

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE RN

JORDANA GISELE FERNANDES DA SILVA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA OBESIDADE GESTACIONAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA EM MOSSORÓ/RN**

MOSSORÓ

2018

JORDANA GISELE FERNANDES DA SILVA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA OBESIDADE GESTACIONAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA EM MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada a Faculdade Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADOR (A):** PROFA. ESP. LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS MELO

MOSSORÓ

2018

S586p

Silva, Jordana Gisele Fernandes da.

Perfil sóciodemográfico da obesidade gestacional na atenção básica em Mossoró/ Jordana Gisele Fernandes da Silva. – Mossoró, 2018.  
48f.

Orientador: Prof. Esp. Livia Helena Morais e Freitas Melo

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Obstetrícia. 2. Obesidade Gestacional. 3. Enfermagem. I. Título. II. Melo, Livia Helena Morais e Freitas.

CDU 618.2

JORDANA GISELE FERNANDES DA SILVA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA OBESIDADE GESTACIONAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA EM MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada pela aluna Jordana Gisele Fernandes da Silva do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas Melo (FACENE/RN)

ORIENTADORA

---

Profª. Esp. Raika Kerla da Silva

MEMBRO

---

Profª. Gívilla Bezerra Mendonça

MEMBRO

*“O que realmente vale a pena é correremos atrás do que queremos sem nos sentirmos acuados por alguns pensamentos a nossa volta, coisas e pessoas ainda fazem parte dos nossos sonhos e por eles devemos ir além do que podemos. Vontades todos nós temos, de amar, de viver, de ser feliz, de conquistar, mas nada é tão sério quanto o grito da alma da gente dizendo... Vai lá... é com você...corra atrás, arrisque. O mínimo que você poderá receber é um não impiedoso da vida. Mas ainda sim continue desejando, querendo, lutando pelo que realmente lhe tira o chão. Oportunidades sempre chegam ligeiras, se insinuando pra gente, o fato é que poucos são ousados para agarrá-las. Quebrar a cara faz parte vez em quando, mas jamais nos tira o direito de seguir... Se o que o teu coração tanto quer vale a pena... então vai... sem medo de ser feliz...”*

**Cecilia Sfalsin**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e me permitir concluir essa fase da minha vida, sem ele eu não teria conseguido.

A minha orientadora pelo suporte a mim prestado, pela atenção, dedicação e correções.

Agradeço imensamente aos meus pais, que sempre foram o meu porto seguro, eu devo tudo o que sou a vocês.

Aos meus familiares e amigos que vibraram comigo todas as minhas conquistas nesses árduos 4 anos.

E agradeço a quem sempre esteve comigo me dando o suporte necessário.

## RESUMO

A obesidade é determinada como um desequilíbrio metabólico, entre gasto calórico e alimentação. Considerada hoje um grave problema de saúde pública, pois afeta grande parte da população e é um fator de risco quando associado a gestação. Estudos demonstram que na população grávidas obesas há uma elevação dos riscos de complicações durante a gestação. As principais complicações maternas que possam vir a ocorrer são: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, doenças tromboembólicas, entre outras. Tendo como objetivo geral: Caracterizar o perfil sociodemográfico da obesidade gestacional em usuárias da Atenção Básica, relacionando este cenário às consequências e possíveis complicações materno-infantis. E como objetivos específicos: Conhecer o perfil das gestantes com obesidade, atendidas na Atenção Básica; Descrever a prevalência da obesidade na gestação e suas co-morbidades; Relatar possíveis complicações advindas da obesidade na gravidez nas mulheres e investigar se ocorre o tratamento para os casos detectados. Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório e descritivo. A pesquisa foi realizada nas unidades básicas de saúde: Maria Soares Da Costa, UBS Dr. Joaquim Saldanha e na Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Porto, no município de Mossoró/RN. A população da pesquisa foi composta pelas gestantes atendidas na atenção básica, representado uma amostra de 30 participantes. Foi utilizado um roteiro para a coleta dos dados disponíveis nos prontuários de usuárias dos locais de pesquisa. A aprovação ocorreu através do protocolo: N° 113/2018, parecer: 2.878.931e CAAE: 89233318.9.0000.5179. Foi enviado um Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN ao local pesquisado. Mediante assinatura do termo de consentimento para utilização de dados (TCUD) pelos responsáveis, foram colhidas e trabalhadas estatisticamente as informações contidas nos prontuários. Utilizou-se a análise quantitativa, por meio de cálculos de porcentagens e frequências simples, apresentados posteriormente em gráficos e tabelas Os resultados serão encaminhados para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nova Esperança de Mossoró e para o local de pesquisa. É fundamental evidenciar que foi respeitado com rigor os preceitos éticos e bioéticos relacionados à pesquisa com seres humanos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e os aspectos éticos contemplados na Resolução do COFEN 564/2017. Nos resultados deste estudo constatou-se uma predominância das mulheres gestantes terem uma idade mais avançada, devido a uma inserção no mercado de trabalho. Notou-se também uma índice escolar baixo, uma necessidade maior de informação e a prevalência dos agravos de complicações maternas em mulheres obesas. Conclui-se que a pesquisa teve importância grandiosa, pois além de ter sido uma via para a construção de conhecimentos e informações, vai servir como alerta para as mulheres. Com isso, deve-se haver uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, afim de evitar complicações oriundas da obesidade gestacional, disseminando conhecimentos concretos para o alcance dos objetivos de melhora da saúde da população.

**Descritores:** Enfermagem. Obesidade. Gestação.

## ABSTRACT

Obesity is determined as a metabolic imbalance, between caloric expenditure and food. Considered today a serious public health problem, because it affects a large part of the population and is a risk factor when associated with gestation. Studies have shown that in the obese pregnant population there is an increased risk of complications during pregnancy. The main maternal complications that may occur are: gestational hypertension, pre-eclampsia, gestational diabetes, thromboembolic diseases, among others. Having as general objective: To characterize the sociodemographic profile of gestational obesity in users of Primary Care, relating this scenario to the consequences and possible maternal-infant complications. And as specific objectives: To know the profile of pregnant women with obesity, attended in Primary Care; To describe the prevalence of obesity during pregnancy and its comorbidities; To report possible complications arising from obesity in pregnancy in women and to investigate if treatment occurs for the cases detected. This study is a quantitative research of exploratory and descriptive character. The research was carried out in some Basic Health Units: Maria Soares da Costa, Dr. Joaquim Saldanha and Dr. Chico Porto, all located in Mossoró / RN. The research population consisted of pregnant women attending primary care, representing a sample of 30 participants. A script was used to collect the data available in the patient records of the search location. The approval took place through the protocol: No. 113/2018, opinion: 2,878,931 and CAAE: 89233318.9.0000.5179. An Office was sent by the Coordination of the Nursing Course of FACENE Mossoró-RN to the place searched. By signing the consent form for use of data (TCUD) by those responsible, the information contained in the medical records was collected and statistically worked. The quantitative analysis was used by calculations of percentages and simple frequencies, presented later in graphs and tables. The results will be forwarded for approval by the Research Ethics Committee of the Faculdade Nova Esperança in Mossoró and for the research location. It's essential to point out that the ethical and bioethical principles related to research with human beings set forth in Resolution 466/12 of the National Health Council and the ethical aspects contemplated in COFEN Resolution 564/2017 have been strictly observed. In the results of this study, a predominance of pregnant women was found to be more advanced due to their insertion in the labor market. There was also a low school level, a greater need for information and the prevalence of complications of maternal complications in obese women. It is concluded that the research had great importance, since it was also a way to build knowledge and information, will serve as an alert for women. Concluding, there should be increased attention on the part of health professionals, in order to avoid complications arising from gestational obesity, disseminating concrete knowledge to reach the goals of improving the health of the population.

**Keywords:** Nursing. Obesity. Gestation.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.2 JUSTIFICATIVA.....	11
1.3 PROBLEMÁTICA.....	12
1.4 HIPÓTESE .....	12
1.5 OBJETIVOS .....	12
1.5.1 Objetivo Geral.....	12
1.5.2 Objetivos Específicos .....	12
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
2.1 Obesidade Materna: Prevalência e Complicações. ....	12
2.2 Efeitos da Obesidade na Fertilidade e Concepção.....	13
2.3 Complicações Maternas: Abortamento .....	14
2.4 Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).....	14
2.5 Hipertensão Arterial na Gestação: Definição.....	15
2.5.1 Fatores de Risco.....	16
2.5.2 Diagnóstico e Classificação.....	16
2.5.3 Tratamento.....	17
2.6 Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia.....	17
2.7 Tromboembolismo Venoso.....	18
2.8 Macrossomia Neonatal.....	19
2.9 Fatores Psicossociais.....	20
<b>3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>20</b>
3.1 TIPO DA PESQUISA .....	20
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	22
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	23
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	23
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
3.7.1 Riscos e benefícios da pesquisa.....	24
3.8 FINANCIAMENTO .....	24
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico.....	25

<b>Tabela 1.....</b>	<b>25</b>
4.2 O perfil da obesidade gestacional.....	31
<b>Tabela 2.....</b>	<b>31</b>
4.2.1 Relação entre a obesidade e o período gestacional.....	32
4.2.2 História pregressa da obesidade.....	33
4.2.3 Histórico gestacional.....	34
4.2.4 Patologias anteriores ao processo gestacional.....	34
4.2.5 Ocorrência de patologias durante a gestação.....	35
4.2.6 Agravos mais citados.....	35
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>44</b>
<b>A- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD).....</b>	<b>44</b>
<b>B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>
<b>CERTIDÃO.....</b>	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A obesidade é determinada como um desequilíbrio metabólico, entre gasto calórico e alimentação. Também caracterizada pelo acúmulo de tecido adiposo no organismo, que geram prejuízos para a saúde do paciente. Considerada hoje um grave problema de saúde pública, pois afeta grande parte da população e é um fator de risco quando associado a gestação. (AMARAL, et al, 2014)

O período gestacional é um evento complexo, com alterações em diversas esferas da vida da gestante. A mãe carrega no seu corpo a fonte de nutrição e crescimento para o feto. As circunstâncias de saúde como as práticas alimentares maternas afetam o desenvolvimento do bebê. Devido a essa situação as gestantes são sensibilizadas para o cuidado e planejamento alimentar, para que dessa maneira obtenha uma gestação tranquila, fazendo com que ocorra menos intercorrências e complicações durante esse período gestacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Alguns dos fatores responsáveis por contribuir no ganho de peso excessivo é a facilidade do acesso a alimentos obesogênicos e a inatividade física, o que tem se tornado cada vez mais comum na vida da população. Considerada uma patologia de difícil reversão, pois a população que está acima do peso não conseguem mudar o seu estilo de vida. (CORRÊA JUNIOR, FRATTESI, 2010)

Estudos demonstram que na população grávidas obesas há uma elevação dos riscos de complicações durante a gestação. As principais complicações maternas que possam vir a ocorrer são: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragia pós-parto, infecções, doenças tromboembólicas e morte materna. É consideravelmente maior número de partos cesarianos (RAPOSO, et al, 2011)

Em gestantes obesas, existe uma maior probabilidade do prolongamento do trabalho de parto. As parturientes obesas também apresentam uma elevada gravidade de hospitalização prolongada e infecção, independente da via de parto. Essas pacientes também apresentam uma dificuldade superior para amamentar, em relação as mães não obesas. (ABESO, 2017)

O Ganho de Peso Gestacional Excessivo (GPGE) durante a gestação pode induzir ao desencadeamento da obesidade em mulheres, associando-se também a um risco maior de parto prematuro, hemorragias, macrossomia e traumas fetais. Além disso, o GPGE não é favorável para a saúde do bebê, podendo desencadear graves complicações para o binômio materno fetal. A avaliação e monitoramento do estado nutricional das gestantes durante as consultas de pré-natal e a intervenção da equipe de saúde precocemente são fundamentais para redução de riscos maternos-fetais. (GODINHO, et al, 2014)

Blomberg M. (2011 apud SEABRA et al, 2011) evidenciaram que um dos mais considerados influenciadores no ganho de peso durante o período gestacional é o peso pré-gestacional. O excessivo ganho de peso durante o período gestacional, é um contribuinte para a epidemia da obesidade nos tempos atuais, sendo motivo de preocupações para os profissionais de saúde. Dessa forma, houve novas orientações para ser seguido antes, durante e depois do parto, devido a obesidade ser um fator negativo para a saúde materna e fetal. No período pré-concepção as gestantes obesas devem receber orientações melhorando a sua qualidade de vida, como: ajustar a sua alimentação, para se obter hábitos alimentares mais saudáveis, praticar atividades físicas dentro do recomendado, influenciando na normalização do seu peso. No decorrer do período de gestação, as mulheres devem ser motivadas a estabelecer um padrão de ganho de peso, dentro das recomendações. Um fator para se induzir é a amamentação, mostrando a otimização para a saúde infantil, e um contribuinte para normalizar mais rápido o seu peso, ajudando assim, a melhoria da sua qualidade de vida.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Em tempos em que o sedentarismo e a alimentação inadequada está presente na vida de maior parte da população, e as mulheres obtém uma prevalência maior que os homens, um problema toma proporções cada vez mais aceleradas: a obesidade durante o período gestacional. Surge sobre essa perspectiva o interesse pela temática, sobre pesquisar os riscos da obesidade durante a gestação, identificar se é um fator que torna a gestação de alto risco, e a repercussão da obesidade para a futura para mãe, e para a população que está em idade reprodutiva, conhecendo assim, os riscos que a obesidade durante o período gestacional proporciona, ressaltando-se as consequências para as mulheres. O tema da pesquisa também foi escolhido devido ao número de gestantes com obesidade gestacional encontrado na unidade de básica de saúde.

A obesidade se tornou um problema de saúde pública, que quando está associado a gestação pode-se agravar. Obesidade materna está intimamente associada ao desenvolvimento de patologias que podem dificultar a passagem pelo período gestacional, como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções, pré-eclâmpsia, entre outros. Para se haver uma prevenção ou minimização dos riscos inerentes a essas complicações durante a gravidez, a equipe de saúde e a mãe devem estar atentos para detectar e eliminar os fatores de risco. Deve-se haver uma efetiva atenção quando se trata do estado nutricional das gestantes, pois a boa condição do mesmo, ou a detecção precoce do desvio no estado nutricional, efetivará o desfecho da gestação, sendo benéfico tanto para a mãe, quanto para o feto.

Alterações fisiológicas e anatômicas marcam o período gestacional. O ganho de peso excessivo durante esse período não está relacionado apenas com a necessidade fisiológica de se alimentar, mas também pode estar associado com a fase de ansiedade e fragilidade, ou também com alterações psicológicas e emocionais, levando a compulsão alimentar. É nessa perspectiva que a mulher deve receber orientações adequadas, alertando-a dos possíveis riscos, incentivando a mudança dos hábitos alimentares, ganhando somente o valor calórico dentro do permitido, e dando uma assistência de maneira a impedir um resultado desfavorável durante a gestação.

### 1.3 PROBLEMÁTICA

Diante dessa interpretação constitui-se o seguinte questionamento: Qual o perfil sociodemográfico da obesidade gestacional em usuárias da Atenção Básica no município de Mossoró/RN?

### 1.4 HIPÓTESE

A obesidade pode afetar a saúde e a qualidade de vida materna, trazendo-lhe, inclusive, a probabilidade de ocasionar complicações e intercorrências durante a gravidez. Supõe-se que a baixa escolaridade e renda familiar influenciem diretamente na detecção e tratamento deste agravo, que poderá acarretar em consequências quanto às complicações na gestação, puerpério e também ao recém-nascido.

### 1.5 OBJETIVOS

#### 1.5.1 Objetivo Geral

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da Obesidade Gestacional em usuárias da Atenção Básica, relacionando este cenário às consequências e possíveis complicações materno-infantis.

#### 1.5.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil das gestantes com obesidade, atendidas na Atenção Básica;
- Descrever a prevalência da obesidade na gestação e suas co-morbidades;
- Relatar possíveis complicações advindas da obesidade na gravidez nas mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde em Mossoró/RN;
- Investigar se ocorre o tratamento e/ou encaminhamento para os casos detectados.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Obesidade Materna: Prevalência e Complicações.

A obesidade tem aumentado com uma prevalência significativa em toda a população, com isso a predominância da obesidade e sobrepeso em gestantes também tem se tornado uma preocupação para as equipes de saúde. Um estudo demonstrou que entre os anos de 1990 e 2002/2004, no Reino Unido 18,9% das gestantes deram início ao período gestacional já obesas, havendo portanto, uma prevalência da obesidade no período pré-gestacional. Devido ao elevado número de obesidade durante a gestação, é de grande importância orientações adequadas, pois esse fato pode ter um impacto de grandes e pequenas proporções sobre a saúde da mãe e a do seu bebê. (CIDADE, et al, 2011)

Conforme os dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), no Brasil, baixos índices de déficits de peso foram encontrados nas mulheres brasileiras, somente cerca 3,5% entre as idades de 15 a 49 anos. A predominância de obesidade considerada para as mulheres obesas, entre essa faixa etária foi estimada de 16%, havendo uma variação de acordo com a regiões: 12,8% na região Norte a 19,4% na região Sul. A idade e o número de filhos da mulher são variáveis que tende elevar a frequência da obesidade. (BRASIL 2008 apud DREHMER, 2010)

No ano de 2008, um estudo relacionado às recomendações alimentares para mulheres com sobrepeso e obesidade gestacional foi publicado. Nesse estudo foi argumentado que no mínimo 1.500 Kcal. tinham que ser ingeridas diariamente. Levando em conta um acréscimo de 100Kcal/dia podendo chegar até 200Kcal/dia até o final da gestação. Tem que ser levado em conta a preferência pela restrição do consumo de carboidratos simples, dando a predileção para consumir frutas e fazer devidamente as 3 refeições diárias. (GALTIER 2008 apud DREHMER, 2010)

Embora seja um fator de normalidade o ganho de peso durante o período gestacional, deve ser controlado, pois a incidência de pré-eclâmpsia, desenvolvimento do diabetes mellitus gestacional (DMG), hipertensão arterial, infecções entre outros, tem probabilidade aumentada para mulheres que possuam um ganho de peso excessivo durante a gravidez e índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional elevado. (AMARAL, et al, 2014)

Em concordância com o Ministério da Saúde, são consideradas gestantes de risco, as mulheres identificadas com excesso de peso durante esse período. É de extrema importância essas mulheres receberem uma atenção diversificada, com orientações alimentares devidas e avaliação clínica laboratorial. Deve ser realizado o acompanhamento nutricional dessas mulheres durante toda a gestação. (BRASIL, 2006)

## 2.2 Efeitos da Obesidade na Fertilidade e Concepção

O Ministério da saúde (2005 apud NOGUEIRA, CARREIRO, 2013) deixaram evidente que a diminuição da fertilidade em mulheres, está relacionada a obesidade. Na condição de diminuição de peso dessas mulheres obesas que apresentam infertilidade, haverá um aumento da periodicidade de ovulação e as chances de gravidez tornam-se maiores. A síndrome dos ovários policísticos (SOP), acomete de 5 a 7% as mulheres, e está intimamente ligada com o índice de massa corpórea elevada. O fato da não ovulação está mais frequente nas mulheres com SOP obesas.

### 2.3 Complicações Maternas: Abortamento

Em estudo de Boots (2011 apud NOGUEIRA, CARREIRO, 2013) ficou comprovado que a obesidade está associada a alta taxa de abortamento espontâneo. Os número de abortos são mais elevados em mulheres obesas do que em não obesas.

Porém ainda a um número pequeno de estudos que evidenciam o abortamento devido a obesidade. Ainda precisa-se de evidências mais fortes, estudos que enfoquem mais o assunto. Contudo podemos considerar a obesidade como um fator de risco para essa população. (CIDADE, et al, 2011)

### 2.4 Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

O termo Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma definição de reconhecimento de intolerância à glicose durante a gravidez, podendo continuar após o parto. O Diabetes é um dos problemas metabólicos mais comum no período gestacional com predominância entre 3% e 25% das gestações, podendo desencadear o aparecimento do Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) durante a gestação. Um dos fatores de risco mais predominante para DMG é o sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual. (OPPERMANN, 2004, apud, Diretrizes SBD, 2015)

A existência de (DMG) é três vezes maior em grávidas obesas que na população geral. O aumento fisiológico da resistência à insulina aparece na gestação de mulheres mesmo com o peso adequado, nas gestantes obesas essa característica predomina de forma exagerada, favorecendo o aparecimento de DMG. Para detectar-se a Diabetes nas grávidas acima do peso adequado, recomenda-se o rastreamento já no primeiro trimestre, através do exame glicemia de jejum, objetivando-se diagnosticar pacientes diabéticas não identificadas. O aparecimento de DM2 é duas vezes maior em mulheres obesas com antecedentes de DMG, comparada a mulheres magras com o mesmo histórico. O peso materno é um fator de risco para parto pós-termo e infecções do trato urinário, durante o período gestacional. Porém em relação a parto pré-termo e anemia as obesas possui um risco menor. (ABESO, 2010)

Em torno de 200 mil casos por ano são decorrentes de complicações pelo DMG, aproximadamente 7% de gestações. É de extrema importância o diagnóstico de mulheres obesas com DMG, visando além de identificar mulheres com o risco de desenvolver diabetes no futuro, mas também minimizando riscos sobre o binômio mãe-filho. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, et al, 2010, apud, NOGUEIRA, et al, 2011)

Na consulta de pré-natal, quando for solicitado a glicemia de jejum, caso o valor identificado for  $\geq 126$  mg/dl, é feito o diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional. E é diagnosticado DMG quando a glicemia plasmática de jejum obter resultado de  $\geq 126$  mg/dl. Assim, deve ser feito uma segunda dosagem da glicemia para confirmação nos dois casos. (Diretrizes SBD, 2015)

Caso seja feita intervenções em gestantes com DMG, as ocorrências de efeitos negativos durante a gravidez tendem a diminuir. A orientação alimentar consiste no primeiro passo para o tratamento inicial do DMG, permitindo o ganho de peso adequado e controle metabólico. (SCHIRMER J, et al, 2000, DIRETRIZES SBD, 2015)

O valor calórico da dieta deve ser feito baseado no IMC, permitindo um ganho de mais ou menos 300g a 400g por semana. Respeitando as contraindicações obstétricas, a prática de exercício físico deve ser outra via para o tratamento. (FRANZ MJ, et al, 1994, apud, DIRETRIZES SBD, 2015). Aponta-se que o desencadeamento de DMG é aumentado com a presença da obesidade, e também pode ser associado a piora nos ciclos perinatais com a presença dessa patologia. (LANGER O, et al, 2005, apud, CIDADE, et al, 2011)

Considerando outros fatores como antecedentes familiar, idade materna, entre outros, há fortes evidências indicando que o peso pré-gestacional, provavelmente o excesso de peso é um dos fatores mais importantes para o desencadeamento de DMG. (YOGEV, et al, 2004, apud, CIDADE, et al, 2011)

## 2.5 Hipertensão Arterial na Gestação

A Hipertensão Arterial (HA) é considerada um problema de saúde pública, pois afeta hoje milhares de pessoas, é a doença cardiovascular mais comum entre as mulheres durante todo o seu período de vida, tendo uma grande possibilidade de ser desenvolvida durante o período gestacional. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, apud, SILVA, 2015)

Segundo (LOMBARDI, et al, 2015) hoje uma das complicações mais comuns e persistentes durante o ciclo gravídico-puerperal é a hipertensão gestacional, patologia essa que resulta em graves consequências para o binômio mãe-filho, pois apresenta elevado risco de morbidade e mortalidade. Por ser um fator determinante de morte materna, hoje o estudo sobre



a hipertensão arterial possui uma maior importância. As síndromes hipertensivas podem ter várias classificações como: hipertensão gestacional transitória, crônica, pré-eclâmpsia, a hipertensão crônica e eclâmpsia. Devido à gravidade da hipertensão associada a gestação, a mulher deve ser acompanhada regularmente durante o período de pré-natal.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.89) conceitua hipertensão arterial na gestação de acordo com os seguintes parâmetros:

- (a) A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores que 140mmhg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmhg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. (b) O aumento de 30mmhg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmhg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16<sup>o</sup> semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado e ainda é utilizados por alguns. Entretanto apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

### 2.5.1 Fatores de Risco

Existe diferenças entre a hipertensão gestacional e a hipertensão crônica, umas delas é que a gestacional tem começo e fim. A pressão arterial da gestante se eleva de 140/90mmhg durante o período da 20<sup>o</sup> semana de gestação e oito semanas após o parto. Mulheres com fatores predisponentes a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) devem ter o acompanhamento mais rigoroso no período de pré-natal. (BRASIL, 2013)

A etiologia ainda é desconhecida, mas pode ser considerando fatores que predispoem as gestantes a desenvolver a DHEG, entre eles estão: obesidade, gestação na adolescência ou a mulher com idade superior a 35 anos, primeira gestação, diabetes mellitus, estado nutricional, antecedentes familiar, falha na placentação, entre outros. (BRASIL, 2013)

### 2.5.2 Diagnóstico e Classificação

As diretrizes relaciona a hipertensão arterial como um grave problema de saúde pública, sendo um grande desafio para os profissionais da saúde, por ser uma doença silenciosa e pela pequena adesão ao pré-natal em determinados territórios do país. A hipertensão afeta mais da metade dos idosos do mundo e cerca de 30% da população adulta brasileira. É um fato de risco para o desencadeamento de doenças cardiovasculares e Acidente Vascular Encefálico (AVE). (MONTENEGRO, REZENDO FILHO, 2013, apud, LOMBARDI, et al, 2015)

O diagnóstico de da hipertensão arterial na gravidez é feito quando a os níveis for igual ou maior que 140/90mmHg. A aferição da pressão arterial deve ser feita sempre em toda consulta de pré-natal. O procedimento se dá com a gestante sentada, e o manguito do aparelho Esfigmomanômetro no braço da gestante com o mesmo na altura do coração, atentar para a posição das pernas da gestante, pois não podem estar cruzadas, isso pode alterar o valor do resultado final. Na ausculta deve atentar-se para a “batida” de suas medidas: Sístole e Diástole. (BRASIL, 2012)

Segundo (MOURA, et al, 2011) a Síndrome Hipertensiva da Gestação pode ser classificada então em quatro formas distintas:

- (a) Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (doença hipertensiva específica da gravidez) quando a hipertensão arterial surge após 20 semanas de gestação e associada à proteinúria ( $\geq 0,3$ g de proteína em urina de 24 horas ou  $\geq 2$  cruces em uma amostra urinária);
- (b) Hipertensão crônica de qualquer etiologia quando identificada antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação;
- (c) Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica a paciente previamente hipertensa desenvolveu proteinúria após 20 semanas de gestação;
- (d) Hipertensão gestacional quando a manifestação ocorreu após a 20ª semana de gestação.

### 2.5.3 Tratamento

Algumas estratégias para a equipe de saúde e para o enfermeiro, atentam para a melhoria do atendimento da gestante no pré-natal, buscando assim sempre demonstrar alertas para o cuidado da sua saúde e do seu bebê. Deve-se sempre buscar ter um vínculo de confiabilidade com a gestante, facilitar o acesso a exames laboratoriais, orientar sobre a importância do pré-natal, realizar grupo de gestantes abordando temas como a Doença Hipertensiva na Gestação, alertando para o cuidado e tratamento adequado pra cada pessoa. Também devem realizar orientações como a importância da alimentação adequada, dando prioridades a alimentos que balanceie entre nutrientes, sais e vitaminas e restringir o uso de sal. A prevenção da (DHEG) se dá quando a gestante reconhece os riscos da patologia e busca orientações e se necessário o tratamento adequado com medicações e mudanças de hábitos, visando assim a manutenção da sua saúde e o desenvolvimento fetal. (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008, BRASIL, 2013, apud, SILVA, 2015)

### 2.6 Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), é descrita pela hipertensão, edema e proteinúria. A Pré-Eclâmpsia (PE) e Eclâmpsia (E) é relativo ao estágio dos indícios existentes. A eclâmpsia é uma forma mais grave da pré-eclâmpsia, mais comum ocorrer quando

se aproxima o trabalho de parto. (MAHAN & ESCOTT-STUMP 2002, apud, SÜSSENBACH, 2008)

Atualmente, merece uma atenção redobrada as síndrome hipertensivas na gestação, pelo fato de torna-se um agravante durante o período gestacional, atuando como a terceira causa de mortalidade materna no mundo e sendo a principal causa no Brasil. A síndrome da pré-eclâmpsia resulta em graves repercussões maternas e fetais. (COSTA, 2002, et al, apud, NETO, 2010)

Um risco eminente para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia é o peso materno. É comprovado que dobra o risco de pré-eclâmpsia mulheres que possuem o IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>. (BRASIL, 2001, apud, NETO, 2010).

O Ministério da Saúde, no anos de 2016, conceitua pré-eclâmpsia como:

O aparecimento de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria em gestação acima de 20 semanas, podendo haver ou não edema. Anteriormente a este período, pode surgir acompanhando doença trofoblástica gestacional.

Com a apresentação de um aspecto amplo de variabilidade patológica, é de grande fundamento a identificação precoce da eclâmpsia, pois o seu tratamento tardio promove a mortalidade materna e fetal, diretamente na proporção em que se tardia a iniciativa de condutas para a sua reversão. A incidência em países como o Brasil, em desenvolvimento é alta, chegando a acontecer de 6 a 100 casos para cada 10 mil recém-nascidos vivos. (CARMO, et al, 2008)

A eclâmpsia é definida como o agravamento da pré-eclâmpsia, caracteriza-se pelo primeiro incidente de convulsão na gestação, seguidas ou não de coma. Assim, fica claro que não existe eclâmpsia sem pré-eclâmpsia; ela é fase mais grave da mesma doença. É uma patologia com incidência alta de morte materna, sendo proporcional, a demora em que se toma as devidas providências. Na eclâmpsia o tratamento visa o controle das convulsões, da hipertensão, cuidados gerais e distúrbios metabólicos. (CARMO, et al, 2008).

## 2.7 Tromboembolismo Venoso

Tromboembolismo Venoso (TEV) é uma patologia grave de alta incidência mundial. Quando não diagnosticada precocemente e tratada adequadamente pode evoluir causando sérias complicações, como trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP). O estado gestacional constitui por si só um fator tromboembólico, sendo caracterizado pela diminuição na proteína S e na concentração plasmática de fatores de coagulação. A elevação do risco de trombose venosa acontece, quando associado as mudanças no fatores de coagulação, estão

vinculados outros fatores como: obesidade, pré-eclâmpsia e parto cesáreo. Segundo múltiplos estudos o fator obesidade com o (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) duplica o risco de trombose. É necessário uma avaliação na gestante obesa, caso o risco seja elevado de trombofilia, agir rapidamente com uma profilaxia. Apesar de ser recomendado a tromboprofilaxia na gestante obesa, o fato de ainda não obterem estudos adequados é uma barreira para a iniciativa. (Morgan ES, et al, 2012, apud, CAREIRO, 2013)

A circunstância da gestante ser obesa, é um grande fator de risco para o tromboembolismo venoso. O risco cresce na medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta. A probabilidade de ocorrer uma Embolia pulmonar (EP) e Trombose venosa profunda (TVP) é ampliado cerca de 14,9 vezes, quando a gestante obesa está com o (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>). (LARSEN TB, et al, 2006, apud, OLIVEIRA, MARQUES, 2016)

## 2.8 Macrosomia Neonatal

Ao nascer, logo após o parto, o peso do recém-nascido reflete tanto nas suas condições nutricionais, como na da gestante, considerando-se um indicador da saúde individual, influenciando no crescimento e o desenvolvimento da criança e a longo prazo pode repercutir nas condições de saúde do adulto. Portanto, vem sendo de grande aumento a importância que é dada à macrosomia, devido aos riscos de mortalidade e morbidade materno-infantil dela decorrentes e ao incremento da sua incidência no Brasil. A prevalência de recém nascidos macrossômicos aumentou nas últimas décadas e o aumento do IMC materno parece estar associado a esta tendência. O termo macrosomia é usado para descrever recém-nascidos (RN) com peso ao nascimento superior a determinado limite, sendo o mais comumente utilizado  $\geq 4000$  g, e os recém-nascidos são classificados como grandes para idade gestacional (GIG). (RIBEIRO, COSTA, DIAS, 2017)

Dois estudos que avaliaram os fatores de risco para a macrosomia fetal e (RN GIG), destacou o aumento do risco para as gestantes com sobrepeso ou obesidade gestacional, sendo levado em consideração a, idade, paridade, tabagismo, entre outros. Fatores de risco como: o ganho ponderal na gestação e a presença de diabetes gestacional, também podem ter importante influência no risco de macrosomia em gestantes com excesso de peso, esse risco parece aumentar à medida que progride a classificação nutricional da gestante em relação ao IMC. (Calderon, Rudge, 2006). A macrosomia fetal é uma das representativas do risco elevado de morbimortalidade materna e perinatal. Associa-se a mortalidade 0,5% e a morbidade pode atingir 11,4%. Decorrências que podem ser desenvolvidas é de morte intra-útero, asfixia perinatal, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, com distorcia de ombro e traumas esqueléticos, como a fratura de clavícula. (Kerche, et al, 2005)

## 2.9 Fatores Psicossociais

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, a obesidade é um dos problemas de saúde pública mais preocupantes do mundo. Alguns fatores de risco como: fatores socioeconômicos, demográficos, genéticos, culturais, comportamentais e fisiológicos estão associados com o excesso de peso, que afetam diretamente o estado psicológico da pessoa obesa, como autoestima, autoeficácia e segurança influenciando também comportamentos relacionados à saúde, tais como o hábito de fumar, consumo de álcool e alimentação. De uma maneira igualmente severa, as pressões psicossociais atingem o obeso com a mesma ou maior intensidade do que as doenças associadas. Em muitos países industrializados ocidentais a obesidade é ainda um estado físico que carrega um estigma de preconceito. A imagem negativa presente nos obesos provoca sofrimento e sérias dificuldades no âmbito social e ocupacional, incapacitação física, absenteísmo, aumento de licenças médicas, perda e/ou recusa de emprego, queda de renda, ansiedade, baixa autoestima e isolamento social. A depressão, é também considerada um problema de saúde pública e afeta aproximadamente 10 milhões de pessoas no Brasil e tem prevalência em obesos de 25%. Obesidade e da Síndrome Metabólica, aumenta o risco de depressão.

A obesidade também acarreta consequências, tendo como fatores associados a depressão, a classe econômica mais baixa, a ausência de limites comportamentais, o estresse emocional e o preconceito social. A depressão leva ao isolamento social, gera negligência em relação à aparência, causa desânimo em realizar atividades físicas e estimula o aumento da ingestão alimentar. As pessoas obesas são geralmente consideradas não atraentes fisicamente e possuidoras de uma série de falhas de caráter. A obesidade acarreta também a insatisfação com a autoimagem, que se expressa, como desqualificação e desvalia de si, o comportamento alimentar, o ambiente familiar, pois a família é organizadora dos hábitos de vida e alimentares, atuando como modelo, o retraimento social, e também a falta de motivação da pessoa em si. (COSTA, 2008)

## **3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **3.1 TIPO DA PESQUISA**

Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório e descritivo. A pesquisa é um processo racional, visando possibilitar e oportunizar resoluções aos questionamentos e problematizações que são apontados. É constituída por etapas, desde a formação do conjunto de ideias até a composição e exposição dos resultados. (GERHARDT, SILVEIRA, 2009)

Segundo Richardson (1999), a pesquisa quantitativa se difere da pesquisa qualitativa, pois na pesquisa quantitativa os resultados finais podem ser quantificados, tanto no momento do recolhimento das informações quanto no método por técnicas estatísticas. Esse método trabalha com a precisão dos resultados, e com uma margem maior de segurança.

Para Mattar (2001), o objetivo da pesquisa quantitativa é obter a confirmação das possibilidades traçadas de acordo com a utilização de dados compostos, estatísticos e com a probabilidade de uma análise com um percentual grande de casos. A pesquisa quantifica os dados e torna geral os resultados da amostra.

Geralmente trabalha-se com amostragens em números consideráveis da população, os desfechos são uma representativa da realidade do conjunto de toda a população alvo da pesquisa. A objetividade é o foco da pesquisa quantitativa. É considerada que seja influenciada pelo positivismo, dando-se um melhor entendimento da realidade, com base através de dados brutos, selecionados por meio da padronização de instrumentos. A pesquisa quantitativa explora a matemática, buscando descrever as causas e relações entre as variáveis. (GERHARDT, SILVEIRA, 2009)

As pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo, objetivando proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Ela é aplicada de maneira que o pesquisador tenha uma maior proximidade com o universo do objeto de estudo e que ofereça informações e oriente a formulação das hipóteses da pesquisa, também permite ao pesquisador escolher as técnicas mais adequadas para a sua pesquisa e para que ele possa decidir sobre as questões que necessitam maior atenção durante a investigação. (FANTINATO, 2015)

Já as pesquisas descritivas de acordo com Gil, (2010) tem por objetivo principal a descrição das características de determinada população. Pretendendo-se apontar as relações que podem ter vínculo com as variáveis, identificando a natureza dessas relações. Uma das características com maior significância sob este título, é a técnica de padronização para a coleta de dados. De outro ponto de vista, existem pesquisas descritivas que acabam proporcionando uma nova visão dos problemas, gerando-se também uma aproximação com as pesquisas exploratórias.

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em Unidades básicas de Saúde da Cidade de Mossoró, administradas pelas Secretaria Municipal de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte, cujo endereço se dá na Rua Pedro Alves Cabral, nº 1 - Aeroporto, Mossoró – RN, CNPJ: 08.348.971/0001-39. A 1º Unidade Básica de Saúde será a UBS Maria Soares Da Costa,

localizada em Rua Dona Dourdes Monte – Bairro Alto de São Manoel – Mossoró- RN. A 2º Unidade Básica de Saúde que foi trabalhada foi a UBS Dr Joaquim Saldanha, localizada em Rua Nicacia Costa De Araújo – Mossoró- RN, bairro Santo Antônio. E por fim, a 3º UBS: Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Porto, localizado na Av. Mota Neto, 32 - Aeroporto, Mossoró- RN, 59607-000. As seleções destes locais para a pesquisa derivou-se, pois as Unidades Básicas, recebem mulheres grávidas, e oferecem atendimento multiprofissional às futuras mães. Além da consulta e exames de rotina do pré-natal, a gestante conta ainda com atendimento nas áreas de ginecologia, assistência social, e educação em saúde.

A maioria das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Mossoró, atendem os moradores trabalhando com o Programa Saúde da Família (PSF), que é entendido como uma estratégia utilizada na atenção básica de Mossoró, servindo de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Todo cidadão brasileiro tem direito a atendimento gratuito e integral das UBS – Unidades Básicas de Saúde e dos Centros de Apoio para o Programa da Família instalados em todo o Brasil. Os serviços de clínico geral e de outras especialidades disponibilizadas pelos postos são totalmente garantidos pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Um dos grandes fatores de relevância em uma pesquisa, é a correlação entre a população e a amostra. Esses métodos são as técnicas que serão utilizadas para obterem as informações sobre uma população. A população é representada pela totalidade de elementos que pretende-se estudar. A amostra é uma parte da população de estudo. O que realmente se é estudado. (ROQUE, 2015)

Desta maneira a população da pesquisa foi composta pelas gestantes atendidas NAS UBS: Maria Soares Da Costa, UBS Dr Joaquim Saldanha, e a Unidade Básica de Saúde Ouro Negro. A amostra foi constituída por mulheres que estavam sendo atendidas nas unidades mencionadas, sendo em número de 10 gestantes por UBS, totalizando uma amostra de 30 usuárias.

Os critérios de inclusão foram: prontuários que indiquem através dos dados as gestantes obesas que estejam em acompanhamento pela unidade, e que obtenham uma idade superior a 18 anos. Já os de exclusão, consistiram em prontuários incompletos, com informações imprecisas ou indefinidas.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um roteiro para a coleta dos dados disponíveis nos prontuários das usuárias atendidas nos locais de pesquisa (apêndice b), buscando efetuar o recolhimento das informações sobre a temática em questão.

### 3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A pesquisa foi devidamente encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa- CEP da FACENE, conforme a aprovação do projeto através do protocolo: N° 113/2018, parecer: 2.878.931e CAAE: 89233318.9.0000.5179, foi enviado um ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE, aos devidos locais onde a pesquisa foi executada.

Os responsáveis pelas unidades assinaram um Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD), anexando um compromisso assinado pelo pesquisador responsável, que assegure a manutenção do anonimato e sigilo das informações pessoais acessadas.

O Termo de Compromisso para utilização de dados institucionais é um modelo sugerido pelo Comitê de Ética em Pesquisa para ser utilizado, pelos pesquisadores responsáveis por projetos de pesquisa, quando serão obtidos dados de prontuários, registros, arquivos, banco de dados, ou outros. O presente termo é um documento que foi preenchido, datado e assinado, e depois anexado na Plataforma Brasil, como parte da documentação exigida para avaliação de projetos de pesquisa pelo CEP. Este documento garante que os dados obtidos (conforme a descrição no mesmo) foram mantidos de forma sigilosa pelo pesquisador responsável e pela equipe (que deve estar descrita no documento), que foram utilizados apenas no projeto em questão e que serão divulgados apenas em meios acadêmicos/científicos, mantendo a confidencialidade dos sujeitos de pesquisa. (Comitê de Ética em Pesquisa, 2011)

Os dados foram recolhidos de acordo com a disponibilidade dos administradores das Unidades Básicas. Foi marcado horário oportuno e conveniente com os enfermeiros e coordenadores responsáveis, para que lhes sejam disponíveis os prontuários, e que todos os dados foram colhidos cuidadosamente e sigilosamente, priorizando a extrema importância de manter segredo das informações do cliente, obtendo sua privacidade, remetendo-se a questões de ética e moral, bem como aspectos relacionados à humanização dos serviços.



Foi mantido o anonimato das usuárias, seguindo os princípios éticos e legais que são mensurados na resolução do conselho nacional de saúde (CNS) do ministério da saúde, nº 466/2012.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos colhidos através do questionário de múltipla escolha, foram trabalhados a fim gerar números e posteriormente calculados, por meio de frequências simples e porcentagens.

A Pesquisa quantitativa é uma classificação do método científico que utiliza diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado estudo. Ela é realizada para compreender e enfatizar o raciocínio lógico e todas as informações que se possam mensurar sobre as experiências humanas. (GÜNTHER, 2006)

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

É fundamental evidenciar que durante todo o trajeto da pesquisa, irá ser respeitado com rigor os preceitos éticos e bioéticos relacionados à pesquisa com seres humanos, onde é estabelecido conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 de dezembro de 2012, que traça a relevância da assinatura do um Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD), em prol da permissão para a coleta de dados, podendo assim dar início a pesquisa. (BRASIL, 2012)

Destacando-se também a importância da utilização da Resolução do COFEN nº 54/2017, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e delinea a seriedade da interrupção da pesquisa na apresentação de algum perigo à vida e à equidade das pessoas. Sendo levado em conformidade o protocolo da instituição em questão, que foi aprovado pelo CEP da FACENE.

#### 3.7.1 Riscos e Benefícios da pesquisa

O estudo em questão apresentou riscos de natureza mínima, como o de exposição de dados confidenciais, que foram minimizados pelo anonimato dos indivíduos, além do respeito e cumprimento à normas vigentes para pesquisa supracitadas e avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Como benefícios, a pesquisa com as gestantes oferecerá uma forma para a prevenção da obesidade, tornando melhor a sua qualidade de vida, podendo minimizar os riscos materno infantis em uma futura gestação.

### 3.8 FINANCIAMENTO

Todo e qualquer gasto financeiro foi de inteira responsabilidade da pesquisadora associada a Faculdade Nova Esperança de Mossoró- (FACENE/RN). A IES, disponibilizou o acesso a todas as inúmeras referências incluídas em sua biblioteca, da mesma maneira que a orientadora e a banca examinadora.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico

Procurou-se mostrar a relevância do estudo, exibindo tanto para as mulheres que estão no período gestacional, quanto para as mulheres que tem a pretensão de engravidar, a relevância do bom estado físico e nutricional, relatando as possíveis complicações advindas da obesidade na gravidez. O roteiro continha perguntas sobre idade, escolaridade, ocupação, renda familiar, período gestacional e complicações advindas da obesidade. Os dados coletados para proceder a análise quantitativa estão na tabela a seguir, para melhor interpretação dos resultados adquiridos. Vejamos a tabela abaixo:

**Tabela 1** - Valores de frequência simples e porcentagem dos dados sociodemográficos. Mossoró/RN. Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
<b>Idade</b>		
18- 24 anos	10	33,3
25-30 anos	05	16,6
30-35 anos	14	46,6
40 > anos	01	3,3
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	06	20
Ensino Médio	18	60
Ensino Superior	06	20
<b>Ocupação</b>		
Dona de casa	14	46,66
Vendedora de Loja	07	23,33
Outros	09	30

---

<b>Reside em</b>		
Zona Urbana	30	100
Zona Rural	0	0
<b>Renda Familiar</b>		
1 salário mínimo	26	86,66
2 salários mínimos	03	10
3 ou mais salários mínimos	01	3,33

---

Fonte: Dados da Pesquisa (2018)

O primeiro passo do estudo foi sobre o perfil do público-alvo, através da tabela acima podemos observar que a predominância da idade das grávidas participantes da pesquisa foi de 14 mulheres, entre 30-35 anos 46,6 %, 10 mulheres entre 18-24 anos 33,3%, 05 mulheres entre 25-30 anos 16,6 %, e 1 mulher de 40 anos acima 3,3%. A gestação é um extremo na vida reprodutiva da mulher, sendo marcada por vários segmentos e prioridades como, diferença cultural, social e educacional.

Define-se gestação tardia aquela que ocorre após os 35 anos de idade, porém a gravidez de mulheres nessa faixa etária tem aumentado de forma expressiva, sendo possível analisar esses casos principalmente em países industrializados. Com o avanço da medicina é possibilitado cada dia mais uma gestação segura em qualquer época da vida reprodutiva, obtendo também a possibilidade de técnicas de reprodução assistida permitindo resultados de gravidez com taxas de sucesso significativa. (SILVA; SURITA, 2009)

Outros fatores são as mudanças nos hábitos e na expectativa de vida da mulher, o que as estimulam a postergar o momento da primeira gravidez, que acaba acontecendo em idades superiores, após serem atingidos outros objetivos de vida pessoal e profissional, devido ao crescimento das oportunidades na educação e na carreira da mulher. As mulheres que engravidam mais tardiamente, em grande parte dos casos, apresentam bom estado de saúde, gestações planejadas e desejadas, e melhores condições socioeconômicas. (ALDRIGHI, et al, 2016)

A gestação é um período de muitas transformações na vida da mulher. São desde alterações hormonais que acontecem no corpo até mudanças financeiras na família. Por isso, algumas mulheres preferem adiar a maternidade para depois dos 30 ou 35 anos, assim é possível planejar o momento com o cuidado necessário. Pode-se ser comprovado e observado

estatisticamente essa progressão, com os dados da pesquisa realizada, pois a maior parte das mulheres participantes da mesma, engravidaram entre os 30-35 anos de idade, ultrapassando o número de mulheres que engravidaram em idades inferiores. Ainda de acordo os dados levantados durante a coleta, foi analisado que o número de mulheres jovens que engravidam durante o período que era determinado como essencial, 18-29 anos de idade, é significativo, porém não superior a gestantes com idades mais avançadas. Dados de 2006 do DATASUS mostram um aumento de 7,9 para 9,6% de gestações no período da vida de mulheres até 40 anos, ou mais.

O critério sobre a idade ideal para dar à luz evoluiu com o tempo, antigamente a idade ideal para engravidar ficava entre a faixa etária dos 20 aos 30 anos de idade, porém diante o número crescente de mulheres que passam por essa experiência com mais de 35 anos de idade, é possível que, daqui a alguns anos, esses números sejam revistos e o período alargado significativamente.

Estes dados demográficos tem sido atribuído, basicamente, ao aumento no número de mulheres que se vinculam ao mercado de trabalho, indicando que a atividade produtiva fora de casa se tornou tão importante para elas quanto à gravidez e o cuidado com os filhos. De fato, se antigamente era conferida à mulher a finalidade social da ocupação doméstica não remunerada, fazendo com que seus principais objetivos fossem casar e ter filhos, hoje em dia, a situação está bastante diferente.

Cada vez mais as mulheres, de todos os níveis socioeconômicos, assumem o papel de chefes de família ou têm necessidade de complementar o sustento do lar, o que acaba por determinar o adiamento da reprodução feminina. Aliadas a esta transformação social, a melhor situação econômica das famílias e a possibilidade de obterem suporte para a ausência materna do lar são fatores que se relacionam ao aumento da população de mulheres que optam pela gravidez mais tardiamente. Um bom controle durante o período pré-natal e uma adequada assistência durante o trabalho de parto condicionam prognósticos materno e perinatal semelhantes aos das gestantes mais jovens. (OLIVEIRA, et al, 2011)

A juventude é um período de transição para à fase adulta da vida, e é onde acontecem várias modificações biopsicossociais e físicas em cada indivíduo. A gravidez precoce pode trazer sérios problemas na vida de uma adolescente, desde complicações na gestação, parto e puerpério até problemas na vida pessoal, meio social e dificuldades de continuidade na vida acadêmica. Com isso compreendemos que a gestação é uma etapa difícil que, com certeza precisa de ajuda para superar tais dificuldades.

De acordo com os dados da tabela (1), em relação a escolaridade das mulheres, a maioria delas tinham o ensino médio completo ou cursando sendo representado por 18 mulheres, correspondendo a 60% das participantes. Denota-se uma igualdade de números em relação ao ensino fundamental e ensino superior, onde 06 mulheres 20%, tinham apenas o ensino fundamental completo, e também 06 mulheres 20%, tinham ingressado ou terminado o ensino superior.

Notou-se a predominância do número de mulheres que haviam estudado até o ensino médio, sobre os demais níveis de escolaridade. É depositado importância nesses dados, pois quando comparado com os números da tabela anterior, que correspondia a idade das gestantes, a predominância da idade das mulheres grávidas era entre 30-35 anos de idade, subentendendo-se que a maioria delas já teriam idade para ter cursado um ensino superior, porém a grande maioria, ainda não haviam ingressado na faculdade. Esse fato pode estar relacionado com a necessidade e a responsabilidade das mulheres entrar no mercado de trabalho, e as mesmas culminar e deixar de lado a vida acadêmica.

Apesar do crescente número de mulheres engravidarem em uma idade mais avançada, ainda é grande e notório a soma de adolescentes e jovens que engravidam durante esse período. Têm-se uma ideia de que a gravidez entre essas jovens e adolescentes é resultante da desinformação sobre os métodos contraceptivos e de que quanto mais antecipada é a vida sexual, mais susceptíveis a desinformação estarão essas mulheres. Da mesma forma, é visto que quanto maior o grau de escolaridade das mulheres que praticam o ato sexual, maiores são as chances de utilização de métodos preservativos tanto na primeira relação quanto nas subsequentes. (TABORDA, et al, 2014)

De acordo com um estudo realizado no Brasil, algumas das causas frequentes do abandono e do não retorno das atividades no âmbito escolar, por partes das mulheres, é de que elas se veem obrigadas, a cada vez mais cedo, entrar no mercado de trabalho, seja tanto nas áreas formais, com a obrigatoriedade da carteira de trabalho assinada, quanto nas áreas informais da vida econômica, como por exemplo, tarefas de cuidado (do domicílio ou de crianças e idosos), nesse âmbito foi relatado também trabalho como autônoma. No estudo é levantado a questão de que algumas adolescentes relataram também que eram desencorajadas a continuarem estudando, pelo fato de ser mãe em uma idade jovem, e portanto terem que cuidar dos seus filhos, deixando de lado a questão do estudo. (AURIGLIETTI; SCHMIDLINLÖHR, 2014)

A participação da mulher no mercado de trabalho cresce a cada ano, e com o passar do tempo a mulher tem se firmado cada vez mais na esfera trabalhista. Esse fato tem levado à um intenso crescimento da população ativa reduzindo apenas o número de jovens do sexo masculino no mercado de trabalho. Este processo se torna sólido a cada dia mais, deixando de ser apenas uma oscilação temporária, tornando o processo de inserção do gênero feminino um fenômeno social contínuo e persistente. (GARCIA; CONFORTO, 2012)

Sobre o levantamento dos dados realizado na pesquisa, foi constatado o grande número de mulheres que exerciam uma carreira profissional, onde 07 mulheres: 23,33% eram vendedoras de lojas, com carteira de trabalho assinada, e 9 mulheres, sendo representada por 30%, delas, exerciam outros tipos de profissões, incluindo: técnica de enfermagem, técnica de laboratório, professoras, enfermeira entre outros. Todavia é possível observar que grande parte das mulheres analisadas, não exerciam trabalho com remuneração, encontrando-se como donas de casa, sendo 14 mulheres representada por 46,66% delas. Porém o número de mulheres já inseridas no mercado de trabalho, foi superior as que não exerciam função remunerativa, consolidando mais uma vez, que vimos anteriormente em relação a idade das gestantes participantes do questionário, firmando-se o fato que as mulheres estão buscando um aperfeiçoamento profissional, e uma estabilidade econômica, tornando-se mais maduras, e assim, dando início a sua vida reprodutiva.

De acordo com estudos, as mulheres ainda são maioria nas funções consideradas femininas e que pagam menos. A partir da década de 70, a participação da mulher no mercado de trabalho brasileiro aumentou consideravelmente, sendo superior à que muitos outros países. Segundo D'ALONSO (2008), o Relatório sobre Desenvolvimento Humano do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), de 1998, mostrou que no Brasil as mulheres representavam 44% da força de trabalhista, porcentagem essa, que era superior à de países como o Chile (36,6%), Argentina (34,3%), Venezuela (42,1%) e México (38,4%), e até mesmo à de alguns países europeus, como Espanha (24,3%) e Grécia (26,5%). (D' ALONSO, 2008)

O fortalecimento da participação no mercado de trabalho e aumento da responsabilidade no comando das famílias vem aumentando seu comando seu poder aquisitivo, o nível de escolaridade e aos pouco reduzindo a diferença salarial, que infelizmente ainda existe em relação aos homens. A mulher brasileira vem escrevendo sua história com base na taxa de flexibilidade e no aumento no nível de instrução da população feminina, devido a esse processo de evolução as mulheres estão consolidando sua posição no mercado e adiando a maternidade, com menos filhos, as mulheres, hoje, podem conciliar melhor o papel de mãe e trabalhadora.

Como podemos observar na tabela 1, todas as 30 mulheres participantes da pesquisa, reside no âmbito urbano, constituindo 100% das entrevistadas, e nenhuma das participantes, residia em zona rural, equivalendo a 0%. Esse fato pode ser observado tanto pelo fato da inserção da mulher no mercado de trabalho, quanto pela facilidade de acesso a compra de morarias que temos hoje em dia. Quando falamos da localização desses lares, é necessário considerar que hoje, muito além de serem responsáveis pelo trabalho reprodutivo, vinculado aos lares, as mulheres participam do trabalho produtivo, que gera renda. Portanto, a luta por medidas que auxiliem na promoção da acessibilidade a imóveis localizados próximos aos equipamentos públicos e de trabalho é essencial para elas, evidenciando-se no resultado de quantidade máxima da pesquisa.

Denota-se atenção para o crescimento da participação de mulheres no mercado de trabalho, tanto nas áreas formais, quanto nas informais da vida econômica, assim como no setor de serviços. As desigualdades de salários, condições de trabalho e saúde não diminuíram por completo, e a divisão do trabalho doméstico não se modificou substancialmente, apesar do maior envolvimento nas responsabilidades profissionais por parte das mulheres.

Quando se trata da renda familiar, das mulheres participantes da pesquisa, podemos observar, que a maioria delas, obtém uma renda de 1 salário mínimo, representando 26 mulheres: 86,66% das participantes, e que a minoria portava uma renda superior a isso, apenas 03 mulheres, representando 10% delas, ganhavam 2 salários mínimos e 1 mulher ganhava uma renda entre 03 ou mais salários mínimos, configurando 3,33 %. Esses dados podem ter relação tanto pelo fato do não reconhecimento do trabalho feminino no mercado de trabalho, fazendo com que as mulheres ainda ganhem um quantia menor que os homens, mesmo exercendo papéis iguais, ou pelas circunstâncias citadas nos tópicos anteriores da tabela, como por exemplo pelo fato do baixo nível de escolaridade, ou por conta do emprego relatado por a grande maioria delas.

Dois estereótipos costumam se apresentar nos planejamentos: o da família nuclear e o da divisão sexual do trabalho. Para o homem é reservado o trabalho produtivo fora do lar e, para a mulher, a total responsabilidade do trabalho reprodutivo, doméstico, de organização da casa. Houve um aumento, significativo, a população economicamente ativa (PEA) feminina, que cresceu 260%, entre 1970 e 1990, enquanto a população masculina apenas 73%, de acordo com o IBGE. Contudo, têm-se notado uma diferença no rendimento salarial, havendo uma discriminação de gênero, provocando mal uso dos recursos humanos, e a perpetuação de desigualdades socioeconômicas. (ARAÚJO; RIBEIRO, 2001)

## 4.2 O perfil da obesidade gestacional

**Tabela 2** - Valores de frequência simples e porcentagem dos dados sociodemográficos. Mossoró/RN. Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
<b>Período gestacional</b>		
1º trimestre	05	16,66
2º trimestre	17	56,66
3º trimestre	08	26,66
<b>A sua obesidade já era anterior a sua gestação?</b>		
Sim	20	66,66
Não	10	33,33
<b>Teve outras gestações?</b>		
Sim	21	70
Não	09	30
<b>Teve aborto?</b>		
Sim	16	53,33
Não	14	46,66
<b>Já tinha alguma doença antes da gestação?</b>		
Sim	18	60
Não	12	40
<b>Desenvolveu alguma doença durante a gestação? Se sim, qual?</b>		
Sim	22	73,33
Não	08	26,66
<b>Doenças mais citadas</b>		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	09	30



Diabetes Mellitus Gestacional (DM)	05	16,66
Infecção urinária	08	26,66

Fonte: Dados da Pesquisa (2018)

#### 4.2.1 Relação entre a obesidade e o período gestacional

Uma problemática que serve como alerta para os profissionais da saúde se preocuparem é que grande porcentagem das mulheres grávidas estão tendo elevado índice de sobrepeso ou obesidade já quando entram no período gestacional, colocando a si e aos filhos maior risco de desenvolver problemas de saúde. Durante o período gestacional, a mulher se depara com inevitáveis mudanças do seu corpo, entre elas está o aumento do peso, provocado não só pela presença do feto em crescimento, mas também por retenção de água e ganho de gordura inadequado durante toda a gestação.

As recomendações sobre o ganho de peso ideal durante o período gestacional é muito discutido atualmente, devido tanto a rotina das mulheres cada vez mais com atividades para desenvolver, como pela facilidade e comodidade das mesmas terem acesso a alimentos com percentual alto de gordura.

De acordo com as estatísticas do roteiro aplicado, as mulheres apresentaram o número maior de obesidade durante o segundo trimestre, sendo exibido por 17 mulheres 56,66%. Foi possível observar que um elevado número de gestantes apresentou obesidade durante o terceiro trimestre, sendo 08 mulheres 26,66%, e 05 mulheres 16,66%, apresentou obesidade durante o primeiro trimestre de gestação.

O ganho de peso gestacional também tem impactos na mãe, uma vez que mulheres que ganham peso excessivamente durante a gravidez apresentam maior risco de se tornarem obesas ou de agravarem o seu excesso de peso já preexistente, e apresentar maior dificuldade de perda de peso, após a gestação. Devido aos elevados números de mulheres que apresentam ganho de peso excessivo durante a gestação, é destacado a importância da monitorização da evolução ponderal para essas pacientes, como a implementação de valores controle e intervenção nutricional neste grupo populacional. (NAST, et al, 2013)

A maior parte do ganho de peso na gravidez ocorre no 2º e no 3º trimestre. No primeiro trimestre, o ganho de peso é mínimo, havendo uma variável, pois as mulheres apresentam dificuldade no início da gestação, já que é nas primeiras semanas de gravidez a gestante costuma

ter enjoos e vômitos frequentemente. É indispensável o fornecimento de um suporte adequado para atingir um ganho de peso correto durante a gestação, nunca perdendo de vista o benefício do equilíbrio da relação entre ganho ponderal gestacional e saúde materno-fetal. (ABECASIS, 2015)

A educação em saúde é essencial em qualquer fase do planejamento da gestação, como no decorrer desse período, pois a Atenção a um pré-natal de qualidade envolve ações de prevenção e promoção da saúde, podendo haver um diagnóstico precoce e tratamento adequado de problemas que ocorrer. A alimentação desempenha, nos dias de hoje, um papel de destaque na saúde dos indivíduos, principalmente nas etapas da vida caracterizadas pelo aumento das necessidades energéticas e nutricionais, como é o caso da gestação.

#### 4.2.2 História pregressa da obesidade

Quando tratamos de saúde física e mental, é pressuposto que a maioria das mulheres entrevistadas na presente pesquisa tiveram tempo para ter um preparo, e receber informações, sobre o planejamento de sua gestação de forma saudável, e a liberdade para gerarem seus filhos, a partir do momento em que se identificasse seguras, tanto na idade, para a concepção, quanto em relação a sua saúde e bem-estar. Porém foi explícito e amplo o número de mulheres, que entraram na gestação com obesidade. Podendo ter havido uma falta de informação e preparo adequado dessas mulheres, por parte dos profissionais de saúde.

É possível analisar com dados coletados que 20 das 30 mulheres participantes da pesquisa iniciaram o período gravídico com diagnóstico de obesidade, correspondendo a 66,66% das contribuintes. E apenas 10 mulheres 33,33%, desenvolveram a obesidade durante o período gestacional. Podendo ser evidenciado a importância da participação da atenção primária, em todos os âmbitos da sua comunidade. Informação multiplicada da maneira correta pode gerar inúmeros benefícios para a população. A realização de ações por parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pode ajudar as mulheres de maneira em geral. A intenção de um planejamento familiar, é tanto para haver uma prevenção da gravidez por parte da mulher, quanto para a preparar a mesma da maneira correta para esse momento importante, ajudando assim a ter uma gestação mais tranquila, com possivelmente menos intercorrências.

A prevalência da obesidade e do sobrepeso nos período gestacional e pré-gestacional traz significativos riscos durante essas etapas e após ao parto. As mulheres com sobrepeso/obesidade gestacional apresentaram risco aumentado de desenvolver pré-eclâmpsia, problemas com a amamentação, fissura e apoiadura dolorosa, além de causar também um impacto significativo sobre o metabolismo. O sobrepeso/obesidade são considerados fatores de

risco para a morbimortalidade perinatal, e a fatores como: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, abortos, macrossomia, tromboembolismos, dentre outras. (SEABRA, et al, 2011)

Destaca-se também a importância do direito da mulher receber em seu período gestacional uma assistência de qualidade, sendo dever do Município dispor de serviços de saúde que supram as necessidades das gestantes tanto no período gestacional, parto e puerpério (BRASIL, 2011)

#### 4.2.3 Histórico gestacional

É de extrema importância que as mulheres sejam analisadas de perto, pelos profissionais da saúde. Deve ser valorizada a orientação e acompanhamento dessas mulheres no desenvolvimento de sua gestação. Tem que ser enfatizado a valorização das consultas de rotina, como um pré-natal adequado, pois é esperado pelas gestantes que naquele momento haja um diálogo e direcionamento. A qualidade da assistência a essas mulheres, está vinculada à relação profissional-paciente na qual há explicações sobre procedimentos, exames e orientações para uma possível outra gestação. (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017)

Foi apontado pela maioria das participantes deste estudo, uma gestação já prévia. Das 30 participantes, 21 delas, sendo 70% já tinham tido uma gestação anterior, e apenas 09 mulheres 30% eram mães de primeira viagem. Fica evidente uma precariedade nas informações para essas gestantes, pois as mesmas na gestação atual, continuavam com sobrepeso, ou obesidade, o que poderia ter sido evitado após a primeira gestação.

Em conclusão, A obesidade é considerada como possível risco para o abortamento, por ser uma condição inflamatória, além de ocasionar a deficiência de nutrientes como ácido fólico, comum às mulheres obesas. Porém necessita-se de evidências mais fortes, e estudos que relatem e sustentam essa tese, enfocando também tratamentos específicos que excluam outras causas para o abortamento, em determinada gestante com obesidade. (CIDADE; MARGOTTO; PERAÇOLI, 2011)

#### 4.2.4 Patologias anteriores ao processo gestacional

Quando questionado sobre patologias desenvolvidas antes do período gestacional pelas mulheres com obesidade, 18 delas 60% do total, relataram que sim, já eram acometidas por alguma patologia, e a minoria delas, sendo 12 mulheres 40% esclareceu que não, nunca tinham desenvolvido alguma doença. A obesidade em si, já é um fator desencadeador de patologias, e iniciar a gestação com excesso de peso ou obesidade, ou ganhar peso além do normal durante o período gestacional, são fatores de riscos importantes para complicações clínicas, durante uma gestação.

De acordo com as observações feitas, as mulheres antes da gestação eram acometidas, por comorbidades, como pressão alta, asma, doenças do coração, artrite, apneia e derrame, além de ser um fator desencadeante do sedentarismo. Devido ao risco envolvido é essencial que seja feito um acompanhamento com um especialista, e posteriormente, um planejamento de mudanças nos hábitos de vida.

A obesidade atualmente no Brasil tornou-se uma pandemia, e quando se associa obesidade e gravidez os riscos aumentam, pois complicações podem afetar tanto a saúde da gestante, como a saúde do bebê, estendendo-se até o parto. A circunstancia de que a maioria das mulheres participantes desta pesquisa já serem obesas, antes da gestação, evidencia o fato de que essa porção tinham uma predisposição, a desenvolver determinadas patologias devido ao IMC elevado. (MAGALHÃES, et al, 2015)

#### 4.2.5 Ocorrência de patologias durante a gestação

Ganhar peso excessivamente já é um fator de risco de complicações para a saúde. Adentrar o período gestacional com uma obesidade, ou com excesso de peso, influencia ainda mais para o desenvolvimento de outras patologias. Além da evidencia dos relatos das mulheres já terem desenvolvido problemas antes da gestação devido ao excesso de peso, durante a gravidez, os riscos podem ser acrescidos, afetando não apenas a mãe, mas também o feto. Além disso, o surgimento de outras doenças podem ser evidenciados, ou agravadas como: diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, asma, problemas de fertilização, trombos, e principalmente no final da gestação.

Foi evidenciado que uma grande porcentagem das mulheres desenvolveram algum tipo de doença durante o período de gestação, interpretado por 73,33% delas, equivalendo a 22 mulheres. Um número muito pequeno de gestantes não desenvolveu nenhum tipo de doença durante a gestação, devido a obesidade, caracterizado por apenas 08 mulheres 26,66%.

A obesidade é uma patologia que encontra-se relacionada não só com fatores biológicos, más também com fatores comportamentais e ambientais. Tem-se notado elevadas alterações nos estilos de vida da população mundial, hábitos não tão saudáveis se tornou rotina para a grande maioria das famílias, como ingestão de alimentos processados e comportamentos sedentários, esses fatores vem contribuído para tornar esta doença num dos maiores problemas de saúde pública atualmente. (SILVA, 2013)

#### 4.2.6 Agravos mais citados

De acordo com os achados levantados na pesquisa, as patologias mais citadas e desenvolvidas pelas gestantes, foram: 09 mulheres 30%: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);

05 mulheres 16,66%: Diabetes Mellitus Gestacional (DM) e 08 mulheres 26,66%: Infecção urinária. Apenas 08 mulheres não desenvolveram nenhum tipo de doença.

A pressão alta na gravidez surge quando a pressão arterial está acima de 140/90 mmHg, especialmente em mulheres que nunca tiveram aumento da pressão arterial. A Síndrome Hipertensiva Gestacional é uma complicação da gestação, e está entre as principais causas de morbimortalidade materna e fetal. Existem classificações para as síndromes hipertensivas gestacionais, porém deve-se dar uma atenção redobrada para a pré-eclâmpsia, pois está associada aos piores resultados, maternos e perinatais, e ocorre principalmente em primigestas. A síndrome hipertensiva gestacional é responsável por um grande número de partos prematuros. (BRASIL, 2011)

Diabetes mellitus gestacional (DMG) tem como definição, qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável. Tem como rastreamento e diagnóstico a dosagem da glicemia plasmática em jejum. As Grávidas obesas devem ser submetidas a leve restrição calórica, com total de 25 Kcal/kg de peso atual por dia, e o aleitamento materno deve ser sempre estimulado, como forma de ajuda no tratamento.

A gestante portadora de DMG não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré-termo e feto macrossômico. Além da macrossomia, o risco para o desenvolvimento de síndrome de angústia respiratória, cardiomiopatia, hipoglicemia, hipocalcemia, encontra-se fortemente aumentado. Quando possível deve ser praticado atividade física leve a moderada, quando não tem contraindicações clínicas ou obstétricas, isso contribui para a redução e o controle da glicemia. (REVISTA DE ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA)

Vários fatores tornam a infecção do trato urinário (ITU) uma complicação preocupante durante o período gestacional, agravando o prognóstico da mãe e do bebê. Em derivação, da região onde residimos, por ter características quente e seca, deve ser sempre alertado para as gestantes, sobre a prevenção da doença. A ITU é definido pela presença e replicação de bactérias no trato urinário. Na gravidez, os riscos podem ser ampliados, sendo considerado as possíveis complicações: trabalho de parto e parto pré-termo, recém-nascidos de baixo peso, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intra-útero, paralisia cerebral e o caso mais grave a mortalidade fetal. (DUARTE, et al, 2008)

Tendo em vista à redução da morbimortalidade materna e fetal, cabe aos profissionais de saúde uma reflexão acerca da assistência prestada às gestantes, bem como buscar subsídios para o planejamento, visando acolher e acompanhar a mulher durante sua gestação, período

caracterizado por mudanças físicas e emocionais vivenciado de forma distinta pelas gestantes. Essa interação contribui para que a gestante mantenha vínculo com o serviço de saúde durante todo o período gestacional, reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas. Além disso, a assistência gestacional, quando mediada por diálogo e respeito entre profissionais de saúde e gestantes, representa o primeiro passo para o parto humanizado. (RESSEL, et al, 2007)

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa teve importância grandiosa, pois além de ter sido uma via para a construção de conhecimentos e informações, foi uma base para o progresso na área científica, tecnológica e cultural, tendo em vista também ter sido um instrumento na construção da abrangência e discernimento sobre o tema.

Foi possível granjear de uma forma exata caracterização o perfil sociodemográfico da obesidade gestacional das usuárias da atenção básica, onde se sucedeu a pesquisa, e posteriormente relacionar a circunstância às consequências e possíveis complicações materno-infantis. Conjuntamente, foi factível descrever a prevalência da obesidade na gestação e suas co-morbidades, mais explícitas, presumindo possíveis complicações advindas da obesidade na gravidez, enfatizando a intervenção e/ou tratamento adequado para determinadas situações.

Tendo em vista que a pesquisa buscou conhecer e evidenciar os fatores da obesidade, e se de fato, tais, poderiam afetar a saúde e a qualidade de vida materna, foi perceptível de uma forma confirmatória os inúmeros malefícios da obesidade gestacional tendo em vista a ampliação dos perigos tanto para as mulheres quanto para os filhos das gestantes obesas, inclusive, a probabilidade de ocasionar complicações e intercorrências puerperais. Da mesma forma, foi possível contemplar e compreender a relação direta do baixo nível de escolaridade e renda familiar, na influência direta da falta de conhecimento do agravo sobre o tema abordado.

No decorrer da coleta dos dados percebe-se facilidades, como com dificuldade, para conseguir contemplar as informações necessárias. A propensão de acesso a informações em redes de dados nacionais, e de confiança, proporciona-se uma busca ativa e de qualidade, possibilitando-se um maior entendimento sobre o tema abordado, e capacitando a um conhecimento científico adequado. Uma relação harmoniosa com os profissionais onde sucedesse a pesquisa, é outro fator facilitador do processo. Uma orientação adequada de um profissional dá um recurso melhor de compreensão, desde a elaboração do tema, desenvolvimento até por fim, a conclusão. Em contra partida, a falta de tempo adequado, acarreta uma duração de período para concretizá-lo.

Com isso, a educação em saúde sobre o tema abordado pode ser entendida como um processo amplo na educação de futuros profissionais, proporcionando construir um espaço muito importante na veiculação de novos conhecimentos e práticas relacionadas. Diante disso é possível verificar que o tema está condicionado às ações que são transmitidas aos indivíduos com intuito de elevar a sua qualidade de vida e conseqüentemente a sua saúde. Neste processo os profissionais de saúde possuem papel primordial, uma vez que, são eles próprios os responsáveis pela disseminação de conhecimentos concretos para o alcance dos objetivos de melhorar a saúde das pessoas.

## REFERÊNCIAS

- ABECASIS, Mariana Pavão. **A gravidez, o aumento de peso e o acompanhamento nutricional: Custos e benefícios.** 2015. P. 143. Lisboa, 2012.
- ABESO. **Ganho de Peso na Gestação.** [2010]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/26/5521b01341a2c.pdf>. Acesso em: 21. set. 2017.
- ABESO. **Sobrepeso e obesidade na gestação podem aumentar risco de malformações congênitas.** 2017. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/noticia/sobrepeso-e-obesidade-na-gestacao-podem-aumentar-risco-de-malformacoes-congenitas>. Acesso em: 19. set. 2017.
- ALDRIGHI, Juliane Dias; WALL, Marilene Loewen; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; CANCELA, Franciane Zabloski Vieira. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP.** Curitiba- PR, 2016.
- AMARAL, Augusto Radünz do et al. **Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto.** 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/jorda/Desktop/OBESIDADE%20GESTACIONAL%201.pdf>. Acesso em: 19. set. 2017.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes—2010.** Diabetes Care. 2010.
- ARAÚJO, Veronica Fagundes; RIBEIRO, Eduardo Pontual. **Diferenciais de salários por gênero no Brasil: Uma análise regional.** 2001. Disponível em <[https://www.ufrgs.br/ppge/wp-content/themes/PPGE/page/textos-para-discussao/pcientifica/2001\\_11.pdf](https://www.ufrgs.br/ppge/wp-content/themes/PPGE/page/textos-para-discussao/pcientifica/2001_11.pdf)> Acesso em: 11 out. 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011
- BLOMBERG, M. Maternal and neonatal outcomes among obese women with weight gain below the new Institute of Medicine recommendations. **Obstet Gynecol.**, v.117, n.5, p.105-1070, 2011.
- BOOTS, C.; STEPHENSON, M.D. Does obesity increase the risk of miscarriage in spontaneous conception: a systematic review. **Semin Reprod Med.**, 2011
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 466/2012. Diretrizes da pesquisa com seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de dezembro de 2012. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5.ed. Brasília: MS, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 01 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante.** Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017



- BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal**. Brasília-DF, 2011. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao\\_arterial\\_gestacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf)> Acesso em: 09 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e Humanizada. Brasília, DF, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf). Acesso em: 21. set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e Humanizada. Brasília, DF, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 25. out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília, 2011. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf>> Acesso em: 09 set. 2018.
- CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; RUDGE, Marilza Vieira Cunha. Macrosomia fetal - um desafio obstétrico. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.** vol.28 no.4 Rio de Janeiro, 2006.
- CARMO, W.R et al. Eclâmpsia: abordagem ao diagnóstico e à conduta. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 18, p. 25-28, 2008.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- CIDADE, Denise Gomes; MARGOTTO, Paulo Roberto; PERAÇOLI, José Carlos. Obesidade e sobrepeso pré-gestacionais: Prevalência e principais complicações maternas. **Com. Ciências Saúde**, v.22, sup 1, p.169-182, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/obesidade\\_sobrepeso\\_pre\\_gestacionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/obesidade_sobrepeso_pre_gestacionais.pdf). Acesso em: 21 set. 2017.
- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA. 2011. Disponível em <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/node/241>> Acessado em 21 set. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução 311/07. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.
- COSTA, Leandro de Oliveira. **Obesidade na adolescência – implicações psicossociais**, 2008.
- D' ALONSO, G.L. Trabalhadoras brasileiras e a relação com o trabalho: trajetórias e travessias. **Psicol Am Lat.** México. N.15, dez. 2008. Disponível em < <http://www.inesc.org.br>> Acesso em: 10 out. 2018
- DIABETES mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação. **Diretrizes SBD**, 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional/001-Diretrizes-SBD-Diabetes-Gestacional-pg192.pdf>. Acesso em: 24. set. 2017.
- DREHMER, Michele. **Ganho de peso gestacional, desfechos adversos da gravidez, e retenção de peso pós parto**. 2010. 233f. Tese (Doutorado em Epidemiologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

DUARTE, Geraldo. et al. Infecção urinária na gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.** vol. 30. São Paulo, 2008.

FANTINATO, Marcelo. **Métodos de Pesquisa.** 2015.

FRATTESI, Flávia Franco; CORRÊA JÚNIOR, Mário Dias. Obesidade e complicações gestacionais. **Femina**, Minas Gerais, v.38, n. 5, p. 264. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a007.pdf> Acesso em: 21 set. 2017

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; PALMEIRA, Ellen Whate Moraes; MUFATO, Leandro Felipe. **Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito.** 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0018.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0018.pdf)> Acesso em: 10 out. 2018.

GARCIA, Lucia dos Santos e CONFORTO, Ecléia. **A inserção feminina no mercado de trabalho urbano brasileiro e renda familiar.** Disponível em <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/20320175.pdf>> Acesso em: 11 out. 2018.

GERHDARTH, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa.** Rio Grande do Sul: UFRGS editora, 2009. 120 p.

GIL, Carlos Antonio. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010. 220p.

GODINHO, Jordana Carolina Marques et al. Ganho Ponderal excessivo em gestantes atendidas em serviço público de alto risco. **Fragments de cultura**, Goiânia, v. 24, p. 85-95, 2014. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/3567/2071> Acesso em: 21set. 2017

LOMBARDI, Fábio et al. Persistência da hipertensão gestacional e suas complicações. **Brazilian Journal**, v. 12, n.1. 2015.

MAGALHÃES, Elma Izze da Silva. et al. Prevalência e fatores associados ao ganho de peso gestacional excessivo em unidades de saúde do sudoeste da Bahia. **REV BRAS EPIDEMIOLOGIA**, Bahia, v. 18, p. 12, 2015.

MAHAN, L.K; ESCOOT-STUMP, S. **Krause**: Alimentos, nutrição e dietoterapia. ed. 11. São Paulo: Roca, 2005.

MANZATO, Antonio Jose; SANTOS, Adriana Barbosa. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa.** 2002. Disponível em: [http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino\\_2012\\_1/ELABORACAO\\_QUESTIONARIOS\\_PESQUISA\\_QUANTITATIVA.pdf](http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf). Acesso em: 25 nov. 2017.

MARQUES, Marcos Arêas; Oliveira, André Luiz Malavasi Longo de. Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação. **J Vasc Bras.**, v.15, n.4,p.293-301, out./dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v15n4/1677-5449-jvb-15-4-293.pdf>. Acesso em: 20. out. 2017.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MORAES, Angela Lessa; ALMEIDA, Eliane Carnot; SOUZA, Luciana Borges. **Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2013.

MORGAN, E. S. et al. Maternal obesity and venous thromboembolism. **Int J Obstet Anesth.**, v.21, n.3, p.253, 263, jul. 2012.

MOURA, Marta David Rocha de et al. Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Com. Ciências Saúde**, v.22, Sup 1, p.113-120, 2011 Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao\\_arterial\\_gestacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf). Acesso em: 01. out. 2017.

NAST, Martha. Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. **Rev Bras Ginecol Obstet.** vol. 35. Porto Alegre- RS, 2013.

NOGUEIRA, Anelise Impeliziere et al. Diabetes Gestacional: perfil e evolução de um grupo de pacientes do Hospital das Clínicas da UFMG. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 21, n.1, 2011.

NOGUEIRA, Anelise Impelizieri; CARREIRO, Marina Pimenta. Obesidade e Gravidez. **Revista Médica de Minas Gerais.** Minas Gerais, v. 23, n.1, 2013.

OLIVEIRA, Renata Bastos de. et al. Gravidez após os 35: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. **Corpus et Scientia**, vol. 7, n. 2. 2011.

PEIXOTO, M.V.; MARTINEZ, M.D.; VALLE, N.S.B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias e cuidados de enfermagem. **Rev. Edu. Meio Amb. e Saúde.** v. 3, n. 1, p. 208-222, 2008. Disponível em: <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS%281%29208a222.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

KERCHE, Luciane Teresa Rodrigues Lima, et al. Fatores de risco para macrosomia fetal em gestações complicadas por diabetes ou por hiperglicemia diária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.27 no.10 Rio de Janeiro 2005.

RAPOSO, Laura et al. Complicações da Obesidade na Gravidez. *Arq Med.*, v. 25, n. 3, 2011.

RESSEL, Lúcia Beatriz. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15>> Acesso em: 09 set. 2018.

REVISTA DE ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.54 no.6 São Paulo-SP, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIBEIRO, Soraia Pereira; COSTA, Ricardo Barros; DIAS, Clara Paz. Macrosomia Neonatal: Fatores de Risco e Complicações Pós-parto. **Nascer e crescer birth and growth medical journal**, 2017.

- ROQUE, Antonio. **População e Amostra**. Disponível em: <http://sisne.org/Disciplinas/Grad/ProbEstat2/aula1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- SILVA, Catarina Maria Miranda Da. **Obesidade e gravidez – consequências e abordagem clínica da grávida obesa**. Coimbra, 2013.
- SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, Brasília, v. 6, n. 1, 5.p. 2012.
- SEABRA, Gisele et al. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. **Revista Brasileira de Ginecol e Obstet.**, 2011.
- SCHIRMER J et al. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde-SP/Ministério da Saúde, 2000. 66p.
- SILVA, João Luis de Carvalho Pinto e; SURITA, Fernanda Garanhani de Castro. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Campinas- SP, 2009.
- SILVA, Rozeli Viana Gomes. **Doença Hipertensiva Específica da Gestação**: Projeto de Intervenção para Trabalhar com as Gestantes do Território da Estratégia Saúde da Família no Município de Pedra do Anta- Minas Gerais. 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/5097.pdf>. Acesso em: 30. set. 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 89, n. 3, o. 24-79, 2007.
- SÜSSENBACH, Samanta. **Obesidade na Gestação e complicações associadas**. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/jorda/Desktop/OBESIDADE%20NA%20GRAVIDEZ%20BAIXADO.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.
- TABORDA, Joseane Adriana. et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Cole**, vol. 22. Rio de Janeiro, 2014.
- YOGEV Y; LANGER O; XENAKIS EMJ; BRUSTMAN L. Overweight and obese in gestational diabetes: the impact on pregnancy outcome. **Am J of Obstet Gynecol.**, 2005.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **JORDANA GISELE FERNANDES DA SILVA**, aluna da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), do Curso de Enfermagem, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA OBESIDADE GESTACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM MOSSORÓ/RN**”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no banco de dados desta Instituição, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a mulheres com obesidade gestacional, no período de 07/05/2018 a 15/05/2018.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/CONEP.

Mossoró/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do pesquisador responsável

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Pesquisadora Associada:** Jordana Gisele Fernandes Da Silva**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS****I- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA:****Questionário número:** \_\_\_\_\_**1.1 Idade:** 18-24 Anos  25-30 Anos  30-35 Anos  >40 Anos**1.2 Escolaridade:** \_\_\_\_\_**1.3 Ocupação/ Profissão:** \_\_\_\_\_**1.4 Você reside em:** Zona Urbana  Zona Rural**1.4 Renda familiar:** 1 Salário mínimo  2 Salários mínimos  3 ou mais Salários mínimos**II- DADOS CLÍNICOS- OBSTÉTRICOS:****1.5 Qual o período gestacional?** 1º Trimestre  2º Trimestre  3º Trimestre**1.6 A sua obesidade já era anterior a sua gravidez atual?** SIM  NÃO**1.7 Teve outras gestações?** SIM  NÃO.

Gesta: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_  Parto Cesáreo  Parto Normal

Aborto: \_\_\_\_\_

**1.8 Já teve aborto?**

( ) SIM ( ) NÃO

**1.9 Já tinha alguma doença antes da gestação?**

( ) SIM ( ) NÃO. Se sim, qual?

**1.10 Desenvolveu alguma doença durante a gestação, se sim, qual?**

( ) SIM \_\_\_\_\_

( ) NÃO \_\_\_\_\_

**ANEXOS**





**Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.**  
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da  
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

### **CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4º Reunião Ordinária realizada em 10 de maio 2018 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA OBESIDADE GESTACIONAL**

**NA ATENÇÃO BÁSICA EM MOSSORÓ/RN.** Protocolo CEP: 113/2018 e CAAE: 89233318.9.0000.5179 . Pesquisadora Responsável : LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS e dos Pesquisadores Associados: RAIKA KERLA DA SILVA; GÍVILLA BEZERRA MENDONCA; JORDANA GISELE FERNANDES DA SILVA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para 30 de junho de 2018, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 10 de maio de 2018

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE