis et al (2022) sugerem o crescimento de mais estudos e pesquisas voltadas para as questões alimentares, e nutricionais, na fase gestacional com vistas a melhorar as recomendações já existentes. O ambiente da APS atua como campo fértil, no que tange as oportunidades, para dirimir os efeitos negativos de uma gestação nutricionalmente inadequada.

Diante do exposto, nas palavras de Kaminishi et al (2019), torna-se notória a imprescindibilidade, na AP, de um melhor esclarecimento relacionado a importância do SISVAN entre os profissionais de saúde; com vistas a fortalecer mudanças e adequações positivas no estilo de vida das mulheres, em todas as fases de sua vida, e com especial destaque entre as gestantes.

O Índice de Massa Corporal

O IMC resulta de um cálculo baseado na altura e no peso de uma pessoa, considerando as variações naturais do corpo humano e, nesse enredo, aquelas pertinentes à gestação. Referente a essa variável, é oportuno informar que foram feitas duas abordagens. A primeira pelo PEC e a segunda pela IG. A motivação para comparar os dois critérios, deveu-se ao fato de o parâmetro utilizado pelo PEC desconsiderar a condição gravídica da mulher; gerando divergência na avaliação quando do uso da IG numa mesma gestante.

A primeira abordagem foi pelo PEC, um *software* que armazena as informações de saúde do usuário do sistema público de saúde na AP. E a segunda utilizando o critério da IG a partir da referência proposta por Atalah (1997) adotada pela OMS e pelo Ministério da Saúde; disponível em <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=9>.

As informações obtidas pelo PEC e pela IG deixaram transparecer que, no início do pré-natal as gestantes estavam predominantemente em condição de sobrepeso, eutrofia e obesidade com pequenas diferenças percentuais. Os dois padrões também demonstraram a ocorrência de baixo peso, todavia entre essas categorias a diferença foi maior.

O sobrepeso e a obesidade, de forma conjunta, acometem mais da metade das gestantes tanto pelos valores do PEC (60,6%) quanto pela IG (57,2%) no início do pré-natal.

De igual forma, entre aquelas gestantes com o resultado do lipidograma, o sobrepeso e a obesidade quando somadas também resultam em mais da metade das entrevistadas tanto pelo PEC (72%) quanto pela IG (68%). Tais valores são praticamente preditores de complicações futuras durante a gestação, o parto e após o nascimento do bebê.

O baixo peso também precisa ocupar lugar de destaque enquanto fator de risco gestacional com a possibilidade de efeitos nocivos bilaterais (maternos e fetais). Sua ocorrência mostra-se persistente, com especial destaque, nas áreas de maior carência no país. O baixo peso associa-se ao nascimento de bebês pequenos para a idade gestacional (PIG) e com baixo peso ao nascer (BPN) no entendimento de Grabovski et al (2023).

Alguns trabalhos pesquisados demonstraram a ocorrência do baixo peso em maior percentual do que o da presente pesquisa (PEC = 0,8% e IG =8,1%). O primeiro deles, estudando a insegurança alimentar, e suas associações, em gestantes atendidas pela saúde pública, no município de Maceió (AL), detectou 16,5% de baixo peso entre as analisadas. Ainda no nordeste brasileiro, avaliando a situação nutricional, durante o pré-natal, em gestantes de baixo risco na cidade de Aracaju (SE), o trabalho feito identificou 14% de mulheres com IMC de baixo peso. Outro fato que chamou a atenção na pesquisa foi o de que os Cartões da Gestante (63%) se mostravam incompletos sem o preenchimento de algumas informações (Oliveira, Tavares e Bezerra, 2017; Santos et al, 2017).

A verificação feita em gestantes, na cidade de Brejo Santo (CE), objetivou identificar o perfil epidemiológico dessas mulheres, partindo de informações do SISVAN. O resultado apontou a ocorrência de 26% para o baixo peso. As autoras destacaram ainda que o IMC pré-gravídico menor que 20, representa um determinante para anemia, parto prematuro, baixo peso ao nascimento. Um outro estudo feito procurou associar o ganho de peso gestacional a algumas variáveis (socioeconômicas, biológicas, psicológicas) em puérperas acompanhadas numa unidade pública de saúde do município de Monte Azul Paulista (SP). O resultado revelou que a maioria se encontrava em eutrofia, mas 7% tinham baixo peso; informação que se aproxima dos resultados da presente pesquisa (Da Silva Aguiar, Barbosa e Holanda, 2017; Leite, 2018).

O sobrepeso e a obesidade possuem em comum um acúmulo excessivo de gordura no corpo. O que difere as duas categorias é a quantidade desse excedente, impactando na gravidade dos danos causados. Oliveira e Guedes (2017) incluem o sobrepeso entre os biomarcadores de risco para DCV e, em se tratando de uma pessoa mais jovem, também englobam a síndrome metabólica.

Estudo retrospectivo com 1.574 gestantes, acompanhadas em intervenção educativa pelo sistema de telemedicina, demonstrou que aquelas com maior idade e escolaridade buscaram mais o atendimento o em pronto-socorro. Em contrapartida, as que tinham mais idade e sobrepeso, estiveram mais associadas ao parto cesárea e a necessidade de internação em UTI. Diante de uma gestação de alto risco, algumas patologias podem afetar o processo gestacional de uma gestante sobrepeso a exemplo das doenças endócrinas, alterações metabólicas, macrossomia, intolerância à glicose, entre outros, com danos em curto e longo prazo para o binômio mãe-filho (Salveti et al, 20202; De Melo et al, 2017).

Obesidade é conceituada como uma doença, metabólica e endocrinológica, tipificada por um acúmulo de tecido adiposo, de grande impacto negativo à saúde, e de difícil reversão. Seu diagnóstico está amparado pelo valor obtido no cálculo do IMC. Para as mulheres em idade fértil, a obesidade propicia danos importantes na vida reprodutiva (Pinheiro et al, 2023).

A obesidade caminha conjuntamente com algumas morbimortalidades (AVC, diabetes, apneia do sono, diversos tipos de câncer (útero, mama, intestino), comprometimento da fertilidade, DCV, dislipidemia) determinando seu surgimento e/ou agravamento. Não se trata somente do impacto social de um indivíduo adoecido e a perda de sua qualidade de vida. Diz respeito também aos custos adicionais como medicamentos, consultas, cirurgias, reabilitação, próteses, órteses (Lucas, Favoretto e Bondezan, 2023).

Há um relevante número de publicações alertando a respeito do crescente panorama da obesidade no Brasil, e no mundo. Concomitantemente, crescem também as taxas de obesidade entre as gestantes brasileiras, acompanhadas por um progressivo número de complicações advindas de IMC cada vez maiores. Há trabalhos comunicando que, no Brasil, a obesidade materna é um dos indicadores de cesárea pela possibilidade simultânea de transtornos como diabetes gestacional, DHEG, grandes hemorragias durante o parto, baixo Apgar ao nascimento, macrossomia para o bebê. Diante da obesidade, além do maior número de admissões em UTI neonatal, seguem-se a morte fetal intrauterina e a neonatal (Da Silva et al (2019); Grabovski et al (2023)).

No que tange o histórico familiar, a literatura internacional proporciona evidências destacando que a estratificação do risco se vincula a melhoria na assistência em saúde, gerando impactos positivos nos resultados, além de mostrar-se mais eficaz na utilização de recursos da saúde. A estratificação de risco gestacional dedica-se à vigilância contínua sobre questões relativas à gestação: contexto familiar e comunitário, doenças (agudas e crônicas), história reprodutiva, visando intervenções precoces e preventivas. O grande objetivo é a aquisição de conhecimento acerca da realidade de vida da gestante, detectando aquela de alto-

risco, seu histórico familiar acerca de doenças; para fornece-lhe cuidados adequados e individualizados (*Warmling et al, 2018*).

Glicemia

O não registro dos valores de glicemia das gestantes, constante no regulamento do PEC, representou uma importante limitação no estudo. Menos da metade das participantes não possuía essa informação. Tal ocorrência pode traduzir-se em subnotificação de gestantes diabéticas, dificultando o conhecimento da realidade no PNBR em Manaus (AM).

Entre aquelas entrevistadas que possuíam o valor da glicemia em seus registros (PEC e Caderneta da Gestante), 84% encontravam-se em situação de normalidade, 14% em hipoglicemia e 2% com intolerância à glicose. A ausência de gestantes diabéticas, como o que foi percebido na presente pesquisa, não deve servir de incentivo ao relaxamento na busca e identificação de tal condição, considerando-se a magnitude de suas complicações.

A ausência dos valores de glicemia sinaliza que os profissionais de saúde não estão solicitando os exames mínimos protocolares, durante o pré-natal. Além disso, hipoglicemia e intolerância à glicose são duas condições que também merecem atenção por predispor diabetes (*Tsutida et al, 2017 e Bavaresco et al, 2017*).

A hipoglicemia, conforme esclarecem *Bavaresco et al (2017)*, pode conduzir a um comprometimento cognitivo em longo prazo, com redução da capacidade cognitiva, e essa poderá vincular-se a quadros demenciais e redução no processamento verbal. Para *Tsutida et al (2022)*, qualquer grau de intolerância à glicose se não corrigida pode conduzir ao diabetes.

Um resultado que se aproxima com o da presente pesquisa foi feito a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Tomasi et al (2017)* fizeram um censo nas UBS em zona urbana e rural nos 5.565 municípios brasileiros e no Distrito Federal. Os resultados mostraram-se inadequados em decorrência de aspectos como: a não solicitação de exames bioquímicos com especial destaque a falta da dosagem de glicemia.

Todavia, há relatos de resultados opostos, como o estudo realizado em uma maternidade pública em Teresina (PI) por *Dos Santos, Campos e Abreu (2017)* demonstrou que a maioria dos Cartões das Gestantes (90%) se apresentava com adequado preenchimento e com o resultado de exame de glicemia (89,2%).

A análise da qualidade do pré-natal ofertado no estado de Sergipe, diante das orientações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), foi motivo de pesquisa para *Mendes et al (2020)*. Os autores constataram uma elevada assistência pré-natal (99,3%). No que se refere aos exames de glicemia, a maioria dos Cartões da Gestantes

continha o registro dessa variável num primeiro momento (85%) e numa segunda dosagem (53,6%).

Diante de distintas realidades, e da escassez de trabalhos publicados, caberia a realização de estudos com vistas a compreender qual é o real cenário, e possíveis lacunas, no que tange a qualidade do pré-natal ofertado em Manaus (AM).

Lipidograma

A Pesquisa Nacional de Saúde (2014-2015) foi um procedimento de âmbito nacional realizada pelo IBGE em parceria com o MS. Relativo ao HDL-c, ficou demonstrado que a média populacional foi de 46 mg/dl, na população adulta, duas vezes menor entre as mulheres (22%), em pessoas com maior escolaridade, com destaque para a região norte (36,6%) de acordo com Malta et al (2019). A correlação HDL-c/TG representa um indicador de dislipidemia por sua correlação com a elevação do risco cardiovascular, sendo um índice bastante acessível no contexto da AP. A referida razão representa um importante prenunciador da evolução de patologias coronarianas (Martins et al, 2017). E autores como Santos e Couto (2018) ressaltam que elevados níveis de HDL-c não extinguem o risco cardiovascular; devendo ser utilizado como parte integrante do protocolo de risco cardiovascular.

Estudo realizado por Fróis et al (2022), demonstrou convergência entre o TG e gestantes com baixo peso, baixa escolaridade e idades menores que 20 anos. No estudo supracitado, como no de Isaacs et al. (1994), incluindo gestantes em sobrepeso e obesidade, as taxas dessa lipoproteína não sofreram alterações naquelas em condição de eutrofia; mas mostraram-se significativamente menores nas que se apresentavam com baixo peso.

Com efeito duplo (mãe e filho), a hipertrigliceridemia no final da gestação, como alertam Santos et al (2023), estabelece coligação entre essa condição o desenvolvimento de dislipidemia nas próximas décadas de vida da criança que está sendo gerada, com o risco maior de aterosclerose.

Partindo da Pesquisa Nacional de Saúde, Nogueira de Sá et al (2022), estimaram a prevalência autorreferida de colesterol alto na população brasileira em 2019. A amostra revelou CT elevado em mulheres, com HA, com diabetes, em condição de obesidade, residentes na região sudeste do Brasil. Autores como Martins et al (2020) abordam a temática da hipercolesterolemia familiar, em consonância ao processo de aterosclerose e a possibilidade de uma evolução muito precoce para doenças do sistema cardiovascular.

Estudando a associação de preditores de doença cardiovascular em gestantes, Abreu et al (2019), observaram a presença de dislipidemia em 38,6% das mulheres avaliadas.

As gestantes tinham em média 26 anos de idade, iniciaram o PN antes das 16 semanas, residiam em área urbana, eram multíparas. Ao realizar a regressão logística binária, os autores notaram a existência de associação relevante entre os valores de CT e o advento de complicações na gestação.

As alterações nas taxas de gorduras são consideradas fisiológicas na fase gestacional, de acordo com Feitosa et al (2017). Todavia, dislipidemia gestacional é uma possibilidade cuja ocorrência deve ser considerada pela magnitude de suas consequências. Nesse sentido, o trabalho dos autores citados comparou a prevalência da DLP pelo critério dos percentis com aquele da V Diretriz Brasileira de Dislipidemia para avaliar a possibilidade de associação com desfechos materno-fetais.

A busca realizada por Feitosa et al (2017), entre 433 gestantes, obteve como resultado a presença de DLP tanto pelos critérios da Diretriz Nacional (83,8%) destacando o aumento do TG (65,3%); quanto pelo critério dos percentis (19,6%) salientado a diminuição do HDL-c (13%). Em ambos os critérios, houve correlação com comorbidades como diabetes, HA, obesidade, pré-eclâmpsia. A frequência das comorbidades: hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade e pré-eclâmpsia foi semelhante entre as gestantes quando se comparou DLP pelos dois critérios.

O trabalho de Betancourt et al (2019) faz referência a importância do LDL-c na aterogênese e evolução para doença arterial coronariana. De igual forma, é destacado o benefício com diminuição de eventos cardíacos (15-30%) partir da queda nos valores de LDL-c.

Outra importante limitação no presente estudo, deveu-se ao fato de alguns profissionais solicitarem o lipidograma de forma aleatória; visto esse exame ser uma formalidade no PEC apenas para gestantes de alto risco. Contudo, e ao considerarmos que todas as que possuíam o referido exame estavam em condição de dislipidemia, nos deparamos com uma barreira que nos impediu de mensurar a real magnitude do quantitativo de gestantes em situação de risco para complicações e até mesmo óbitos.

Na presente pesquisa, ao considerarmos, numa mesma gestante, mais de uma gordura alterada, observou-se modificações incluindo: i) CT, HDL-c, LDL-c e TG, ii) CT, HDL-c e TG, iii) CT e HDL-c, iv) CT e TG, v) HDL-c e TG, vi) LDL-c e TG. Nesse cenário, o CT e o HDL-c estiveram presentes em praticamente toda as combinações. O TG foi detectado em todas as opções. E o LDL-c foi a gordura alterada com a menor frequência. A situação descrita configura-se preocupação posto que no cenário que inclui as gestantes e as gorduras, de igual forma é necessário considerar os fatores que interferem nas opções alimentares; uma

vez que as gorduras podem promover benefícios ou malefícios à saúde humana, em conformidade com suas características nutricionais e proporções ingeridas.

Indispensável o conhecimento trazido por De Godoy, Barbosa e De Moraes (2023) relativo as gorduras. As autoras informam que o maior ajuste no metabolismo das gorduras no corpo da gestante, ocorre no terceiro trimestre gestacional. O objetivo é dar condições ao organismo materno para recorrer as gorduras de reserva e utilizá-las para suprir as necessidades energéticas.

Diante de uma gestação sem o adequado controle ponderal, e com um acúmulo maior de gordura no tecido adiposo, remodelações metabólicas surgem correlacionadas ao perfil lipídico gestacional. A alimentação baseada num intenso consumo de gorduras saturadas, e carboidratos simples, funcionam como gatilho para a instalação de situações como modificações no perfil lipídico, intolerância à glicose, DMG, resistência insulínica, com duplo alcance para a mãe e o bebê (De Godoy, Barbosa e De Moraes, (2023).

Contudo na rotina do pré-natal de baixo risco na AP, mesmo com as gestantes em sobrepeso ou obesidade, não é possível viabilizar uma avaliação mais detalhada das condições de saúde das gestantes, tendo em vista que os exames laboratoriais de CT e frações não pertencem a rotina obstétrica da gestante sem risco cardiovascular. Com isso, Teixeira (2019) questiona a factibilidade do rastreio para a prevenção dos riscos, diante da ausência de ferramentas adequadas nos cuidados pré-natais.

Na AP, mostra-se relevante a realização da identificação e do diagnóstico de condições como alterações nas taxas de gorduras. Esse pensamento é compartilhado por Oliosia, Mill e Valerio (2018) que consideram a DLP como fator de risco modificável para DCV. Entretanto, sem informações epidemiológicas, sem dados laboratoriais, quase nada pode ser feito em favor da portadora da referida condição.

No sentido de revalidar o acima exposto, Kaminishi et al (2019) defendem a implementação e a intensificação das ações em saúde, especialmente dedicadas a adequação nutricional de gestantes e daquelas em idade fértil. Para a execução desse propósito, o abastecimento de informações de sistemas como o SISVAN mostra-se fundamental no planejamento e organização das estratégias em saúde. Contudo, a sensibilização dos profissionais da AP é primordial no sucesso da gestação.

A Caderneta da Gestante, de acordo com o MS, reserva um espaço para o registro, entre outras informações, do lipidograma incluindo o HDL-c e o LDL-c, do parceiro. Entretanto, essas mesmas dosagens, para a própria gestante, somente são solicitadas e anotadas naquela gestação classificada de alto (Da Silva et al, 2020).

7. CONCLUSÃO

A caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes revela mulheres jovens com acesso limitado a educação formal, vivendo à sombra de seus companheiros; fato que lhes tira as diferentes frentes de autonomia, diante da possibilidade de escolha, nos diferentes aspectos das relações sociais, ao que se pese, as alimentares. A ausência de uma renda fixa, as coloca numa posição de dependência de benefícios assistenciais, inclusive para sanar compromissos, como o aluguel. Nesse cenário de incertezas, a gestação não planejada acontece. E mesmo buscando o serviço de saúde precocemente, elas se deparam com pouca orientação alimentar e nutricional.

Desta forma, a partir do momento da ciência da gravidez, até o final de seu ciclo gestacional, os desafios se iniciam. Nota-se um cenário de desamparo à gestante, em que cuidados outros, sejam eles de caráter regular, que perpassam por simples e significativos exames laboratoriais (glicemia, colesterol total e frações) para uma melhor gestação, segurança para o binômio mãe-feto, tornam-se apenas preocupação, naqueles casos de alto risco e, não um instrumento de controle e políticas de saúde.

Os citados exames laboratoriais contemplam as competências da APS em saúde, o que não onera, tão pouco, prejudica qualquer articulação de políticas públicas e orçamentárias. Entretanto, eles não ocorrem de forma rotineira. Trata-se portanto, de um não uso efetivo de recursos existentes, e um não olhar à gestante como categoria de importância em políticas públicas.

As lacunas descritas evidenciam a necessidade de um trabalho voltado aos gestores e profissionais da AP, envolvidos no pré-natal, inclusive no contexto da educação continuada, com vistas a melhoria da assistência em saúde. Por seu turno, o próprio MS deveria mudar o olhar sobre as gestantes, ponderando se é benéfico aguardar a condição de alto risco para realizar o perfil lipídico. Fala-se aqui de um exame de baixa complexidade já integrado a rotina da APS.

No âmbito das questões alimentares vê-se despontar o fácil acesso aos alimentos ultraprocessados. À vista disso, observa-se que alimentar-se não é uma escolha individual, de caráter estritamente autônomo. Poder comer, nesse contexto de inseguranças diversas, torna-se um grande desafio, restando-lhes o consumo de comida mais barata, palatável e rica em gordura trans e carboidratos. Informações relativas à alimentação e nutrição podem ser veiculadas, entre as gestantes e os profissionais, utilizando-se tecnologias acessíveis no

planejamento das ações em saúde, enquanto ferramentas básicas promotoras de melhores escolhas alimentares.

Relativo ao IMC, a detecção de baixo peso, sobrepeso e obesidade deveriam servir como um alerta para a evolução qualitativa do pré-natal. Se há o baixo peso, e a mãe não tem reserva nutricional, o que transmitirá para seu conceito? Em havendo sobrepeso há somente um excesso alimentar? E na vigência da obesidade, estaríamos diante da fome oculta? Em qualquer uma dessas opções o resultado será adverso para o binômio mãe-filho, em algumas ocasiões de forma perene por intermédio das DCNT. E uma gestação envolve duas vidas.

Há a necessidade de um olhar para a gestante, não somente como aquela que provê, mas aquela que além de mãe, cuidadora, é ser político, e uma sujeita de políticas públicas. A pesquisa aponta um verdadeiro desamparo das mulheres, que além de sua não autonomia em suas relações interpessoais e familiares, padecem da desproteção a das instituições para uma gravidez sem intercorrências e à mãe ao feto, que já ao possui o direito de nascer e ser saudável.

No que tange as limitações do estudo referimos o reduzido registro quanto aos valores de glicemia e das dosagens bioquímicas das gestantes. A escassa anotação dessa variável não nos permitiu compreender a veracidade do perfil das gestantes no que tange ao diagnóstico de diabéticas e demais fatores de risco para tal. Ainda relativo aos exames bioquímicos, a exigência do lipidograma exclusivamente naquelas gestantes de alto risco não possibilitou o conhecimento do real quantitativo de gestantes em dislipidemia, nem permitiu compreender a associação entre essa condição com aquelas em sobrepeso e obesidade.

Por fim, com o presente trabalho, espera-se poder contribuir para um novo olhar sobre o pré-natal de baixo risco (PNBR) por intermédio dos dados ora apresentados. A gestão do cuidado pode proporcionar uma saúde materno-infantil de qualidade pautada em cuidados preventivos com a implementação da dosagem de glicemia e a adoção do lipidograma na rotina obstétrica, reduzindo a necessidade de leitos de uti e os óbitos preveníveis.

REFERÊNCIA

- AARÃO, Sarah Machado Ferraço Beiriz et al. Condições gestacionais e maternas que contribuem para a disbiose e obesidade infantil. **Cadernos Camilliani e-ISSN: 2594-9640**, v. 18, n. 2, p. 2735-2750, 2021.
- ABREU, Rosiane FS et al. Associação de preditores de doença cardiovascular em gestantes: um estudo longitudinal. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, v. 3, n. 1, 2019.
- ALENCAR, Gustavo de. Grupos protestantes e engajamento social: uma análise dos discursos e ações de coletivos evangélicos progressistas. **Religião & Sociedade**, v. 39, p. 173-196, 2020.
- ALVES, Gabriela Manhães; DE OLIVEIRA CUNHA, Teresa Claudina. A importância da alimentação saudável para o desenvolvimento humano. **Humanas Sociais & Aplicadas**, v. 10, n. 27, p. 46-62, 2020.
- AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1574-1583, 2017.
- ANDRADE, Cristiano de Jesus; BACCELLI, Marcela Silva; BENINCASA, Miria. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. **Vínculo**, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017.
- APARÍCIO, Inês da Silva. **Evolução ponderal e hábitos alimentares na gravidez: relação com outcomes do parto e do recém-nascido**. 2022. Tese de Doutorado.
- ARAÚJO, Caroline Castro de et al. O Papel Da Nutrição Materna Na Programação Metabólica Fetal. **Revista de Trabalhos acadêmicos-Universo - Goiânia**, v. 1, n. 9, 2022.
- AUGUSTO, Ana Lúcia Pires et al. **Revisão Sistemática: Insegurança alimentar e nutricional e seus desfechos na gestação e no recém-nascido**, 2019.
- AVANZI, Samara Alves et al. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 9, p. 55-62, 2019.
- BARBOSA, Andreia Marinho et al. Percepções maternas sobre a assistência nutricional no acompanhamento interdisciplinar do pré-natal e puerpério. **Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 09-24, 2018.
- BARROSO, Hayeska Costa; GAMA, Mariah Sá Barreto. **A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil**. 2020.
- BAVARESCO, Daniela Vicente et al. Desempenho cognitivo de pacientes diabéticos tipo II em tratamento com insulina. **Inova Saúde**, v. 6, n. 1, p. 44-63, 2017.
- BETANCOURT, Lauren Sofia Calvo et al. Colesterol total en dislipidemias. **Acta Médica Colombiana**, v. 44, n. 4, 2019.
- BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. Boitempo Editorial, 2018.
- BONATTI, Angélica Fatima et al. *Factors Associated to the Unplanned Pregnancy Type in the Family Health Strategy Project/Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família*. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Glossário temático: alimentação e nutrição** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fascículo 1. **Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Gestante**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CARBALLO, Mariela Carolina Santos; BOTELHO, Nara Macedo. **Endocrinologia para o Clínico da Atenção Básica à Saúde**. Editora Imango. Belém- PA, 2018.

CARDOSO, Marly Augusto; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. **Nutrição e dietética**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

CARDOSO, Soraya Lopes et al. Ações de promoção para saúde da gestante com ênfase no pré-natal. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 180-186, 2019.

CARDOSO, Marly Augusto; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. **Nutrição e dietética**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

CARNEIRO, Ana Beatriz Farias et al. A importância do pré-natal na prevenção de complicações durante a gestação. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2022.

CASTRO, Josué De. **Geografia da fome - o dilema brasileiro: pão ou aço**. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

CHAVES, Adller Moreira; DOS SANTOS SOUSA, Beatriz; PEREIRA, Daniela Brito. Políticas Públicas De Transferência De Renda: um estudo sobre os impactos econômicos do programa bolsa família no comércio de Itapetinga-Ba. **Revista Valore**, v. 4, p. 447-464, 2019.

GHIGGINO, Luana Teixeira et al. Iniquidades raciais em estudos populacionais de alimentação e nutrição. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e397111234610-e397111234610, 2022.

COELHO, Ana Célia Rodrigues et al. Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. e31020095, 2023.

COLETTI, Gabriel Furlan. Gastronomia, história e tecnologia: a evolução dos métodos de cocção. **Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade, Araraquara**, v. 4, n. 2, 2016.

COSTA, Renata Oliveira Messina et al. Fatores associados à insegurança alimentar em gestantes atendidas na rede pública de saúde de Lavras-Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 127-135, 2022.

COZZ, Roney Ricardo. As comunidades de fé como contextos religiosos marcados pela ambivalência existência: entre cura e adoecimento. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 33, p. 119-130, 2023.

CRUZ, Rachel de Sá Luna Callou; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; FILHO, Malaquias Batista. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Ver. Bras. Ciências da Saúde** 18(1):87-94, 2014.

CRUZ, Isabelle Furtado Silva et al. A contribuição do acompanhamento pré-natal nos padrões alimentares de gestantes de alto risco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 879-889, 2023.

DA COSTA, Maria Rosely Vasconcelos et al. Avaliação do consumo alimentar na ocorrência de hipertensão gestacional em pacientes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no interior do Amazonas. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 6, n. 2, p. 368-380, 2019.

DA SILVA SANTOS, Álvaro. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 39, p. 96-98, 2010.

DA SILVA, Aline Palermo et al. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e624-e624, 2019.

DA SILVA, Rosyanne et al. Pré-natal do parceiro: uma análise a partir da perspectiva da gestante. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e4361-e4361, 2020.

DA SILVA LIMA, Rivânia; DA COSTA, Amanda Cristina Ribeiro. Determinantes e condicionantes de saúde em um pré-natal de alto risco da Região dos Caetés do estado do Pará. **Serviço Social e Saúde**, v. 21, p. e022002-e022002, 2022.

DE GODOY, Carla Mesquita; BARBOSA, Jéssica Pereira; DE MORAIS, Carla. Efeitos da suplementação de probióticos dos gêneros *Lactobacillus* e *Bifidobacterium* nos perfis lipídicos e glicêmico de gestantes. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 4, n. 1, p. e412573-e412573, 2023.

DE MELO BARROS, Dayane et al. A atuação e importância do nutricionista no âmbito da saúde pública. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p. 17715-17728, 2019.

DE OLIVEIRA CARVALHO, Thayná et al. (In) Segurança alimentar e fatores associados em domicílios com gestantes assistidas pelo programa bolsa família. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 29, p. e022014-e022014, 2022.

DE PAULA, André Guimarães et al. Prevalência de dislipidemia em indivíduos atendidos no laboratório de um hospital de Goiânia-GO. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 6, n. 15, 2020.

DE SANTANA, Tuanny Caroline Pereira et al. Dificuldades dos enfermeiros no atendimento ao pré-natal de risco habitual e seu impacto no indicador de morbimortalidade materno-neonatal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. e711-e711, 2019.

- DE SOUZA, Evely Vitória Azevedo; BASSLER, Thais Carolina; TAVEIRA, Ananda Gonçalves. Educação em saúde no empoderamento da gestante. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 5, p. 1527-1531, 2019.
- DE SOUZA FERREIRA, Gabriela et al. Risco cardiovascular pelo escore de Framingham em serviços de cardiologia de uma cidade de médio porte de Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais**, v. 30, n. Supl 4, p. S69-S76, 2020.
- DE SOUSA, Amanda Alcantara et al. Gravidez não planejada na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e59611629455-e59611629455, 2022
- DE SOUZA SANTOS, Vittoria Palmira et al. Os indicadores do Programa Previne Brasil no acompanhamento pré-natal de gestantes atendidas em uma UBS da Zona Norte de Manaus, Amazonas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 6, p. 32356-32367, 2023.
- DE VASCONCELOS SARMENTO, Caio et al. Gordura trans: mecanismos bioquímicos e patologias associadas. **Revista Uningá**, v. 57, n. 2, p. 63-82, 2020.
- DÍAZ SUÁREZ, Karina et al. Perfil lipídico por trimestres del embarazo en gestantes sanas. **Multimed**, v. 26, n. 3, 2022.
- DIENSTMANN, Guilherme et al. Efeitos do ômega 3 em gestantes obesas: uma revisão da literatura Effects of omega-3 in obese pregnant women: a review of the literature. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 4, p. 25055-2506, 2022.
- DO NASCIMENTO, Iramar Baptistella et al. Índice de massa corporal excessivo na gestação: influência no peso do recém-nascido. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 1, p. 169-181, 2018.
- DOS SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães; CAMPOS, Tarcylla Gomes; ABREU, Andréia Patrícia de Sousa Brasil. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 7, p. 2939-2945, 2017.
- DOS SANTOS, Ana Paula Caires; COUTO, Ricardo David. **Modificações do perfil lipoproteico durante a gestação: uma abordagem atual demarcadores sugestivos de risco cardiovascular e complicações materno-fetais**. 2018.
- DOS SANTOS, Maria Carolina Salustino et al. Atenção ao pré-natal de baixo risco: caderno de atenção básica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 9, p. 3694-3697, 2019.
- DOS SANTOS, Jessica Paloma Chagas; CARNEIRO, Keila Cristina; CAMPOS, Simone Cristina. A trajetória da assistência social no Brasil e o benefício de prestação continuada. In: **Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos; Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais; Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental**. 2019. p. e2810-e2810.
- DOS SANTOS, Camila Gomes et al. Pré-natal tardio: motivos e intervenções de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde. **Scientific Electronic Archives**, v. 16, n. 6, 2023.
- DOS SANTOS NUNES, Laynara et al. Visita guiada à maternidade: perfil das gestantes e entendimento dos temas abordados. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 37, 2022.
- DUARTE, Elena Maria da Silva et al. Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 575-586, 2020.

- EDMUNDO, Sofia et al. **Alimentação saudável, um guia para escolhas alimentares saudáveis e acertadas**. 2018.
- FALUDI, André Arpad et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose–2017. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, 2017.
- FEITOSA, Alina Coutinho Rodrigues et al. Impacto do Uso de Diferentes Critérios Diagnósticos na Prevalência de Dislipidemia em Gestantes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, p. 30-38, 2017.
- FERNANDES, Débora Cardoso et al. Relação entre o estado nutricional pré-gestacional e o tipo de processamento de alimentos consumidos por gestantes de alto risco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 351-361, 2019.
- FERNANDES, Renata Cordeiro; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Intenção de amamentar entre gestantes: associação com trabalho, fumo e experiência prévia de amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1061-1072, 2020.
- FONSECA, Elvi Cristina Rojas et al. **Avaliação da espiritualidade e religiosidade em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 1**. 2019.
- FRÓIS, Laudicéia Ferreira, et al. Avaliação do perfil lipídico em gestantes acompanhadas na rede. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, 2022, 54.2: 148-155.
- FRÓIS, Laudicéia Ferreira, et al. Avaliação do perfil lipídico em gestantes acompanhadas na rede. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, 2022, 54.2: 148-155.
- GOMES, Rafael Alessandro Ferreira et al. Aterosclerose de carótidas em mulheres na pré e pós-menopausa com antecedentes de hipertensão na gestação: estudo de caso-controle. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, p. 359-366, 2018.
- GOMES, Marianna Lourrany Justino et al. **Consumo alimentar de sódio e potássio e estado nutricional de gestantes como fator de risco para hipertensão gestacional: uma revisão de literatura**. 2018.
- GOMES, M. N. A. et al. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Ministério da Saúde/Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019.
- GOMES, Caroline de Barros et al. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2293-2306, 2019.
- GOMES, Jorhanna et al. Os efeitos nocivos do cigarro aumentam o risco para doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Biomedicina**, v. 3, n. 1, 2023.
- GRACILIANO, Nayara Gomes; SILVEIRA, Jonas Augusto Cardoso da; OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de. Consumo de alimentos ultraprocessados reduz a qualidade global da dieta de gestantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. e00030120, 2021.
- GRABOVSKI, Tassiana Cristina Martins et al. Influência do estado nutricional pré-gestacional no desfecho do binômio mãe-bebê: uma revisão sistemática. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 16, n. 10, p. 24006-24020, 2023.

GROSSI, Vanessa Cristina de Vasconcelos. **SABER GESTAR: construção e validação de um aplicativo móvel para educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal**. 2021. Dissertação de Mestrado.

ISAACS, John D. et al. Obstetric challenges of massive obesity complicating pregnancy. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v. 49, n. 8, p. 517-518, 1994.

IZAR, Maria Cristina de Oliveira et al. Posicionamento sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular–2021. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 160-212, 2021.

JÚNIOR, Gilberto Lira Costa; TREVISAN, Márcio. Gestantes com diabetes: o papel do farmacêutico no acompanhamento farmacológico. **Revista Artigos. Com**, v. 30, p. e7581-e7581, 2021.

KAMINISHI, Laís Paulino Sanzo et al. Perfil nutricional de gestantes cadastradas no SISVAN, no Brasil, entre os anos 2008 e 2018. 2019.

KLOTZ-SILVA, Juliana; Prado, Shirley Donizete; Seixas, Cristiane Marques. A força do "hábito alimentar": referências conceituais para o campo da Alimentação e Nutrição. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1065-1085, 2017.

KUNZENDORFF, Bruna Aurich et al. A influência da diabetes mellitus no período gestacional como fator de risco. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 3, 2017.

LAGES, Sônia Regina Corrêa et al. O preconceito racial como determinante social da saúde-a invisibilidade da anemia falciforme. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 109-122, 2017.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.

LEAL, Maria do Carmo et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020.

LEAL, Francisca Juscicléia de Pinho Silva et al. Orientação nutricional no pré-natal: estudo com nutrízes no pós-parto hospitalizadas em uma maternidade pública. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 1, p. 25-39, 2020.

LEAL, Francisca Juscicléia de Pinho Silva et al. Orientação nutricional no pré-natal: estudo com nutrízes no pós-parto hospitalizadas em uma maternidade pública. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 1, p. 25-39, 2020.

LEAL, Juliana Martins et al. Manifestações relacionadas a doenças sistêmicas–Parte II. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 6, pág. 672-687, 2021.

LIMA, Carlos Túlio Alencar et al. Religiosidade E Envelhecimento: Um Retrato Dos Alunos Da Universidade Da Maturidade. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 11, p. 69-75, 2019.

LOPES, M. N. S. C. et al. Hipertrigliceridemia grave na gestação: relato de um caso. **RBM**, v. 56, p. 18-22, 2019.

LOYOLA, Carolina Fachetti et al. Perfil psicológico da gestante no pré e pós-parto. **Revista Educação em Saúde**, v. 7, p. 327-336, 2019.

LUCAS, Miriã de Sousa; FAVORETTO, Cássia Kely; BONDEZAN, Kézia de Lucas. Impacto da obesidade adulta no mercado de trabalho brasileiro: uma análise das diferenças entre homens e mulheres. **Economia e Sociedade**, v. 32, p. 225-256, 2023.

- Magalhães DMO. Avaliação da ingestão de ácidos gordos polinsaturados ómega 3 numa amostra de grávidas. 2017. Dissertação [Mestrado]. Universidade do Porto.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.
- MARTINS, Marcos Vidal et al. Associação entre razão Triglicérideos e HDL-colesterol e fatores de risco cardiovascular em idosos atendidos na estratégia saúde da família de Viçosa, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, p. 236-243, 2017.
- MARTINS, Beatriz Da Silva; et al. Diagnóstico Molecular da Hipercolesterolemia Familiar, 2020.
- MAFFEI, Bruna; MENEZES, Marina; CREPALDI, Maria Aparecida. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 22, n. 1, p. 216-237, 2019.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.
- MANUAL MSD, Versão para profissionais de saúde. 2021. Disponível em <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/dist%C3%BArbios-lip%C3%ADicos/dislipidemia>. Acesso em 28/05/2024.
- MARQUES, Samara Silva et al. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 3, p. e67593, 2017.
- MARQUES, Patrícia Figueiredo. Marcadores de gênero na experiência de mulheres com abortamento induzido: construção de instrumento para o cuidado: revisão sistemática de evidências qualitativas. **Escola de Enfermagem**, p. 50, 2018.
- MARQUES, Andressa Cassia Monteiro; SOUZA, Lucivânia Fonseca; VERÍSSIMO, Margareth Regina Gomes. **Gestação e seus fatores emocionais**. 2019.
- MARQUES, Bruna Leticia et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200098, 2020.
- MARINS, Mani Tebet et al. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. **Sociedade e Estado**, v. 36, n. 02, p. 669-692, 2021.
- MARTINS, Beatriz Tenuta; BASÍLIO, Márcia Cristina; SILVA, Marco Aurélio. **Nutrição aplicada e alimentação saudável**. São Paulo: Editora Senac, 2014.
- MARQUES, Samara Silva et al. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 3, p. e67593, 2017.
- MAZZETTO, Fernanda Moerbeck Cardoso et al. Sala de espera: educação em saúde em um ambulatório de gestação de alto risco. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 93-104, 2020.
- MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, p. 3159-3168, 2019.

MENDES, Rosemar Barbosa et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020.

MOREIRA, Luciana Novaes et al. “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 03, p. e280321, 2018.

MOTA-SANTOS, Carolina; DE AZEVEDO, Alcinéia Parreiras; LIMA-SOUZA, Érica. A Mulher em tripla jornada: Discussão sobre a divisão das tarefas em relação ao companheiro. **Revista Gestão & Conexões**, v. 10, n. 2, p. 103-121, 2021.

MOREIRA, Luciana Novaes et al. “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 03, p. e280321, 2018.

NAGAI, Michelly Martins. **Utilização de medicamentos por gestantes de alto risco no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-HCFMRP-USP**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

NAKAMURA, Isabella Bagni; SILVA, Marcus Tolentino; GALVÃO, Taís Freire. Autoavaliação de saúde de acordo com sexo e fatores associados em Manaus, 2019: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, p. e2023154, 2024.

NASCIMENTO, Ana Maria Resende et al. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família no incentivo ao aleitamento materno durante o período pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 21, p. e667-e667, 2019.

NOGUEIRA DE SÁ, Ana Carolina Micheletti Gomide et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico autorreferido de colesterol alto na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. spe1, p. e2021380, 2022.

OLIVEIRA, Juliana Borges de. **A importância da alimentação no controle da dislipidemia**. 2017.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de; TAVARES, Myrian Cicyanne Machado; BEZERRA, Alexandra Rodrigues. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 519-526, 2017.

OLIVEIRA, Raphael Gonçalves de; GUEDES, Dartagnan Pinto. Desempenho de diferentes critérios diagnósticos de sobrepeso e obesidade como preditores de síndrome metabólica em adolescentes☆. **Jornal de pediatria**, v. 93, p. 525-531, 2017.

OLIVEIRA, Leticia Sousa; CUNHA GERMANO, B. C.; KRAMER, Dany Geraldo. Importância do ácido fólico na gestação: revisão bibliográfica descritiva. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 9, n. 2, p. 1141-1146, 2021.

OLIVEIRA, Francisca Marciria Dantas et al. Insegurança alimentar e fatores socioeconômicos de gestantes assistidas em atenção primária à saúde de Cajazeiras-PB. 2024.

OLIOSA, Polyana Romano; MILL, José Geraldo; VALERIO, Elry Cristine Nickel. Caracterização das dislipidemias na população adulta de Vitória/ES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 20, n. 4, p. 55-62, 2018.

OLIVO, Rubison; THEODORO Ribeiro, LAIR Geraldo. Desvendando o paradigma das gorduras saturadas e do colesterol. Parte 2: importância bioquímica e fisiológica e algumas consequências

patológicas da falta dessas moléculas. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, v. 29, n. 1, 2019.

PALANCH, Adrienne Christine; DE SOUZA CAMPOS, Carolina Bellato. Nutrição materna e programação fetal: o papel dos hábitos alimentares no desenvolvimento embrionário e pós-natal. *Saúde em Revista*, v. 17, n. 45, p. 49-59, 2017.

PAZ, Allane Patricia Santos da et al. Presença de hidrocarbonetos policíclicos aromáticos em produtos alimentícios e a sua relação com o método de cocção e a natureza do alimento. *Brazilian Journal of Food Technology*, v. 20, p. e2016102, 2017.

PEREIRA, Ludmila Maria Guimarães et al. **Correlação entre marcadores bioquímicos e medida ultrassonográfica do comprimento do colo uterino na predição do trabalho de parto pré-termo.** 2020.

PEREIRA, Ruth Fernandes et al. “A importância e cautela no consumo de leite e derivados na gravidez e puerpério. In: **Enfermagem: Inovação, Tecnologia e Educação em Saúde.** Editora Científica Digital, 2020. p. 15-29.

PIECHOTA Wieslaw, STASZEWSKI Andrzej. **Reference ranges of lipids and apolipoproteins in pregnancy.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1992;45(1):27-35.

PIRES, Isadora Garcia; GONÇALVES, Danielle Raquel. Consumo alimentar e ganho de peso de gestantes assistidas em unidades básicas de saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 128-146, 2021.

QUEIROZ, Laisa et al. **Ministério da Saúde lança protocolo de uso do Guia Alimentar para gestantes.** 2021.

RAMOS, AP da S. et al. **Nutrição funcional na saúde da mulher.** Rio de Janeiro: Atheneu, v. 192, 2018.

REIS, David Silva dos et al. Crononutrição e gestação: uma revisão das pesquisas atuais e perspectivas futuras. 2022.

RIBAS-FILHO, Durval; NOGUEIRA-DE-ALMEIDA, Carlos Alberto. **Livro texto de obesidade - Uma visão clínica e abrangente da ABRAN.** Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2021.

RODRIGUES, Isabela Costa; RODRIGUES, Gabriela Meira; FERREIRA, Karla Daniela. Problemas nutricionais brasileiros relacionados com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Revista Liberum accessum*, v. 11, n. 1, p. 1-6, 2021.

RODRIGUES, Carolina Amaral Oliveira et al. Associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e imagem corporal, estado nutricional e atividade física de gestantes na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 23, p. e20220362, 2023.

ROLIM, Nathalie Ramos Formiga et al. Fatores que contribuem para a classificação da gestação de alto risco: revisão integrativa: factors that contribute to the classification of high-risk pregnancy: integrative review. *Brazilian Journal of Production Engineering*, v. 6, n. 6, p. 60-68, 2020.

RUIZ, Ana Maria Pita et al. Consumo de alimentos saudáveis e produtos ultraprocessados: comparação entre gestantes e não gestantes, Vigitel 2018. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, p. 511-519, 2021.

- SAES, Mirelle de Oliveira et al. Desigualdades socioeconômicas no consumo alimentar da população idosa brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2621-2628, 2022.
- SALVETTI, Marina de Góes et al. Características de gestantes de risco e relação com tipo de parto e complicações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200319, 2021.
- SANCHEZ, Barbara Maday Martinez. **Estratégias educativas para a prevenção das dislipidemias na comunidade do Carvalho no município Tamboril/Ceará**. 2018.
- SANTOS, Ana Paula Caires dos; COUTO, Ricardo David. Lipoprotein profile modifications during gestation: a current approach to cardiovascular risk surrogate markers and maternal-fetal unit complications. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, p. 281-286, 2018.
- SANTOS, Maria Fernanda Santa Rosa et al. Obesidade Gestacional no Brasil: uma revisão de literatura. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 4, n. 3, p. e432841-e432841, 2023.
- SCARTEZINI, Marileia et al. Posicionamento sobre a flexibilização do jejum para o perfil lipídico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 108, p. 195-197, 2017.
- SEHNEM, Graciela Dutra et al. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de enfermagem referência**, n. 1, p. e19050-e190050, 2020.
- SILVA, José Antônio Cordeiro da; FARIA, Daniel de. **Manual prático de orientações nutricionais para gestantes: à equipe de profissionais de saúde da atenção básica**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Pará – Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde na Amazônia. 2017.
- SILVA, Carlos Eduardo da et al. Influência de diferentes métodos de cocção sobre os macro e micronutrientes de hambúrguer bovino com linhaça. **Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 38, n. 3, 2018.
- SILVA, Cristiane de Fátima et al. *Espiritualidad y religiosidad en pacientes con hipertensión arterial sistémica*. **Revista Bioética**, v. 24, p. 332-343, 2016.
- SILVA, Pedro Henrique Alcântara da. **Iniquidade racial no acesso ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação: uma revisão sistemática e metanálise**. 2020.
- SILVANI, Juliana et al. Consumo alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2599-2608, 2018.
- SOARES, Leticia Alves; LIMA, Daniela Braga. Atenção nutricional às gestantes de baixo risco: contribuições para as políticas públicas. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 385-394, 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose-2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 2, p. 1-76, 2017.
- TEIXEIRA, João Joadson Duarte. **Status de saúde cardiovascular ideal associado à pré-eclâmpsia: uma avaliação baseada na identificação de fatores de risco**. 2019.

TERNUS, Daiane Luisa et al. Padrões alimentares e sua associação com fatores sociodemográficos e comportamentais: Pesquisa Saúde da Mulher 2015, São Leopoldo (RS). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190026, 2019.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, 2017.

TORRES, Ricardo Lobato. Políticas públicas de segurança alimentar e nutricional e a promoção do desenvolvimento inclusivo. **COLÓQUIO-Revista do Desenvolvimento Regional**, v. 19, n. Edição Especial 1 (SOBER), março, p. 208-228, 2022.

TRECCO, Sonia (Org). **Guia prático de educação nutricional**. Barueri, SP: Manole, 2016.

TSUTIDA, Carolina Arissa et al. Análise da incidência de complicações materno-fetais após o uso dos critérios da IADPSG para o diagnóstico do diabetes gestacional–uma revisão integrativa. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 6, 2022.

WARMLING, Cristine Maria et al. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00009917, 2018.

WELTERS, Angela. Desigualdades de gênero e inatividade: um estudo sobre as jovens mulheres brasileiras. In: **Congresso da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Campinas**. 2019.

WESCHENFELDER, Daiane Tamaris; REOLON-COSTA, Angélica; CEOLIN, Silvana. O enfermeiro na assistência do pré-natal de primigestas: a realidade de uma estratégia de saúde da família. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 1, p. 7-16, 2019.

WIHLHELM, Laís Antunes et al. Participação da família na gestação: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 3, 2017.

ZANONI, Edimar Torres. **Insegurança alimentar domiciliar no município de Criciúma-SC**. 2022.

APÊNDICES

Apêndice 1- Questionário aplicado



PPGSC

Programa de
Pós-graduação em
Saúde Coletiva - UEA

Pesquisa “Perfil lipídico das gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Manaus – Amazonas”

ENTREVISTADOR (A):

- 1 Gabriela |
2 Hemilly
3 Hinaê
4 Nathalia

Horário do início: _____ h: _____ min

Data de coleta: ____/____/____

Qual é o seu estado civil:

- 1 Casada / União estável
2 Solteira
3 Separada / Divorciada
4 Viúva

Qual a sua escolaridade:

- 1 Fundamental completo

DADOS PESSOAIS E GESTACIONAIS

Idade: _____ anos

Idade gestacional: _____ semanas

Início do pré-natal com: _____ semanas

Essa gestação foi planejada:

- 1 Sim 2 () Não

Você fuma?

- 1 Sim 2 () Não

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

A sua cor ou raça é:

- 1 Branca
2 Preta
3 Parda
4 Indígena
5 Amarela

- 2 Fundamental incompleto

- 3 Médio completo

- 4 Médio incompleto

- 5 Superior completo

- 6 Superior incompleto

Qual a sua religião:

- 1 Budismo

- 2 Candomblé

- 3 Católica

- 4 Espírita

- 5 Evangélica

- 6 Umbanda

- 7 Sem religião

- 8 Outra: _____

- 1 Autônoma (por conta própria)

- 2 Empregadora

- 3 Empregada

- 4 Não remunerada

A renda da sua família é de:

- 1 1 salário mínimo (R\$ 1.320,00)

- 2 Menos de 1 salário mínimo

- 3 Mais de 1 salário mínimo

Onde você mora:

- 1 Casa

- 2 Casa de vila

- 3 Casa em condomínio

- 4 Apartamento

- 5 Pensão

- 6 Outra: _____

Sua casa ou apartamento é:

- 1 Própria

- 2 Alugada

- 3 Cedida ou emprestada

- 4 Doadada

Qual é o seu tipo de trabalho:



PPGSC

Programa de
Pós-graduação em
Saúde Coletiva - UEA

Você recebe algum benefício assistencial:

- 1 Auxílio Brasil / Bolsa Família
 2 Benefício de Prestação Continuada – BPC
 3 Outro: _____

Seu companheiro / sua companheira contribui com as despesas da casa:

- 1 Sim
 2 Não
 3 Não sabe / não informado

Quem é a pessoa que mais contribui com as despesas da casa:

- 1 Eu
 2 Outra pessoa
 3 Vários dividem as despesas com a mesma responsabilidade
 4 Não sabe / não informado

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedentes	1 (Sim)	2 (Não)	3 (Não sei/ não me lembro)
Acidente vascular cerebral ou AVC (derrame)			
Diabetes			
Dislipidemia (alteração de gordura no sangue)			
Doenças renais (doenças dos rins)			
Hipertensão (pressão alta)			
Infarto (ataque do coração)			
Obesidade			
Familiar de primeiro grau (pai, mãe, filho (a)) com doença arterial coronariana			

HÁBITOS ALIMENTARES

Quem faz a comida:

- 1 A própria gestante
 2 Companheiro / Companheira
 3 Empregada
 4 Compra comida
 5 Outra pessoa: _____



Como você gosta que sua comida seja preparada:

- 1 Alimentos assados
2 Alimentos cozidos
3 Alimentos grelhados
4 Alimentos fritos

Você come alimentos industrializados do tipo:

a) Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó):

- 1 1 vez ao dia
2 2 ou mais vezes ao dia
3 1 vez por semana
4 2 a 4 vezes por semana
5 5 a 6 vezes por semana
6 1 a 3 vezes ao mês
7 Não como

b) Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados:

- 1 1 vez ao dia
2 2 ou mais vezes ao dia
3 1 vez por semana
4 2 a 4 vezes por semana
5 5 a 6 vezes por semana
6 1 a 3 vezes ao mês
7 Não como

c) Biscoitos recheados, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete):

- 1 1 vez ao dia
2 2 ou mais vezes ao dia
3 1 vez por semana
4 2 a 4 vezes por semana
5 5 a 6 vezes por semana
6 1 a 3 vezes ao mês
7 Não como

d) Embutidos (calabresa, linguiça, salsicha):

- 1 1 vez ao dia
2 2 ou mais vezes ao dia
3 1 vez por semana
4 2 a 4 vezes por semana
5 5 a 6 vezes por semana
6 1 a 3 vezes ao mês
7 Não como

Você come frutas (de qualquer tipo):

- 1 1 vez ao dia
2 2 ou mais vezes ao dia
3 1 vez por semana
4 2 a 4 vezes por semana
5 5 a 6 vezes por semana
6 1 a 3 vezes ao mês
7 Não como

Voce come verduras (alface, brocois, repolho):

- 1 1 vez ao dia
2 2 ou mais vezes ao dia
3 1 vez por semana
4 2 a 4 vezes por semana
5 5 a 6 vezes por semana
6 1 a 3 vezes ao mês
7 Não como

Você come hortaliças (jerimum, pepino, quiabo):

- 1 1 vez ao dia
2 2 ou mais vezes ao dia
3 1 vez por semana
4 2 a 4 vezes por semanas
5 5 a 6 vezes por semana
6 1 a 3 vezes ao mês
7 Não como

Você come legumes (feijão, arroz, grão de bico):

- 1 1 vez ao dia
 2 2 ou mais vezes ao dia
 3 1 vez por semana
 4 2 a 4 vezes por semana
 5 5 a 6 vezes por semana
 6 1 a 3 vezes ao mês
 7 Não como

**O (a) médico (a) ou enfermeiro (a) desta
 unidade já conversou com você sobre
 gorduras no sangue?**

- 1 Sim
 2 Não

Horário do término: _____h:_____m

Você come alimentos do tipo em *fast-foods* (lanches rápidos)?

- 1 1 vez ao dia
 2 2 ou mais vezes ao dia
 3 1 vez por semana
 4 2 a 4 vezes por semana
 5 5 a 6 vezes por semana
 6 1 a 3 vezes ao mês
 7 Não como

DADOS DO PRONTUÁRIO / CARTÃO DA GESTANTE**Medidas antropométricas:**

DO INÍCIO DO PRÉ-NATAL:	DO MOMENTO ATUAL:
_____/_____/20____	_____/_____/20____
Trimestre: <input type="checkbox"/> 1° () 2° () 3°	Trimestre: <input type="checkbox"/> 1° () 2° () 3°
Peso = _____ Kg	Peso = _____ Kg
Altura = _____ cm	Altura = _____ cm
IMC = _____	IMC = _____
PA= _____ x _____	PA= _____ x _____

Exames bioquímicos:

_____/_____/20____
Trimestre: <input type="checkbox"/> 1° () 2° () 3°
Colesterol = _____ mg/dl
HDL-c = _____ mg/dl
LDL -c = _____ mg/dl
TG = _____ mg/dl
Glicemia = _____ mg/dl

Muito obrigada por sua colaboração.

Apêndice 2- Artigo

O Consumo alimentar de gestantes: hábito ou possibilidade de escolha?

Food consumption by pregnant women: habit or possibility of choice?

Consumo de alimentos por parte de mujeres embarazadas: ¿hábito o posibilidad de elección?

RESUMO

Questões alimentares e nutricionais guardam estreita relação com a falta e o excesso de comida, externando fome, desnutrição, dislipidemia e obesidade. Nesse cenário, cresce a opção por produtos alimentícios ultraprocessados, baratos, sem valor nutricional agregado, inclusive entre gestantes.

Objetivo: Conhecer o consumo alimentar de gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família, em Manaus, Amazonas.

Método: Estudo descritivo, transversal, quantitativo, de dados primários, coletados por meio de questionário aplicado, da Caderneta da Gestante e do Prontuário Eletrônico do Cidadão, entre julho de 2023 e maio de 2024. Os dados foram tabulados e analisados no aplicativo Jamovi, considerando uma significância $< 10\%$.

Resultados: Preferência alimentar foi por alimentos ultraprocessados, como bebidas adoçadas (65,4%), macarrão instantâneo (52,9%), biscoito recheado (68,7%), embutidos (60,4%), *fast-foods* (60%). Consumo de alimentos *in natura* exibiu preferência por frutas (98,8%), verduras (86,3%), hortaliças (74,2%), legumes (100%).

Conclusão: A preferência alimentar de gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família foi por alimentos ultraprocessados. Não houve constância na solicitação da glicemia e do lipidograma, limitando o conhecimento desses perfis. Ocorreu dislipidemia.

Descritores: Gestantes. Alimento processado. Índice de massa corporal. Obesidade.

ABSTRACT

Food and nutritional issues are closely related to lack and excess of food, resulting in hunger, malnutrition, dyslipidemia, and obesity. In this scenario, the option for ultra-processed, cheap food products with no added nutritional value is growing, including among pregnant women.

Objective: To understand the food consumption of pregnant women treated at the Family Health Strategy, in Manaus.

Method: Descriptive, cross-sectional, quantitative study of primary data, collected through an applied questionnaire, the Pregnant Woman's Handbook and the Citizen's Electronic Record, between July 2023 and May 2024. The data were tabulated and analyzed in the Jamovi application, considering a significance $< 10\%$.

Results: Food preference was for ultra-processed foods such as sweetened drinks (65.4%), instant noodles (52.9%), stuffed biscuits (68.7%), sausages (60.4%), fast foods (60%). Consumption of fresh foods showed a preference for fruits (98.8%), vegetables (86.3%), vegetables (74.2%), legumes (100%).

Conclusion: The food preference was for ultra-processed foods. There was no consistency in the request for blood glucose and lipid levels, limiting knowledge of these profiles. Dyslipidemia occurred.

Descriptors: Pregnant women. Food, processed. Body mass index. Obesity.

RESUMEN

Los problemas alimentarios y nutricionales están estrechamente relacionados con la falta y el exceso de alimentos, lo que provoca hambre, desnutrición, dislipidemia y obesidad. En este escenario, crece la opción por productos alimenticios ultraprocesados, baratos y sin valor nutricional añadido, incluso entre las mujeres embarazadas.

Objetivo: comprender el consumo de alimentos de las mujeres embarazadas atendidas en la Estrategia de Salud de la Familia, en Manaus.

Método: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo de datos primarios, recolectados a través de un cuestionario aplicado, el Manual de la Mujer Embarazada y la Historia Electrónica del Ciudadano, entre julio de 2023 y mayo de 2024. Los datos fueron tabulados y analizados en la aplicación Jamovi, considerando un significancia $< 10\%$.

Resultados: La preferencia alimentaria fue por alimentos ultraprocesados como bebidas azucaradas (65,4%), fideos instantáneos (52,9%), galletas rellenas (68,7%), embutidos (60,4%), comidas rápidas (60%). El consumo de alimentos frescos mostró preferencia por frutas (98,8%), verduras (86,3%), hortalizas (74,2%), legumbres (100%).

Conclusión: La preferencia alimentaria fue por los alimentos ultraprocesados. No hubo coherencia en la solicitud de niveles de glucemia y lípidos, lo que limitó el conocimiento de estos perfiles. Se produjo dislipidemia.

Descriptor: Mujeres embarazadas. Alimentos procesados. Índice de masa corporal. Obesidad.

INTRODUÇÃO

A fase intrauterina marca um dos períodos mais emblemáticos no que tange aos processos de desenvolvimento e crescimento de um indivíduo. Diante de condições inadequadas, sejam elas nutricionais ou não, manifesta-se o comprometimento na formação de um novo ser. Além disso, a evolução fetal é gerida por alguns fatores maternos, como idade, antropometria, nutrição e ganho de peso ⁽¹⁾.

Sob a denominação de transição nutricional, o Brasil enfrentou mudanças no padrão alimentar, favorecendo o consumo de alimentos ultraprocesados em detrimento daqueles saudáveis ou *in natura*. Como consequência, a desnutrição foi superada pela fome oculta, dislipidemia, sobrepeso e obesidade. A mudança de paradigma afetou também as gestantes, posto que suas escolhas alimentares são pautadas em critérios econômicos, sociais, demográficos e biológicos ⁽²⁾.

O consumo elevado de bebidas adoçadas, lanches com alto teor de sódio, carnes processadas afetam a saúde materna, incrementando o risco de ocorrências, como a pré-eclâmpsia. Ao

passo que, os guias alimentares consideram que a dieta da gestante deve basear-se no consumo de alimentos variados, respeitando hábitos culturais, assim como necessidades energéticas e nutricionais ⁽³⁾.

As práticas alimentares da gestante reverberam tanto sobre sua saúde quanto do filho que está sendo gerado. Dessa forma, o adequado controle alimentar e nutricional pode ser pensado como fator benéfico no que tange à prevenção da morbimortalidade dessa mulher e seu concepto, com a melhoria de resultados de saúde materno-infantil ⁽³⁾. Ainda no cenário da gestação, a atenção nutricional é peça importante do protocolo de assistência pré-natal consequente ao intenso crescimento e desenvolvimento do feto e às necessidades da gestante. Esse período vem marcado por modificações no perfil lipídico materno com vistas a dar suporte adequado de nutrientes para ambos ⁽⁴⁾.

No Brasil, é direito de toda gestante ter acesso a um pré-natal de qualidade que garanta cuidados preventivos e promocionais adequados à saúde da mãe e seu bebê. A atenção com a alimentação é determinante para redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que possuem um duplo efeito (mãe e concepto) independente do estrato socioeconômico⁽⁴⁾.

Não obstante, para a realidade brasileira, há escassas informações acerca do estado nutrológico pré-gestacional. Um estudo transversal ⁽⁴⁾, com abordagem quantitativa, foi realizado em 2018, com 67 gestantes acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Lavras (MG). Nesse trabalho foram feitas associações entre fatores sociodemográficos e nutricionais e o perfil lipídico das gestantes. O resultado revelou a ocorrência de dislipidemia, segundo Atualização da V Diretriz Brasileira de Dislipidemia, por valores alterados de colesterol total (CT) e triglicérides (TG) ⁽⁴⁾.

O diagnóstico nutricional tem um papel estrutural na detecção da gestante em risco nutricional ainda no começo da gestação. A constatação de ganho de peso, deficiente ou excessivo, permite intervenções precoces por intermédio de condutas adequadas caso a caso ⁽⁵⁾. O ganho ponderal materno (antes, durante e após a gestação) pode ser estabelecido pelo Índice de Massa Corporal (IMC), correlacionando-o com a idade gestacional. Essa ferramenta é utilizada inclusive pelo Ministério da Saúde (MS), para conhecer e supervisionar o estado nutricional das gestantes. Sua importância guarda estreita relação com ações preventivas, quando se considera as escolhas alimentares diretamente ligadas a questões econômicas, comportamentais, culturais, obstétricas e nutricionais ⁽⁶⁾.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a classificação pelo IMC vincula-se ao risco de adoecer; especialmente quando há valores entre 25 e 29,9 kg/m² (sobrepeso), e aqueles iguais

ou superiores a 30 kg/m² (obesidade). Essas mesmas ameaças (sobrepeso e obesidade) são vividas pelas gestantes brasileiras diante de hábitos alimentares desajustados e condições nutricionais nocivas ⁽⁷⁾.

A pertinência das práticas alimentares no decorrer da fase gestacional ganha destaque quando a menção é feita a estudos ⁽⁸⁾, demonstrando que, na maioria das vezes, as gestantes brasileiras cumprem uma rotina de duas a quatro refeições por dia, com escolhas alimentares não muito adequadas, nas quais se observam o consumo reduzido de frutas, verduras e hortaliças; baixa ingestão de água; além de acentuado consumo de açúcares e gorduras. As referidas opções comprometem, de maneira significativa, o aporte de nutrientes essenciais à gestação, como cálcio, vitamina C, vitamina A, fósforo e ferro.

O binômio mãe-filho está além dos sentimentos. Em havendo desfechos negativos, consequências gestacionais e pediátricas podem sobrecarregar mais ainda o sistema público de saúde ⁽⁹⁾. Dessa forma, o presente trabalho teve por objetivo conhecer o consumo alimentar das gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família no município de Manaus, Amazonas.

MÉTODOS

O presente estudo teve um caráter descritivo, transversal, quantitativo, de dados primários coletados por meio de questionário aplicado. A pesquisa ocorreu em uma ESF, de cada distrito de saúde da zona urbana do município de Manaus. O tamanho amostral foi calculado utilizando-se o *software survey monkey*, ponderando uma margem de confiança de 90%. Como critério de elegibilidade foram incluídas as gestantes entre 18 e 50 anos de idade, que realizaram pré-natal na ESF *locus* do estudo, levando consigo a Caderneta da Gestante.

Foram consideradas excluídas da pesquisa as gestantes que não satisfizeram qualquer um dos critérios apresentados. A coleta de dados aconteceu no período de julho de 2023 a maio de 2024, enquanto aguardavam na sala de espera de consultas das ESF. Nesse momento, elas receberam esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, e as que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Para os dados sociodemográficos, utilizou-se como referência o Questionário Básico do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2022. Sobre os hábitos alimentares, as questões foram adaptadas do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar, de 2015, do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e do Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA).

O instrumento utilizado foi um questionário aplicado, com perguntas fechadas abordando informações como: antecedentes pessoais (idade); antecedentes gestacionais (idade gestacional / início do pré-natal / se a gestação foi planejada / se a mulher é fumante); fatores sociodemográficos (raça ou cor / estado civil / escolaridade / religião / local de moradia / condições de moradia / tipo de trabalho / renda familiar / recebimento de benefício assistencial / contribuição financeira do(a) companheiro(a) / pessoa que mais contribui com as despesas); antecedentes familiares (grau de parentesco / patologia que apresenta ou apresentou); hábitos alimentares (quem prepara a comida / preferência do tipo de preparo / consumo de alimentos industrializados (bebidas adoçadas, salgados industrializados, biscoitos recheados, embutidos), consumo de frutas, verduras, hortaliças, legumes); e se o médico(a) ou enfermeiro(a) já conversou com a gestante sobre gorduras na alimentação.

Os questionários foram digitados e analisados no aplicativo *Jamovi*, versão (2.3.26). Os riscos deste projeto aos seus participantes são mínimos, e foram resguardadas as questões éticas de confidencialidade da identidade dos sujeitos da pesquisa, seus direitos de participação livre e esclarecida, por meio do TCLE, dentre outras recomendações das normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, Parecer n. 6.097.679, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 67830223.9.0000.5016, conforme Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O presente estudo foi composto por uma amostra de 267 gestantes, entre 18 e 50 anos de idade, atendidas no pré-natal da ESF do município de Manaus, nas quatro zonas da cidade (norte, sul, leste e oeste), no período de julho de 2023 a maio de 2024.

A caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes pesquisadas encontra-se descrita na Tabela 1. Constatou-se que a maioria das mulheres tinha menos de 25 anos de idade (45,7%), se autodeclarava de raça parda (75,3%), era casada/união estável (67,8%), possuía ensino médio completo (53,6%), e seguia a religião evangélica (57,6%).

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Manaus, Amazonas, Brasil, 2024

Dados Sociodemográficos	n	%
Faixa etária		
menor de 25 anos	122	45,7
26 a 34 anos	98	36,7
35 e mais anos	47	17,6
Raça		
Branca	37	13,9
Preta	18	6,7
Parda	201	75,3
Indígena	4	1,5
Amarela	7	2,6
Estado civil		
Casada / União estável	181	67,8
Solteira	79	29,6
Separada / Divorciada	5	1,9
Viúva	2	0,7
Escolaridade		
Fundamental incompleto	15	5,6
Fundamental completo	22	8,2
Médio incompleto	30	11,2
Médio completo	143	53,6
Superior incompleto	29	10,9
Superior completo	28	10,5
Religião		
Candomblé	1	0,4
Católica	68	25,5
Espírita	1	0,4
Evangélica	154	57,6
Umbanda	3	1,1
Sem religião	40	15,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Em relação aos dados gestacionais, a maioria das gestantes não planejou a gestação (66,7%), todavia iniciou o pré-natal (77,2%) em tempo oportuno, isto é, com menos de 12 semanas. Ao analisar a forma de preparo do alimento, a maioria das participantes informou que elas próprias elaboravam as refeições (73,0%), demonstrando preferência pelos alimentos cozidos (59,2%), de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da forma de preparo da comida das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Manaus, Amazonas, Brasil, 2024

Preparo da comida	n	%
Quem faz a comida		
A própria gestante	195	73,0
Companheiro / Companheira	28	10,5
Empregada	4	1,5
Compra comida	5	1,9
Outra pessoa	35	13,1
Tipo de preparo da comida		
Assado	49	18,4
Cozido	158	59,2
Grelhados	28	10,5
Frito	32	12,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Na Tabela 3 estão descritos alguns alimentos e bebidas ultraprocessados (não saudáveis) e sua correlação com a frequência de consumo pela gestante. Chamou a atenção que mais da metade delas consomem bebidas adoçadas semanalmente, e para os doces e guloseimas, o consumo mostrou-se diário/semanal. Itens como, macarrão instantâneo, embutidos e *fast-food*, não foram incluídos no consumo por um quantitativo expressivo de gestantes (47,6%, 40,4%, 37,8%, respectivamente).

Tabela 3 - Caracterização do consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Manaus, Amazonas, Brasil, 2024

Alimento	Frequência	n	%
Bebida adoçada	Diário	17	6,4
	Semanal	136	50,9
	Mensal	24	9,0
	Nunca	90	33,7
Macarrão instantâneo	Diário	11	4,1
	Semanal	70	26,2
	Mensal	59	22,1
	Nunca	127	47,6
Biscoito recheado, doces, guloseimas	Diário	26	9,7
	Semanal	112	41,9
	Mensal	47	17,6
	Nunca	82	30,7
Embutidos (calabresa,	Diário	11	4,1

linguiça, salsicha)	Semanal	91	34,1
	Mensal	57	21,3
<i>Fast-foods</i>	Nunca	108	40,4
	Diário	2	0,7
	Semanal	72	27,0
	Mensal	92	34,5
	Nunca	101	37,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Quanto aos hábitos alimentares saudáveis (alimentos *in natura*) das gestantes, destaca-se na Tabela 4 que há um consumo diário e semanal (respectivamente) para frutas (47,2%, 49,4%), verduras (41,2%, 41,6%), hortaliças (30,3%, 41,6%), legumes (63,3%, 36,0%). Houve também relatos indicando o não consumo de hortaliças (26,2%) e verduras (15,4%).

Tabela 4 - Caracterização do consumo de alimentos *in natura* das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Manaus, Amazonas, Brasil, 2024

Alimento	Frequência	n	%
Frutas	Diário	126	47,2
	Semanal	132	49,4
	Mensal	4	1,5
	Nunca	5	1,9
Verduras	Diário	110	41,2
	Semanal	111	41,6
	Mensal	5	1,9
	Nunca	41	15,4
Hortaliças	Diário	81	30,3
	Semanal	111	41,6
	Mensal	5	1,9
	Nunca	70	26,2
Legumes	Diário	169	63,3
	Semanal	96	36,0
	Mensal	2	0,7
	Nunca	-*	-*

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

* - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

É sabido que a nossa alimentação está diretamente ligada à nossa saúde e ao nosso peso corporal, por isso a avaliação do índice de massa corporal foi realizada para confrontar com o consumo das gestantes. Portanto, apesar da maioria referir uma alimentação *in natura* diária/ semanal, 21,7% encontravam-se em sobrepeso e 38,8% em obesidade. Não menos importante no outro extremo, 1,5 % das gestantes estavam em baixo peso. Vale ressaltar que o IMC apresentado no prontuário eletrônico do cidadão desconsidera a situação gestacional da mulher, sendo necessária a avaliação do ganho de peso gestacional durante o pré-natal.

DISCUSSÃO

Gestação significa uma etapa de adaptações fisiológicas no corpo materno visando as necessidades nutricionais e desenvolvimento saudável do concepto⁽¹⁰⁾. Condições de vida, como a insegurança alimentar (IA), podem afetar de maneira nociva a vida de gestantes, refletidas em escolhas por comidas inadequadas. As opções alimentares, muitas vezes baseadas em alimentos ultraprocessados e mais acessíveis em decorrência do menor preço, promovem a instalação de dislipidemia, sobrepeso e obesidade, gerando um aumento de complicações na fase gestacional, durante o parto e no pós-parto⁽¹¹⁾.

Com vistas ao exposto, por intermédio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), as Nações Unidas fazem um chamamento para uma ação global visando acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima, permitindo às pessoas uma vida de paz e prosperidade. O objetivo 2 tem como desafio erradicar a fome, promover a segurança alimentar, permitir a melhoria da nutrição. Especificamente, a meta 2.2 refere-se a atender as necessidades nutricionais de gestantes, buscando qualidade de vida para mãe e filho⁽¹²⁾.

O Ministério da Saúde dispõe do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). O propósito desse Sistema fundamenta-se no monitoramento da frequência, distribuição e fatores de risco, como excesso de peso e consumo alimentar, relativos às DCNT, por intermédio de um inquérito telefônico, descrevendo também a evolução anual de indicadores no país⁽¹³⁾.

O perfil sociodemográfico das gestantes pesquisadas em Manaus identificou mulheres jovens com menos de 25 anos de idade, de raça parda, casadas/união estável, com ensino médio completo e evangélicas.

As mulheres representam, no Brasil, mais de 50% da população, das quais 63% encontram-se na chamada idade fértil⁽¹⁴⁾. Vitais à estrutura produtiva nacional, à construção da família, à sociedade, essas mulheres têm padecido com os novos estilos de vida e as novas formas de adoecer⁽¹⁵⁾. Ainda no contexto do adoecimento, o direito humano universal,

referente à saúde, sofre com as arbitrariedades diante de determinantes, como raça/etnia. Tal fato é expresso por meio de estatísticas nas quais a morbimortalidade brasileira por doenças relacionadas às condições de vida de uma determinada população ou pela violência possuem variação de raça/etnia entre pessoas pardas, pretas e brancas⁽¹⁶⁾.

O percentual de mulheres casadas/união estável na presente pesquisa (67,8%) aproxima-se daquele verificado entre gestantes de alto risco do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (76,9%)⁽¹⁷⁾, e se opõem ao encontrado no município de Lavras (MG), no qual esse percentual foi de 37,4%⁽⁴⁾. Há trabalhos narrando a inquietação decorrente de injustiças no cotidiano do lar, no qual são divididos afetos e cuidados com exploração e violências domésticas, diante da subordinação da mulher ao companheiro⁽¹⁸⁾.

Um percentual de 50,4% das pesquisadas concluiu o ensino médio. Esse resultado diverge de diversos trabalhos nos quais o ensino fundamental completo destacou-se⁽¹⁹⁻²¹⁾. Todavia, houve autores que estudaram a atenção nutricional a gestantes de baixo risco, e identificou metade das investigadas com ensino fundamental completo, enquanto a outra metade estava acima desse nível de escolaridade⁽²²⁾.

A religião evangélica revelou-se a predileta entre as entrevistadas na presente pesquisa. Religiosidade e espiritualidade, ainda que diante de toda as suas subjetividades, são espaços de simbolismos nos quais as pessoas encontram um sentido para a vida, diante das dificuldades e dos dilemas⁽²³⁾. A subjetividade das crenças e das práticas religiosas possuem um vínculo estreito com a qualidade da saúde física e mental. Contudo, algumas religiões podem não manifestar resultado positivo, a exemplo do que acontece quando conselhos evangélicos propõem a substituição dos tratamentos médicos por condutas inadequadas de efeito negativo⁽²⁴⁾.

A caracterização do hábito alimentar de gestantes foi executada⁽²⁵⁾ conforme o inquérito telefônico da VIGITEL. A empreitada revelou gestantes e não gestantes com elevado consumo de comidas ultraprocessadas. Outro estudo⁽²⁶⁾ avaliou gestantes em Montes Claros (MG), considerando o consumo de alimentos ultraprocessados, correlacionando-os com a imagem corporal. Como consequência, o trabalho indicou alto consumo de ultraprocessados.

Há trabalhos⁽²⁷⁾ que consideraram o consumo de alimentos ultraprocessados e a obesidade em gestantes. Como consequência, foram notados ganho de peso inadequado, aumento de gordura corporal na criança, elevação na incidência de cesáreas e ocorrência de macrossomia fetal. Os alimentos ultraprocessados geram um comportamento glamourizado,

cujo simbólico é o de ascensão social em grandes cidades⁽²⁸⁾. Outrossim, a aterosclerose é um processo que evolui mediante estilos alimentares inadequados, incluindo alto consumo de gorduras, especialmente aquelas do tipo trans, em dietas fartas de alimentos ultraprocessados⁽⁴⁾.

Ao levar-se em conta a alimentação saudável, baseada em alimentos *in natura*, o percentual acumulado da presente pesquisa expressou dados favoráveis. Um panorama diferente foi encontrado em pesquisa⁽²⁵⁾ no qual foi caracterizado o hábito alimentar de gestantes, comparando-o àquelas mulheres não gestantes em idade fértil. O estudo foi feito com 13.108 mulheres entre 18 e 50 anos (179 gestantes), incluídas no inquérito telefônico Vigitel 2018. A conclusão obtida foi a de que gestantes e não gestantes demonstram um alto consumo de alimentos e bebidas ultraprocessadas. Todavia, há estudos⁽²⁷⁾ demonstrando preocupação com um consumo menor que 10% para aqueles alimentos considerados tradicionais, como arroz e feijão. Além do mais, a baixa ingestão de fibras, por parte da gestante, possui potencial para instalação do sobrepeso e, muitas vezes, para o aumento nos valores de glicemia gestacional⁽²⁹⁾.

Publicações alertam para o crescente número de gestantes em condição de obesidade com valores de IMC cada vez mais acentuados⁽³⁰⁾. A obesidade materna caminha em paralelo ao aumento do número de cesáreas, baixo Apgar no bebê ao nascimento, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), sangramentos, demandando mais vagas de unidades de terapia intensiva (UTI)⁽³¹⁾. Relacionado ao sobrepeso, esse biomarcador está incluído entre aqueles de risco para doenças cardiovasculares (DCV), especialmente em indivíduos mais jovens em risco para síndrome metabólica⁽³²⁾. Um acompanhamento de 1.574 gestantes, pelo sistema de telemedicina, revelou que diante de uma gestação com sobrepeso e de alto risco, algumas patologias podem afetar o processo gestacional de uma gestante sobrepeso, a exemplo das doenças endócrinas, alterações metabólicas, macrossomia, intolerância à glicose, entre outros, com danos em curto e longo prazo para o binômio mãe-filho⁽³³⁾.

A melhoria da assistência pré-natal é dependente da estratificação do risco gestacional mediante a vigilância contínua de fatores, como contexto familiar e comunitário, doenças (agudas e crônicas), história reprodutiva, visando intervenções precoces e preventivas⁽³⁴⁾. A presente pesquisa teve uma importante limitação com relação às dosagens do LPD e da glicemia das gestantes. O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) não possui em sua rotina obstétrica, nos três trimestres gestacionais, informações relativas aos citados exames. Seu emprego restringe-se àquelas mulheres consideradas de risco cardiovascular. O referido ato ocorre de forma aleatória quando o profissional o faz de maneira individual.

CONCLUSÃO

A caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes revela mulheres jovens com acesso limitado a educação formal, vivendo à sombra de seus companheiros; fato que lhes tira a autonomia, diante da possibilidade de escolha, nos diferentes aspectos das relações sociais, ao que se pese, as alimentares. A ausência de uma renda fixa, as coloca numa posição de dependência de benefícios assistenciais, inclusive para sanar compromissos como o aluguel. Nesse cenário de incertezas, a gestação não planejada acontece. E mesmo buscando o serviço de saúde precocemente, elas se deparam com pouca orientação alimentar e nutricional.

Os exames laboratoriais (glicemia, colesterol total e frações) contemplam as competências da AP em saúde, o que não onera, tão pouco, prejudica qualquer articulação de políticas públicas e orçamentárias. Entretanto, eles não ocorrem de forma rotineira. Trata-se portanto, de um não uso efetivo de recursos existentes, e um não olhar à gestante como categoria de importância em políticas públicas.

As lacunas descritas evidenciam a necessidade de um trabalho voltado aos gestores e profissionais da AP, envolvidos no pré-natal, inclusive no contexto da educação continuada, com vistas a melhoria da assistência em saúde. Por seu turno, o próprio MS deveria mudar o olhar sobre as gestantes, ponderando se é benéfico aguardar a condição de alto risco para realizar o perfil lipídico. Fala-se aqui de um exame de baixa complexidade já integrado a rotina da APS.

No âmbito das questões alimentares vê-se despontar o fácil acesso aos alimentos ultraprocessados. À vista disso, observa-se que alimentar-se não é uma escolha individual, de caráter estritamente autônomo. Poder comer, nesse contexto de inseguranças diversas, torna-se um grande desafio, restando-lhes o consumo de comida mais barata, palatável e rica em gordura trans e carboidratos. Informações relativas à alimentação e nutrição podem ser veiculadas, entre as gestantes e os profissionais, utilizando-se tecnologias acessíveis no planejamento das ações em saúde, enquanto ferramentas básicas promotoras de melhores escolhas alimentares.

Relativo ao IMC, a detecção de baixo peso, sobrepeso e obesidade deveriam servir como um alerta para a evolução qualitativa do pré-natal. Se há o baixo peso, e a mãe não tem reserva nutricional, o que transmitirá para seu conceito? Em havendo sobrepeso há somente um excesso alimentar? E na vigência da obesidade, estaríamos diante da fome oculta? Em qualquer uma dessas opções o resultado será adverso para o binômio mãe-filho, em algumas ocasiões de forma perene por intermédio das DCNT. E uma gestação envolve duas vidas.

Por fim, com o presente trabalho, espera-se poder contribuir para um novo olhar sobre o pré-natal de baixo risco (PNBR) por intermédio dos dados ora apresentados. A gestão do cuidado pode proporcionar uma saúde materno-infantil de qualidade pautada em cuidados preventivos com a implementação da dosagem de glicemia e a adoção do lipidograma na rotina obstétrica, reduzindo a necessidade de leitos de uti e os óbitos preveníveis.

REFERÊNCIAS

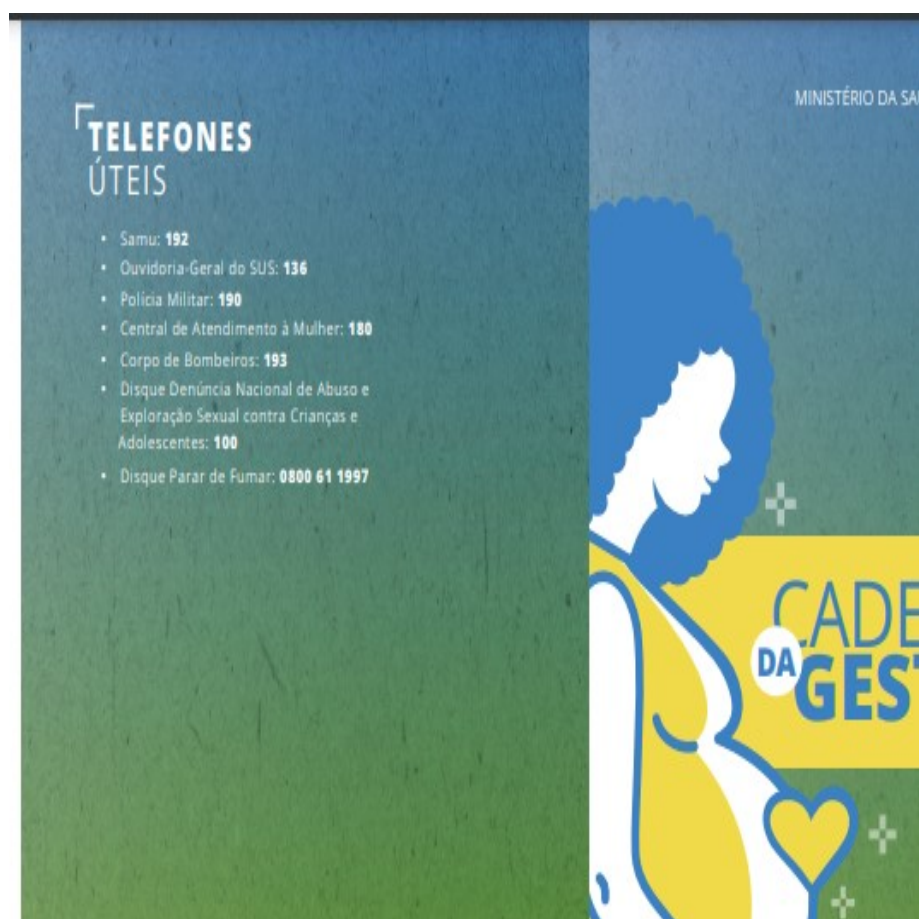
1. Franceschini SCC, Ribeiro SAV, Priore SE, Novaes JF, organizadoras. Nutrição e saúde da criança. Rio de Janeiro: Rubio; 2018.
2. Silva AB, Andrade Filha IG, Benevides KMM, Silva DM, Rodrigues PMA, Silva SC, et al. Cultura dos povos originários da floresta amazônica na gestação e no puerpério: uma revisão de escopo sob o ponto de vista da segurança alimentar e nutricional. Saúde debate. 2020;43(123):1219-39. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912319>
3. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: Guia de orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; 2019 [citado 2024 ago 27]. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_saude_mulher.pdf
4. Fróis LF, Lima AAR, Mattos LGG, Toloni MHA, Teixeira LG. Avaliação do perfil lipídico em gestantes acompanhadas na rede pública de saúde em um município do estado de Minas Gerais. Rev Bras Anal Clín [Internet]. 2022 [citado 2024 ago 30];54(2):148-55. Disponível em: https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2022/11/RBAC-vol-54-2-2022_art07-1.pdf
5. Santolin CB. História da obesidade na classificação internacional de doenças (CID): de 1900 a 2018. Arq ciências saúde UNIPAR. 2021;25(3):167-72. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i3.2021.8045>
6. Soares LA, Lima DB. Atenção nutricional às gestantes de baixo risco: contribuições para as políticas públicas. Saúde e Pesquisa. 2018;11(2):385-94. doi: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p385-394>
7. Nascimento IB, Fleig R, Silva TR, Silva JC. Índice de massa corporal excessivo na gestação: influência no peso do recém-nascido. Arq Catarin Med [Internet]. 2018 [citado 2024 ago 27];47(1):169-81. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/204/236>
8. Pires IG, Gonçalves DR. Consumo alimentar e ganho de peso de gestantes assistidas em unidades básicas de saúde. Braz J Hea Rev. 2021;4(1):128-46. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-013>
9. Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino PS, Damasceno AKC, Castro RCMB, et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. Acta paul enferm. 2018;31(3):247-54. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800036>
10. Fernandes DC, Carreno I, Silva AA, Guerra TB, Adami FS. Relação entre o estado nutricional pré-gestacional e o tipo de processamento de alimentos consumidos por gestantes de alto risco. Rev Bras Saúde Mat Infant. 2019;19(2):351-61. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200006>
11. Augusto ALP, Rodrigues AA, Domingos TB, Costa RS. Revisão sistemática: insegurança alimentar e seus desfechos na gestação e no recém-nascido. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar, 4, 2019, Goiânia (GO). Anais (on-line) Campinas: Galoá; 2019

- [citado 2024 ago 27]. Disponível em: <https://proceedings.science/enpssan-2019/trabalhos/revisao-sistemica-inseguranca-alimentar-e-seus-desfechos-na-gestacao-e-no-rece?lang=pt-br>
12. Nunes RAB, Lovatto TQS, Borges PP. Planos nacionais de políticas para as mulheres na perspectiva do ODS 2: rumo ao fome zero e ao desenvolvimento sustentável. *Rev Foco*. 2024;17(7):e5458. doi: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n7-063>
 13. Lopes MS. Avaliação da morbidade e mortalidade por doenças crônicas: um estudo com foco no PMAQ-AB [dissertação]. [Internet]. Natal (RN): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, Brasil [citado 2024 ago 29]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/26008/1/Avalia%C3%A7%C3%A3omorbidademortalidade_Lopes_2018.pdf
 14. Albert SBZ, Martinelli KG, Zandonade E, Santos Neto ET. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil de 2006 a 2019: causas e tendências. *Rev bras estud popul*. 2023;40:0233. doi: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0233>
 15. Souza AMG, Andrade FB. Qual o cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil?. *Mundo da Saúde*. 2020;44:421-32. doi: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.202044421432>
 16. Lages SRC, Silva AM, Silva DP, Damas JM, Jesus MA. O preconceito racial como determinante social da saúde – a invisibilidade da anemia falciforme. *Gerias, Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2027 [citado 2024 ago 28];10(1):109-22. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202017000100011&script=sci_abstract
 17. Nagai MM. Utilização de medicamentos por gestantes de alto risco no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-HCFMRP-USP [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2017. doi: <https://doi.org/10.11606/T.60.2017.tde-03052017-160520>
 18. Biroli . Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo Editorial; 2018.
 19. Moreira LN, Barros DC, Baião MR, Cunha MB. “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. *Physis*. 2018;28(3):e280321. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280321>
 20. Ternus DL, Henn RL, Bairros F, Costa JS, Olinto MTA. Padrões alimentares e sua associação com fatores sociodemográficos e comportamentais: Pesquisa Saúde da Mulher 2015, São Leopoldo (RS). *Rev bras epidemiol*. 2019;22:e190026. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190026>
 21. Melo SPSC, Cesse EAP, Lira PIC, Rissin A, Cruz RSBLC, Batista Filho A. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(8):3159-68. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>
 22. Soares LA, Lima DB. Atenção nutricional às gestantes de baixo risco: contribuições para as políticas públicas. *Saúde e pesqui*. 2018;11(2):385-94. doi: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p385-394>
 23. Silva CF, Borges FR, Avelino CCV, Miarelli AVTC, Vieira GIA, Goyatá SLT. Espiritualidad y religiosidad en pacientes con hipertensión arterial sistémica. *Rev Bioét*. 2016;24(2):332-43. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242134>
 24. Fonseca ECR. Avaliação da espiritualidade e religiosidade em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 1 [dissertação]. [Internet]. Uberaba (MG): Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2019 [citado 2024 ago 30]. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/904>

25. Ruiz AMP, Assumpção D, Malta DC, Francisco PMSB. Consumo de alimentos saudáveis e produtos ultraprocessados: comparação entre gestantes e não gestantes, Vigitel 2018. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2021;21(2):511-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000200009>
26. Rodrigues CAO, Leão GMMS, Andrade RES, Freire RS, Crivellenti SC, Silveira MF, et al. Associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e imagem corporal, estado nutricional e atividade física de gestantes na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2023;23:e20220362. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000362>
27. Graciliano NG, Silveira JAC, Oliveira ACM. Consumo de alimentos ultraprocessados reduz a qualidade global da dieta de gestantes. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(2):e00030120. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030120>
28. Oliveira ACM, Tavares MCM, Bezerra AR. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. *Ciênc saúde colet.* 2017;22(2):519-26. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.27382015>
29. Barbosa AKS, Lima WL. Influência da alimentação sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em gestantes atendidas em uma mesma unidade de saúde no SUS. *Saúde (Santa Maria) [Internet].* 2021 [citado 2024 ago 30];47(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/64756>
30. Santos TMMG, Campos TG, Abreu APSB. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. *Rev enferm UFPE on line.* 2027;11(Suppl 7):2939-45. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i7a23474p2939-2945-2017>
31. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(3):793-804. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>
32. Silva VAM, Freitas MYGS, Silva Filho AM, Almeida VRS, Nascimento DC, Moura JCV, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade gestacional em unidade de saúde da família. *REAS.* 2023;23(6):e12896. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e12896.2023>
33. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DE, Bedos C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(4):e00009917. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009917>
34. Malta DC, Szwarcwald CL, Machado IE, Pereira CA, Figueiredo AW, Sá ACMGN, et al. Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22(Suppl 2):e190005. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.2>

ANEXOS

Figura 1 – Caderneta da gestante



Fonte: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante-versao_eletronica_2022.pdf

CUIDADOS IMPORTANTES NA GRAVIDEZ

Veja aqui dicas para se manter saudável durante a gravidez

Durante a gravidez, procure ter uma alimentação saudável e diversificada, predominantemente de origem vegetal, rica em alimentos naturais e com o menor processamento industrial possível. Isso é importante para a saúde e bem-estar e para a formação e o crescimento adequado do bebê. Estes são os dez passos para uma alimentação adequada e saudável.

1

Faça de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação. Procure consumir uma variedade de alimentos *in natura* e minimamente processados, além de ingerir água, para suprir a necessidade de nutrientes fundamentais nesse evento da vida. Faça uso de alimentos obtidos diretamente de plantas ou animais, como feijões, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, carnes e ovos, para tornar sua alimentação mais saudável e saborosa. O consumo ao longo do dia, de pequenos lanches baseados em alimentos *in natura* e minimamente processados pode evitar fraquezas e desmaios comuns nessa fase.

2

Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. O consumo excessivo de açúcar aumenta o risco de doenças do coração, diabetes, obesidade e outras condições crônicas, enquanto o sal e as gorduras em excesso contribuem para o desenvolvimento de pressão alta e obesidade, respectivamente.

3

Limite o consumo de alimentos processados, que são aqueles que recebem sal, açúcar ou óleo para durar mais tempo, como conservas de legumes, compota de frutas, carne seca e taurina, sardinha e atum enlatados, queijos e pães feitos de farinha de trigo refinada (branca).

4

Evite o consumo de alimentos ultraprocessados, aqueles não reconhecidos pela lista de ingredientes. Se nesta lista não estiverem listadas substâncias que não são usadas em casa, provavelmente é um alimento ultraprocessado. Esses alimentos têm pequenas quantidades de "comida de verdade". Eles contêm, em

MINISTÉRIO DA SAÚDE

industrializados ou néctares, iogurtes e bebidas lácteas azúcares e aromatizados, produtos congelados e prontos para aquecer, nuggets, salsichas e outros embutidos e pães que contêm levedura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite e aditivos.

- 5 **Coma com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.** Faça refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e pequenos lanches, evitando "beliscar" nos intervalos. Devagar, desfrutando da sua refeição. Compartilhe esse momento prazeroso com familiares e/ou amigos.
- 6 **Faça compras em locais que ofereçam variedade de alimentos *in natura* ou minimamente processados.** Faça compras de alimentos em mercados, feiras livres, feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados, legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e agroecológicos, de preferência diretamente dos produtores.
- 7 **Desenvolva, exercite e partilhe suas habilidades culinárias.** Converse com pessoas que tenham o hábito de cozinhar, peça receitas, leia livros e consulte a internet para aprender coisas novas.
- 8 **Planeje o uso do tempo para dar à alimentação o valor que ela merece.** Procure planejar suas compras de acordo com o que pretende cozinhar durante a semana e dividir com os membros de sua família a responsabilidade por essas atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições.
- 9 **Dê preferência, quando fora de casa, a locais que ofereçam refeições feitas na hora, como restaurantes de comida caseira, quilo, cozinhas comunitárias e restaurantes populares.** Gasta menos e pode comer uma maior variedade de alimentos. Evite redes de *fast-food*.
- 10 **Seja crítica quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.** Avalie bem o que você lê, vê e ouve e estimule outras pessoas a fazerem o mesmo.

Além desses cuidados, é importante o uso de ácido fólico e ferro. O ácido fólico deve ser usado diariamente pelo

Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf



Exame preventivo de câncer de colo de útero – este exame precisa ser realizado periodicamente por todas as mulheres que já tiveram relações sexuais a partir de 25 anos. Procure saber se você tem a necessidade de fazê-lo durante o pré-natal. Este exame pode ser realizado em qualquer fase da gestação.



Teste rápido de sífilis e VDRL – esses testes identificam a sífilis, uma doença sexualmente transmissível que pode ser passada da gestante para o bebê durante a gravidez. Quando não tratada, a sífilis pode causar abortamento do feto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, malformações e morte do recém-nascido. Em caso de teste positivo, tanto a gestante quanto seu parceiro(a) devem ser tratados o mais rápido possível, pois se o(a) parceiro(a) não se tratar, a gestante é novamente infectada. O tratamento da sífilis com penicilina benzatina é o único realmente eficaz de tratar o bebê ainda na barriga da mãe e prevenir que ele tenha algum problema. Esse tratamento deve ser feito na Unidade Básica de Saúde onde é realizado o pré-natal. Você e seu (sua) parceiro(a) devem realizar o teste de sífilis pelo menos no primeiro e no terceiro trimestre de gravidez.



Avaliação odontológica – identifica os agravos bucais e a necessidade de tratamento odontológico durante a gestação. O radiograma é uma parte dessa avaliação e é muito importante para identificar se você tem algum problema com sua gengiva ou outros tecidos ao redor do dente.



Testes de HIV – identificam o vírus causador da doença que compromete o sistema de defesa do organismo, provocando a perda da resistência e da proteção contra outras doenças. Pode ser transmitido de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, maior a chance de a mulher e seu bebê ficarem saudáveis. Você deverá realizar o teste rápido de HIV no primeiro (primeiro trimestre) e no final da gestação (terceiro trimestre). Ele também poderá ser feito no momento do parto.



Teste de malária – deve ser realizado em todas as gestantes com sintomas nas regiões que têm a doença.



Testes para hepatite B (HBsAg) – identificam o vírus



É importante participar do grupo de gestantes, no qual você poderá trocar experiências com outras mulheres e com os profissionais de saúde.

CONHEÇA OS PRINCIPAIS EXAMES QUE VOCÊ DEVE REALIZAR DURANTE O PRÉ-NATAL E AS VACINAS QUE VOCÊ DEVE TOMAR DURANTE A GESTAÇÃO



Tipagem sanguínea e fator Rh – identifica seu tipo sanguíneo. Se a gestante tem Rh negativo e o pai do bebê tem Rh positivo, ela deve fazer um outro exame durante o pré-natal, o Coombs Indireto. Após o nascimento, caso o bebê tenha Rh positivo, a mulher deverá tomar uma injeção para evitar problemas na próxima gestação. Você tem direito à imunoglobulina anti-D pelo SUS.



Hemograma – identifica problemas como anemia (falta de ferro no sangue), que é comum na gravidez e deve ser tratada.



Eletroforese de hemoglobina – identifica a doença falciforme e a talassemia e outras hemoglobinopatias, que são hereditárias e requerem cuidados especiais na gravidez.



Glicemia – mede a quantidade de açúcar no sangue. Se estiver alta, pode indicar diabetes, que deve ser cuidada com acompanhamento médico.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ORIENTAÇÕES PARA MONITORAMENTO DO GANHO DE PESO GESTACIONAL

1) Calcule o seu índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso pré-gestacional (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

Altura (m): Peso pré-gestacional (kg): IMC pré-gestacional (kg/m²):

2) Classifique o seu IMC pré-gestacional de acordo com a tabela abaixo e selecione o gráfico de acompanhamento do ganho de peso adequado:

IMC (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Gráfico de acompanhamento
< 18,5	<input type="radio"/> Baixo peso	Página 19
≥ 18,5 e < 25	<input type="radio"/> Eutrofia	Página 20
≥ 25 e < 30	<input type="radio"/> Sobrepeso	Página 21
≥ 30	<input type="radio"/> Obesidade	Página 22

3) Realize a medida de peso com o mínimo de roupa possível, descalça, em pé, no centro da balança, com os pés juntos e os braços ao longo do corpo.

4) Calcule o ganho de peso até a data da consulta de pré-natal:

$$\text{Ganho de peso} = \text{Peso medido na consulta} - \text{Peso pré-gestacional}$$

5) Marque o ganho de peso de acordo com a semana gestacional no gráfico de acompanhamento selecionado no item 2 e verifique se o ganho está dentro da faixa recomendada (faixa mais escura do gráfico).

Utilize o peso AMFSS do computador para calcular o IMC pré-gestacional

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO

Baixo peso (IMC < 18,5)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE

Fonte: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante-versao_eletronica_2022.pdf

Figura 2 – Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (grupos de exames da gestante por trimestre - 1º trimestre)

Atendimento/13205376/soap/solicitacao-exame/comunit

Martins de Menezes Batista | Feminino
1966 CPF 231.030.432-87 CNS 704207710905086 N

Histórico Vacinação Cadastro do cidadão Agen

diversas

CTAP 2

condições

IA (E221)

NÃO-INSULINO-D

INO-DEPENDENT

NÃO-INSULINO-D

da hoje.

2022 | 09h14min

2022 | 09h48min

11/2022 | 09h14m

11/2022 | 09h48m

11/2022 | 09h14

Grupo de exames ⓘ

- Gestante 1º trimestre >
- Gestante 2º trimestre >
- Gestante 3º trimestre >
- Risco cardiovascular >

Todos os exames

Determinação direta e reversa de grupo ABO

EAS / EQU

Eletroforese de hemoglobina

Glicemia

Hemograma

Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma

Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma

Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite (hbsag)

Pesquisa de fator rh (inclui d fraco)

Sorologia para HIV

Teste não treponemico p/ detecção de sífilis em gestar

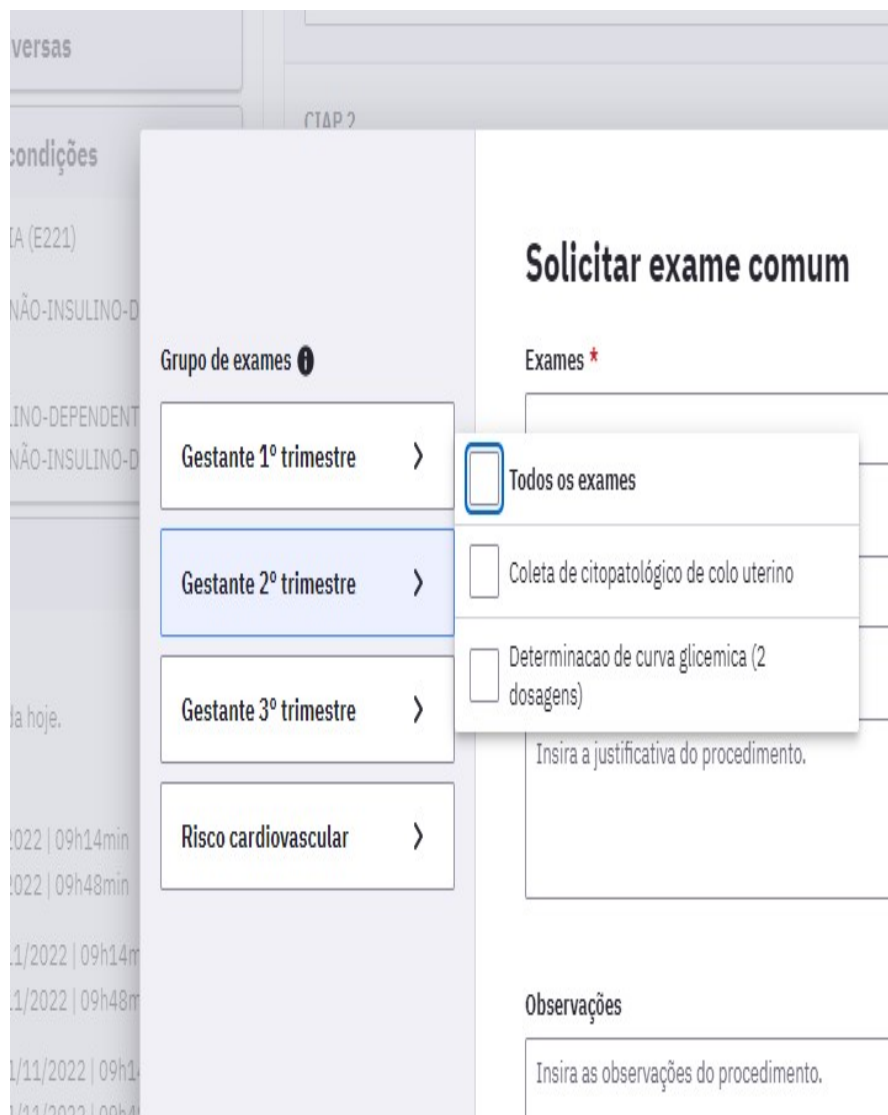
Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/

Teste rápido para hepatite c

Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/marceiro

Fonte: <https://pec2.manaus.am.gov.br/lista-atendimento/atendimento/13205376/soap>

Figura 2.1 – Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (grupos de exames da gestante por trimestre - 2º trimestre)



versas

CTAP 2

condições

IA (E221)

NÃO-INSULINO-D

INO-DEPENDENT

NÃO-INSULINO-D

la hoje.

022 | 09h14min

022 | 09h48min

1/2022 | 09h14m

1/2022 | 09h48m

1/11/2022 | 09h1

1/11/2022 | 09h4

Solicitar exame comum

Grupo de exames ⓘ

- Gestante 1º trimestre >
- Gestante 2º trimestre >**
- Gestante 3º trimestre >
- Risco cardiovascular >

Exames *

- Todos os exames
- Coleta de citopatológico de colo uterino
- Determinação de curva glicêmica (2 dosagens)

Insira a justificativa do procedimento.

Observações

Insira as observações do procedimento.

Fonte: <https://pec2.manaus.am.gov.br/lista-atendimento/atendimento/13205376/soap>

Figura 2.2 – Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (grupos de exames da gestante por trimestre - 3º trimestre)

The image shows a screenshot of the PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) interface. On the left, there is a sidebar with a section titled "Grupo de exames" (Exam Group) containing four options: "Gestante 1º trimestre", "Gestante 2º trimestre", "Gestante 3º trimestre" (which is highlighted in blue), and "Risco cardiovascular". On the right, a list of exams is displayed, each with an unchecked checkbox. The exams listed are: "Todos os exames", "Antibiograma", "Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina", "Dosagem de glicose", "Hemograma completo", "Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma", "Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma", "Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite b (hbsag)", "Pesquisa de anticorpos ANTI-HIV-1 + HIV-2 (elisa)", "Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes", "Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro", "Teste rápido para detecção de infecção pelo hbv", and "Teste rápido para detecção de hepatite c".

Grupo de exames	Exames
Gestante 1º trimestre	<input type="checkbox"/> Todos os exames
Gestante 2º trimestre	<input type="checkbox"/> Antibiograma
Gestante 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina
Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dosagem de glicose
	<input type="checkbox"/> Hemograma completo
	<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma
	<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma
	<input type="checkbox"/> Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite b (hbsag)
	<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos ANTI-HIV-1 + HIV-2 (elisa)
	<input type="checkbox"/> Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes
	<input type="checkbox"/> Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro
	<input type="checkbox"/> Teste rápido para detecção de infecção pelo hbv
	<input type="checkbox"/> Teste rápido para detecção de hepatite c

Fonte: <https://pec2.manaus.am.gov.br/lista-atendimento/atendimento/13205376/soap>

Figura 2.3 – Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (grupos de exames da gestante por trimestre – Risco cardiovascular)

The image shows a screenshot of the 'Solicitar exame comum' (Request common exam) dialog box in the PEC system. The dialog is overlaid on a background interface showing a list of exam groups for a pregnant woman, with 'Risco cardiovascular' (Cardiovascular risk) selected. The dialog box contains the following elements:

- Header:** 'Solicitar exame comum' with a close button (X) in the top right corner.
- Exam Selection:** A list of exams, each with a checkbox and a dropdown menu:
 - Todos os exames
 - Colesterol total
 - Creatinina
 - Determinação de curva glicêmica (2 dosagens)
 - Dosagem de potássio
 - Dosagem de triglicerídeos
 - EAS / EQU
 - Eletrocardiograma
 - Glicemia
 - HDL
 - Hemoglobina glicada
 - LDL
- Text Fields:** Two text input fields are present, one associated with 'EAS / EQU' and another with 'HDL'. Both have character counts: '0/500 caracteres' and '0/250 caracteres' respectively.
- Buttons:** 'Cancelar' (Cancel) and 'Salvar' (Save) buttons are located at the bottom right of the dialog.

Fonte: <https://pec2.manaus.am.gov.br/lista-atendimento/atendimento/13205376/soap>

Figura 4 - Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA)

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR (QFA)

Produtos	Porção consumida (nº/ descrição)	Frequência					
		1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	5 a 6 vezes por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês
LEITE E DERIVADOS							
Leite desnatado ou semi-desnatado							
Leite integral							
logurte							
Queijo branco (minas/ frescal)							
Queijo amarelo (prato/ mussarela)							
Requeijão							
CARNES E OVOS							
Ovo frito							
Ovo cozido							
Carne de boi							
Carne de porco							
Frango							
Peixe fresco							
Peixe enlatado (sardinha/ atum)							
Embutidos (salsicha, lingüiça, fiambre, salame, presunto, mortadela)							
Carne conservada no sal (bacalhau, carne seca/sol, pertences de feijoada)							
Visceras (fígado, rim, coração)							
ÓLEOS							
Azeite							
Molho para salada							
Bacon e toucinho							
Manteiga							
Margarina							
Maionese							
PESTISCOS E ENLATADOS							
Snacks (batata-frita, sanduíches, pizza, esfiha, salgadinhos, cheetos, amendoim)							
Enlatados (milho, ervilha,							

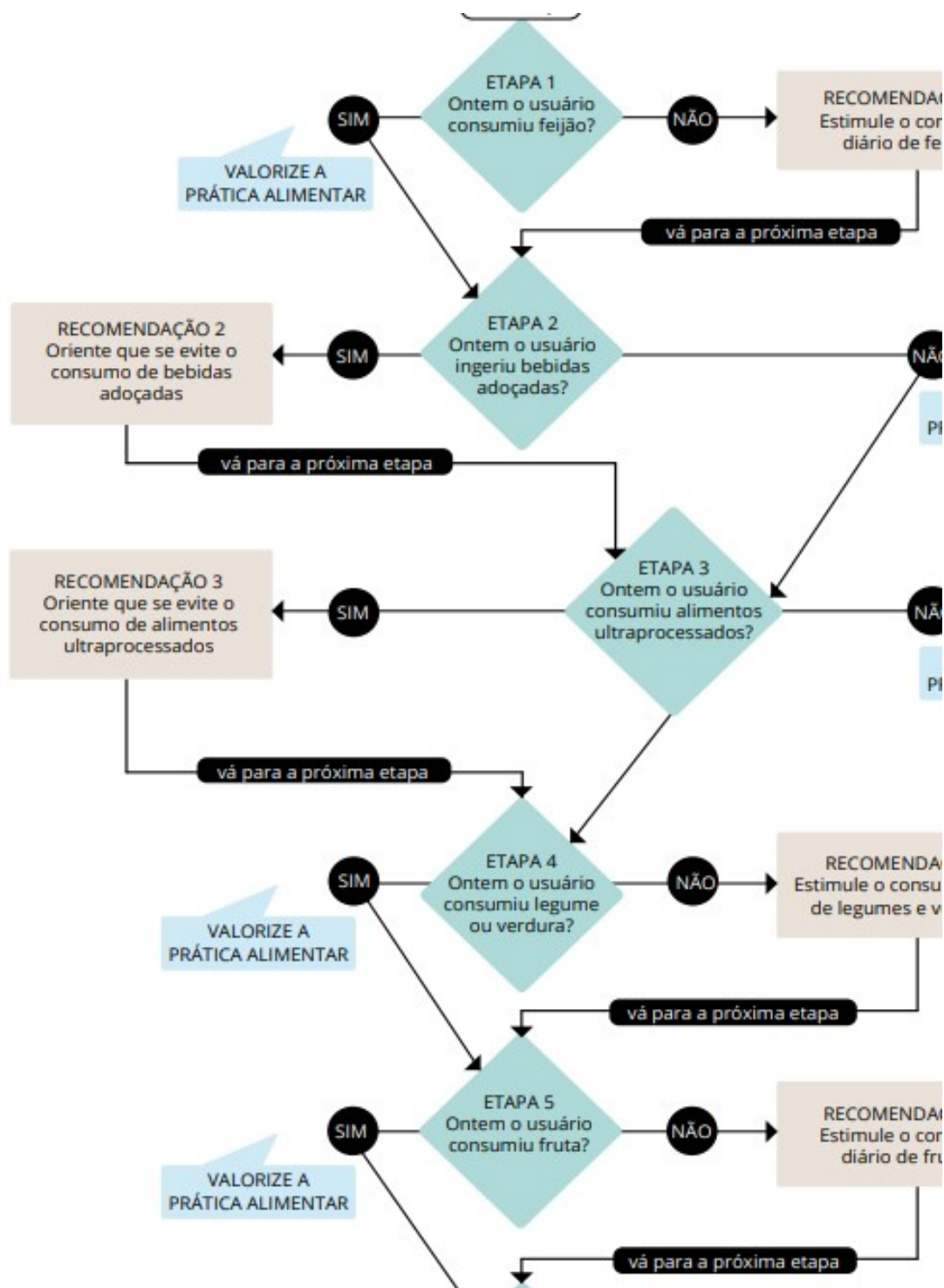
Fonte: RIBEIRO et al, 2006

Figura 5 - Quadro de Avaliação do Estado Nutricional da Gestante Segundo Índice de Massa Corporal por Semana Gestacional

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

Fonte: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/5521b01341a2c.pdf](https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/5521b01341a2c.pdf)

Figura 6 - Fluxograma de orientação alimentar para a gestante



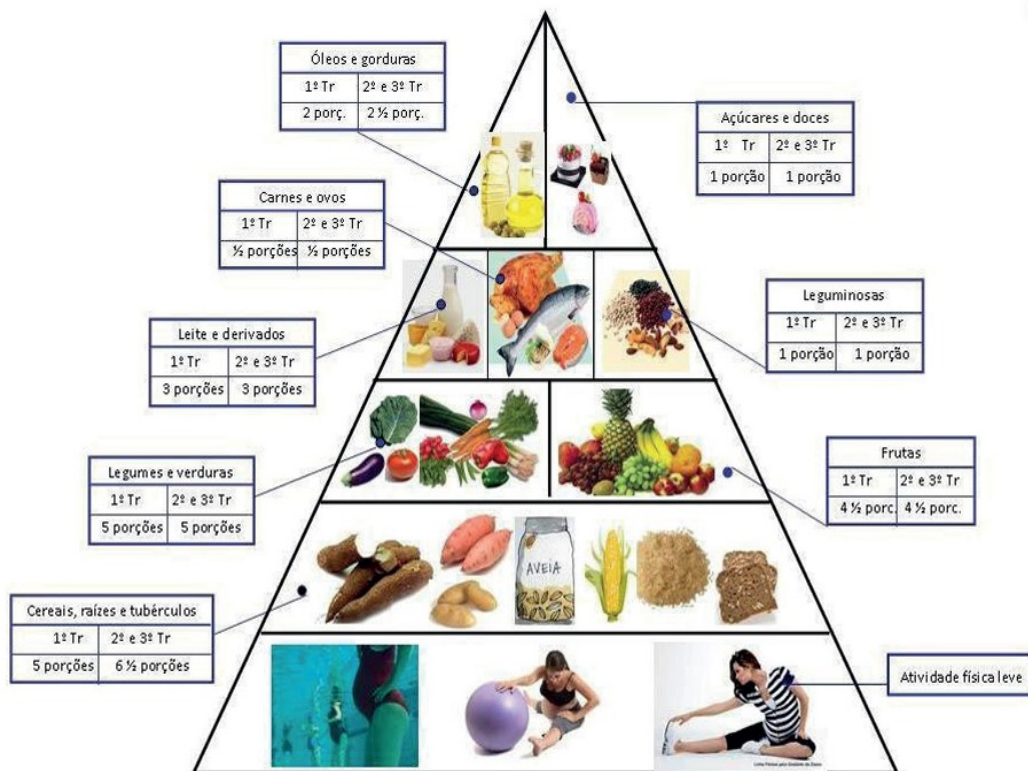
Fonte: elaborado pelos autores

Figura 7 - Determinantes Sociais da Saúde da Gestante, de acordo com o modelo proposto por *Dahlgren e Whitehead*



Fonte: Dahlgren e Whitehead (adaptado)

Figura 8 – Pirâmide Alimentar Gestacional



Fonte: Demétrio, F, 2010