



ORIGINALES

Índice de massa corporal de gestantes na unidade de saúde da família

Índice de masa corporal en embarazadas en la unidad de salud de la familia

Body mass index of pregnant women in the family health care unit

Poliana Cristina Ferrari Schiavetto¹
Beatriz Barco Tavares²

¹ Enfermeira, Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Brasil.

² Enfermeira obstétrica, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Brasil.

E-mail: bbarco@famerp.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.299971>

Submissão: 10/06/2017

Aprovação: 21/09/2017

RESUMO:

Introdução: No Brasil, a obesidade é encontrada em 25% a 30% das gestações.

Objetivos: Analisar o índice de massa corporal na gestação de mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde; Identificar a prevalência de sobrepeso e obesidade nas gestantes; Verificar o ganho de peso gestacional e associar com as variáveis: idade, estado conjugal, número de gestação, paridade, peso pré-gestacional e pré-natal.

Metodologia: Estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo. Composto por 241 mulheres que realizaram o pré-natal, de 2013 a 2015. Foi considerado o Coeficiente de Prevalência (número total de gestantes com sobrepeso e obesidade x 10³/número total de gestantes).

Resultados: O coeficiente de prevalência do sobrepeso e obesidade foi de 34,54%, em 2013; em 2014, de 43,61% e em 2015, de 41,34%. Nas características obstétricas, tiveram uma forte correlação com o ganho de peso total da gestação às consultas pré-natal e à idade gestacional, e significância igual a P<0,0001. Identificou-se que o IMC das gestantes variou de 15,80 a 46,80 Kg/m². Acima do peso detectou-se 39,84% das gestantes; 34,44% ganharam peso acima do esperado na gestação. Enquanto que das sobrepeso 55,00% ganharam peso mais do que o recomendado e das com obesidade 54,77%. A correlação do IMC pré-gestacional com as variáveis do peso anterior, o peso na última consulta e o ganho de peso total na gestação foi forte com o IMC, P<0,0001.

Conclusão: O estado nutricional inadequado vem aumentando com o decorrer dos anos, reforçando a importância de uma abordagem mais ampla sobre o tema com as gestantes.

Palavras- Chave: Obesidade; Gestantes; Enfermagem Obstétrica; Índice de massa corporal; Sobrepeso.

RESUMEN:

Introducción: En Brasil, la obesidad se encuentra en 25% a 30% de las gestantes.

Objetivos: Analizar el índice de masa corporal en la gestación de mujeres atendidas en la Unidad Básica de Salud; Identificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las gestantes; Verificar la ganancia de peso gestacional y asociar con las variables: edad, estado conyugal, número de gestación, paridad, peso pre-gestacional y prenatal

Metodología: Estudio cuantitativo, retrospectivo y descriptivo. Compuesto por 241 mujeres que realizaron el prenatal, de 2013 a 2015. Fue considerado el Coeficiente de Prevalencia (número total de gestantes con sobrepeso y obesidad 103/número total de gestantes).

Resultados: El coeficiente de prevalencia del sobrepeso y obesidad fue de 34,54%, en 2013; en 2014, de 43,61% y en 2015, de 41,34%. En las características obstétricas, tuvieron una fuerte correlación con el peso total ganado en la gestación las consultas prenatales y la edad gestacional, y relevancia igual a $P < 0,0001$. Se identificó que el IMC de las gestantes varió de 15,80 a 46,80Kg/m². Se detectó que 39,84% de las gestantes pasaron del peso; 34,44% ganaron más peso que lo previsto en una gestación. De las con sobrepeso 55,00% ganaron más peso que lo recomendable y de las con obesidad 54,77%. Con respecto a la correlación del IMC pregestacional con los variables del peso previo, el peso en la última consulta y el aumento de peso total en la gestación fue intenso con el IMC, $P < 0,0001$.

Conclusión: El estado nutricional inadecuado se eleva con el pasar de los años, reforzando la importancia de un abordaje más amplio acerca de la temática con las gestantes.

Palabras Clave: Obesidad; Gestantes; Enfermería Obstétrica; Masa Corporal; Sobrepeso.

ABSTRACT:

Introduction: In Brazil, obesity is found in 25% to 30% of pregnancies.

Objectives: To analyze the body mass index in the gestation of women attended at the Basic Health Unit; To identify the prevalence of overweight and obesity in pregnant women; To verify the gestational weight gain and to associate with the variables: age, marital status, gestational number, parity, pre-gestational weight and prenatal

Methodology: Quantitative, retrospective and descriptive study comprising 241 women who had undergone to prenatal care, from 2013 to 2015. The Prevalence Coefficient (total number of overweight and obese pregnant women $\times 10^3$ /total number of pregnant women) was considered.

Results: The prevalence coefficient of overweight and obesity was 34.54%, in 2013; in 2014, 43.61% and in 2015, 41.34%. According to obstetric characteristics, they had a strong correlation with the total weight gain of the gestation at prenatal consultations and at gestational age, with significance equal to $P < 0.0001$. It was identified that the BMI of pregnant women ranged from 15.80 to 46.8 kg / m². Overweight was detected in 39.84% of pregnant women; of these 34.44% gained weight higher than the expected during gestation. While of the with overweight 55.00% gained more weight than recommended, and of those with obesity 54.77%. The correlation of pre-gestational BMI with the variables of the previous weight, the weight at the last consultation and the total weight gain during pregnancy was strong with the BMI, $P < 0.0001$.

Conclusion: Inadequate nutritional status has been increasing over the years, strengthening the importance of a more comprehensive approach on the subject with pregnant women.

Keywords: Obesity; Pregnant women; Obstetric Nursing; Body mass index; Overweight.

INTRODUÇÃO

A obesidade deve ser tratada como um problema de saúde pública, pois sua prevalência e comorbidades, acarretam uma condição de epidemia global.⁽¹⁻⁵⁾ Considerada até pouco tempo, como distúrbio de pouca relevância clínica, até mesmo a comunidade científica relacionava tal distúrbio com maus hábitos e falta de determinação pessoal, que afetaria os indivíduos sem força de vontade, responsáveis por sua própria condição clínica.⁽²⁾

Todavia, já esta descrita como de etiologia multicausal, envolvem aspectos biológicos, históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, culturais, definida como uma síndrome metabólica crônica multifatorial caracterizada pelo desequilíbrio entre alimentação e gasto calórico.^(1,5,6) Provocando um aumento do número e do tamanho das células adiposas no organismo.^(2,7)

Estudos epidemiológicos do Ministério da Saúde do Brasil, “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL), é um sistema desenvolvido para monitorar os comportamentos de risco ou proteção para as doenças crônicas na população brasileiras.⁽⁸⁾ Para o diagnóstico do estado nutricional de adultos usou o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC): divisão do peso em quilogramas/pela altura ao quadrado, medida em metros (Kg/m²).⁽⁸⁾ Classificando com excesso de peso o IMC com valor igual ou superior a 25 Kg/m² e obesidade igual ou superior a 30 Kg/m².^(8,9) Vigitel identificou na cidade de São Paulo, o excesso de peso em 53,9% da população maior de 18 anos, e entre as mulheres o índice foi de 50,5%. A obesidade atinge 18,9% da população e 19,6% de mulheres.⁽⁸⁾

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), revelam um aumento no número de obesos no mundo, estima-se que, em 2025, será superior a 700 milhões de pessoas acometidas por esta condição.⁽¹⁰⁾

O ganho de peso adequado durante a gestação para mulheres obesas é de até 6,8 Kg. Para aquelas que iniciam a gestão com excesso de peso, estima-se um ganho entre 6,8 a 11,2 Kg, enquanto que, para mulheres que engravidam com um peso considerado adequado, o ganho recomendado é de 11,2 a 15,9 Kg.⁽¹⁾

O período gestacional pode agravar ou desencadear a obesidade, principalmente em mulheres pré dispostas à este distúrbio e naquelas com histórico de infertilidade.⁽¹⁰⁾ A obesidade acarreta à gestação, um aumento no risco de complicações maternas e perinatais, como a diabetes gestacional, hipertensão arterial desenvolvida pela gravidez, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, fenômenos tromboembólicos, infecções urinárias, parto pré-termo, partos distócicos que aumentam a incidência de cesáreas, malformações fetais, macrossomia fetal, morte fetal, hemorragia maciça pós-parto, infecção puerperal, morte materna, entre outras.^(1,4,10,11)

As mulheres obesas, ou com excesso de peso que desejam engravidar devem ser orientadas e encorajadas a perderem peso anteriormente, reforçando a importância das consultas pré-concepcionais e do planejamento familiar.⁽⁹⁾ A prevenção na gestação e no pós-parto resulta no melhor desfecho materno e fetal.⁽¹⁰⁾

Diante desta problemática, e com a finalidade de melhorar a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal esta pesquisa teve os seguintes objetivos:

OBJETIVOS

- Analisar o índice de massa corporal na gestação de mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde;
- Identificar a prevalência de sobrepeso e obesidade nas gestantes;
- Verificar o ganho de peso gestacional e associar com as variáveis: idade, estado conjugal, número de gestação, paridade, peso pré-gestacional e pré-natal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), com o parecer nº 1.448.790. Desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do Distrito de Saúde IV, que teve um total de 169 nascimentos em 2013, 163

em 2014 e 142 em 2015, segundo o Painel de Monitoramento do município de São José do Rio Preto, localizado a Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil.⁽¹²⁾

Os dados foram, coletados entre março a abril de 2016, de prontuários de mulheres que atenderam aos seguintes critérios: ter realizado pré-natal nesta UBSF nos anos de 2013 a 2015 e o concluído com o nascimento até dezembro de 2015. Como critério de exclusão: os prontuários que não constavam a altura da gestante impossibilitando o cálculo do índice de massa corpórea.

Na primeira etapa da coleta de dados identificou o número do prontuário registrado no livro de gestantes da Unidade. Após o levantamento destes prontuários, foram coletadas as informações respectivas aos dados sociais e obstétricos, as características pessoais e história pregressa gestacional. As variáveis independentes foram: idade materna, estado nutricional inicial, situação marital, escolaridade, número de gestações, aborto, natimorto, complicação (Diabetes Gestacional/ Síndrome Hipertensiva da Gravidez) e doença de base; presença de anemia e glicemia de jejum.

A partir dos dados de altura e peso antes da gestação calculou o IMC, para avaliação do ganho de peso considerou o peso a partir do segundo trimestre de gestação (14ª semana).⁽¹³⁾

Para a classificação do IMC e o ganho de peso durante a gestação considerou a recomendação da OMS: **baixo Peso** <18,5Kg/m² pode ganhar de 12,5 a 18kg; **adequado** 18,5- 24,9 kg/m² pode ganhar 11,5 a 16 kg; **sobrepeso** 25,0- 29,9 kg/m² deve ganhar de 7,0 a 11,5 kg; **obesidade** >= 30 kg/m² deve ganhar de 5,0 a 9,0 kg.⁽¹³⁾

A prevalência de gestantes com sobrepeso/obesa pré-gestacional foi obtida com o Coeficiente de Prevalência = número total de gestantes com sobrepeso e obesa x 10³ /número total de gestante.

A análise estatística dos dados se deu por meio dos softwares GraphPadInstat 3.0 e Prisma 6.01, e considerou o nível de significância de $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Selecionou 241 (100,0%) prontuários que atendiam aos critérios de inclusão. Na avaliação do estado nutricional das gestantes, detectou o IMC pré-gravídico de 15,80 a 46,80 Kg/m², média de 24,83 Kg e desvio padrão de 5,48 Kg/m². Acima do peso detectou-se 39,84% das gestantes, destas, 24,89% com sobrepeso e 14,95% obesidade, ganharam peso acima do esperado na gestação 34,44% do total das gestantes. Chama atenção que 7,88% eram baixo peso, e até o final da gestação não ganharam excesso de peso. Entre as com sobrepeso 55,00% das gestantes e 54,77% das com obesidades ganharam peso na gestação mais do que o recomendado. (Tabela 1)

Tabela 1. Distribuição das gestantes segundo o estado nutricional pré-gravídico e ganho de peso gestacional. São José do Rio Preto/SP, Brasil, 2016.

Estado Nutricional Inicial			Ganho de Peso Acima do Esperado	
	N	%	N	%
Baixo Peso	19	7,88	--	--
Adequado	126	52,28	31	24,60
Sobrepeso	60	24,89	33	55,00
Obesidade	36	14,95	19	54,77
Total	241	100,00		

O coeficiente de prevalência do sobrepeso e de obesidade foi de 34,54% em 2013, 43,61% em 2014, passando para 41,34% em 2015.

Ao avaliar a correlação do IMC pré-gestacional com as variáveis do peso anterior, o peso na última consulta e o ganho de peso total na gestação houve uma correlação forte com o IMC em todas as variáveis e significância com $P < 0,0001$, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Correlação do IMC pré-gravídico, com o peso pré-gestacional, o peso na última consulta e o ganho total do peso na gestação. São José do Rio Preto/SP, Brasil, 2016.

Variáveis	R	Correlação	P
Peso Anterior	0,7118	Forte	<0,0001
Peso na última consulta	0,6185	Forte	<0,0001
Ganho de Peso	-0,25	Forte	<0,0001

Concernente às características sociais das gestantes, a faixa etária variou de 13 a 41 anos, com 57,26% das gestantes entre 20 a 29 anos, e a média de 24,53, o DP=14,10 anos. Ter companheiro foi realidade de 72,20% das gestantes. O tempo de escolaridade variou de 1 a 9 anos ou mais, com a média 5,50, o DP=1,80, as mulheres com ensino fundamental representou 67,22%, ou seja, de 5 a 8 anos de estudo. (Tabela 3)

Tabela 3. Distribuição das gestantes segundo as características sociais. São José do Rio Preto/SP, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Faixa Etária	M: 24,53	DP: 14,10
Até 19 anos	48	19,92
20 a 24 anos	88	36,52
25 a 29 anos	50	20,74
30 a 34 anos	32	13,27
35 anos ou mais	21	8,72
Sem Informação	02	0,83
União conjugal		
Com companheiro	174	72,20
Sem companheiro	52	21,57
Sem Informação	15	6,23

Escolaridade	M: 5,50	DP: 1,80	
Até 4 anos		58	24,07
5 a 8 anos		162	67,22
9 anos ou mais		16	6,64
Sem Informação		05	2,07
Total		241	100

Na Tabela 4 estão descrito as características obstétricas, constatou que 36,52% eram primigesta e 17,02% sofreram aborto em gestações anteriores. O início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional foi realidade para 71,37% das gestantes, com média de 7,34 consultas, DP=2,85, frequentaram de 7 a 9 consultas pré-natal 42,32%, seguido de 34,85% que compareceram em até 06 consultas. A idade gestacional da última consulta do pré-natal de 51,04% das gestantes foi de 26 a 37 semanas.

O ganho de peso total na gestação teve uma correlação forte com, a consulta pré-natal e a idade gestacional, com significância igual de $P < 0,0001$. Mulheres com o IMC elevado atingiram o maior número de consultas no pré-natal e com a evolução da Idade gestacional acumularam mais peso do que o recomendado.

Tabela 4. Distribuição das mulheres segundo as características obstétricas. São José do Rio Preto/SP, 2016.

Variáveis	N	%	R	Correlação	P
Gestações					
01	88	36,52			
02	74	30,70			
03	40	16,60			
04 ou mais	37	15,35			
Sem Informação	02	0,83			
Aborto Anterior					
Nenhum	198	82,16			
1	31	12,86			
2	05	2,08			
3 ou mais	05	2,08			
Sem Informação	02	0,82			
Início do Pré Natal					
1° Trimestre	172	71,37			
2° Trimestre	61	25,31			
3° Trimestre	8	3,32			
Consultas de Pré-Natal	M:7,34	DP:2,85	0,2576	Forte	<0,0001
Até 06	84	34,85			
07 a 09	102	42,32			
10 ou mais	55	22,83			
Idade Gestacional*			0,2706	Forte	<0,0001
Menos que 26 semanas	08	3,31			
<26- 37 semanas	123	51,04			

38- 41 semanas	97	40,25		
Sem Informação	13	5,40		
Total	241	100		

*última consulta do pré-natal.

No exame de hemograma, da primeira consulta de pré-natal, observou que em 9,54% das gestantes o valor da hemoglobina foi de até 11g/dl, seguido de 20,75% com valores entre 11,1 a 12g/dl e 60,59% de 12,1g/dl ou mais. Ainda, quanto ao hematócrito deste primeiro hemograma, em 31,54% das gestantes o resultado foi inferior a 36%. Em relação aos valores de glicemia em jejum, não foi possível uma avaliação fidedigna, devido à falta de informação dos resultados do exame nos prontuários das gestantes.

DISCUSSÃO

O estado nutricional repercute nos resultados gestacionais e perinatais, daí a importância da manutenção do IMC adequado no período gravídico e a manutenção do ganho de peso, desde o início da gravidez.^(4,14)

Compatível com a prevalência descrita, os índices de sobrepeso são descritos de 22,00% a 24,00% das gestantes dos estudos, e 18,00% a 25,00% com obesidade.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ Encontrando resultados, verificou em gestantes do Rio Grande do Sul que 66,7% eram baixo peso, e continuaram até o final da gestação.⁽¹⁸⁾ Chama a atenção que o IMC elevado reflete na menor satisfação da gestante com a sua imagem corporal.⁽¹⁵⁾

Identificou mulheres na faixa etária considerada como fator de risco para a gestação, que são as menores de 15 anos e as com 35 anos ou mais, apesar do aumento da média da idade das gestantes no Brasil, que já é retratada próxima a 30 anos.^(13,15)

A união conjugal confere apoio emocional a gestante, a presença e participação de um parceiro é fundamental para a manutenção da saúde mental equilibrada para o desenvolvimento gestacional, influencia na vivenciada gestação, do parto e do processo da maternidade.⁽¹⁶⁾ Em Recife, Pernambuco, ter companheiro representou 74,5% das gestantes, achado igual em Imperatriz no Maranhão.^(19,20)

A baixa escolaridade é considerada fator de risco obstétrico que dificulta a compreensão das modificações do corpo neste período e a decisão do autocuidado.⁽¹⁶⁾⁽²¹⁾ Muitas vezes a escolaridade está atrelada a situação socioeconômica, que além de conferir o baixo grau de escolaridade associa-se ao menor poder aquisitivo, diminuindo o acesso aos alimentos em termos qualitativos, optando por consumir os mais calóricos que geralmente são mais barato.^(16,17)

O grau de escolaridade materna influencia na compreensão das atividades educacionais desenvolvidas no pré-natal, que visam propiciar a manutenção da saúde e prevenção de complicações materno fetal.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Cabe aos profissionais de saúde envolver estas gestantes em ações educativas, enfatizando a promoção da saúde e prevenção dos danos associados ao excesso de peso no período gravídico.⁽²²⁾

O IMC elevado teve correlação com o maior número de consultas de pré-natal. O Ministério da Saúde, Brasil, determina que a assistência pré-natal tem que ser de no

minímo seis consultas, e o início o mais precoce possível, porém a realidade nas regiões do Brasil diverge, constatou o início do pré-natal no primeiro trimestre em 54,20% das gestantes, porém 87,50% realizaram menos de seis consultas em Recife, estado de Pernambuco, e na cidade de Imperatriz, Maranhão, verificou que 83,1% iniciaram no primeiro trimestre, mas 74,57% das gestantes foram assistida em menos de 6 consultas.^(13,19,20)

O período gestacional pode desencadear a obesidade, ou potencializar um estado preexistente, o ganho de peso na gestação propicia a mulher mais suscetível ao ganho excessivo de peso.^(21,22) Até a 32ª semana de gestação, a mulher pode associar uma dieta para manutenção e ou, perda de peso, a fim de prevenir complicações imediatas e futuras.⁽²³⁾

No pré-natal é fundamental a avaliação do nível de hemoglobina e hematócritos, em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, a prevalência de anemia em gestantes foi 48%, o que aponta a necessidade da continuidade e intensificação dos programas de suplementação, que ainda é um problema de saúde pública. As elevadas taxas de anemia esta fortemente relacionadas com a escolaridade, que tem papel fundamental para a adesão ao adequado estado de saúde nutricional.^(18,20)

CONCLUSÃO

O IMC pré-gestacional elevado apresentou relação significativa com ganho de peso total na gestação e no maior número de consultas de pré-natal, o ganho de peso em excesso na gestação prevaleceu nas mulheres com sobrepeso e nas com obesidade no período pré-gestacional. Reforçando a importância do emprego de ações educativas em saúde da mulher e de uma abordagem mais ampla sobre o tema com as gestantes nas consultas de pré-natal, enfocando a prevenção dos danos e redução dos agravos ocasionados pela obesidade na saúde materna e fetal.

REFERÊNCIAS

1. Calderon ACS, Quintana SM, Marcolin AC, Berezowski AT, Brito LGO, Duarte G, Cavalli RC. Obesity and pregnancy: a transversal study from a low-risk maternity, Calderon et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:249
2. Carneiro JRI, Braga FO, Cabizuca CA, Abi-Abib RC, Cobas RA, Gomes MB. Gestação e obesidade: um problema emergente. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014; 13(3): 17-24
3. Ferreira RAB, Benicio MHDA. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. Rev Panam Salud Publica. 2015; 37(4/5): 337-42.
4. Fonseca MRCC, Laurenti R, Marin CR, Traldi MC. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(5): 1401-1407.
5. Stulbach TE, Benício HMD, Andrezza R, Kono S. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(1): 99-108.
6. Moreira M, Costa FP, Ferreira R e Da Silva MF. A importância do peso na gravidez: antes, durante e depois. RevPortEndocrinol Diabetes Metab. 2015; 10(2): 147-151.

7. Silva JC, Amaral AR, Ferreira BS, Petry JF, Silva MR, Krelling PC. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(11):509-13.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
9. Gutiérrez Valverde J M, Guevara Valtier M C, Enríquez Reyna M C, Paz Morales M d I Á, Hernández del Ángel M A, Landeros Olvera E A, *Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad.* *Enfermería Global* 2017;16(1)-10.[acesso em 16 de Maio de 2016] Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365849076001>
10. Gomes E, Soares AL e Campos R. Obesidade e gravidez: conhecer para atuar precocemente? A realidade numa unidade de saúde familiar. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.* 2013; 8 (1): 16–20.
11. Braz L, Fonseca FA. Influência da Obesidade e Ganho Ponderal no Peso do Recém-nascido num Grupo de Grávidas com Diabetes Gestacional. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.* 2013; 8(2): 70–76.
12. São José do Rio Preto. Secretaria da Saúde de São José do Rio Preto. Painel de monitoramento do ano de 2014 a 2016 [internet]. 2016 [acesso em 29 de agosto de 2016]. Disponível em: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Pain_Moni
13. . Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012
14. Rosa RL, Molz P, Pereira CS. Perfil nutricional de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde. *Cinergis.* 2014;15(2):98-102.
15. Meireles JFF, Neves CM, de Carvalho PHB, Ferreira MEC. Satisfação corporal, idade gestacional e estado nutricional em gestantes. *ABCS Health Sci.* 2016; 41(1): 23-28.
16. Gomes RNS, Gomes VTS, Caldas DRC, Lago EC, Campos FKL, Gomes MS. Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/Ma. *R. Interd.* v. 7, n. 4, p.81-90, out. nov. dez. 2014.
17. Alves KPS, Oliveira LML, Pedersoli AGA, Lemke GMMN. Estado Nutricional e Condições Socioeconômicas de Gestantes Atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. *Saber Científico, Porto Velho.* 2016; v.5, n.1, p.61–68.
18. Cunha LR, Pretto ADB, Bampi SR, Silva JMGC, Moreira AN. Avaliação do Estado Nutricional e do Ganho de Peso de Gestantes Atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas-RS. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo.* v.10. n.57. p.123-132. Maio/Jun. 2016. ISSN 1981-9919.
19. Cardoso MD, Ribeiro CMS, Oliveira IB, Andrade PMC, Santos TMB. Perceptions of pregnant women about the organization of the service/ assistance in prenatal low risk in Recife. *J. res.: fundam. care. online.* out./dez.2016; 8(4): 5017-5024.
20. Aragão FKS, Almeida AL, Nunes SFL. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes atendidas em uma maternidade pública no município de Imperatriz, Maranhão. *J Manag Prim Health Care.* 2013; 4(3): 183-190.
21. Teixeira CSS e Cabral ACV. Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural. *Rev Bras Ginecol Obst.* 2016; 38:27–34.

22. Ferreira RAB, Benicio MHDA. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. Rev Panam Salud Publica. 2015; 37(4/5): 337-42.
23. Oliboni CM, Alvarenga MS. Atitudes alimentares e para com o ganho de peso e satisfação corporal de gestantes adolescentes. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37(12): 585-92.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia