

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Giselle Mara Mendes Silva Leão

Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes e fatores associados

Montes Claros

2021

Giselle Mara Mendes Silva Leão

Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes e fatores associados

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Alimentos e Saúde Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Alimentos e Saúde

Área de concentração: Alimentos e Saúde

Orientadora: Dr^a Lucineia de Pinho

Co-orientadora: Dr^a Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

Montes Claros

2021

Leão, Giselle Mara Mendes Silva.

L433i
2021 Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes e fatores associados
[manuscrito] / Giselle Mara Mendes Silva Leão. Montes Claros, 2021.
105 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Área de concentração em Alimentos e Saúde.
Universidade Federal de Minas Gerais / Instituto de Ciências Agrárias.

Orientador(a): Lucineia de Pinho.

Banca examinadora: Lívia Castro Crivellenti, Sérgio Henrique Sousa Santos, Maria
Fernanda S. Figueiredo Brito, Lucineia de Pinho.

Inclui referências: f. 73-80.

1. Grávidas. 2. Dieta. 3. Alimentação. I. Pinho, Lucineia de. II. Universidade
Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Agrárias. III. Título.

CDU: 612.3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor (a): Sandra Regina Goulart Almeida

Vice Reitor (a): Alessandro Fernandes Moreira

Pró-reitor (a) de Pesquisa: Mário Fernando Montenegro Campos

Pro-reitor de Pós graduação: Fábio Alves da Silva Junior

CURSO MESTRADO EM ALIMENTOS E SAÚDE

Coordenador (a): Sérgio Henrique Sousa Santos

Subcoordenador (a): Bruna Mara Aparecida de Carvalho Mesquita

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

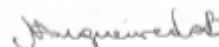
Aos 06 dias do mês de dezembro de 2021, às 14:00 horas, sob a Presidência da Professora Lucinéia de Pinho, Dr. Sc. (Orientadora – Unimontes) e com a participação dos Professores Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Dr. Sc. (Coorientadora - Unimontes), Livia Castro Crivellenti, Dr. Sc. (FMRP/SP) e Sergio Henrique Sousa Santos, Dr. Sc. (UFMG/ICA), reuniu-se, por videoconferência, a Banca de defesa de dissertação da Discente **GISELLE MARA MENDES SILVA LEÃO**, aluna do Curso de Mestrado em Alimentos e Saúde. O resultado da defesa de dissertação intitulada: "Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes e fatores associados.", sendo a aluna considerada **APROVADO**. E, para constar, eu, Professora Lucinéia de Pinho, Presidente da Banca, lavrei a presente ata que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos demais membros da Banca examinadora.

OBS.: A aluna somente receberá o título após cumprir as exigências onde o candidato deverá, após a aprovação de sua Dissertação ou Tese e da realização das modificações propostas pela banca examinadora, se houver, encaminhar à secretaria do Colegiado do Programa, com a anuência do orientador, no mínimo 1 (um) exemplar impresso e 1 (um) exemplar eletrônico da dissertação no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Montes Claros, 06 de dezembro de 2021.



Lucinéia de Pinho
Orientadora



MP Fernanda S. Figueiredo Brito
Coorientadora



Livia Castro Crivellenti
Membro



Sergio Henrique Sousa Santos
Membro

Dedico esse título ao meu esposo Cláudio Renan, que sempre esteve ao meu lado, incentivando e apoiando para a realização dessa etapa importante da minha vida, ao meu filho Gabriel, que é a razão pelo qual continuo atualizando e estudando, a minha cunhada Cláudia Danyella pelo incentivo, aos meus pais e minhas irmãs pelo apoio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente em minha vida, ele quem me guia e traz luz nos momentos de fraqueza, sem ele nada seria possível.

A minha orientadora, Dr^a Lucineia de Pinho, agradeço pela oportunidade em participar do projeto ALGE, pelas orientações, paciência e os muitos conhecimentos compartilhados.

A Dr^a Livia Crivellenti pela disposição em me atender, por contribuir com seus conhecimento para o êxito desta dissertação. Você foi essencial nessa jornada. Muito Obrigada por tudo.

A Dr^a Marise agradeço pelas orientações e conhecimentos compartilhados.

A professora Dr^a Maria Fernanda, agradeço por todas as orientações, contribuições e sugestões recebidas neste período.

A Cássio de Almeida Lima, obrigada pelos conhecimentos compartilhados e pela parceria nesse período. Você é prova que anjos sem asas existem.

“Humilde é aquela pessoa que sabe que não sabe tudo, que sabe que outra pessoa sabe o eu ela não sabe, que ela e outra pessoa saberão muitas coisas juntas, que ela e outra pessoa nunca saberão tudo que pode ser sabido.”

Mário Sergio Cortella

“A jornada é sua e somente sua.
Outros podem caminhar com você,
Mas ninguém pode caminhar por você.”

Autor Desconhecido

RESUMO

A alimentação adequada e saudável no período gestacional, promove desfechos favoráveis para saúde da mãe e do bebê a curto e a longo prazos. Logo, o objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade da dieta, por meio do Índice de Qualidade da Dieta Adaptado as Gestantes em Montes Claros, Minas Gerais. Esse estudo faz parte da pesquisa intitulada “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal”. Trata-se de estudo epidemiológico, de base populacional, quantitativo e analítico. A pesquisa foi realizada com gestantes cadastradas nas Estratégias da Saúde da Família da Zona Urbana. Para a seleção das gestantes desse estudo, excluiu-se as gestantes gemelares e que apresentavam comprometimento cognitivo. A coleta dos dados ocorreu entre 2018 a 2019 nos locais das consultas ou nos domicílios das gestantes. Para a coleta dos dados, utilizou-se um questionário único que abordou as características sociodemográficas, obstétricas, clínicas, comportamentais e do estado nutricional, no entanto, para as informações alimentares, utilizou-se um questionário de frequência alimentar e para avaliar a qualidade da dieta, foi utilizado o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado a Gestantes. Foram realizadas análises descritivas das variáveis investigadas por meio de sua distribuição de frequência. Em seguida, foram realizadas análises bivariadas por meio do teste de qui-quadrado, e selecionadas as variáveis que apresentaram nível de significância inferior a 0,20 para a análise múltipla. Utilizou-se o modelo de regressão logística, permanecendo no modelo final as variáveis com nível de significância de 5%. A pontuação média do índice de qualidade da dieta foi de 72,75 e variou de 21,69 a 100,00. Das 1279 gestantes que participaram do estudo, 1244 responderam todos os itens do questionário, sendo eletivas para o estudo. Observou-se que 56% das gestantes tinham entre 20 e 30 anos, 40% estavam no segundo trimestre de gestação, 63% relataram episódios de vômitos, 43% relataram realizar atividade física leve e 71% relataram ter recebido orientações alimentares no pré natal. Nesse sentido, a prevalência da alimentação de escores mais baixos foram identificados no primeiro tercil e apresentaram relação com as variáveis sociodemográficas, em gestantes que apresentaram baixa escolaridade (ensino fundamental) (RP=2,41), com as características comportamentais, em gestantes sedentárias (RP= 1,18) e com o estado nutricional, em gestantes que relataram auto percepção negativa da alimentação (RP= 1,42) e gestantes que realizaram 5 ou menos refeições ao dia (RP= 1,42), quando comparadas

as gestantes que apresentaram os maiores escores presentes no terceiro tercil, em gestantes com ensino superior , gestante não sedentárias, que relataram autopercepção positiva e gestantes que faziam mais de 5 refeições dia. Portanto, gestantes com escolaridades mais baixas, sedentárias, que relataram autopercepção negativa da alimentação e que realizam menos de 5 refeições ao dia, tiveram escores mais baixos no índice de Qualidade da Dieta. Intervenções nutricionais e políticas públicas são necessárias para promover uma melhor qualidade da dieta das gestantes.

Palavras-chave: Gestante. Dieta. Alimentação.

ABSTRAT

Adequate and healthy nutrition during pregnancy promotes favorable outcomes for the health of the mother and baby in the short and long term. Therefore, the aim of this study was to evaluate the quality of the diet, through the Diet Quality Index Adapted to Pregnant Women in Montes Claros, Minas Gerais. This study is part of the research entitled "ALGE Study - Assessment of health conditions of pregnant women in Montes Claros-MG: longitudinal study". This is an epidemiological, population-based, quantitative, and analytical study. The research was conducted with pregnant women registered in the Urban Area Family Health Strategies. For the selection of pregnant women in this study, pregnant women with twins and those with cognitive impairment were excluded. Data collection took place between 2018 and 2019 in the places of consultations or in the homes of pregnant women. For data collection, a single questionnaire was used that addressed sociodemographic, obstetric, clinical, behavioral, and nutritional status characteristics, however, for dietary information, a food frequency questionnaire was used and to assess the quality of the diet, the Diet Quality Index Adapted to Pregnant Women was used. Descriptive analyzes of the investigated variables were performed through their frequency distribution. Then, bivariate analyzes were performed using the chi-square test, and variables with a significance level of less than 0.20 were selected for the multiple analysis. The logistic regression model was used, with the variables with a significance level of 5% remaining in the final model. The average diet quality index score was 72.75 and ranged from 21.69 to 100.00. Of the 1279 pregnant women who participated in the study, 1244 answered all items of the questionnaire, being elective for the study. It was observed that 56% of the pregnant women were between 20 and 30 years old, 40% were in the second trimester of pregnancy, 63% reported episodes of vomiting, 43% reported performing light physical activity and 71% reported having received dietary guidance in the prenatal period. In this sense, the prevalence of eating with the lowest scores were identified in the first tercile and were related to sociodemographic variables, in pregnant women with low education (primary education) (PR=2.41), with behavioral characteristics, in sedentary pregnant women (PR=1.18) and with nutritional status, in pregnant women who reported negative self-perception of eating (PR=1.42) and pregnant women who had 5 or fewer meals a day (PR=1.42), when compared to pregnant women who had the highest scores present in the third tercile in pregnant women

with higher education, non-sedentary pregnant women, who reported positive self-perception and pregnant women who ate more than 5 meals a day. Therefore, pregnant women with lower educational levels, sedentary, who reported negative self-perception of eating and who had less than 5 meals a day, had lower scores on the Diet Quality Index. Nutritional interventions and public policies are needed to promote a better quality of diet for pregnant women.

Keywords: Pregnant woman. Diet. Eating.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMDR – Faixa aceitável de macronutrientes
APS – Atenção primária a saúde
CHO – carboidrato
DHA – ácido docosaheptaenóico
DRIs – Dietary reference intakes
EPA – ácido eicosapentaenóico
EPR- Necessidade diária estimada de proteína
ERR- necessidade energética estimada
ESF- Estratégia da saúde da família
FA- Fator atividade
HEI: Healthy Eating Index.
HEI – P-: alternative healthy eating index for pregnancy
HEIP – B – Índice de Alimentação Saudável para gestantes
IA- Ingestão Adequada
IAS: Índice de Alimentação Saudável
IDH-M – Índice de desenvolvimento humano
IMC – índice de massa corporal
IOM- Institute of medicine
IQD-R- Qualidade da dieta revisado
IQDAG – Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes
KCAL- quilocalorias
LC-pufas – ácido graxo poliinsaturado de cadeia longa
LIP - Lipídios
NEE- Necessidade Média Estimada
POF- Pesquisa de orçamento familiar
PTH- D- paratormônio
PTN proteínas
PPAQ- Pregnancy physical Activity questionnaire
QFA – Questionário de Frequência Alimentar
TACO- Tabela brasileira de composição química de alimentos

TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido

TMB- Taxa de metabolismo basal

TALE- Termo de assentimento livre e esclarecido

USDA- United states departamento of agriculture researd

VET- Valor energético total

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	
2.1 Alterações Fisiológicas na Gestação	16
2.2 Recomendações Nutricionais na Gestação	17
2.3 Deficiências Nutricionais	23
2.4 Índice de Qualidade da Dieta.....	26
2.5 Fatores associados ao Índice de Qualidade da Dieta na Gravidez	28
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo Geral	33
3.2 Objetivos específicos.....	33
4 METODOLOGIA.....	34
4.1 Contextualização	33
4.2 Delineamento do Estudo.....	34
4.3 Cenário do Estudo	34
4.4 População e Amostra	35
4.5 Coleta de Dados.....	35
4.6 Variáveis do Estudo	36
4.7 Análise de Dados	37
4.8 Aspectos Éticos.....	39
5 PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	41
5.1 Produto Científico: Artigo	42

5.2 Produto Técnico 1: Oficina de Educação em Saúde.....	63
5.2.1 Oficina de Educação em Saúde – ESF Vila Telma	64
5.2.2 Oficina de Educação em Saúde – ESF Ciro dos Anjos	65
5.3 Produto Técnico 2 – Apresentação em Congresso Internacional	66
5.4 Produto Técnico 3: 13º FEPEG	67
5.5 Produto Técnico 4: Vídeo didático para redes sociais.....	68
5.6 Produto Técnico 5: Seminários de Iniciação Científica	69
5.7 Produto Técnico 6: Palestra	70
5.8 Produto Técnico 7: 14º FEPEG	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE - A – QUESTIONÁRIO	81
APÊNDICE - B – TCLE	95
APÊNDICE –C – TALE.....	99
APÊNDICE – D – TERMO DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE	100
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	103

1 INTRODUÇÃO

O estado nutricional pré concepção, gestação e puerpério influencia diretamente no desenvolvimento e saúde do bebê (HUANG, 2020). Estudos evidenciam que a ingestão adequada de energia e nutrientes é um fator de proteção durante a gestação para a mãe e filho, estendendo até a vida adulta (ZAGANJOR et al., 2020, LOWENSOHN, STADLER, NAZE, 2016).

As necessidades nutricionais nesse período da gestação são específicas, visam prevenir patologias, obesidade, desnutrição e garantir nutrição adequada ao feto (PEACOCK et al., 2020). Nesse sentido, ressalta a necessidade de uma dieta variada e adequada em macronutrientes e micronutrientes (MOST et al., 2019).

Entretanto, vários fatores podem comprometer o acesso à alimentação de qualidade como: as baixas condições econômicas, ausência de informações alimentares, alterações gestacionais, que podem ser responsáveis por inadequações alimentares (DJOSSINO et al., 2019, KAVLE e LANDRY, 2018). Nesse sentido, faz-se necessário investigar a adesão alimentar às recomendações vigentes (MOST et al., 2019). O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) e as recomendações do *Institute of Medicine* (IOM) (IOM, 2019, 2011) são instrumentos importantes na promoção da saúde por meio de recomendações alimentares.

O Índice de Qualidade da Dieta (IDQ) tem sido utilizado para avaliar a adesão da dieta com as recomendações nutricionais e fatores de risco dietéticos (GOMES et al 2019; CRIVELLENTI, ZUCCOLO, SARTORELLI, 2019; GOMES, FERREIRA, GOMES, 2015, MELERE et al. 2013;). Porém, poucas pesquisas foram identificadas no Brasil que utilizaram esse índice com gestantes (CRIVELLENTI, ZUCCOLO, SARTORELLI, 2018; MELERE et al, 2013; MALTA, 2010). A falta de conhecimento sobre a qualidade da alimentação das gestantes dificulta o estabelecimento de políticas públicas, visando intervenções nutricionais neste grupo populacional (MALTA, 2010).

Neste contexto, conhecer os hábitos alimentares das gestantes pode ser um fator positivo para intervenções nutricionais, promoção a saúde das gestantes no âmbito da atenção primária prevenção a morbimortalidades (GOMES et al. 2019).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Alterações Fisiológicas na Gestação

O período gestacional envolve diversas modificações no organismo e no corpo da gestante, na tentativa de adaptar-se as mudanças necessárias para gerar um nova vida no ventre materno (CAMACHO et al., 2010). Dentre essas modificações, algumas podem ser não perceptíveis, como alterações hormonais, bioquímicas, cardiológicas, psicossociais ou perceptíveis como desenvolvimento das mamas, crescimento da barriga, alteração da imagem corporal, sendo muito particular entre as mulheres (BJELICA et al., 2018, CAMACHO et al., 2010).

As adaptações ocorridas na gravidez, proporcionam alterações fisiológicas, como o aumento no débito cardíaco que ocorre em maior intensidade no terceiro trimestre gestacional, sendo reduzida próximo ao parto. Esse ajuste protege mãe e feto, adaptando o corpo da mãe às necessidades da gestação e dessa forma realizando as funções básicas metabólicas (ZIEGEL e CRANLEY, 2011).

Há uma demanda maior de oxigênio durante a gravidez devido ao aumento da taxa metabólica e do oxigênio. Em decorrência do volume uterino, o sistema respiratório passa por alterações, há um leve aumento do diafragma, e uma maior ventilação pulmonar (SOMA-PILLAY et al., 2016).

Algumas gestantes podem perceber as alterações gastrointestinais logo que inicia a gravidez entre a 4ª e 6ª semana. Os sintomas alimentares podem divergir muito entre as gestantes. Entre as alterações gastrointestinais mais comuns nesse período, estão as manifestações de pirose, náuseas e vômitos (GOMES et al., 2018). Apesar de não estar elucidada a causa desses desconfortos, os hormônios gonadotrofina coriônica humana (hCG), estrogênio e progesterona podem estar envolvidos na etiologia (SOMA-PILLAY et al., 2016).

As alterações hormonais, físicas e o aumento do corpo uterino, que se sobrepõe a bexiga, promovem alterações na função renal durante a gestação. O aumento da progesterona leva a obstrução dos ureteres, somado ao aumento do volume sanguíneo, resultando no aumento

da filtração glomerular. Dessa forma, a mulher apresenta aumento na micção, que acentua no final da gestação, quando a cabeça fetal penetra na pelve, aumentando a pressão na bexiga, podendo desencadear incontinência urinária (VITOLLO, 2015, GUERTZENSTEIN, 2010, ACCIOLY, SAUNDERS, LACERDA, 2009).

2.2 Recomendações Nutricionais na Gestação

O período gestacional requer cuidados especiais, principalmente, no estado nutricional materno, que exerce grande influência durante toda a gestação. Nesse período, a demanda por nutrientes é maior, devido aos ajustes que ocorrem. O consumo insuficiente de nutrientes e o ganho de peso inadequado podem comprometer o crescimento e desenvolvimento adequado do feto e, conseqüentemente, o peso ao nascer (ROCHA et al., 2005).

As necessidades nutricionais das gestantes são diferentes das mulheres não grávidas. Apesar das necessidades energéticas aumentadas nesse período, essa diferença não justifica grandes modificações alimentares (FONSECA e PARIZZI, 2012). Nesse sentido, é importante investigar os hábitos alimentares das gestantes e estimar as necessidades energéticas provindas dos carboidratos, proteínas e gorduras, sendo que alguns nutrientes se fazem essenciais mesmo antes da concepção, exercendo importante papel no desenvolvimento fetal (FURLAN, CARLI, KUMPEL, 2019). Uma dieta equilibrada pode fornecer todos os nutrientes necessários a uma mulher adulta, nesse sentido, o equilíbrio alimentar tem se mostrado eficaz no controle de peso e patologias advindas na gravidez (FONSECA e PARZZI, 2012).

O custo energético para uma gestação completa de 40 semanas, pode ser realizado individualmente, a partir do princípio que são necessárias 80.000 quilocalorias (kcal), sendo que essas calorias são distribuídas para o depósito de gorduras e aumento do metabolismo basal. Para as mulheres eutróficas, com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,5 a 24,9 kg/m², o ganho de peso recomendado de acordo com o *Institute of Medicine* (IOM, 2009) é de 11,5-16kg, enquanto as gestantes classificadas com baixo peso (IMC <18,5kg/m²), sobrepeso (IMC= 25,0–29,9 kg / m²) e mulheres obesas (IMC> 30,0 kg / m²) são respectivamente: 12,5; 18–11,5 e 5,0–9,0 kg (TAYYEM et al. 2019; IOM, 2009).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (2011), as necessidades energéticas devem ser calculadas de acordo com a proposta da *Dietary reference intakes* (DRIS) e Necessidade energética estimada (NEE), que consideram peso, altura, atividade física e idades das gestantes para estimar o gasto energético. O adicional calórico para a gestação é proposto a partir do segundo trimestre (340 kcal) e para o terceiro (452 kcal) (KOMINIAREK e RAJAN, 2016), já no primeiro trimestre a necessidade energética é semelhante a mulheres não gestantes.

Para estimar a necessidade calórica da gestante, deve haver uma avaliação nutricional individualizada. O peso pré gestacional é utilizado para cálculo do IMC, seguida da classificação do estado nutricional. Posteriormente é realizado o cálculo do valor energético total (VET), baseado na taxa de metabolismo basal (TMB) e no fator atividade (FA), somado ao valor adicional recomendado para a gestação, quando necessário. A partir dessas informações são estimadas a distribuição dos carboidratos, proteínas e lipídios de acordo as recomendações aceitáveis pelas DRIs (MOST,2019; TAYYEM, 2019).

Em um estudo realizado na cidade de Pelotas em 2015, o IMC materno pré gestacional e o ganho de peso durante a gestação foram associados com o desenvolvimento neurológico infantil. Um total de 3776 crianças de ambos os sexos foram acompanhadas por 24 meses. Nesse estudo evidenciou-se a importância do estado nutricional materno antes e durante a gestação para o desenvolvimento infantil. O baixo peso materno antes da gravidez mais que dobrou as chances de suspeita no atraso nos domínios linguísticos, motor global para meninas, enquanto para os meninos, cujas mães tiveram ganho de peso excessivo, tiveram 60% mais chances de atrasos no desenvolvimento cognitivo e de linguagem (NEVES et al., 2020).

Uma alimentação rica em nutrientes, contribui para os resultados ideais no desfecho materno fetal, contribuindo para o funcionamento metabólico adequado, extremamente importante para o desenvolvimento e crescimento dos tecidos fetais (CLEMONT et al., 2018). Nesse sentido, os hábitos alimentares podem ter repercussões na saúde da mãe da criança gerada. A dieta da gestante deve ser variada e equilibrada de acordo com as recordações do guia alimentar específico. Conhecer os hábitos e as preferências alimentares pode direcionar uma melhor orientação alimentar no pré-natal. Desse modo, o acompanhamento nutricional pode ser fator positivo no desfecho materno infantil, no ganho de peso, na qualidade de vida e pós parto (GOMES et al., 2019).

As necessidades de energia durante a gravidez correspondem às demandas metabólicas

de repouso, exercício físico e crescimento dos tecidos. Já o balanço energético se dá pela ingestão e o gasto dessa energia. As proteínas, carboidratos e os lipídios são nutrientes responsáveis em fornecer energia as células. Esses, constituem a maior parte da alimentação diária, dessa forma, o equilíbrio na alimentação fornece o suprimento adequado para atender as necessidades usuais da mãe e feto (MOST et al., 2019).

Segundo o IOM (2011), a faixa de distribuição recomendada dos macronutrientes para mulheres adultas grávidas são de: 45-65% para carboidratos (CHO), 20-35% para as gorduras (LIP) e 10-35% para as proteínas (PTN). A determinação das necessidades de energia, são individualizadas e dependem de vários fatores como peso pré gravídico, atividade física e as demandas fisiológicas da gestação (MOST et al., 2019).

No estudo realizado na Jordânia, avaliou-se a adequação da ingestão de nutrientes de 286 gestantes. A ingestão energética média excedeu as necessidades energéticas estimadas (EER). Já o consumo de carboidratos estava dentro da faixa de distribuição recomendada (45-65%), assim como a proteína (10-35%) para a maioria das gestantes, enquanto que 74% das gestantes estavam com o consumo de fibra abaixo da recomendação (TAYYEM et al. 2019).

Em Quebec, Canadá pesquisou-se a qualidade da alimentação de 86 gestantes. Identificou-se uma baixa ingestão energética entre as gestantes que estavam no terceiro trimestre de gestação, após três meses e seis meses pós parto. Ao analisar a ingestão de PTN em gramas, percebeu-se que 64% das participantes excederam as necessidades diárias estimadas. Quando analisou-se a ingestão da porcentagem das PTN, essas apresentavam de acordo a faixa de distribuição de macronutrientes aceitáveis (AMDR). Cerca de 57% das mulheres tiveram a ingestão de gorduras acima da AMDR, inversamente ao lipídio, 50% das gestantes apresentaram a ingestão de carboidratos abaixo da faixa da AMDR. Ao avaliar o consumo de fibras dietéticas, 89% das participantes tiveram a ingestão abaixo das recomendações das DRI (LEBRUN et al., 2019).

As fibras alimentares são carboidratos não digeridos encontrados em vegetais, sendo os principais substratos para a microbiota intestinal. O consumo de fibras dietéticas durante a gravidez está associado a vários benefícios como: controle de peso e da hipertensão arterial gestacional, saciedade, intolerância à glicose, controle do colesterol e prevenção da constipação (PRETORIUS e PALMER, 2020). De acordo com o IOM (2011), durante a gestação é recomendado o consumo de 28g/dia.

Em um estudo conduzido na Austrália com 804 gestantes, avaliou-se o consumo de fibras na alimentação, por meio do Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Foi identificado que 29,5% das gestantes alcançaram a ingestão adequada (IA), enquanto a ingestão média identificada no estudo foi de 24,1g/dia (PRETORIUS e PALMER 2020).

As gestantes estão em um grupo considerado de risco para o desenvolvimento de carências nutricionais e consequente aumento de patologias nessa fase da vida reprodutiva da mulher. Alguns nutrientes têm sua necessidade aumentada para acomodar as necessidades maternas, fetais e placentárias (GOMES et. al, 2020) e melhorar os resultados de possíveis defeitos do tubo neural, formação do esqueleto fetal e anemia na gravidez, como folato, ferro, cálcio e ácido graxo poliinsaturado (SILVA et al., 2007; RAMAKRISHNAN et al., 2012; GOMES et al., 2020).

Folato é uma vitamina do complexo B, pertence ao grupo das vitaminas hidrossolúveis, que exibem atividades vitamínicas similar ao ácido fólico. A ingestão do folato pela alimentação encontra-se na forma de poliglutamatos reduzidos (ALABURDA, SHUNDO, 2007; LINHARES, CÉSAR, 2017), já o ácido fólico é encontrado na forma sintética em alimentos fortificados e suplementos vitamínicos (ALABURDA e SHUNDO, 2007; TAVARES et al., 2015).

O ácido fólico é um micronutriente precursor de vários importantes cofatores enzimáticos envolvidos na proliferação celular, síntese de nucleotídeos, elemento importante da eritropoiese, responsável pela regulação das células nervosas, além de atuar na prevenção de defeitos do tubo neural e anemia megaloblástica na mãe (KOMINIAREK E RAJAN, 2016; LINHARES e CÉSAR, 2017). O Consumo de ácido fólico pela alimentação pode ser insuficiente, principalmente em países de baixa renda. Nesse sentido, a suplementação alimentar de ácido fólico pré concepção, em mulheres de idade reprodutiva e gestantes, consumo da dieta rica em folato e alimentos fortificados, seria uma estratégia para melhorar os desfechos gestacionais (CLERMONT et al., 2018; KOMINIAREK e RAJAN, 2016; MOUSA, NAGASH, LIM, 2019).

Segundo as recomendações dietéticas do *Institute of Medicine* (IOM 2001), as mulheres não grávidas devem consumir 400mcg/dia de folato, enquanto as mulheres grávidas, 600mcg/dia. Além da suplementação, devem manter uma alimentação rica em alimentos fontes desse mineral como: folhas verde-escuras, frutas, fígado e alimentos fortificados (CLERMONT et al. 2018).

O ferro é um mineral que atua principalmente na síntese das células vermelhas e no transporte de oxigênio materno e fetal (BRASIL, 2013; PARIZZI e FONSECA, 2010; PHILLIPI et al., 1999). O aumento da massa eritrocitária e placentária, o aumento do útero e das mamas e as perdas sanguíneas no parto, elevam a necessidade de ferro na gestação, principalmente no segundo e terceiro trimestre (PARIZZI E FONSECA, 2010).

O feto extrai esse mineral da mãe para suas próprias reservas após nascimento. Mesmo em caso de mães anêmicas ou desnutridas, o feto consegue extrair da reserva materna, o que pode contribuir para agravamento do estado nutricional materno (VITOLLO, 2015). Nesse contexto, percebe-se um aumento na prevalência de anemia em gestantes e nutrizes nos últimos anos (PARIZZI e FONSECA, 2010).

De acordo com o IOM (2001), a recomendação de ferro na gestação é de 27mg, essa quantidade, é dificilmente alcançada somente através do consumo alimentar. Para as mulheres com dificuldade de ingestão desse nutriente, somente pela alimentação, deve ser avaliada a possibilidade de intervir com a suplementação (TRAN et al., 2019; PARIZZI e FONSECA, 2010; LIN et al., 2018; IGLESIAS VÁZQUEZ et al., 2019; CLERMONT et al., 2018; KOMINIAREK e RAJAN, 2016).

O Ministério da Saúde (2013) recomenda a ingestão profilática de ferro e ácido fólico de acordo com o público alvo: gestantes e mulheres pós parto, 40 mg de ferro elementar e 400 mcg de ácido fólico para gestantes e 1 mg de ferro elementar/kg para crianças de seis a vinte e quatro meses.

No estudo clínico realizado em Tarragona, Espanha, 791 gestantes foram distribuídas em dois grupos. Esses grupos receberam suplementação de ferro em dosagens diferentes de acordo com o estado da hemoglobina que apresentavam. Os resultados das análises mostraram que as diferentes dosagens de ferro não alteraram os níveis de hemoglobina. Entretanto, o grupo que recebeu a dosagem de 20mg de ferro, reduziu o risco de hemoconcentração em 69% das gestantes e não foi encontrado efeitos adversos a alta dosagem de ferro em mulheres com reservas no início da gestação (IGLESIAS VÁZQUEZ et al., 2019).

Em uma revisão sistemática, 12 estudos avaliaram a suplementação de ferro e placebo durante a gravidez e a relação na saúde materna e infantil. Verificou-se que a suplemento de ferro reduziu o risco de anemia materna em 47% e de um bebê com baixo peso ao nascer em

12%. Houve melhora na concentração de hemoglobina e nas concentrações de ferritina sérica materna, quando utilizada a suplementação de ferro (OH, KEATS, BHUTTA, 2020).

Em um estudo conduzido em Madarounfa Níger, foi investigada a eficácia de três tipos de suplementos com dosagens diferentes: comprimidos de ferro e ácido fólico; ferro, ácido fólico e mais 20 micronutrientes e um alimento fortificado com mais 20 micronutrientes, durante o período gestacional. Os três grupos relataram aumento de apetite, melhora da saúde, mais disposição, bebês saudáveis e grandes, ausência de diarreia e febre, além da cura da anemia (CLERMONT et al., 2018).

O cálcio é um mineral mais abundante no corpo humano, sua concentração é regulada pela vitamina D-paratormônio (PTH), se faz presente em vários processos biológicos, incluindo a contração muscular, homeostase de enzimas, neurotransmissores, células nervosas, mineralização óssea e manutenção das membranas celulares e participa de várias estruturas como ossos, dentes, esqueleto (MOUSA, NAGASH, LIM, 2019). Durante a gestação, o feto mobiliza o cálcio materno para mineralização óssea, essa intensa deposição ocorre principalmente no terceiro trimestre, o que faz com que a demanda materna intensifica nesse período (VITOLO, 2015).

A recomendação de cálcio na gestação é de 1000mg/dia segundo o IOM (2011). Essa necessidade pode ser atendida apenas com a dieta, portanto a suplementação pode ser recomendada a mulheres com baixa ingestão. O consumo inadequado desse mineral pode contribuir para câimbras, pré-eclâmpsia e osteopenia (MOUSA, NAGASH, LIM, 2019).

Em uma revisão sistemática realizada em 2020, cinco estudos avaliaram a ingestão de cálcio em mulheres grávidas, comparada a ingestão do placebo. A suplementação de cálcio não afetou o risco de o bebê nascer com baixo peso e contribuiu positivamente na redução do risco de pré-eclâmpsia e eclâmpsia materna (OH et al., 2020).

Estudos apontam o benefício do ômega 3 na gestação, principalmente para o desenvolvimento do sistema nervoso fetal (MIDDLETON et al., 2018; KOMINIAREK e RAJAN, 2016). A ingestão dos ácidos graxos de cadeia longa (LC-PUFAs) em forma de suplemento ou pela alimentação apresentam benefícios na saúde materna e fetal, como a redução de parto prematuro, diminuição na probabilidade de baixo peso ao nascer e para as mulheres, gestações mais longas (MIDDLETON et al., 2018).

Na pesquisa realizada em ensaios randomizados, foi comparado a ingestão de ômega 3 (suplemento ou alimento) durante a gravidez. Verificou-se que os nascimentos de crianças prematuras foram menores em mulheres que receberam LC –PUFA ômega 3 durante a gestação. Houve também um risco reduzido de morte perinatal e de admissão para cuidados neonatais, menor número de bebês com baixo peso. Foi percebido o aumento do prolongamento da gestação, maior que 42 semanas, em 2,6% das gestantes que utilizaram suplementação de ômega 3 durante a gestação (MIDDLETON et. al. 2018).

2.3 Deficiências Nutricionais

A nutrição da mulher antes e durante a gestação são importantes para os resultados esperados na gravidez. Nesse período da concepção e desenvolvimento, as ofertas de nutriente para o feto dependem das reservas maternas. A idade da mãe e o intervalo entre as gestações, a desnutrição materna, a disponibilidade de alimento, podem influenciar no suprimento de nutriente para o feto em desenvolvimento (RAMAKRISHNAN et al., 2012).

No Brasil, dados da pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do biênio 2017- 2018, mostraram que mais de 50% da população adulta não atinge a recomendação alimentar para vitaminas e minerais e foram encontradas as maiores prevalências de inadequação de cálcio, magnésio, vitamina A, tiamina, piridoxina, vitamina D e vitamina E. Da mesma forma, o consumo de fibras, cuja recomendação para adultos pelo IOM (2011) é de 28 gramas por dia, houve redução de 21,4g em 2008-2009, para 19,4g em 2017-2018.

Alguns nutrientes podem ser imprescindíveis na gravidez, pois atuam no metabolismo materno e fetal. Quando a alimentação da gestante apresenta carências nutricionais, podem ocasionar resultados adversos a gravidez, como: abortos, baixo peso ao nascer, defeitos congênitos, prematuridade, comprometimento no desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso, enquanto outros influenciam as vias oxidativas e metabólicas (SILVA et al., 2007; RAMAKRISHNAN et al., 2012; GOMES et al., 2020).

A deficiência de ferro é um dos mais graves do mundo, afetando tantos os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento (OUZZENOU, AMOR, BAAL, 2019). Na

gestação, ocorre expansão do volume sanguíneo desde o primeiro trimestre pela ação dos hormônios estrogênio e progesterona e o aumento da demanda de ferro para o feto, ocorrendo várias adaptações gravídicas no período gestacional (CAMACHO et al., 2010). A deficiência de ferro pode acarretar abortamento, prematuridade, distúrbios hipertensivos e baixo peso ao nascer (LIN et al. 2018).

A anemia por deficiência de ferro, é definida quando a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo do normal $<11\text{mg/dl}$ (BRASIL, 2013; LIN et al., 2018). Na gestação, o tipo de anemia mais comum é a ferropriva. Pode estar presente na gestação, pela ingestão alimentar inadequada, não suplementação ou mesmo complicações no período. Já no nascimento ou nos primeiros meses de vida, a prematuridade, ausência de amamentação, introdução alimentar precoce pode ser determinantes para anemia na infância (BRASIL, 2013).

No estudo realizado em Marrocos com 300 gestantes anêmicas, identificou-se que 41,4% das mulheres em estudo apresentavam anemia grave e foram relacionadas às condições de saúde, principalmente nas habitantes da área rural, que possuíam pouco estudo, sedentarismo, pouca idade, baixo nível socioeconômico e a primiparidade (OUZZENOU, AMOR, BAALI, 2019).

Em um estudo conduzido na China, analisou-se a prevalência de anemia entre gestantes que deram à luz entre 2013 a 2015, essa análise foi realizada através de dados obtidos em prontuários hospitalares. A prevalência da anemia foi mais elevada no último trimestre da gestação, o qual foi relacionada a suplementação inadequada de ferro e as gestantes com menor renda familiar per capita eram mais anêmicas do que as renda mais alta. O IMC pré-gestacional $<18,5\text{ kg} / \text{m}^2$ foi um preditor de anemia, o que pode ser devido à alimentação inadequada durante a gravidez (LIN et al., 2018).

A deficiência do ácido fólico na gestação resulta no acúmulo de homocisteína, que pode estar associado a síndrome hipertensiva na gestação, abortamentos espontâneos, partos prematuros, baixo peso ao nascer, demência e depressão, defeitos no fechamento do tubo neural, anemia megaloblástica na gestante (TAVARES ET AL., 2015; MOUSA E NAGASHI, 2019). A ingestão reduzida de ácido fólico está associada ao baixo consumo na dieta, distúrbios gênicos, tabagismo, uso crônico de contraceptivos hormonais orais, diabetes, uso de medicações anticonvulsivantes (TAVARES et al., 2015).

A deficiência do ácido fólico pode estar associada a vários fatores, incluindo a baixa ingestão alimentar, aquecimento durante o cozimento, fatores relacionados a má absorção, entre eles, distúrbios gastrointestinais como doença celíaca, síndrome do intestino curto, pH elevado, além das deficiências enzimáticas que são necessárias ao metabolismo do ácido fólico (KHAN e JIALAL, 2020).

Quando analisado o uso da suplementação de ácido fólico durante a gestação, o estudo realizado no Rio Grande do Sul, mostrou um abaixo ingestão entre as gestantes (54%), sendo as maiores prevalências de consumo entre as mulheres brancas, com maior escolaridade e renda e que haviam planejado a gravidez e iniciado o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre (LINHARES e CESAR, 2017).

Em uma revisão sistemática, foi analisado os efeitos da suplementação de ácido fólico entre gestantes de países de baixa e média renda, associados ao peso ao nascer. A suplementação de ácido fólico foi relacionada a um aumento no ganho de peso dos bebês e uma diminuição na incidência do baixo peso e pequeno para idade gestacional (JONKER et al., 2020).

Há evidências que a baixa ingestão de cálcio está associada ao maior risco de pré-eclâmpsia na gestação e pode contribuir para osteopenia, parestesia, câimbras musculares, tremor na mãe, baixo peso e atraso no crescimento (MOUSA e NAGASHI, 2019).

Em uma pesquisa realizada entre 2017 a 2018, analisou-se o estado nutricional e alimentar de 286 gestante Jordanianas. Um terço das mulheres apresentaram inadequação de cálcio provenientes de fontes alimentares, 45,8% apresentaram inadequação para folato no segundo trimestre, 50% apresentaram consumo de fibras inferior a IA de 28g. Quando analisado a ingestão de energia, 50% das gestantes tiveram ingestão de energia e proteína total abaixo da AMDR (TAYYEM, et al., 2019).

No estudo realizado com 18.064 mulheres, avaliou-se a associação dos efeitos da suplementação de cálcio durante a gravidez e os desfechos hipertensivos. A suplementação de cálcio com dosagens >1g/dia reduziu o risco de pré-eclâmpsia e parto prematuro em mulheres com baixa ingestão alimentar. A ingestão do cálcio, podem ter sido superestimados devido aos efeitos de pequenos estudos ou viés de publicação (HOFMEYR et al., 2018).

2.4 Índice de Qualidade da Dieta na Gravidez

A relação entre alimentação e saúde pode ser mensurada pelo consumo dos componentes do alimento, dos grupos alimentares, da quantidade e da frequência de consumo. Já a associação entre os alimentos, nutrientes, patologias ou outros desfechos com a saúde, podem ser analisadas por instrumentos dietéticos (VOLP et al., 2010). O índice dietético é usado para estimar a qualidade da alimentação e fornecer subsídios para a elaboração do plano alimentar e intervenções nutricionais (FISBERG, MARCHIONI, COLUCCI, 2009).

A utilização dos índices dietéticos requerem adaptações específicas de acordo a população em estudo (BODNAR e SIEGA-RIZ, 2002). No Brasil, vários estudos foram realizados adaptando o Índice de Alimentação Saudável (IAS) de acordo com os guias e pirâmides alimentares brasileiras e as propostas pelas DRIs (MELERE et al., 213; MOTA et al., 2008).

O *Healthy Eating Index* (HEI) foi desenvolvido pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos para avaliar a qualidade da dieta dos americanos (KENNEDY et al., 1995). É composto de dez componentes, sendo cinco referentes aos grupos alimentares: “grãos”, “vegetais”, “frutas”, “leites” e “carnes” e quatro nutrientes: “gorduras totais”, “gordura saturada”, “colesterol” e “sódio”. Os componentes são pontuados de 0 a 10, sendo 0, para o não consumo, e dez a pontuação máxima, para indivíduos com ingestão recomendada de acordo com o guia alimentar americano. As pontuações intermediárias são calculadas proporcionalmente (KENNEDY et al., 1995).

Em 2004, Fisberg e colaboradores, realizaram um estudo piloto na cidade de Botucatu, SP, adaptando e validando o HEI para a população brasileira. As alterações propostas para a adaptação do índice foram: a utilização da pirâmide alimentar proposto do PHILIPPI et al. (1999), incluindo os cinco grupos de alimentos (cereais, pães, tubérculos e raízes; verduras e legumes; leite e produtos lácteos; carnes, ovos e feijão) e a variedade da dieta, mantendo os quatro nutrientes anteriormente proposto (gordura total; gordura saturada; colesterol e sódio). Todos os componentes receberam pontuação de 0 a 10 e os valores intermediários foram calculados proporcionalmente. A qualidade da dieta foi mensurada pelos escores: abaixo de 40

pontos “dieta inadequada”; 41 a 64 pontos “necessitando de melhorias” e superior a 65 pontos “dieta saudável” (MELERE et al., 2013; PREVIATO, VOLP, FREITAS, 2014).

Vários são os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da dieta, ingestão de nutrientes e grupos alimentares. Todavia, estudos que avaliam o índice de qualidade da dieta específicos para gestantes são escassos (RIFAS-SHIMAN et al., 2009; MELERE et al., 2013). No Brasil, foram identificados três estudos que adaptaram índices dietéticos para gestantes: Índice de Alimentação Saudável para gestantes (HEIP-B) e o Índice de Qualidade da dieta para gestantes (IQD-G) e o Índice de qualidade da dieta adaptado a gestantes (IQDAG). (CRIVELLENTI, ZUCCOLOTTI, SARTORELLI, 2019).

A construção do HEIP-B foi embasado no índice internacional americano prévio *Alternative Healthy Eating Index for Pregnancy* (AHEI-P). Adaptou-se as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira para estabelecer o número de porções diárias e DRIs para mensurar as recomendações dos nutrientes. Ainda foi proposto no estudo, a adequação das porções do guia alimentar brasileiro em função do acréscimo calórico no período gestacional de 300kcal/dia. Outro diferencial desse estudo foi a inclusão do componente “feijões e outros vegetais ricos em proteína” presente no guia alimentar. A cada componente foi atribuído a pontuação de 0 a 10. Para classificar a qualidade da dieta, foram utilizados os mesmos escores propostos no AHEI-P, sendo que na pontuação total em 100, foram classificadas <45 pontos “Má qualidade”, 45-72 pontos “Precisando de Melhorias” e >72 pontos “Boa Qualidade” (MELERE et. al, 2013).

O IQD foi o primeiro estudo no Brasil a avaliar a dieta da gestantes. O IQD foi baseado no HEI, entretanto, foram realizadas adaptações brasileiras como a utilização da pirâmide alimentar brasileira (Philippi et al., 1999) como parâmetro para os componentes dos grupos alimentares (consumo de cereais; hortaliças; frutas; leite e derivados e carnes, ovos e leguminosas). A variedade da dieta, passou a ser avaliado a partir de dados obtidos pelos próprios autores em estudos prévios Fisberg et al. (2004). Para o escore final, todos os componentes são pontuados de 0 a 10 e a qualidade da dieta categorizada em: dieta inadequada-pontuação 80 (MALTA, 2010).

O IQDAG, foi desenvolvido baseado nas recomendações do Ministério da Saúde, no Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) para a população brasileira, no Índice de Alimentação Saudável para Gestantes Brasileiras, no novo Guia Alimentar para a População Brasileira e nos 10 passos da alimentação saudável para gestantes recomendado pelo Ministério

da Saúde. Adotou-se como componente moderador percentual do VET proveniente dos alimentos ultraprocessados, os pontos de cortes foram baseados em percentis que corresponde entre 18 a 45% do VET desses produtos. A pontuação dos componentes foram embasada no estudo HEIP-B. Os grupos de alimentos analisados formam: Hortaliças, Leguminosas e Frutas frescas em porções/1.000 kcal e os nutrientes Fibras, Ômega 3, Cálcio, Folato e Ferro. A pontuação máxima atribuída a ingestão do alimento foi 10 e 0 para ausência do consumo. A soma de todos os componentes apresentou um valor total de 100 pontos, sendo os valores intermediários calculados proporcionalmente (CRIVELLENTI, ZUCCOLOTTO, SARTORELLI, 2018; 2019).

Os principais estudos de índice de avaliação da dieta nacional e internacional, estão descritos no (Quadro 1), listados em ordem cronológica, considerando Índice: autores/ano, Referencial, Componentes e Pontuação.

2.5 Fatores associados ao Índice de Qualidade da Dieta na Gravidez

A alimentação é um fatores passíveis de modificações que podem contribuir para a prevenção ou controle de complicações múltiplas relacionadas a gravidez, como: hipertensão, diabetes mellitus (SIREGAR et al., 2020), predisposição a obesidade, doenças crônicas e metabólicas, deficiências nutricionais (THOMAS BERUBE et al., 2019), Conhecer o consumo alimentar das gestantes, por métodos que avaliem a qualidade da dieta, permitem ajustes na alimentação e contribuir para estratégias de intervenções nutricionais (FRANÇA et al., 2017).

No estudo realizado com 86 gestantes em Quebec, Canadá, avaliou a as mudanças na qualidade da dieta durante a gravidez e identificou as características maternas associadas à qualidade da dieta específica do trimestre. Utilizou-se o recordatório 24h e o Índice Canadense de Alimentação Saudável (HEI). Identificou-se que mulheres obesas ou com sobrepeso, menos ativas foram associadas a pior qualidade da dieta (SAVARD et al., 2019).

Em Nova York, um estudo com 519 gestantes de baixa renda, analisou a associação entre os correlatos financeiros, culturais, psicossociais e de estilo de vida e a qualidade da dieta pré-natal em mulheres hispânicas de baixa renda. O questionário de frequência alimentar foi

utilizado para estimar a ingestão alimentar e o Índice de Alimentação Saudável (IAS) para estimar a qualidade da dieta. Identificou-se que as dieta durante o pré natal era de baixa qualidade e foram associadas a maior risco de complicações na gravidez e resultados adversos a saúde (THOMAS BERUBE et al., 2019).

SIREGAR et al., 2020, analisaram a associação da qualidade da dieta à glicemia e pressão arterial de 174 gestantes. Utilizou-se o recordatório 24h para análise da dieta e o Índice Alternativo de Alimentação Saudável para Gravidez (AHEI-P) para a qualidade da dieta. A pontuação média do índice foi de 47,4 pontos. Identificou-se que a qualidade da dieta mais elevada foi associada negativamente a com a pressão diastólica mais baixa e glicemia.

Outro estudo investigou a relação entre o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG) e o excesso de peso materno. As mulheres no maior tercil de pontuação do índice apresentaram chance 44% e 57% menor de serem classificadas como portadoras de sobrepeso e obesidade, quando comparada às mulheres no menor tercil, além disso identificou que mulheres no maior tercil de pontuação de fibras apresentaram chance 49% menor de sobrepeso, gestantes com maior ingestão calórica provenientes de alimentos ultraprocessados, tiveram chances duas vezes maiores de ter sobrepeso e cinco vezes mais chances de obesidade (CRIVELLENTI et al., 2019).

Quadro 1: Principais Índices de Qualidade da Dieta nacionais e internacionais para Gestantes, listados em Índice: autores e ano, referencial, componentes e pontuação.

Índice – autores/ano	Referencial	Componentes	Pontuação
Diet Quality Index for Pregnancy (DQI-P) – Bodnar e Siega-Riz, 2002	Recomendações do Institute of Medicine (IOM, 1992)	8 componentes: cereais; verduras; frutas; gordura total; ferro* ; cálcio* ; folato* e razão entre o número de refeições e lanches	Pontuação máxima: 10 pontos Score final: 80 pontos Maior pontuação = melhor qualidade da dieta
Alternate Healthy Eating Index for Pregnancy (AHEIP) – Rifas-Shiman et al., 2009.	Adaptação do Alternate Healthy Eating Index (AHEI)	9 componentes: vegetais; frutas; razão carnes vermelhas/carnes brancas; fibras; razão ácidos graxos poli-	Pontuação máxima: 10 pontos Score final: 90 pontos Maior pontuação =

	(Mccullough et al., 2002).	insaturados/saturados; cálcio**; folato**; ferro** e gordura trans	melhor qualidade da dieta
Healthy Eating Index for Pregnant Women in Singapura (HEI-SGP) – Han et al., 2015.	HEI - 2010 (Guenther et al., 2013); AHEI-P (RifasShiman et al., 2009) e Diretrizes dietéticas para gestantes de Cingapura.	11 componentes: frutas totais; fruta inteira; vegetais totais; vegetais verdesescuros e alaranjados; arroz total e alternativas; grãos inteiros; laticínios; alimentos ricos em proteína; uso de suplementos pré-natais (cálcio*, folato* e ferro*); gordura total e gordura saturada	Pontuação máxima: 10 pontos Score final: 100 pontos Maior pontuação = melhor qualidade da dieta
Índice de Qualidade da Dieta para Gestantes (IQD-G) – Malta, 2010.	Adaptação do Índice de Qualidade da Dieta (IQD) (Fisberg et al., 2004).	10 componentes: frutas; hortaliças; cereais; leguminosas; leite e derivados; carnes; ovos; colesterol, gordura total e gordura saturada; variedade da dieta	Pontuação máxima: 10 pontos Score final: 100 pontos < 51 pontos = dieta de má qualidade 51 a 80 pontos = dieta precisando de melhorias > 80 pontos = dieta de boa qualidade
Índice de Alimentação Saudável para Gestantes Brasileiras (HEIP-B) - Merele et al., 2013.	AHEI-P (Rifas-Shiman, 2009) e no Guia Alimentar para a população brasileira de 2006 (MS, 2006)	10 componentes: frutas; vegetais; feijões e outros vegetais ricos em proteína; razão carnes brancas/carnes vermelhas; razão gorduras poli-insaturadas/saturadas; fibras; gorduras trans; cálcio**; folato**; ferro**	Pontuação máxima: 10 pontos Escore final: 100 pontos < 45 pontos = dieta de má qualidade 45 a 72 pontos = dieta precisando de melhorias > 72 pontos = dieta de boa qualidade
Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG) – Crivellenti et al., 2018.	Guia Alimentar para população brasileira vigente (Brasil, 2014); Orientações dos “10 passos da alimentação saudável para gestantes” (MS, 2012); IQDG (Malta, 2010) e HEIP-B (Merele et al., 2013).	9 componentes: frutas frescas/1000kcal, hortaliças/1000kcal; leguminosas/1000kcal; fibras; cálcio***; ferro***; folato***; ômega 3***; produtos ultraprocessados	Pontuação máxima: 20 pontos Escore final: 100 pontos Maior pontuação = melhor qualidade da dieta

* micronutrientes provenientes de suplementos dietéticos.

** micronutrientes provenientes apenas da alimentação.

***micronutrientes provenientes da alimentação e suplementos dietéticos

No estudo de BODNAR E SIEGA-RIZ (2002), foi desenvolvido um Índice de Qualidade da Dieta utilizando as Recomendações Nutricionais Americanas para a gravidez, além de associar a qualidade da dieta as características sociodemográficas. O questionário de frequência alimentar foi utilizado para avaliar a ingestão alimentar. Para o estudo foi utilizado 8 componentes dietéticos: cereais; verduras; frutas; gordura total; ferro; cálcio; folato e razão entre o número de refeições e lanches. As recomendações dos nutrientes e grupos alimentares foram baseadas nas Diretrizes Dietéticas para Americanos e na Pirâmide Alimentar. O escore foi determinado em uma escala de 80 pontos e os 8 componentes analisados variaram entre 0 a 10 pontos. A maior pontuação foi classificada como melhor qualidade da dieta.

No estudo de RIFAS-SHIMAN et al. (2009) realizaram um estudo sobre a relação das características maternas e a qualidade da dieta e também a associação do escore AHEI-P com os resultados da gravidez. O QFA semi quantitativo foi utilizado para avaliação a dieta das gestantes e o AHEI-P para mensurar a qualidade da dieta, com escores de 90 pontos. Neste contexto, o AHEI-P identificou dois desfechos na gravidez, menor nível de glicose no sangue na triagem e risco ligeiramente menor de desenvolver pré-eclâmpsia.

HAN et al. (2015) analisaram a qualidade das gestantes em Singapura pelo Índice de Qualidade Alimentação associado a características maternas. A ingestão alimentar foi mensurada pelo recordatório 24h com auxílio de imagens fotográficas dos alimentos e tamanho das porções alimentares. A análise dos nutrientes foram embasados nos estudos prévios do Índices de Alimentação Saudável (HEI) e do Índice Alternativo de Alimentação Saudável para Gravidez (AHEI-P) e modificado conforme diretrizes dietéticas de Cingapura para mulheres grávidas. O HEI-SGP foi composto de 11 componentes. A pontuação variou de 0 a 10 pontos. Score final: 100 pontos. Maior pontuação nos escores foram relacionadas as melhores qualidade da dieta.

No estudo de MALTA, 2010, realizou-se adaptação do Índice de Qualidade da Dieta (IQD) para o público gestantes. Foram realizadas adaptações dos grupos de alimentos proposto pela pirâmide alimentar brasileira, exclusão do componente sódio e inclusão do grupo das carnes e ovos de leguminosas separadamente. O cálculo da variedade da dieta foi utilizado a partir dos critérios de Kennedy et al., (1995), já a pontuação do Índice de Qualidade da Dieta para Gestantes (IQD-G) foi semelhante ao IQD. O índice abordou 10 componentes, com pontuações que variavam entre zero a 10 pontos. O escore final variou de 0 a 100 pontos e foi categorizado utilizando os mesmos pontos de corte propostos no IQD: dieta de boa qualidade,

pontuação superior a 80 pontos; dieta precisando de melhorias pontuação entre 51 e 80 pontos e dieta de má qualidade pontuação inferior a 51 pontos.

MELERE et al. (2013), investigaram a qualidade da dieta das gestantes por meio de um parâmetro único, simples e o objetivo. Utilizou-se dados do Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar em Gestantes, envolvendo 785 gestantes entre 13 a 42 anos na cidade de Bento Gonçalves. Um QFA foi utilizado para coleta das informações alimentares, o Guia Alimentar para a População Brasileira foi utilizado para mensurar as porções alimentares e na construção do HEIP-B. Adotou-se a classificação “boa qualidade” para gestantes com escores > 72 pontos, “má qualidade” para gestantes com escores <45 pontos e “precisando de melhorias” para gestantes com pontuação entre 45 a 72. Verificou-se que a maioria das gestantes a qualidade da dieta estavam precisando de melhorias.

No estudo de CRIVELLENTI, ZUCCOLOTTO E SARTORELLI (2018) foi desenvolvido um Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG), envolvendo 785 gestantes adultas usuárias do SUS do município de Ribeirão Preto, SP. Adotou-se o recordatório 24h e o QFA para estimar o consumo alimentar, e os alimentos ultraprocessados foram selecionados como alimento moderador, conforme diretrizes do Guiar Alimentar para População Brasileira (BRASIL, 2014). O estudo foi pioneiro, nacionalmente, ao utilizar o Guia Alimentar Brasileiro e o alimento moderador, logo, o estudo propôs um instrumento relevante para avaliar o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes, especialmente na Atenção Básica de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade da dieta de gestantes por meio do Índice De Qualidade Da Dieta e seus fatores associados.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população de estudo segundo as variáveis sociodemográficas, obstétricas, clínicas, comportamentais e do estado nutricional.
- Calcular os escores de qualidade da dieta das gestantes de acordo os tercis.
- Analisar a relação entre os tercis do Índice Da Qualidade Da Dieta aos fatores associados a características demográficas, socioeconômicas, obstétricas, comportamentais e de estilo de vida das gestantes.

4 METODOLOGIA

4.1 Contextualização

O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal”.

4.2 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, de base populacional, transversal, aninhado à coorte ALGE, quantitativo e analítico.

4.3 Cenário do Estudo

O cenário deste estudo é o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. O município é um polo na região onde está localizado e possui uma população de 402.027 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio é de 0,770 e o Índice de Gini 0,5391 (IBGE, 2019). O local é referência em setores de prestação de serviços, comércio, educação e saúde. Os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) compõem a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) local desde 1992. A partir de então, o número de equipes e a cobertura populacional têm crescido progressivamente, consubstanciando o modelo de saúde da família como principal forma de organização da AB local, sendo que, hoje, esta cobre 100% da população. Existem os programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e de Residência

Multiprofissional em Saúde de Família, iniciados em 1999; e atualmente também os programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e de Enfermagem Obstétrica com atuação nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2006; BRASIL, 2019; LIMA *et al.*, 2019).

4.4 População e Amostra

A população desta pesquisa foi constituída por gestantes cadastradas nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), da zona urbana do município de Montes Claros, no ano de 2018. O tamanho da amostra foi estabelecido visando a estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto contemplar diversos eventos), intervalo de 95% de confiança (IC 95%), e nível de precisão de 2,0%. Fez-se correção para população finita (N=1.661 gestantes) e se estabeleceu também um acréscimo de 20% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Os cálculos evidenciaram a necessidade de participação de, no mínimo, 1.180 gestantes.

Para a seleção da amostra foram considerados os polos da ESF do município, que totalizavam 15 no período desta pesquisa. O número de gestantes amostradas em cada polo foi proporcional à sua representatividade em relação à população total de gestantes cadastradas

Foram incluídas as gestantes que atenderam aos seguintes critérios: ser regularmente cadastrada em uma unidade da ESF; aceitar participar de todas as etapas do estudo; possuir condições mentais para entendimento do questionário. Não foram incluídas no estudo gestantes gemelares e que apresentavam comprometimento cognitivo informado pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

4.5 Coleta de Dados

Quanto ao processo de coleta de dados, inicialmente fez-se contato com os gestores da coordenação da APS do município, para sensibilização e explicação sobre o propósito da

pesquisa. Após a sua anuência, as equipes de saúde da família também foram visitadas pelos pesquisadores para esclarecimentos sobre o estudo. Os profissionais dessas equipes responsáveis pelo pré-natal forneceram uma lista das gestantes de sua área de abrangência contendo os nomes, telefones e endereços destas. De posse dessas listas, uma equipe de entrevistadores realizou contato telefônico inicial com as mulheres, quando houve uma abordagem com o convite e a sensibilização sobre o estudo, para que em seguida fosse agendada e efetuada a coleta de dados.

Previamente à coleta de dados, foi realizada a capacitação dos entrevistadores, bem como um estudo piloto com gestantes cadastradas em uma unidade da ESF (que não foram incluídas nas análises do estudo), com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa.

A coleta aconteceu entre outubro de 2018 a novembro de 2019, nas unidades de saúde da ESF ou nos domicílios das participantes conforme a disponibilidade delas. Uma equipe multiprofissional formada por profissionais da área da saúde e por acadêmicos de iniciação científica foi responsável pelas entrevistas, que ocorreram face a face.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário que contemplava características sociodemográficas e econômicas, gineco-obstétricas, clínicas, comportamentais e de alimentação. Os dados antropométricos foram obtidos por meio dos registros do cartão de pré-natal. Os questionários foram aplicados após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como do Termo de Assentimento de Livre e Esclarecido (TALE) para as participantes menores de 18 anos

4.6 Variáveis do Estudo

Quanto às variáveis características sociodemográficas, foram investigadas: idade, escolaridade, situação conjugal e renda da família.

Para a caracterização ginecológica foram consideradas as variáveis: trimestre gestacional, número de consultas realizadas no pré-natal.

Quanto as características clínicas foram investigadas as principais queixas autorreferidas no período gestacional, por meio de perguntas com opções de respostas sim e

não. Também se usou outro questionário composto de 17 questões para aferir a presença de alguma patologia autorreferidas durante a gestação, e, assim, identificar as afecções mais prevalentes nesse período.

Quanto as características comportamentais avaliou-se a prática de atividade física pelo instrumento *Pregnancy Physical Activity Questionnaire* (PPAQ), (CHASAN-TABER et al., 2004), o consumo de bebidas alcoólicas foram investigadas através do QFA.

O consumo alimentar das participantes foi aferido por meio do QFA, considerado o mais prático e informativo método de avaliação da ingestão dietética para estudos epidemiológicos. Mede o consumo habitual, sem alterar o mesmo e oferece a possibilidade da correta estratificação dos resultados em quartis de consumo de nutrientes para a análise de tendências de risco segundo o grau de exposição e as diferenças entre os níveis extremos da ingestão (SLATER et al., 2003). Ademais, foram acrescentadas questões sobre alimentação criadas pelos pesquisadores deste estudo.

Os dados antropométricos (peso, altura e IMC) foram obtidos por meio dos registros do cartão de pré-natal.

4.7 Análise de Dados

O consumo alimentar foi estimado a partir da análise do QFA obtidos por profissionais da área da saúde e acadêmicos do curso da saúde.

O QFA foi composto por 70 itens e foi utilizado para a coleta de dados alimentares durante a gestação (primeiro ao terceiro trimestre). Para cada item foi mensurada uma medida caseira ou unidade do alimento que avalia a quantidade consumida. O QFA apresentou oito opções de frequência de consumo, variando entre: “Nunca/Quase Nunca”, “1 a 3x /mês”, “1x/semana”, “2 a 4x/ semana”, “5 a 6x/ semana”, “1x/dia”, “2 a 3x dia” e “Mais de 3x/dia” (DUARTE et al., 2020).

As frequências de consumo dos alimentos foram convertidas em um equivalente diário, cujos valores atribuídos foram: "mais de três vezes/dia" = 3; "duas a três vezes/dia" = 2; "uma vez/dia" = 1; "cinco a seis vezes/semana" = $0,79(=[(5+6) /2] /7)$; "duas a quatro

vezes/semana" = $0,43(=[(2+4) / 2] / 7)$; "uma vez/semana" = $0,14(=1/7)$; "uma a três vezes/mês" = $0,07(=[(1+3) / 2] / 30)$; "nunca/quase nunca" = 0 (DUARTE et al., 2020).

Para cada item alimentar, calculou-se o valor em g, mg ou mcg dos micronutrientes e fibras. Para os macronutrientes, calculou-se o valor em g e caloria total do VET.

A composição nutricional da ingestão dietética foi estimada por meio do *software Dietbox*[®] (Programa de Apoio à Nutrição *on-line*), utilizando-se a Tabela de composição de Alimentos: suporte para decisão nutricional (PHILIPI, 2021), Tabela Brasileira de Composição Química dos Alimentos (TACO) (UNICAMP, 2011).

O IDQAG foi utilizado como estudo referencial para analisar a qualidade da dieta das gestantes. Os grupos alimentares foram baseadas nas equações descritas por Crivellenti et al. (2018) representada por oito componentes dos grupos de alimentos "Hortaliças", "Leguminosas" e "Frutas" e os nutrientes "Fibras", "Ômega 3", "Cálcio", "Folato", "Ferro".

De acordo as recomendações do Ministério da Saúde, o número de porções dos grupos de alimentos é baseado em uma dieta de 2000kcal, a pirâmide alimentar adaptada proposta por Phillipi (1999) foi utilizada para determinar o número de porções dos grupos. Nesse estudo, para o número de porções diárias recomendadas aos grupos alimentares, definiu-se o uso de 1000kcal, proposta semelhante ao IQD-R e IDQAG. Assim para cada 1000kcal da dieta, adotou-se o consumo de 1,5 porções de hortaliças, 0,5 porções de leguminosas e 1,5 porções de frutas frescas.

Já para os nutrientes, as DRIs foram utilizadas para estabelecer as recomendações diárias dos nutrientes (IOM, 2019, 2011). O uso de suplementos alimentares não foi utilizado nesse estudo. Os alimentos ultraprocessados foram adotados como componentes moderadores, consecutivos à proposta do HEI 2010, IDD-R e IDQAG (2018).

Para a avaliação do Índice de qualidade da dietas das gestantes, foram atribuídas as pontuações a cada componente dos grupos alimentares, variando os escores de 0 a 10 pontos, sendo 10 a pontuação máxima e zero para ausência do consumo, baseadas nos estudos de MELERE et al. (2013). A primeira equação foi utilizada para determinar os componentes referentes aos grupos de alimentos e nutrientes. A segunda equação foi empregada para determinar o alimento moderador. Representado pelas calorias dos alimentos ultra processados, variando os escores de 0 a 20 pontos. Na análise dessa equação, quanto maior consumo desse componente, menor será a pontuação, e quanto menor consumo, maior a pontuação.

Equação:

$$\text{Equação 1} = 10 * (\text{QICx} - \text{Min})$$

$$(\text{Max} - \text{Min})$$

$$\text{Equação 2} = 20 * (\text{Min} - \text{QICx})$$

$$(\text{Min} - \text{Max})$$

Nas duas equações o QICx refere-se a quantidade ingerida do componente, Min representa o critério para atingir a pontuação mínima e o Máx critério para atingir a pontuação máxima. A análise do índice de qualidade foi representada pelo somatório da pontuação de cada componente, a pontuação final do IQDAG é obtida a partir da soma de todos eles, podendo variar de 0 a 100 pontos.

As variáveis independentes analisadas foram estratificadas em três níveis, nível distal: dados socioeconômicos (faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda familiar); nível intermediário: características obstétricas (trimestre gestacional, número de consultas realizadas no pré natal), características clínicas (queixas autorreferidas, patologias autorreferidas), características comportamentais (prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica); nível proximal - estado nutricional (estado nutricional pré gestacional, orientação alimentar recebida no pré-natal, acompanhamento nutricional no pré-natal, realização de dieta durante a gestação, número de refeições realizadas/dia auto percepção da alimentação (Figura 1) (GIROTTTO et al., 2020).

4.8 Aspectos Éticos

O estudo foi conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do

Parecer Consubstanciado nº. 2.483.623/2018 (Anexo A), CAAE 80957817.5.0000.5146. As participantes deram sua aquiescência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e, no caso das menores de idade, aplicou-se o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice C). Também houve a concordância formal da Coordenação da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, por meio do Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa (Apêndice D) e Ofício da instituição.

5 PRODUTOS CIENTÍFICOS e TÉCNICOS

5.1 Produto Científico: Artigo - Qualidade da dieta de gestantes no âmbito da Atenção Primária a Saúde

5.2 Produto Técnico 1: Oficina de Educação em Saúde - parto e os significados de se tornar mãe, 2019.

5.2.1 Oficina de Educação em Saúde – ESF Vila Telma.

5.2.2 Oficina de Educação em Saúde: ESF Ciro dos Anjos.

5.3 Produto Técnico 2: Apresentação em pôster no II Congresso Internacional em Ciências da Saúde.

5.4 Produto Técnico 3: Apresentação em pôster no 13º Fórum, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG).

5.5 Produto Técnico 4: Vídeo didático para redes sociais: Alimentação saudável durante a gravidez, 2020.

5.6 Produto Técnico 5: Seminários de Iniciação Científica: Apresentação em Evento Científico- oral, 2020.

5.7 Produto Técnico 6: Palestra: Aspectos nutricionais na gestação.

5.8 Produto Técnico 7: Apresentação em pôster no 14º Fórum, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG).

5.1 ARTIGO

Manuscrito científico do tipo artigo original intitulado **Qualidade da dieta de gestantes no âmbito da Atenção Primária a Saúde** submetido ao periódico Revista de Nutrição, Brazillian Journal of Nutrition, Qualis B1, Fator de impacto: 0,333

Qualidade da dieta de gestante no âmbito da Atenção Primária à Saúde

Qual. da Dieta de Gest. na APS

Which. From the Diet of Gest. in APS

Quality of the diet of pregnant women in the scope of Primary Health Care

Giselle Mara Mendes Silva Leão ¹

Lívia Castro Crivellenti ²

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito ³

Marise Fagundes Silveira ⁴

Lucinéia de Pinho ⁵

¹ University Federal of Minas Gerais, Master's Student of the Food and Health Program at the Federal University of Minas Gerais. Montes Claros - MG, Brazil. E-mail: gyzamendes@hotmail.com. Phone: (38) 2101-7730. <https://orcid.org/0000-0002-2475-4208>

² University of São Paulo, Doctor of Science. Graduate Program in Public Health, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto - SP, Brazil. E-mail: iacrivelenti@gmail.com. Phone: (16) 36022712. <https://orcid.org/0000-0002-9038-0996>

³ Universtisy Estadual de Montes Claros, Doctor in Health Sciences. Department of Mental Health and Public Health, Center for Biological and Health Sciences, State University of Montes Claros. Montes Claros - MG, Brazil. E-mail. nanda_sanfig@yahoo.com.br,. Phone: (038) 3229-8000. <https://orcid.org/0000-0001-5395-9491>

⁴ Universtisy Estadual de Montes Claros, Doctor in Public Health. Department of Exact Sciences. State University of Montes Claros – MG. Montes Claros - MG, Brazil. E-mail:

ciaestatistica@yahoo.com.br. Phone: (038) 3229-8000. <https://orcid.org/0000-0002-8821-3160>

⁵ Universtisy Estadual de Montes Claros, Doctor in Health Sciences. Department of Mental Health and Public Health, Center for Biological and Health Sciences, State University of Montes Claros. Montes Claros - MG, Brazil. E-mail. lucineiapinho@hotmail.com. Phone: (038) 3229-8000. <https://orcid.org/0000-0002-2947-5806>

STATEMENT OF AUTHORSHIP:

Giselle M. M. S. Leão and Lucineia de Pinho equally contributed to the conception of the work and interpretation of the data. Lívia C. Crivellenti and Marise F. Silveira also contributed to the data analysis. Maria Fernanda SF Brito contributed to the conception of the work. All authors critically reviewed the manuscript, approved the final version to be published.

Artigo oriundo de dissertação: Quality of the diet of pregnant women in the scope of Primary Health Care.

Autor (a): Giselle Mara Mendes Silva Leão

University: Universidade Federal de Minas Gerais. Ano de publicação: 2021

Article Category: Original

Thematic area: Maternal and child nutrition

Total number of illustrations (tables, charts and figures): 4 tables e 1 figure

Total number of words (according to manuscript category):2993

Author's contact address for correspondence: Giselle Mara Mendes Silva Leão. Rua Mauro Araújo Moreira, 51 Bairro Augusta Mota, CEP: 39403-449, Montes Claros, MG, Brazil.

E-mail: gyzamendes@hotmail.com

Telefone: (38) 988054458

Full address of the institution to which the corresponding author is linked

Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Av. Universitária, 1000 - Universitário, Montes Claros – MG, Brasil. 39404-547

ABSTRACT

Background: The objective of the present study was to evaluate the quality of the diet, through the Quality Index of the Adapted Diet for Pregnant Women, attended at basic health units.

Methods: This is an epidemiological study, carried out with 1244 pregnant women between 2018 and 2019. The Food Frequency Questionnaire was used to estimate the food consumption of the participants and the Quality Index of the Adapted Diet for Pregnant Women was used to measure the quality of the diet and associate it with risk factors during pregnancy. We used a hierarchical model consisting of three blocks. **Results:** 71.8% were aged less than or equal to 30 years, of these 76.7% reported living with a partner and 64.9% had at least high school education, performed some type of light physical activity (42.9%), and who reported negative self-perception of eating (66.6%). **Conclusion:** The prevalence of the worst food quality was perceived as the first tercile and was related to pregnant women with less education, sedentary, who had negative self-perception of eating and who had less than 5 meals a day when compared to the highest tercile.

Keywords: Diet, Healthy. Pregnancy. Diet, Food, and Nutrition

RESUMO

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade da dieta alimentar, por meio do Índice de Qualidade da Dieta Adaptada para Gestantes, atendidas em unidades básicas de saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, realizado com 1244 gestantes entre 2018 e 2019. O Questionário de Frequência Alimentar foi utilizado para estimar o consumo alimentar das participantes e o Índice de Qualidade da Dieta Adaptada para Gestantes para mensurar a qualidade da dieta e associá-la a fatores de risco durante a gravidez. Usamos um modelo hierárquico composto por três blocos. **Resultados:** 71,8% tinham idade menor ou igual a 30 anos, destes 76,7% relataram morar com companheiro e 64,9% possuíam pelo menos o ensino médio, realizavam algum tipo de atividade física leve (42,9%) e referiam autoconfiança negativa -percepção de comer (66,6%). **Conclusão:** A prevalência de pior qualidade alimentar foi percebida como primeiro tercil e esteve relacionada a gestantes com menor escolaridade, sedentárias, que apresentavam autopercepção negativa de alimentação e que faziam menos de 5 refeições ao dia quando comparadas ao tercil superior .

Palavras-chave: Dieta Saudável. Gestante. Alimentação e Nutrição.

1 INTRODUCTION

Healthy food consumption is essential for metabolic and functional functions in the human body, especially during pregnancy, a period when nutritional needs are increased and food consumption reflects on the nutritional status and fetal development.^{1,2} Food choices and behaviors during pregnancy have an impact on the health of mother and child and on gestational outcomes, either positively or negatively.² The pregnant woman's diet should be varied and balanced according to the recommendations of the Brazilian population food guide³ and the recommendations of the Institute of Medicine.^{2,4-6,7}

One of the ways to assess the diet of pregnant women is through dietary indices. These are instruments developed to estimate diet quality, food portions, nutrients, calories, in addition to associating food quality with health outcomes. However, the use of these instruments requires adaptations according to the study population.⁸ The use of dietary indices during pregnancy makes it possible to identify food inadequacies and supports a preventive or parallel intervention to pregnancy, providing subsidies for the elaboration of diets and nutritional guidelines.^{9,10} contributing to the health of the mother and the child even in the first years of life.²

Given the importance that nutrition plays in gestational health, this study aimed to assess the quality of the diet of pregnant women assisted by the Family Health Strategies teams and associate sociodemographic, clinical, obstetric, behavioral, and nutritional status variables.

2 METHOD

This study is part of the research entitled "ALGE Study - Assessment of health conditions of pregnant women in xxxxxx-xx: longitudinal study". This is an epidemiological, population-based, cross-sectional study, nested in the ALGE cohort, quantitative and analytical.

The population of this research consisted of pregnant women registered in the teams of the Family Health Strategy (FHS), from the urban area of the municipality of xxxx-xx.

Pregnant women who were registered in a family health team, at any gestational age, were included. Women who were pregnant with twins and those with cognitive impairment were excluded, according to information from the family member and/or the FHS team.

Data collection took place between October 2018 and November 2019, in the health units of the family health teams or in the homes of the participants, depending on the availability of the pregnant women. A questionnaire was used that included sociodemographic and economic characteristics, gynecological-obstetrics, health conditions and lifestyle habits. The food frequency questionnaire (FFQ) validated¹¹ was used to assess food consumption. The FFQ consisted of 70 items, for each item a household measure or food unit was measured, which assesses the amount consumed. To assess the frequency of food consumption, a scale with eight options was used: "Never/Almost Never", "1 to 3 times/month", "1 times/week", "2 to 4 times/week", "5 to 6 times/week", "1 time/day", "2 to 3 times a day" and "More than 3 times/day".¹¹

Food consumption frequencies were converted into a daily equivalent, whose assigned values were: "more than three times/day" = 3; "two to three times/day" = 2; "once/day" = 1; "five to six times/week" = $0.79(=[(5+6) /2] /7)$; "two to four times/week" = $0.43(=[(2+4) /2] /7)$; "once/week" = $0.14(=1/7)$; "one to three times/month" = $0.07(=[(1+3) /2] /30)$; "never/almost never" = 0.¹¹

For each food item, the value in g, mg or mcg of micronutrients and fiber was calculated. For macronutrients, the value in g and total calories of the VET was calculated. The nutritional composition of dietary intake was estimated using the Dietbox® software (Online Nutrition Support Program), using the Food Composition Table: support for nutritional decision¹², Brazilian Table of Food Composition Food (TACO).¹³ IDQAG was used to assess diet quality. The food groups were based on the equations described by⁸ represented by eight components of the food groups "Vegetables", "Legumes" and "Fruits" and the nutrients "Fiber", "Omega 3", "Calcium", "Folate" and "Iron".

The adapted food pyramid proposed by¹⁴ was used to determine the number of servings for the groups. In this study, for the number of daily servings recommended for food groups, the use of 1000kcal was defined, a proposal similar to the IQD-R and IDQAG. Thus, for each 1000 kcal of the diet, the consumption of 1.5 portions of vegetables, 0.5 portions of pulses and 1.5 portions of fresh fruit was adopted.

As for nutrients, DRIs were used to establish daily nutrient recommendations.⁴⁻⁶ The use of food supplements was not used in this study. Ultra-processed food was adopted as a moderating component, following the proposal of HEI (2010), IDD-R and IDQAG (2018).

For the evaluation of the Quality Index of the pregnant women's diets, scores were assigned to each component of the food groups, ranging from 0 to 10 points, with 10 being the maximum score and zero for lack of consumption, based on the studies by.⁷ The first equation was used to determine the components related to food and nutrient groups. The second equation was used to determine the moderating food. Represented by the calories of ultra-processed foods, with scores ranging from 0 to 20 points.

Equation:

$$\text{Equation 1} = 10 * (\text{QICx} - \text{Min})$$

$$(\text{Max} - \text{Min})$$

$$\text{Equation 2} = 20 * (\text{Min} - \text{QICx})$$

$$(\text{Min} - \text{Max})$$

In both equations, the QICx refers to the ingested amount of the component, Min represents the criterion to reach the minimum score and the Max. criterion to reach the maximum score. The final score of the index is represented by the sum of the scores for each component, ranging from 0 to 100 points.

The independent variables analyzed were stratified into three levels, according to (Figure 1).¹⁵

3 DATA ANALYSIS

All categorical variables were described by absolute and relative frequencies and the final score of the diet quality index was described by mean (95% CI), standard deviation and minimum and maximum values.

To assess the factors associated with diet quality, pregnant women were divided into three groups established from the terciles of the final score of the diet quality index, similar to the proposal by.⁸ Therefore, the variable diet quality was divided into three categories: 1st tercile, 2nd tercile and 3rd tercile and was considered a dependent variable of the study. The other variables investigated were treated as independent variables. Bivariate analyzes were performed between the dependent variable and the independent variables, using the chi-square test. Variables with a descriptive level (p-value) of up to 20% were selected for multiple analysis.

In the multiple analysis, the Multinomial Logistic regression model was used. At this stage, the input of variables into the model was hierarchically constituted by blocks of variables

at distal, intermediate, and proximal levels (Figure 1). The distal level, composed of sociodemographic characteristics, was the first to be included in the model, remaining as an adjustment factor for intermediate and proximal factors. Then, the block of variables at the intermediate level (obstetric characteristics, clinical and behavioral characteristics) was included, keeping it as an adjustment factor for variables at the proximal level. Finally, the block of variables at the proximal level (Classification of nutritional status) was included. Those variables that presented a descriptive level of $p < 0.05$ remained in the model, after adjustment for the variables of the previous levels. The adjusted Odds Ratio (OR) were estimated, with their respective 95% confidence intervals. The Deviance test was adopted to assess the quality of the multiple model fit diet. All analyzes were performed using SPSS software version 23.0.

This study was approved by the Research Ethics Committee, embodied in Opinion Report No. 2.483.623/2018. All pregnant women who agreed to participate in the study signed the Free and Informed Consent Term (ICF) and in the case of minors, the Free and Informed Assent Term (TALE) was applied.

4 RESULTS

A total of 1279 pregnant women participated in the study, of which 1244 answered all items of the food frequency questionnaire and were elective for the study. The sample consisted of 1244 pregnant women, of which 55.7% were aged between 20 and 30 years, most lived with a partner (76.7%) and were in the 2nd trimester of pregnancy (40%), he noted. the percentage of pregnant women who reported complaints such as heartburn (68%), performed some type of light physical activity (42.9%), and who reported negative self-perception of eating (66.6%).

Table 1 presents the descriptive measures of the food quality index of the three groups defined by the terciles and of the total sample. It is observed that the general average of this index was 72.75 and ranged from 21.69 to 100.00.

The results of the bivariate analysis between Diet Quality and sociodemographic variables and obstetric characteristics are presented in (Table 2). The following variables showed a significant association, at the level of 0.20, with food quality and were selected for multiple analysis: marital status ($p=0.129$), education ($p= 0.020$) and family income ($p=0.007$).

The results of the bivariate analysis between the Quality of the Diet and the clinical, behavioral, and nutritional characteristics of pregnant women are presented in (Table 3). The following variables showed a significant association at the level of 0.20 and were selected for

multiple analysis: diabetes mellitus ($p=0.038$), physical activity ($p=0.031$), alcohol consumption ($p=0.176$), diet in pregnancy ($p=0.153$), number of daily meals ($p=0.003$) and self-assessment of feeding ($p<0.001$) during pregnancy.

Table 4 shows the adjusted odds ratios, with their respective 95% confidence intervals for Diet Quality. The Deviance statistic indicated that the multiple models presented an adequate adjustment to the data: Deviance = 64.96; $gl = 56$; $p\text{-value}=0.193$.

The chances of lower Diet Quality scores (1st tercile) compared to higher scores (3rd tercile) were higher in: pregnant women with less education (primary education) ($OR=2.36$) compared to those with higher education; sedentary pregnant women ($OR=1.57$) compared to non-sedentary women; who had negative self-perception of their diet ($OR=1.99$) compared to those who had positive self-perception; and in pregnant women who ate 5 or less meals a day ($OR=1.77$ and $OR= 2.55$) when compared to those who ate more than 5 meals a day.

The chances of moderate Diet Quality scores (2nd tercile) relative to the highest scores (3rd tercile) were higher in pregnant women than in pregnant women who had completed Elementary ($OR=2.41$) and High School ($OR=1.48$) compared with those who had Higher Education; pregnant women who had negative self-perception of their eating ($OR=1.42$) compared with those who had positive self-perception and in pregnant women who ate 5 or less meals a day ($OR=1.58$) when compared with those who ate more than 5 meals a day .

5 DISCUSSION

This study showed that the lowest quality of the diet, observed in the first tercile, according to IQDAG compared to those categorized in the highest tercile, was related to pregnant women with less education, (distal level), sedentary (intermediate level), who had negative self-perception of food and a lower fractionation of meals (proximal level). When comparing the second tercile (moderate quality) to the highest tercile, the result was similar to the first tercile, with a difference in the sedentary variable and number of meals eaten.

Women with lower scores in the first and second terciles associated with education had low and moderate quality of diet, respectively, compared to the same women in the highest tercile. A similar finding was obtained in Poland covering 815 pregnant women. In this study, pregnant women with elementary education showed worse eating behavior compared to pregnant women with higher education.¹⁶ In another study of 315 pregnant women in Shashemane, it

was observed that a lower level of education was significantly associated with worse food choices.²¹ A possible explanation for these findings may be due to the fact that women with lower levels of education are less aware of the importance of food, reflecting worse food choices.¹⁸ Women with higher education levels, on the other hand, are more concerned about their quality of life, have a better understanding of the importance of food for health, reflecting in better food choices.¹⁹ The low quality of food associated with low educational level during pregnancy can lead to nutritional deficiencies, compromise maternal weight gain, making pregnant women more susceptible to the risk of developing pathologies during this period, however, there are greater chances of birth of children with low weight or obesity, in addition to presenting higher risks of preterm birth.²⁰⁻²³

Sedentary pregnant women in the first tercile were associated with low quality of diet when compared to pregnant women with higher scores on the IQDAG. Sedentary behavior and poor maternal nutrition are risk factors for obesity, which predisposes to hypertension and gestational diabetes and complications in childbirth, for children, reflects fetal macrosomia, diabetes, and future obesity.²⁴⁻²⁶ Contrary to these findings, a study conducted with Hispanic pregnant women in the third trimester of pregnancy identified a positive association between dietary quality and physical activity.²⁷ However, pregnant women who have a paid job value health care more, compared to pregnant women who do not have remuneration.³²

It was observed that pregnant women with negative self-perception had lower scores in the first tercile and in the second tercile compared to the highest scores. The self-perception of food is based on the incorrect conception of food, resistance to the adoption of healthy eating, giving a false impression that dietary change is not necessary.²⁹ In a study carried out with 1246 adults, users of the Basic Health Unit (UBS), 36.8% had negative self-perception of eating.³⁰ However, no studies were identified that used the IQDAG associated with the pregnant woman's self-perception about feeding.

Another factor associated with the quality of the low and moderate diet was the number of meals eaten in the first tercile < 5 meals and 3 to 5 meals, respectively, when compared to the higher scores (third tercile). The quality and adequate intake of nutrients are essential to ensure a healthy pregnancy, however, these nutritional needs are met when you have a balanced diet according to the proposed nutritional recommendations.^{4,31,32} In a study carried out in Rio Grande do Sul with 94 pregnant women, it was found that 64% of pregnant women had between 1 and 3 meals/day.³³ ¹⁷also observed that 23.2% consumed 1 to 3 meals a day.²², observed the consumption of less than 4 meals a day, among pregnant women. The

fractionation of meals throughout the day allows the consumption and adequate distribution of nutrients.³³

Some limitations in this study must be considered. In the evaluation of the food frequency questionnaire, the use of food supplements was not included, which may have compromised the daily intake of nutrients, the extensive questionnaire answered by pregnant women may have limited some responses, memory bias may have been another factor that compromised filling the FFQ, less accuracy in quantifying food intake by using standardized measures, level of education. On the other hand, a robust and heterogeneous sample was evaluated through a hierarchical study, associated with sociodemographic factors, obstetric, clinical, behavioral characteristics, and nutritional status, analyzed by the IQDAG.

These findings add new data to scientific evidence and show the factors associated with the nutritional quality of pregnant women, factors that should be considered in public policies so that nutritional counseling and access to food reach more women. It emphasizes the importance of evaluating the diet during pregnancy and the need for more research on factors that affect the quality of diet during pregnancy. Finally, this study shows that pregnant women in Primary Health Care should be guided during prenatal care about adequate nutrition, associated with other health actions that promote self-care, self-perception, encouragement of physical activity, awareness of the consequences of alcohol consumption during pregnancy. Promotion of health care that involves their social context, so that health impacts are minimized.

6 CONCLUSION

This study showed that poorer quality of diet during pregnancy was associated with low educational level, sedentary lifestyle, negative self-perception of diet and lower diet fractionation.

Given the limited number of studies available on this topic, further research is needed to explore other factors that can compromise the quality of diet during pregnancy.

7 REFERENCES

1. Almeida CANde, Pimentel C, Fonseca EB. Além da nutrição. O impacto da nutrição materna na saúde das futuras gerações. São Paulo, 2019. <[Http://abran.org.br/new/wp-content/uploads/2019/08/ALEM_DA_NUTRICA0.pdf](http://abran.org.br/new/wp-content/uploads/2019/08/ALEM_DA_NUTRICA0.pdf)>. Acesso em: 10 Jun. 2021.
2. Gomes CB, Vasconcelos LG, Cintra RMGdeC, Dias LCGD, Carvalhaes MA deBL. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. Ciênc. saúde coletiva vol.24 no.6 Rio de Janeiro 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.14702017>
3. Ministério da Saúde, Guia alimentar para a população brasileira, Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. –2014. 156 p.
4. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Elements. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545442/table/appJ_tab3/?report=objectonly. Acesso em: 13 jun. 2021.
5. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamin. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545442/table/appJ_tab3/?report=objectonly. Acesso em: 13 jun. 2021.
6. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Total Water and Macronutrients. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56068/table/summarytables.t4/?report=objectonly> . Acesso em: 13 jun. 2021
7. Melere C, Hoffmann JF, Nunes MAA, Drehmer M, Buss C, Ozcariz SGI, et al. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. Rev Saúde Publ. 2013;47(1):20-8. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100004>
8. Crivellenti LC, Zuccolo DCC, Sartorelli DS. Desenvolvimento de um índice de qualidade da dieta adaptado para gestantes. [Development of a diet quality index adapted for pregnant women. Journal of Public Health] Revista de Saúde Pública, 2018; 52-59. <https://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000184>
9. Crivellenti LC, Zuccolo DCC, Sartorelli DS. Associação entre o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG) e o excesso de peso materno. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2019; vol.19 no.2. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200002>

10. Fisberg, RM, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009; vol.53 no.5. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302009000500014>
11. Duarte, ACOR, Pinho L, Silveira MF, Botelho EM. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para gestantes atendidas em unidades básicas de saúde. *J. Hum. Growth Dev., São Paulo*, 2020, v. 30, n. 1, p. 75-83, doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v30.9972>
12. Philippi, Sonia Tucunduva. Tabela de Composição de Alimentos: suporte para decisão nutricional. 2021, 7 ed. São Paulo: Coronário, 160p.
13. Unicamp. Tabela brasileira de composição de alimentos (TACO). 2011, 4 ed. rev. e ampl. -- Campinas: NEPA- UNICAMP, 161 p.
14. Philippi ST, latterza, AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutr., Campinas*, 1999; 12(1): 65-80
15. Giroto E., Loch MR, Mesas AE, Gonzále AD, Guidoni CM, Andrade SM. Comportamentos alimentares de risco à saúde e fatores associados entre motoristas de caminhão. *Ciên. & Saúde Col.*, 2020; 25(3):1011-1023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.11402018>
16. Ługowska K, Kolanowski W. The Nutritional Behaviour of Pregnant Women in Poland. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(22):4357. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224357>.
17. Desta M, Akibu M, Tadese M, Tesfaye M. Dietary Diversity and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Clinic in Shashemane, Oromia, Central Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *J Nutr Metab.* 2019; 2019 :3916864. Doi: <https://doi.org/10.1155/2019/3916864>
18. Most J, Dervis S, Haman F, Adamo KB, Redman LM. Energy Intake Requirements in Pregnancy. *Nutrients.* 2019; 11(8):1812. Doi: <http://dx.doi.org/10.3390/nu11081812>
19. Nguyen CL, Hoang DV, Nguyen PTH, Ha AVV, Chu TK, Pham NM, et al. Low Dietary Intakes of Essential Nutrients during Pregnancy in Vietnam. *Nutrients.* 2018; 10(8):1025. Doi: <http://dx.doi.org/10.3390/nu10081025>
20. Falcão IR, Ribeiro-Silva RC, Almeida de MF, Fiaccone RL, Rocha AdosS, Ortelan N, et al. Factors associated with low birth weight at term: a population-based linkage study of the 100 million Brazilian cohort. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20 (1):536. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03226-x>

21. Yee LM, Silver RM, Haas DM, et al. Quality of periconceptional dietary intake and maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223 (1):121.e1-121.e8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.042>
22. Englund-Ögge L, Brantsæter AL, Juodakis J, Haungen M, Meltzer HM, Jacobsson B, et al. Associations between maternal dietary patterns and infant birth weight, small and large for gestational age in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Eur J Clin Nutr.* 2019; 73(9):1270-1282. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/s41430-018-0356-y>
23. Rahman MMD, Abe SK, Kanda k, Narita S., Bilano V., Ota E, Gilmour S., Shibuya K., Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2016, Volume 103, Issue 2, pages 495–504. Doi: <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.115.107896>
24. Meander L, Lindqvist M, Mogren I, Sandlund J, West CE, Domellöf M. Physical activity and sedentary time during pregnancy and associations with maternal and fetal health outcomes: an epidemiological study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):166. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03627-6>.
25. Yong HY, Mohd Shariff Z, Mohd Yusof BN, Rejali Z, Bindels J, Tee YYS, et al. High physical activity and high sedentary behavior increased the risk of gestational diabetes mellitus among women with excessive gestational weight gain: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):597. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03299-8>
26. Fazzi C, Saunders DH, Linton K, Norman JE, Reynolds RM. Sedentary behaviours during pregnancy: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1):32. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-017-0485-z>.
27. Thomas Berube L, Messito MJ, Woolf K, Deierlein A, Gross R. Correlates of Prenatal Diet Quality in Low-Income Hispanic Women. *J Acad Nutr Diet.* 2019; 119(8):1284-1295. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2019.02.004>.
28. Carvalhaes MABL, Martiniano ACA, Malta MB, Takito MY, Benício MHD'. Atividade física em gestantes assistidas na atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2013;47(5):958-67. Doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004689
29. Souza RKde, Backes V. Autopercepção do consumo alimentar e adesão aos Dez Passos para Alimentação Saudável entre universitários de Porto Alegre, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25(11):4463-4472. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.35582018>
30. Lindemann IL, Barros KS, Sassi RAM. Autopercepção da alimentação entre usuários da atenção básica de saúde e fatores associados. *Rev. Baiana de Saúde Públ.*, 2017, V41, n.2, p.424-439. <https://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2393>

31. Danielewicz H, Myszczyzyn G, Dębińska A, Myszkal A, Boznański A, Hirnle L. Diet in pregnancy-more than food. *Eur J Pediatr.* 2017; 176(12):1573-1579. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s00431-017-3026-5>

32. Kominiarek MA, Rajan P. Nutrition Recommendations in Pregnancy and Lactation. *Med Clin North Am.* 2016; 100 (6): 1199-1215. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.004>

33. Pacheco CR, Guerrero ATG, Oliveira SMVLde, Hayashi SY, Ferreira RdoS. Estado nutricional e condições socioeconômicas de gestantes atendidas em uma unidade de saúde da família. *Rev. Saúde Públ. de Mato Grosso do Sul*, 2020, v. 3, n. 1, p. 41-54.

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/90-Texto%20do%20artigo-823-1-10-20201230%20(1).pdf. Acesso: 14 Ago. 2021

FIGURE

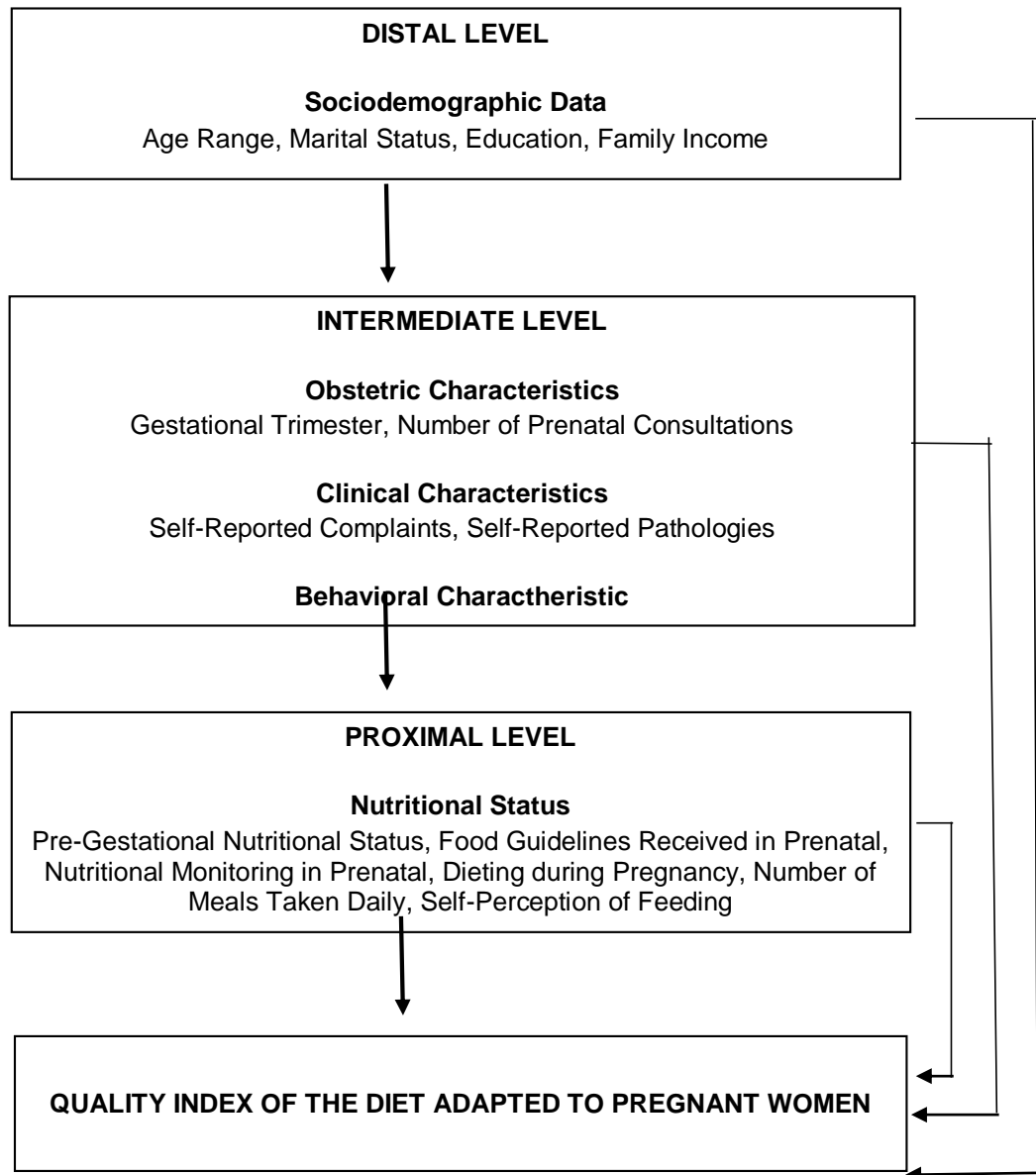


Figure 1- Conceptual hierarchical model of the determining factors of the diet quality index adapted to pregnant women.

Table 1: Descriptive measures of the overall Diet Quality Index and by groups defined by terciles. xxx, xxx, xxx, 2018-2019 (n=1244).

	n	Mean	SD	IC 95% para média		Min	Max
				Lower limit	Upper limit		
1 st Third	415	56.06	8.90	55.20	56.92	21.69	67.05
2 nd Third	415	73.71	3.68	73.36	74.07	67.06	80.05
3 rd Third	414	88.51	5.38	87.99	89.03	80.07	100.00
Total	1244	72.75	14.71	71.93	73.57	21.69	100.00

n: sample size; SD: standard deviation; CI: confidence interval. 21.69 to 100.00

Table 2: Distribution of the variable Diet Quality of pregnant women according to sociodemographic and obstetric characteristics. xxx, xxx, xxx, 2018-2019 (n=1244).

	IQDAG			p-Value
	1st Third	2nd Third	3rd Third	
	[min –max]	[min –max]	[min –max]	
Distal Level	[21.70 - 67.05]	[67.06 - 80.05]	[80.06 -100.0]	
Variable	n (%)	n (%)	n (%)	
Sociodemographic Characteristics				
Age Range				0.691
Older than 30 years	115 (28.9)	117 (29.4)	102 (26.3)	
20 to 30 years	213 (53.5)	218 (54.8)	226 (58.2)	
Younger than 20 years	70 (17.6)	63 (15.8)	60 (15.5)	
Marital Status				0.129
With a partner	305 (73.5)	328 (79.2)	320 (77.7)	
Without a partner	110 (26.5)	86 (20.8)	92 (22.3)	
Education				0.020
Higher education	80 (19.3)	71 (17.1)	94 (22.8)	
High school	259 (62.6)	279 (67.2)	274 (66.3)	
Elementatry school	75 (18.1)	65 (15.7)	45 (10.9)	
Family Income (minimum wages - MW)				0.007
Higher than 2 MW	70 (17.7)	83 (20.6)	106 (26.7)	
Up to 2 MW	325 (82.3)	320 (79.4)	291 (73.3)	
Intermediate Level				
Obstetric Characteristics				
1 st trimestre	124 (29.95)	107 (25.8)	97 (23.4)	

Gestational Trimester				0.298
1 st trimestre	124 (29.95)	107 (25.8)	97 (23.4)	
2 nd trimestre	162 (39.0)	171 (41.3)	170 (41.1)	
3 rd trimestre	129 (31.1)	136 (32.9)	147 (35.5)	
Number of Prenatal Consultations				0.849
Six or more	120 (28.9)	115 (27.7)	122 (29.5)	
Lower than six	295 (71.1)	300 (72.3)	292 (70.5)	

*totals vary due to loss of information; n: sample size ; **Chi-square test.

Table 3: Distribution of the variable Diet Quality of pregnant women according to clinical and behavioral characteristics and nutritional status of pregnant women. xxx, xxx, xxx, 2018-2019 (n=1244).

	IQDAG			p-Value
	1 st Third	2 nd Third	3 rd Third	
	[min – max]	[min – max]	[min – max]	
Intermediate Level	[21.70 - 67.05]	[67.06 - 80.05]	[80.06 -100.0]	
Variable	n (%)	n (%)	n (%)	
Clinical Characteristics				
Presence of gastrointestinal symptom				0.852
No	31 (7.5)	27 (6.5)	30 (7.2)	
Yes	384 (92.5)	388 (93.5)	384 (92.8)	
Diabetes mellitus				0.038
No	401 (97.1)	411 (99)	409 (99)	
Yes	12 (2.9)	4 (1.0%)	4 (1.0)	
Anemia				0.574
No	321 (77.9)	322 (77.6)	331 (80.3)	
Yes	91 (22.1)	93 (22.4)	81 (19.7)	
Hypertension				0.754
No	395 (95.6)	400 (96.6)	396 (95.9)	
Yes	18 (4.4)	14 (3.4)	17 (4.1)	
Behavioral Characteristics				
Physical Activity Practice				0.031
Mild/intense	106 (29)	123 (34.1)	140 (39)	
Light	159 (43.4)	155 (42.9)	149 (41.5)	
Sedentary	101 (27.6)	83 (23)	70 (19.5)	
Alcoholism				0.176
No	356 (86)	371 (89.6)	369 (89.6)	
Yes	58 (14)	43 (10.4)	43 (10.4)	

Proximal Level**Nutritional Status**

Pre-Gestational Overweight				0.829
No	189 (55.9)	185 (53.8)	187 (55.7)	
Yes	149 (44.1)	159 (46.2)	149 (44.3)	
Prenatal Food Guidance				0.566
No	283 (68.4)	291 (70.3)	297 (71.7)	
Yes	131 (31.6)	123 (29.7)	117 (28.3)	
Nutritional Monitoring in Prenatal Care				0.263
Yes	30 (7.2)	20 (4.8)	21 (5.1)	
No	385 (92.8)	394 (95.2)	392 (94.9)	
Diet during Pregnancy				0.153
Yes	51 (12.3)	36 (8.7)	37 (8.9)	
No	364 (87.7)	379 (91.3)	377 (91.1)	
Number of Meals Taken during Pregnancy				0.003
More than 5	68 (16.4)	88 (21.2)	111 (26.8)	
3 to 5	326 (78.6)	315 (75.9)	291 (70.3)	
Less than 3	21 (5.1%)	12 (2.9%)	12 (2.9%)	
Self-Perception of Food				<0.001
Very good/good	246 (59.3)	278 (67)	306 (73.9)	
Very bad/bad	169 (40.7)	137 (33)	108 (26.1)	

*totals vary due to loss of information; n: sample size ; **Chi-square test;

Table 4: Odds Ratio (OR), with 95% confidence interval adjusted for Diet Quality according to sociodemographic, obstetric, behavioral, and nutritional status variables of pregnant women. xxx, xxx, xxx, 2018-2019 (n=1244).

Variables	IQDAG – 1 st Tercile*		IQDAG – 2 nd Tercile*	
	OR (95% CI)	p-Value	OR (95% CI)	p-Value
Distal Level				
Education				
Higher education	1.00		1.00	
High school	1.16 (0.79 - 1.68)	0.455	1.48 (1.02 - 2.17)	0.042
Elementary scholl	2.36 (1.39 - 4.01)	0.002	2.41 (1.20 - 4.15)	0.001
Intermediate Level				
Physical Activity Practice				
Non-sedentary	1.00		1.00	
Sedentary	1.57 (1.10 - 2.52)	0.013	1.18 (0.82 - 1.70)	0.382
Proximal Level				
Self-Perception of Food				
Very good/good	1.00		1.00	
Very bad/bad	1.99 (1.44 - 2.75)	<0.001	1.42 (1.02 - 1.96)	0.038
Number of Meals				
More than 5	1.00		1.00	
3 to 5	1.77 (1.22 - 2.57)	0.003	1.58 (1.10 - 2.26)	0.013
Less than 3	2.55 (1.09 - 5.96)	0.030	1.29 (0.50 - 3.31)	0.594

The IQDAG reference category is 3rd Tercile; OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval. **Chi-square test.

5.2 Produto Técnico 1

Oficina de Educação em Saúde - parto e os significados de se tornar mãe, 2019.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO OU TECNOLÓGICO
Ano: 2019

Título do Trabalho/ Produto	Oficinas de Educação em Saúde para Gestantes na Atenção Primária à Saúde
Autor/desenvolvedor do produto	Viviane Maia Santos
Co-autor(es)	Sélen Jaqueline Souza Ruas Ingrid Gimenes Cassimiro de Freitas Mariana Mendes Pereira Lorena Soares David Isabela Nepomuceno Saporì Marcela Oliveira Nepomuceno Cássio de Almeida Lima Bárbara Cerqueira Santos Lopes Giselle Mara Mendes Silva L.
	Marise Fagundes Silveira Maria Fernanda Santos Figueiredo Bnto Lucinea de Pinho Luciana Barbosa Pereira Diego Dias de Araújo Sibylle Emilie Vogt Clara De Cássia Versiani Janette Caldeira Fonseca Rosângela Ramos Velos Silva Antônio Pratas Caldeira Orlene Veloso Dias
Declarante	Dulce Pimenta Gonçalves
Cargo/Função	Secretaria Municipal de Saúde
Entidade/Instituição	Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil
Descrição resumida do objeto	O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que, para uma atenção integral à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, sejam realizadas ações educativas de forma multidisciplinar e multiprofissional. O objetivo deste projeto é realizar atividades de educação em saúde direcionadas ao público de gestantes, puérperas e profissionais da Atenção Básica de Montes Claros, Minas Gerais (MG) – Brasil. O comprometimento entre os profissionais, gestores e comunidade acadêmica na implementação de ações educativas, com enfoque na promoção da saúde, na qualidade da assistência e na melhoria da qualidade de vida das usuárias que vivenciam a fase da gravidez e do puerpério

Declaramos que o produto descrito acima, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde (Curso de Mestrado Profissional), da Universidade Estadual de Montes Claros, possui caráter de relevância e aplicabilidade concreta na melhoria dos processos internos relacionados ao mesmo na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, sob nossa responsabilidade e gestão.

Montes Claros, 22 de 04 de 2020

Assinatura do Declarante

Dulce Pimenta Gonçalves
Coord. de Educação Primária
PPGCPS - Montes Claros-MG

5.2.1 Produto Técnico

Oficina de Educação em Saúde 1 – ESF Vila Telma, 2019.




5.2.2 Produto Técnico

Oficina de Educação em Saúde 2- ESF Ciro dos Anjos, 2019.



5.3 Produto Técnico 2

Apresentação em Pôster no II Congresso Internacional em Ciências da Saúde, 2019.




II CONGRESSO INTERNACIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
I CONGRESSO INTERNACIONAL EM BIOTECNOLOGIA
I CONGRESSO INTERNACIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO (Modalidade ê-pôster)

Certificamos que Giselle Mara Mendes Silva Leão apresentou o trabalho científico intitulado **"SELF-PERCEPTION OF PREGNANT WOMEN FEEDING OF PRIMARY HEALTH CARE"** no II Congresso Internacional em Ciências da Saúde, I Congresso Internacional em Biotecnologia e I Congresso Internacional em Cuidado Primário em Saúde, realizados entre os dias 30 de setembro e 02 de outubro de 2019.

Os trabalhos científicos deste evento foram publicados nos Anais da Revista Unimontes Científica.

João MO Andrade
João Marcus Oliveira Andrade
Presidente da Comissão Organizadora do Evento



5.4 Produto Técnico 3

Apresentação em pôster no 13º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG), 2019.



ISSN: 1806-549X



CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **PADRÃO DO CONSUMO DE VERDURAS ENTRE GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MONTES CLAROS - MINAS GERAIS** com autoria de **MARIA HELENA ZAMBON, ANNE CAROLINE CUNHA, LANA GABRIELA ALCÂNTARA DE PINHO, LUCINEIA DE PINHO, VIVIANE MAIA SANTOS, GISELLE MARA MENDES SILVA LEÃO E LUCIANA BARBOSA PEREIRA** e orientação de **LUCINEIA DE PINHO**, foi submetido e apresentado no formato de pôster no **13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG)** promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes entre os dias 5 a 8 de novembro de 2019.

Montes Claros/MG, 8 de novembro de 2019

Código: 0e9d93af-bbb6-470c-8415-01ad5e533fe6
Verificação: <http://www.fepeg2019.unimontes.br/certificadas/0e9d93af-bbb6-470c-8415-01ad5e533fe6>


Prof. Antonio Alvimar Souza
REITOR DA UNIMONTES


Prof. Ilva Rjas de Abreu
VICE-REITORA DA UNIMONTES


Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros
PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO
E PRESIDENTE DO XIII FEPEG

Realização:



Apóio:



5.5 Produto Técnico 4

Imagem do Instaram - Vídeo: Alimentação saudável durante a gravidez, 2020.



Link de acesso:

https://www.instagram.com/tv/CBPAc3eAfwR/?utm_source=ig_web_copy_link

5.6 Produto Técnico 5

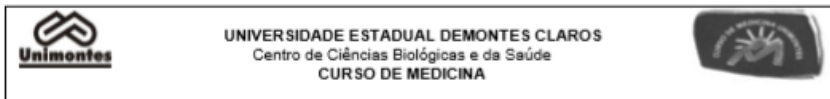
Seminário de Iniciação Científica: Seminário de Apresentação oral em eventos científicos, 2020.



5.7 Produto Técnico 6

Palestra: Aspectos Nutricionais na Gestação. 2020.

Imagem da apresentação da palestra



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Giselle Mara Mendes Silva Leão ministrou palestra como convidada, intitulada "Aspectos nutricionais na gestação", no dia 17 de abril de 2020, através de plataforma virtual, para o primeiro período do curso de medicina da Unimontes.

Profª Cláudia de Alvarenga Diniz Fonseca
Coordenadora do 1º período do curso de medicina
Unimontes

5.8 Produto Técnico 7

Apresentação em Vídeo no 14º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG), 2020.

14^o

FEPEG

FORUM DE ENSINO, PESQUISA EXTENSÃO E GESTÃO

“O conhecimento (re)Visitado:
Novos desafios para a Universidade”

Realização:



Apoio:



ISSN: 1806-549X

CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho CONSUMO DE ALIMENTOS FONTE DE VITAMINA A PELAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE com autoria de GISELLE MARA MENDES SILVA LEÃO, MARIA HELENA ZAMBON, ANNE CAROLINE CUNHA E LARISSA ANTUNES PIMENTA e orientação de LUCINEIA DE PINHO, foi submetido e apresentado no formato de vídeo no 14º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG) promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, entre os dias 9 a 13 de novembro de 2020.

Montes Claros/MG, 13 de novembro de 2020

Código: 0c6a80aa-7a3d-41d5-a8c0-4e1c2409add6
Verificação: <https://www.fepeg.unimontes.br/certificadas/0c6a80aa-7a3d-41d5-a8c0-4e1c2409add6>


 Prof. Antônio Alvimar Souza
 Reitor da Unimontes


 Prof. Ilva Ruas de Abreu
 Vice-Reitora da Unimontes


 Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros
 Pró-Reitor de Extensão e Presidente do 14º FEPEG

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contribuiu para novos conhecimentos científicos sobre a relação das características sociodemográficas, obstétricas, clínicas, comportamentais e o estado nutricional associados a qualidade alimentar das gestantes.

A qualidade alimentar deficiente em nutrientes pode estar relacionada a complicações na gestação e na saúde neonatal e se estender para a primeira infância o que pode comprometer o sistema de saúde pública.

A falta de conhecimento sobre a qualidade da alimentação das gestantes brasileira aos fatores que comprometem a alimentação, dificulta o estabelecimento de intervenções nutricionais e alimentares no âmbito da atenção primária a saúde durante o pré natal.

Esse estudo abre janelas para que mais pesquisas sejam realizadas com o intuito de identificar lacunas na alimentação da gestante. Nesse sentido identificar esses fatores que podem comprometer a qualidade da alimentação da gestação, pode contribuir na área de epidemiologia nutricional para que formulações em políticas públicas sejam direcionadas a esse público.

REFERENCIAS

ACIOLY E, SAUNDERS C. Ajustes Fisiológicos da Gestação. In: Accioly, E; Saunders C; Lacerda EM de A. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. p.89-97.

ALABURDA J, SHUNDO L. Ácido fólico e fortificação de alimentos. Rev. Inst. Adolfo Lutz (Impr.). 2007; 66(2): faltam as páginas. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/rial/v66n2/v66n2a02.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 414 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 24 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. Brasil. Minas Gerais. Montes Claros. [Internet] Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [acesso 2019 Dez 22]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BJELICA A, CETKOVIC N, TRNINIC-PJEVIC A, MLADENOVIC-SEGEDI L. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. Ginekol Pol. 2018;89(2):102-6.

BODNAR LM, SIEGA-RIZ AM. A Diet Quality Index for Pregnancy detects variation in diet and differences by sociodemographic factors. Public Health Nutr. 2002;5(6):801-9. <https://doi.org/10.1079/PHN2002348>.

CAMACHO KG, VARGENS OM DAC, PROGIANTI JM, SPINDOLA T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. Cienc. enferm. [on line] 2010;16(2): 115-125.

CHASAN-TABER, L. et.al. Development and Validation of a Pregnancy Physical Activity Questionnaire – PPAQ. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 36, n. 10, p. 1750-1760, 2004

CRIVELLENTI LC, ZUCCOLO DCC, SARTORELLI DS. Associação entre o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG) e o excesso de peso materno. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2019; 19(2): 275- 283.

CRIVELLENTI LC., ZUCCOLO DCC., SARTORELLI DS. Desenvolvimento de um índice de qualidade da dieta adaptado para gestantes. *Rev. de Saúde Públ.*, 2018; 52 (59): 1-11.

CLERMONT A, KODISH SR, SECK MA, SALIFOU A, ROSEN J, GRAIS RF, et al.. Acceptability and utilization of three nutritional supplements during pregnancy: findings from a longitudinal, mixed-methods study in niger. *Nutrients.* 2018;10(8):1073.

DJOSSINOU DRA, SAVY M, FANOUE-FOGNY N, LANDAIS E., ACCROMBESSI M., BRIAND V., et al. Changes in women's dietary diversity before and during pregnancy in Southern Benin. *Matern Child Nutr.* 2020;16(2):e12906.

DUARTE, ACOR, PINHO L, SILVEIRA MF, BOTELHO EM. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para gestantes atendidas em unidades básicas de saúde. *J. Hum. Growth Dev.* 2020; v. 30, n. 1, p. 75-83

FRANÇA AKS, ITALIANO PEIXOTO M; CORREIA DE MACÊDO EM; COUTO SANTOS EM, FERNANDES DOURADO K; MOTA DOS SANTOS C; CÉSAR DE ARAÚJO E, CARLOS DE SOUZA W. Qualidade da dieta e fatores relacionados ao desenvolvimento de Diabetes mellitus gestacional em gestantes de alto risco de um hospital público do Nordeste brasileiro. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2017; 37(3):111-116

FISBERG RM, SLATER B, BARROS RR, LIMA FD, CESAR CLG, CARANDINA L. et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. *Rev Nutr.* 2004; 17(3): 301-8.

FISBERG, RM, MARCHIONI DML, COLUCCI ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009; 53(5): p617-624.

FURLAN C; CARLI G, KÜMPEL DA. Excesso de peso e consumo alimentar de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde. *Rev Saúde (Sta. Maria).* 2019; 45 (2): 1-12

GIROTO E., LOCH MR, MESAS AE, GONZÁLE AD, GUIDONI CM, ANDRADE SM. Comportamentos alimentares de risco à saúde e fatores associados entre motoristas de caminhão. *Ciên. & Saúde Col.*, 2020; 25(3):1011-1023.

GOMES AKCF, FERREIRA BVR, GOMES DL. Qualidade da dieta de gestantes em uma unidade básica de saúde em Belém do Pará: um estudo piloto. *Ciênc. Saúde*. 2015;8(2):54-8

GOMES, C. F., SOUSA, M., LOURENÇO, I., MARTINS, D., & TORRES, J. (2018). Gastrointestinal diseases during pregnancy: what does the gastroenterologist need to know? *Ann gastroenterol*. 2018; 31(4), 385–94.

GOMES CB, VASCONCELOS LG, CINTRA RMGDEC, DIAS LCGD, CARVALHAES MA DE BL. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(6): 2293-2306.

GOMES F, BERGERON F, BOURASSA M W, DALLMANN D, GOLAN J, HURLEY K M, et al.. Interventions to increase adherence to micronutrient supplementation during pregnancy: a protocol for a systematic review. *Ann NY Acad Sei*. 2020; 1470 (1): 25-30.

HAN CY, COLEGA M, QUAH EPL, CHAN YH, GODFREY KM, KWEK K, et al. A healthy eating index to measure diet quality in pregnant women in Singapore: a cross-sectional study. *BMC Nutr*. 2015:1, 39.

HOFMEYR GJ, LAWRIE TA, ATALLAH ÁN, TORLONI MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 10 (10): CD001059.

HUANG LT. Maternal and Early-Life Nutrition and Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):7982.

IGLESIAS VÁZQUEZ L, ARIJA V, ARANDA N, APARICIO E, SERRAT N, FARGAS F, et al.. The Effectiveness of different doses of iron supplementation and the prenatal determinants of maternal iron status in pregnant Spanish women: ECLIPSES Study. *Nutrients*. 2019;11(10):2418-

INSTITUTE OF MEDICINE (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines: National Academies Press (US). [internet] 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/>

INSTITUTE OF MEDICINE. Nutrient Recommendations: Dietary Reference Intakes (DRI) - Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Elements. [Internet] 2001. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545442/table/appJ_tab3/?report=objectonly

INSTITUTE OF MEDICINE. Nutrient Recommendations: Dietary Reference Intakes (DRI) - Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins. [Internet] 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56068/table/summarytables.t2/?report=objectonly>

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Nutrient Recommendations: Dietary Reference Intakes (DRIs): Acceptable Macronutrient Distribution Ranges. [Internet] 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56068/table/summarytables.t5/?report=objectonly>.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Nutrient Recommendations: Dietary Reference Intakes: Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Elements [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (EUA); 2019. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545442/table/appJ_tab3/?report=objectonly.

JONKER H, CAPELLE N, LANES A, WEN SW, WALKER M, CORSI DJ. Maternal folic acid supplementation and infant birthweight in low- and middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2020;16 (1):e12895.

KAVLE JA, LANDRY M. Addressing barriers to maternal nutrition in low- and middle-income countries: A review of the evidence and programme implications. *Matern Child Nutr*. 2018;14(1):e12508. doi:10.1111/mcn.12508

KENNEDY ET, OHLS J, CARLSON S; FLEMING K. *The Healthy Eating Index: Design and Applications*. J Am Diet Assoc. 1995; 95:1103-11. doi:10.1016/s0002-8223(95)00300-2

KHAN KM, JIALAL I. Folic Acid Deficiency. [Updated 2021 Sep 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535377/>

KOMINIAREK MA, RAJAN P. Nutrition recommendations in pregnancy and lactation. *Med Clin North Am* . 2016; 100 (6): 1199-1215.

LEBRUN A, PLANTE AS, SAVARD C, DUGAS C, FONTAINE-BISSON B, LEMIEUX S, ROBITAILLE J, MORISSET AS. Tracking of dietary intake and diet quality from late pregnancy to the postpartum period. *Nutrients*. 2019; 11(9):2080.

LIMA CA, MOREIRA KS, ABREU MHNG, VIEIRA DMA, MANGUEIRA SAL, VIEIRA MA, et al. Qualidade do cuidado: avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2019[citado 2019 Jun 6];14(41):1900. Disponível em: [http://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)190](http://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)190)

LIN L, WEI Y, ZHU W, WANG C, SU R, FENG H, YANG H. Prevalence, risk factors and associated adverse pregnancy outcomes of anaemia in Chinese pregnant women: a multicentre retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):111.

LINHARES AO, CESAR JÁ. Suplementação com ácido fólico entre gestantes no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados, *CiêncSaúde Colet*, 22(2):535-42, 2017.

LOWENSOHN RI, STADLER DD, NAZE C. Current Concepts of Maternal Nutrition. *Obstet Gynecol Surv*. 2016;71(7):413-26.

MALTA MB. Avaliação da alimentação de gestantes mediante aplicação do Índice de Qualidade da Dieta adaptado [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2010.

MELERE C, HOFFMANN JF, NUNES MAA, DREHMER M, BUSS C, OZCARIZ SGI, et al. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2013;47 (1):20-8.

MIDDLETON P, GOMERSALL JC, GOULD JF, SHEPHERD E, OLSEN SF, MAKRIDES M. Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 11(11):CD003402.

MOST J, DERSVIS S, HAMAN F, ADAMO KB, REDMAN LM. Energy intake requirements in pregnancy. *Nutrients*. 2019;11(8):1812.

MOTA JF, RINALDI AEM, PEREIRA AF, MAESTÁ N, SCARPIN MM, BURINI RC. Adaptação do índice de alimentação saudável ao guia alimentar da população brasileira. *Rev Nutr*. 2008; 21(5): 545-52

MOUSA A, NAQASH A, LIM S. Macronutrient and micronutrient intake during pregnancy: an overview of recent evidence. *Nutrients*. 2019;11(2):443

NEVES PAR, GATICA-DOMÍNGUEZ G, SANTOS IS, BERTOLDI AD, DOMINGUES M, MURRAY J, et al. Poor maternal nutritional status before and during pregnancy is associated with suspected child developmental delay in 2-year old Brazilian children. *Sci Rep*. 2020;10(1):1851

OH C, KEATS EC, BHUTTA ZA. Vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2020; 12(2):491

OUZZENOU N, AMOR H, BAALI A. Socio-economic, cultural and demographic profile of a group of Moroccan anaemic pregnant women. *Journal List Afr Health Sci.* 2019; 19(3): 2654–59

PARIZZI MR, FONSECA JGM . Nutrição na gravidez e na lactação. *Rev Med Minas Gerais.* 2010; 20(3): 341-53.

PEACOCK L, SEED PT, DALRYMPLE KV, WHITE SL, POSTON L, FLYNN AC. The UK Pregnancies Better Eating and Activity Trial (UPBEAT); Pregnancy outcomes and health behaviours by obesity class. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4712

PREVIATO HDR A, VOLP ACP, FREITAS RN. Avaliação da qualidade da dieta pelo Índice de Alimentação Saudável e suas variações: uma revisão bibliográfica. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2014; 34(2):88-96

PHILIPPI ST, LATTERZA AR, CRUZ ATR, RIBEIRO LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutr.* 1999; 12(1): 65-80

PHILIPPI, S T. Tabela de Composição de Alimentos: suporte para decisão nutricional. 7 ed. Suporte para decisão nutricional. São Paulo: Coronário, 2021, 160p.

PRETORIUS RA, PALMER DJ. High-fiber diet during pregnancy characterized by more fruit and vegetable consumption. *Nutrients.* 2020;13(1):35

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES: 2017-2018: Perfil das despesas no Brasil : indicadores selecionados de alimentação, transporte, lazer e inclusão financeira / IBGE. [Internet] - Rio de Janeiro : IBGE, 2021. 129 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101844.pdf>

RAMAKRISHNAN U., GRANT F. , GOLDENBERG T, ZONGRONE, A. E MARTORELL, R. Effect of women's nutrition before and during early pregnancy on maternal and child outcomes. A systematic review. *Paediatr. perinatal epidemiol.* 2012; 26 (Suppl. 1), 285–301.

RIFAS-SHIMAN S L, RICH EDWARDS J W, KLEINMAN K P, OKEN E, GILLMAN M W. Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in Project Viva: a US cohort. *J Am assoc.* 2009; 109 (6):1004-11.

ROCHA DS, NETTO MP, PRIORE SE, LIMA NMM, ROSADO LEFPL, FRANCESCHINI SCC. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Rev. Nutr.* 2005; 18(4): 481-89.

SAVARD C, LEMIEUX S, CARBONNEAU É, PROVENCHER V, GAGNON C, ROBITAILLE J, et al. Trimester-Specific Assessment of Diet Quality in a Sample of Canadian Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2019, 16(3):311.

SILVA LSVDA, THIAPÓ AP, SOUZA GG DE, SAUNDERS C, RAMALHO A. Micronutrientes na gestação e lactação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7 (3): 261-305.

SIREGAR DAS, RIANDA D, IRWINDA R, DWI UTAMI A, HANIFA H, SHANKAR AH, et al. Associations between diet quality, blood pressure, and glucose levels among pregnant women in the Asian megacity of Jakarta. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242150.

SLATER, B.; PHILIPPI, S. T.; MARCHIONI, D. M.; FISBERG, R. M. Validação de Questionário de Frequência Alimentar- QFA: considerações metodológicas. *Rev. Bras Epidemiol*, São Paulo, v. 6, p. 200-208, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. *Terapia Nutricional na Gestação –Projeto Diretrizes*. Associação Brasileira de Nutrologia [Internet] 2011, pag. 1-9. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_gestacao.pdf

SOMA-PILLAY, P., NELSON-PIERCY, C., TOLPPANEN, H., & MEBAZAA, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc. j. Afr.* 2016; 27(2): 89–94.

TAYYEM RF, ALLEHDAN SS, ALATRASH RM, ASALI FF, BAWADI HA. Adequacy of Nutrients Intake among Jordanian Pregnant Women in Comparison to Dietary Reference Intakes. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3440.

TAVARES BB, SABINO AMNF, LIMA JC, GARCIA CT. Knowledge of supplemental folic acid during pregnancy. *Invest. Educ. Enferm* [online]. 2015; 33 (3): 456-464. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/24454>

THOMAS BERUBE L, MESSITO MJ, WOOLF K, DEIERLEIN A, GROSS R. Correlates of Prenatal Diet Quality in Low-Income Hispanic Women. *J Acad Nutr Diet*. 2019; 119(8):1284-1295

TRAN NT, NGUYEN LT, BERDE Y, LOW YL, TEY SL, HUYNH DTT. Maternal nutritional adequacy and gestational weight gain and their associations with birth outcomes among Vietnamese women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):468

UNICAMP. Tabela brasileira de composição de alimentos (TACO) / NEPA – UNICAMP. - 4. ed. rev. e ampl.. -- Campinas: NEPA- UNICAMP, 2011. 161 p.

VITOLO MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. Aspectos Fisiológicos e Nutricionais na Gestação;79-82p.

VOLP ACP, ALFENAS RCG, COSTA NMB, MINIM VPR, STRINGUETA PC, BRESSAN J. Índices dietéticos para avaliação da qualidade de dietas. Rev. Nutr. 2010; 23(2): 281-295.

ZAGANJOR I, CARMICHAEL SL, AGOPIAN AJ, OLSHAN AF, DESROSIERS TA; National Birth Defects Prevention Study. Differences in pre-pregnancy diet quality by occupation among employed women. Public Health Nutr. 2020;23(11):1974-1981.

ZIEGEL EE, CRANLEY MS. Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.p 120-155.

APÊNDICE - A

Questionário



ESTUDO ALGE
AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES
DE MONTES CLAROS-MG



1º trimestre gestacional 2º trimestre gestacional 3º trimestre gestacional

Data agendada para retorno: ____/____/____ Não se aplica

ORIENTAÇÃO AOS ENTREVISTADORES	
Iniciar a conversa com uma postura de acolhida e agradecimento. O texto a seguir poderá ajudá-lo:	
<p>Prezada gestante,</p> <p>Este questionário faz parte de uma pesquisa para avaliar as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Montes Claros - MG.</p> <p>Sua participação é muito importante e contamos com a sua valiosa colaboração respondendo as perguntas ou no preenchimento das questões a seguir.</p> <p>Todas as suas respostas são totalmente confidenciais, serão usadas somente para fins científicos e apenas a equipe desta pesquisa terá acesso a este questionário.</p> <p>Muito obrigado(a).</p>	
Algumas questões que abordam temas mais pessoais você poderá entregar o questionário e solicitar que a própria gestante responda sozinho(a).	
<p>Entregar as duas vias do termo de consentimento.</p> <p>Pegar uma via assinada pela gestante e anexar no caderno e orientá-la que a outra via a pertence.</p>	
*Finalizar o trimestre gestacional na capa do questionário.	
Iniciar a entrevista.	
Ao finalizar, fazer a revisão de todas as respostas ortograficamente.	

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA	
1	Nome da Equipe de Estratégia Saúde da Família _____
2	Entrevistador _____
3	Data da aplicação do questionário: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE	
4	Nome da gestante: _____
5	Endereço: Rua/Avenida: _____ Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
6	Telefone: _____
7	E-mail: _____
8	Nome e número de celular do Agente Comunitário de Saúde que acompanha a gestante: Nome: _____ Celular: _____
9	Idade em anos: _____
10	Cor: 1. <input type="checkbox"/> Parda 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Branca 4. <input type="checkbox"/> Amarela
DADO 8 SOCIOECONÔMICO 8 E DEMOGRÁFICO 8	
11	Qual a sua maior escolaridade? 1. <input type="checkbox"/> Nenhuma 2. <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto 3. <input type="checkbox"/> Fundamental completo 4. <input type="checkbox"/> Médio incompleto 5. <input type="checkbox"/> Médio completo 6. <input type="checkbox"/> Superior incompleto 7. <input type="checkbox"/> Superior completo 8. <input type="checkbox"/> Pós graduação
12	Você estava estudando quando ficou grávida nesta gestação? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
13	Você parou de estudar porque ficou grávida? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não estava estudando
14	Qual a situação conjugal? 1. <input type="checkbox"/> Casada 2. <input type="checkbox"/> União consensual (mora junto) 3. <input type="checkbox"/> Solteira 4. <input type="checkbox"/> Separada/desquitada/divorciada 5. <input type="checkbox"/> Viúva

DADO 8 SOCIOECONÔMICO 8 E DEMOGRÁFICO 8	
15	Qual a maior escolaridade do seu companheiro? 1. <input type="checkbox"/> Nenhum 2. <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto 3. <input type="checkbox"/> Fundamental completo 4. <input type="checkbox"/> Médio incompleto 5. <input type="checkbox"/> Médio completo 6. <input type="checkbox"/> Superior incompleto 7. <input type="checkbox"/> Superior completo 8. <input type="checkbox"/> Pós graduação 9. <input type="checkbox"/> Não sei
16	Quantas pessoas vivem atualmente na casa? _____ (considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses)
17	Você mora atualmente com filhos (biológicos ou não)? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Quantos filhos _____
18	Quantos cômodos tem a sua casa? _____, cômodos. (Não considerar corredor, varanda, beco)
19	Qual a sua ocupação? 1. <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria 2. <input type="checkbox"/> Assalariado ou empregado 3. <input type="checkbox"/> Dona de casa 4. <input type="checkbox"/> Faz bico 5. <input type="checkbox"/> Nenhuma
20	Qual a renda da família? (Soma da renda de todos os membros da família. Caso não saiba, colocar valor aproximado) R\$: _____
21	Você participa do Programa Bolsa Família? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
22	Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa? 1. <input type="checkbox"/> Muito religiosa 2. <input type="checkbox"/> Moderadamente religiosa 3. <input type="checkbox"/> Pouco religiosa 4. <input type="checkbox"/> Nem um pouco religiosa
23	Com que frequência você participa de atividades religiosas (missas, cultos, celebrações)? 1. <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana 2. <input type="checkbox"/> Toda semana (semanal) 3. <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes por mês 4. <input type="checkbox"/> Todo mês (mensal) 5. <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes por ano 6. <input type="checkbox"/> Nunca

APGAR FAMILIAR				
Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar)				
		Nunca	Algumas	Sempre
		0	1	2
24	Estou satisfeita pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Estou satisfeita com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUPLEMENTAÇÃO E GRAVIDEZ	
29	Durante esta gravidez algum profissional de saúde receitou "ferro" para prevenção de anemia? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe
30	Durante esta gravidez, quando começou a tomar "ferro" para suplementação ou tratamento de anemia? 1. <input type="checkbox"/> Primeiro Trimestre (0 a 13 semanas) 2. <input type="checkbox"/> Segundo Trimestre (14 a 26 semanas) 3. <input type="checkbox"/> Terceiro Trimestre (27 a 40/41 semanas) 4. <input type="checkbox"/> Nunca tomei
31	Você conseguiu o medicamento "ferro"? 1. <input type="checkbox"/> Sim, consegui o que foi receitado 2. <input type="checkbox"/> Não procurei pelo remédio 3. <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro
32	Como e onde você conseguiu o medicamento "ferro"? 1. <input type="checkbox"/> SUS 2. <input type="checkbox"/> Farmácia comercial 3. <input type="checkbox"/> Farmácia popular 4. <input type="checkbox"/> Outra fonte _____
33	Quantos comprimidos do medicamento "ferro" você toma por dia? _____
34	Durante esta gravidez algum profissional de saúde receitou ácido fólico? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe

SUPLEMENTAÇÃO E GRAVIDEZ	
35	Durante esta gravidez quando iniciou o uso de ácido fólico? 1. <input type="checkbox"/> Primeiro Trimestre (0 a 13 semanas) 2. <input type="checkbox"/> Segundo Trimestre (14 a 26 semanas) 3. <input type="checkbox"/> Terceiro Trimestre (27 a 40/41 semanas) 4. <input type="checkbox"/> Nunca tomei 5. <input type="checkbox"/> Estou tomando mas não sei o trimestre de início
36	Como e onde você conseguiu o medicamento ácido fólico? 1. <input type="checkbox"/> Farmácia da ESF 2. <input type="checkbox"/> Farmácia comercial 3. <input type="checkbox"/> Farmácia popular 4. <input type="checkbox"/> Outra fonte _____ 5. <input type="checkbox"/> Não consegui o medicamento
37	Se você toma o medicamento ácido fólico em gotas, você toma quantas gotas por dia? _____
38	Se você toma o medicamento ácido fólico comprimidos, você toma quantos comprimidos por dia? _____

IMUNIZAÇÃO NA GRAVIDEZ	
39	Durante esta gravidez você tomou a vacina contra difteria e tétano (dT)? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe 4. <input type="checkbox"/> Imune
40	Durante esta gravidez você tomou a vacina contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa)? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe
41	Durante esta gravidez você tomou a vacina contra hepatite B? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe 4. <input type="checkbox"/> Imune
42	Durante esta gravidez você tomou a vacina contra gripe (Influenza)? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe

ALIMENTAÇÃO	
43	Você recebeu alguma orientação sobre alimentação saudável durante o pré-natal? 1. <input type="checkbox"/> Sim —

ALIMENTAÇÃO		
44	Você fez acompanhamento com um profissional da Nutrição durante o pré-natal? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
45	Você fez dieta durante a gestação? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
46	Se você fez dieta durante a gestação, qual foi o motivo? _____	
47	Como você avalia sua alimentação? 1. <input type="checkbox"/> Muito ruim 2. <input type="checkbox"/> Ruim 3. <input type="checkbox"/> Nem boa nem ruim 4. <input type="checkbox"/> Boa 5. <input type="checkbox"/> Muito boa	
Pense na sua rotina semanal: quais refeições você costuma fazer habitualmente		
		0 SIM 1 NÃO
48	Café da manhã	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
49	Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50	Almoço	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51	Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52	Jantar ou lanche da noite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53	Lanche antes de dormir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QUESTIONÁRIO FREQUÊNCIA ALIMENTAR GFA		
<i>Observação: Tudo o que for relatado de forma diferente, anotar na frente!</i>		
GRUPO dos PÃES, CEREAIS E TUBÉRCULOS		
Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses Observação: 1 colher servir grande = 2 colheres de sopa; 1 escumadeira = 4 colheres de sopa; 1 concha = 4 colheres de sopa.		
Alimento	Quantidade consumida por vez	Quantidade consumida por vez
		Menos que nunca 1 a 3 vezes 1 colher de 2 a 4 colheres 5 a 6 colheres 1 xícara 2 a 3 xícaras Mais de 3 xícaras
54	Arroz Branco	<input type="checkbox"/> colher de sopa cheia
55	Arroz Integral	<input type="checkbox"/> colher de sopa cheia
56	Feijão	<input type="checkbox"/> concha média
57	Macarrão	<input type="checkbox"/> escumadeira cheia ou pegador
58	Macarrão Integral	<input type="checkbox"/> escumadeira cheia ou pegador
59	Farinha de mandioca	<input type="checkbox"/> colher de sopa
60	Pão francês	<input type="checkbox"/> unidade

© Universidade Estadual de Maringá - UEM - UNIMARINGÁ

GRUPO dos PÃES, CEREAIS E TUBÉRCULOS		
Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses Observação: 1 colher servir grande = 2 colheres de sopa; 1 escumadeira = 4 colheres de sopa; 1 concha = 4 colheres de sopa.		
Alimento	Quantidade consumida por vez	Quantidade consumida por vez
		Menos que nunca 1 a 3 vezes 1 colher de 2 a 4 colheres 5 a 6 colheres 1 xícara 2 a 3 xícaras Mais de 3 xícaras
61	Pão de forma	<input type="checkbox"/> fatia
62	Pão integral/cenoura	<input type="checkbox"/> fatia
63	Biscoito doce	<input type="checkbox"/> unidade
64	Bolo	<input type="checkbox"/> fatia
65	Biscoito salgado	<input type="checkbox"/> unidade
66	Batata frita/chips	<input type="checkbox"/> pacote
67	Batata cozida	<input type="checkbox"/> unidade
68	Milho verde	<input type="checkbox"/> espiga (equivalente a 4 colheres de sopa)
GRUPO das VERDURAS, LEGUMES E FRUTAS		
Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses.		
Alimento	Quantidade consumida por vez	Quantidade consumida por vez
		Menos que nunca 1 a 3 vezes 1 colher de 2 a 4 colheres 5 a 6 colheres 1 xícara 2 a 3 xícaras Mais de 3 xícaras
69	Afaca	<input type="checkbox"/> folhas
70	Couve	<input type="checkbox"/> colher de sopa cheia
71	Repolho	<input type="checkbox"/> colher de sopa cheia
72	Banana	<input type="checkbox"/> unidade
73	Mamão, papaia	<input type="checkbox"/> fatia
74	Maça	<input type="checkbox"/> unidade
75	Uva	<input type="checkbox"/> cacho médio (equivalente a 10 uvas)
76	Goiaba	<input type="checkbox"/> unidade
77	Pêra	<input type="checkbox"/> unidade
78	Tomate	<input type="checkbox"/> unidade
79	Chuchu	<input type="checkbox"/> colher de sopa cheia
80	Abóbora	<input type="checkbox"/> colher de sopa cheia
81	Abobrinha	<input type="checkbox"/> colher de sopa cheia
82	Cenoura	<input type="checkbox"/> colher de sopa cheia
83	Beterraba	<input type="checkbox"/> fatia

GRUPO DO 8 OVO 8, CARNE 8, LEITE E DERIVADO 8, MA 8 8A 8 E OUTRO 8.									
Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses									
Alimento	Quantidade consumida por vez	sempre ou quase sempre	1 a 3 vezes	1 a 3 vezes	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1x/10d	2 a 3x/10d	Mais de 3x/10d
84 Ovos	<input type="checkbox"/> unidade	0	1	2	3	4	5	6	7
85 Leite	<input type="checkbox"/> copo americano	0	1	2	3	4	5	6	7
86	Qual o tipo de leite que você costuma tomar? <input type="checkbox"/> integral <input type="checkbox"/> semidesnatado <input type="checkbox"/> desnatado <input type="checkbox"/> não sabe								
87 Iogurte	<input type="checkbox"/> copo americano	0	1	2	3	4	5	6	7
88	Qual o tipo de iogurte que você costuma tomar? <input type="checkbox"/> light/desnatado <input type="checkbox"/> normal								
89 Queijo	<input type="checkbox"/> fatia	0	1	2	3	4	5	6	7
90 Manteiga	<input type="checkbox"/> ponta de taca	0	1	2	3	4	5	6	7
91 Margarina	<input type="checkbox"/> ponta de taca	0	1	2	3	4	5	6	7
GRUPO DO 8 OVO 8, CARNE 8, LEITE E DERIVADO 8, MA 8 8A 8 E OUTRO 8.									
Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses									
Alimento	Quantidade consumida por vez	sempre ou quase sempre	1 a 3 vezes	1 a 3 vezes	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1x/10d	2 a 3x/10d	Mais de 3x/10d
92 Carne de boi com osso/mocotô/rabo	<input type="checkbox"/> pedaço	0	1	2	3	4	5	6	7
93 Carne de boi sem osso	<input type="checkbox"/> bife médio	0	1	2	3	4	5	6	7
94 Carne porco	<input type="checkbox"/> bife pedaço	0	1	2	3	4	5	6	7
95 Frango	<input type="checkbox"/> pedaço	0	1	2	3	4	5	6	7
96 Salsicha ou linguiça	<input type="checkbox"/> unidade ou gomo	0	1	2	3	4	5	6	7
97 Peixe fresco	<input type="checkbox"/> filé ou posta	0	1	2	3	4	5	6	7
98 Hambúrguer	<input type="checkbox"/> unidade	0	1	2	3	4	5	6	7
99 Pizza	<input type="checkbox"/> fatia	0	1	2	3	4	5	6	7
100 Salgadinhos	<input type="checkbox"/> pacote	0	1	2	3	4	5	6	7
101 Sorvete	<input type="checkbox"/> bola	0	1	2	3	4	5	6	7
102 Açúcar	<input type="checkbox"/> colher de sobremesa	0	1	2	3	4	5	6	7
103 Chocolate em pó/Achocolatado	<input type="checkbox"/> colher de sobremesa	0	1	2	3	4	5	6	7
104 Chocolate barra/bombom	<input type="checkbox"/> barra pequena/unidade	0	1	2	3	4	5	6	7
105 Pudim	<input type="checkbox"/> fatia	0	1	2	3	4	5	6	7
106 Refrigerante	<input type="checkbox"/> copo americano	0	1	2	3	4	5	6	7
107	Que tipo de refrigerante você costuma usar: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diet/light								

GRUPO DO 8 OVO 8, CARNE 8, LEITE E DERIVADO 8, MA 8 8A 8 E OUTRO 8.									
Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses									
Alimento	Quantidade consumida por vez	sempre ou quase sempre	1 a 3 vezes	1 a 3 vezes	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1x/10d	2 a 3x/10d	Mais de 3x/10d
108 Café	<input type="checkbox"/> xícara	0	1	2	3	4	5	6	7
109 Suco natural	<input type="checkbox"/> copo americano	0	1	2	3	4	5	6	7
110 Suco artificial	<input type="checkbox"/> copo americano	0	1	2	3	4	5	6	7
111 Vinho	<input type="checkbox"/> copo americano	0	1	2	3	4	5	6	7
112 Cerveja	<input type="checkbox"/> copo americano	0	1	2	3	4	5	6	7
113 Outras bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> dose	0	1	2	3	4	5	6	7

Você costuma comer, diariamente, algum alimento que não tenha sido citado anteriormente? _____

Se sim, qual? _____

CONSUMO DE ALCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS	
114	Você consome ou consumiu bebidas alcoólicas (cerveja + vinho + bebidas destiladas) antes da gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
115	Você consome ou consumiu bebidas alcoólicas (cerveja + vinho + bebidas destiladas) durante essa gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quantas doses (copos) de bebida alcoólica você ingeriu ou ingere? _____
116	Você fumou antes da gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
117	Você fuma ou fumou durante essa gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quantos cigarros por dia você fuma ou fumou nessa gravidez? _____
118	Você consumiu drogas ilícitas (maconha + cocaína + crack + outras) antes da gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quais? (pode marcar mais de uma) <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Outras _____ Tempo _____
119	Você consumiu ou consome drogas ilícitas (maconha + cocaína + crack + outras) durante o primeiro trimestre dessa gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quais? (pode marcar mais de uma) <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Outras _____
120	Você consumiu ou consome drogas ilícitas (maconha + cocaína + crack + outras) a partir do segundo trimestre dessa gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quais? (pode marcar mais de uma) <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Outras _____

ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO							
Quando você não está no trabalho, quanto tempo você gastou em média com as seguintes atividades por dia?							
	Mais de 3 horas	Mais que 2 horas	De 1 a 2 horas	De 1 hora a 1 hora e 15 minutos	Menos que 1 hora	Mais de 30 minutos	
121	Preparando refeições (cozinhando, colocando a mesa, lavando louças):	0	1	2	3	4	5
122	Dar banho, vestir e alimentar criança enquanto você está sentada:	0	1	2	3	4	5
123	Dar banho, vestir e alimentar criança enquanto você está na posição de pé:	0	1	2	3	4	5
124	Brincar com crianças enquanto você está de pé ou sentada:	0	1	2	3	4	5
125	Brincar com crianças enquanto você está caminhando ou correndo:	0	1	2	3	4	5
126	Caregar crianças:	0	1	2	3	4	5
127	Cuidar de um adulto mais velho:	0	1	2	3	4	5
128	Sentar e usar um computador ou escrever quando você não está no trabalho:	0	1	2	3	4	5
129	Assistir TV ou um vídeo:	0	1	2	3	4	5
130	Sentar e ler, conversar ou falar no telefone, enquanto não está no trabalho:	0	1	2	3	4	5
131	Brincar com animais de estimação:	0	1	2	3	4	5
132	Realizar limpeza leve (arrumar camas, lavar roupas, passar a ferro, colocar lixo fora de casa):	0	1	2	3	4	5
133	Fazer compras (de alimentos, de roupas ou outros itens):	0	1	2	3	4	5
134	Realizar limpeza mais pesada (aspirar pó, esfregar o ou varrer chão, lavar janelas):	0	1	2	3	4	5
135	Aparar grama dirigindo um cortador de grama:	0	1	2	3	4	5
136	Cortar grama usando um cortador manual, um ancinho (ciscador) ou outro equipamento de jardinagem:	0	1	2	3	4	5

ATIVIDADE 8 DE TRANSPORTE							
Durante este trimestre gestacional, quanto tempo você gastou em média para:							
	Mais de 3 horas	Mais que 2 horas	De 1 a 2 horas	De 1 hora a 1 hora e 15 minutos	Menos que 1 hora	Mais de 30 minutos	
137	Ir a lugares (para ponto de ônibus, para o trabalho ou escola e outros lugares), caminhando devagar. Não considerar locomoção para diversão ou prática de exercício:	0	1	2	3	4	5
138	Ir a lugares (para o ponto de ônibus, para o trabalho ou escola e outros lugares), caminhando mais rápido. Não considerar locomoção para diversão ou prática de exercício:	0	1	2	3	4	5
139	Dirigir carro ou ônibus:	0	1	2	3	4	5
140	Diversão ou prática de exercício, caminhando devagar:	0	1	2	3	4	5
141	Diversão ou prática de exercício, caminhando mais rápido:	0	1	2	3	4	5

ATIVIDADE 8 DE TRANSPORTE							
Durante este trimestre gestacional, quanto tempo você gastou em média para:							
	Mais de 3 horas	Mais que 2 horas	De 1 a 2 horas	De 1 hora a 1 hora e 15 minutos	Menos que 1 hora	Mais de 30 minutos	
142	Diversão ou prática de exercício, caminhando mais rápido numa subida:	0	1	2	3	4	5
143	Comer num ritmo lento (trotar):	0	1	2	3	4	5
144	Aulas de exercícios no pré-natal:	0	1	2	3	4	5
145	Nadar:	0	1	2	3	4	5
146	Dançar:	0	1	2	3	4	5
Você faz outras atividades para diversão (ou lazer) ou prática outros tipos de exercício? Se sim, por favor escreva quais são essas atividades nas duas questões seguintes:							
147	(Escrever o nome da atividade):	0	1	2	3	4	5
148	(Escrever o nome da atividade):	0	1	2	3	4	5

Por favor, se você tem trabalho remunerado (recebe salário), se trabalha como voluntário ou se estuda, preencha a próxima sessão.

Se não trabalha ou não estuda, você não precisa completar esta décima sessão.

ATIVIDADE 8 NO TRABALHO (OU NA ESCOLA)							
Durante este trimestre gestacional, quanto tempo você gastou em média com as seguintes atividades por dia:							
	Mais de 3 horas	Mais que 2 horas	De 1 a 2 horas	De 1 hora a 1 hora e 15 minutos	Menos que 1 hora	Mais de 30 minutos	
149	Trabalhando ou durante a aula, na posição sentada:	0	1	2	3	4	5
150	Em pé ou caminhando devagar no trabalho, enquanto carrega coisas (mais pesadas que um galão ou jarra de leite):	0	1	2	3	4	5
151	Em pé ou caminhando devagar no trabalho sem carregar nada:	0	1	2	3	4	5
152	Caminhando rapidamente no trabalho enquanto carrega coisas (mais pesadas que um galão de ou jarra de leite):	0	1	2	3	4	5
153	Caminhando rapidamente no trabalho sem carregar nada:	0	1	2	3	4	5

PATOLOGIA 8 AUTORREFERIDA 8	
154	Você teve algum problema de saúde durante a gestação?
1.	<input type="checkbox"/> Sim
2.	<input type="checkbox"/> Não

PATOLOGIAS AUTORREFERIDAS			
Quais problemas de saúde você tem ou teve:	Não tenho	Antes da gravidez	Durante a gravidez
155	Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
157	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
158	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
159	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160	Cardiopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161	Hipertensão arterial crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
162	Doença hipertensiva específica da gestação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
163	Tromboembolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
164	Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
165	Toxoplasmose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
166	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
167	Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
168	Enxaqueca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
169	Outras. Quais (descreva): _____		

PRINCIPAIS QUEIXAS NO PERÍODO GESTACIONAL		
Quais as principais queixas você apresentou na gestação? (pode marcar sim em mais de uma alternativa)	SIM	NÃO
170	Pirose (azia, queimação)	<input type="checkbox"/>
171	Náuseas (enjoo)	<input type="checkbox"/>
172	Vômitos	<input type="checkbox"/>
173	Salivação excessiva	<input type="checkbox"/>
174	Constipação (intestino preso)	<input type="checkbox"/>
175	Varizes	<input type="checkbox"/>
176	Lombalgia (dor nas costas)	<input type="checkbox"/>
177	Hemorroidas	<input type="checkbox"/>
178	Fraqueza	<input type="checkbox"/>
179	Desmaio	<input type="checkbox"/>
180	Comimento vaginal	<input type="checkbox"/>
181	Incontinência urinária (dificuldade de segurar a urina)	<input type="checkbox"/>
182	Mastalgia (dor nas mamas)	<input type="checkbox"/>

12 | Universidade Estadual de Maringá - UNIMARINGÁ

PRINCIPAIS QUEIXAS NO PERÍODO GESTACIONAL		
Quais as principais queixas você apresentou na gestação? (pode marcar sim em mais de uma alternativa)	SIM	NÃO
183	Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>
184	Edema (inchado nas pernas)	<input type="checkbox"/>
185	Cãibras	<input type="checkbox"/>
186	Cloasma gravídico (manchas no rosto)	<input type="checkbox"/>
187	Estrias pelo corpo	<input type="checkbox"/>
188	Tontura	<input type="checkbox"/>
189	Erucação/pienitude gástrica (arrotos/sensação de estômago cheio)	<input type="checkbox"/>
190	Dor abdominal	<input type="checkbox"/>
191	Cólica	<input type="checkbox"/>
192	Falta de ar (dificuldade para respirar)	<input type="checkbox"/>
193	Sangramento gengival	<input type="checkbox"/>
194	Palpitação (coração acelerado)	<input type="checkbox"/>
195	Epistaxe (sangramento nasal)	<input type="checkbox"/>
196	Obstrução nasal (nariz entupido)	<input type="checkbox"/>
197	Parestesias (formigamento, pressão, frio ou queimação nas mãos, braços, pés ou corpo)	<input type="checkbox"/>
198	Insônia (falta de sono) ou hipersônia (muito sono)	<input type="checkbox"/>
199	Outra: _____	

ALTERAÇÕES NO SONO	
200	<p>Você apresentou alterações no sono durante a gestação?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim, aumento do sono</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim, diminuição do sono</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sim, fase de aumento do sono e fase de diminuição do sono</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Não apresentei nenhuma alteração do sono</p>
201	<p>Em qual período gestacional essas alterações foram mais intensas?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Do primeiro ao terceiro mês</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Do quarto ao sexto mês</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Do sétimo mês até o fim da gestação</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Não observei diferença entre os períodos</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Não apresentei nenhuma alteração do sono</p>

ALTERAÇÕES NO SONO	
202	<p>Você teve problemas no sono porque você:</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não conseguia dormir em 30 minutos <input type="checkbox"/> Despertou no meio da noite ou de madrugada <input type="checkbox"/> Teve que levantar à noite para ir ao banheiro <input type="checkbox"/> Não conseguia respirar de forma satisfatória <input type="checkbox"/> Outra razão. Descreva: _____ <input type="checkbox"/> Não apresentou alterações no sono durante a gestação

QUESTIONÁRIO SAÚDE BUCAL	
203	<p>Durante a gestação, você recebeu orientações do dentista ou da equipe de saúde bucal sobre: (pode ser marcada mais de uma alternativa)</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuidados com sua higiene bucal <input type="checkbox"/> Cuidados com a higiene da boca do bebê <input type="checkbox"/> Uso de chupetas e mamadeiras <input type="checkbox"/> Amamentação <input type="checkbox"/> Não recebi nenhuma orientação de dentista ou da equipe de saúde bucal
204	<p>Durante a gestação, você participou de grupos de educação em saúde bucal (ex: palestras) direcionado exclusivamente para gestantes?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
205	<p>Em relação à escovação dentária, você rotineiramente: (marque a opção que você realiza com mais frequência)</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escovo os dentes todos os dias, uma única vez <input type="checkbox"/> Escovo de 2 a 3 vezes ao dia <input type="checkbox"/> Escovo mais de 4 vezes ao dia <input type="checkbox"/> Não escovo os dentes todos os dias
206	<p>Em relação ao uso de fio dental, você rotineiramente: (marque a opção que você realiza com mais frequência)</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Uso fio dental uma vez ao dia <input type="checkbox"/> Uso fio dental duas ou mais vezes ao dia <input type="checkbox"/> Uso fio dental, às vezes <input type="checkbox"/> Não uso fio dental
207	<p>Alguém profissional te encaminhou ou orientou a procurar o dentista durante a gestação?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
208	<p>Qual profissional te encaminhou ou orientou a procurar dentista durante a gestação?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Outro profissional. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Nenhum profissional me encaminhou ou orientou a procurar dentista

QUESTIONÁRIO SAÚDE BUCAL	
209	<p>Você acredita que há relação entre a gestação e o estado de saúde bucal da gestante?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
210	<p>Você acha necessário, a mulher ser acompanhada por um dentista durante a gestação?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
211	<p>Dentre as seguintes condições bucais marque aquela(s) que você observou ou sentiu em sua boca ou dentes durante a gestação (pode ser marcada mais de uma alternativa)</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Cárie <input type="checkbox"/> Sangramento gengival <input type="checkbox"/> Sensibilidade nos dentes <input type="checkbox"/> Mau hálito <input type="checkbox"/> Presença de lesão ou ferida na boca <input type="checkbox"/> Outra condição. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não observei nenhuma alteração na boca ou dentes
212	<p>Você utilizou algum serviço odontológico durante a gestação?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
213	<p>Se você NÃO utilizou nenhum serviço odontológico durante a gestação, qual foi o motivo? (pode ser marcada mais de uma alternativa)</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não achei necessário <input type="checkbox"/> Porque fui ao dentista antes da gravidez <input type="checkbox"/> Por medo de algum procedimento trazer problema para a gravidez ou bebê <input type="checkbox"/> Por medo de sentir dor <input type="checkbox"/> Procurei mas não consegui vaga na rede pública <input type="checkbox"/> Porque o tratamento odontológico é caro <input type="checkbox"/> Procurei mas o dentista recusou atender por causa da gravidez <input type="checkbox"/> Por outro motivo. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Utilizei serviço odontológico durante a gravidez
<p>Nota: Se a gestante NÃO utilizou serviços odontológicos na gestação, o entrevistador seguirá para o próximo questionário</p>	
214	<p>Você teve dificuldade para agendar a consulta com dentista?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

QUESTIONÁRIO SAÚDE BUCAL	
215	<p>Qual foi o local que você recebeu o tratamento odontológico?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> SUS (Unidade de Saúde/Estratégia Saúde da Família)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Privado/Convênio</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ambos (SUS e serviço privado)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Faculdade de Odontologia/curso de especialização</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Outro local. Qual? _____</p>
216	<p>Qual foi o motivo da sua PRIMEIRA CONSULTA com dentista?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Devido dor na boca e/ou dentes</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Para avaliação da condição bucal</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Para iniciar e/ou continuar tratamento Odontológico</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Para esclarecimento de dúvidas</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Devido encaminhamento de outro profissional</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Para prevenção (orientação, limpeza e aplicação de flúor)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual? _____</p>
217	<p>A primeira consulta com dentista foi realizada em qual trimestre?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Primeiro Trimestre (0 a 13 semanas)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Segundo Trimestre (14 a 26 semanas)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Terceiro Trimestre (27 a 40/41 semanas)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Não lembro</p>
218	<p>A qual(is) procedimento(s) você foi submetida? (pode ser marcada mais de uma alternativa)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Restauração dentária (obturação)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tratamento de canal</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Tratamento na gengiva</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Extração dentária</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Procedimentos preventivos (limpeza e aplicação de flúor)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Radiografia odontológica</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Outro procedimento. Qual? _____</p>
219	<p>O quão satisfeita você ficou em relação ao tratamento odontológico realizado?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Muito satisfeita</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Parcialmente satisfeita</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nem satisfeita nem insatisfeita</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Parcialmente insatisfeita</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>
220	<p>Você teve sua necessidade odontológica resolvida?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Parcialmente</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não</p>

QUESTIONÁRIO SAÚDE BUCAL	
221	<p>Você teve todo seu tratamento odontológico finalizado?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ainda estou em tratamento</p>
222	<p>Se a resposta anterior foi NÃO, marque por que motivo você não finalizou o tratamento odontológico?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Fiquei com medo de causar algum problema a gravidez ou ao bebê</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Por recusa e/ou decisão do dentista</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Por orientação médica ou de outro profissional da saúde</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Devido opinião de familiares/amigos</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Por problemas relacionados ao serviço público de saúde</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Por falta de dinheiro</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Por motivos relacionados ao trabalho ou familiar</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Não senti segura com o dentista</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Outro motivo. Qual? _____</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Finalizei o tratamento odontológico/Ainda estou em tratamento</p>
223	<p>O quanto você considera que o dentista estava preparado para realizar atendimento odontológico à gestante?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Muito preparado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Preparado</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Parcialmente preparado</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Despreparado</p>
FALTA 8 NO TRABALHO	
224	<p>Quantas vezes durante o período gestacional você necessitou se ausentar do trabalho por motivos relacionados à gestação? _____</p>
225	<p>Quantos dias você necessitou se ausentar do trabalho através do atestado médico? _____</p>
226	<p>Você recebeu atestado através de algum profissional de saúde não médico (enfermeiro, dentista, psicólogo) durante o pré-natal?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim, e foi aceito no trabalho</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim, e não foi aceito no trabalho</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não</p>

QUALIDADE DE VIDA (Índice de qualidade de vida para gestantes)											
Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve O QUANTO SATISFEITA VOCÊ E ESTÁ com cada aspecto de sua vida e O QUANTO VOCÊ ACHA CADA ASPECTO DE SUA VIDA IMPORTANTE . Por favor, responda selecionando o número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.											
		O QUANTO SATISFEITA VOCÊ E ESTÁ COM:				QUANTO E IMPORTANTE PARA VOCÊ:					
		Muito insatisfeita	Modestamente insatisfeita	Pouco insatisfeita	Muito satisfeita	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Muito importante		
OBS: As perguntas sobre SATISFAÇÃO e IMPORTÂNCIA podem ter enunciados diferentes.											
Nestes casos, a pergunta a ser direcionada para avaliar a importância está na mesma questão em destaque, precedida por :-.											
227	Sua saúde?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
228	Sua gravidez? [= Esta gravidez]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
229	A assistência pré-natal que você está recebendo? [= O cuidado pré-natal?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
230	A intensidade de desconforto que você sente? [= Estar completamente livre de desconforto?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
231	As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)? [= Estar completamente livre das mudanças de humor?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
232	A intensidade de irritação que você sente? [= Estar completamente livre de irritação?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
233	A energia que tem para as atividades diárias? [= Ter energia suficiente para as atividades diárias?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
234	Sua independência física?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
235	Sua capacidade para controlar sua vida? [= Ter condições físicas para controlar sua vida?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
236	A possibilidade de viver por longo tempo? [= Viver por longo tempo?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
237	A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
238	Seus filhos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
239	A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
240	Seu relacionamento com o esposo / companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
241	Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
242	Seus amigos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
243	O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
244	Sua capacidade de cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
245	Sua capacidade de ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
246	O nível de estresse ou preocupações em sua vida? [= Ter um nível aceitável de estresse ou preocupação em sua vida?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
247	Seu lar?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
248	Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
249	Suas condições socio econômicas? [= Ter boas condições socio econômicas?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

QUALIDADE DE VIDA (Índice de qualidade de vida para gestantes)											
OBS: As perguntas sobre SATISFAÇÃO e IMPORTÂNCIA podem ter enunciados diferentes.											
Nestes casos, a pergunta a ser direcionada para avaliar a importância está na mesma questão em destaque, precedida por :-.											
		O QUANTO SATISFEITA VOCÊ E ESTÁ COM:					QUANTO E IMPORTANTE PARA VOCÊ:				
		Muito insatisfeita	Modestamente insatisfeita	Pouco insatisfeita	Pouco satisfeita	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Muito importante
250	Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
251	O fato de não ter um trabalho remunerado? [= Ter um trabalho?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
252	Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
253	Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
254	Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
255	A possibilidade de ter uma criança? [= Ter essa criança?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
256	Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
257	Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
258	A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
259	Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
260	Sua vida de modo geral? [= Estar satisfeita com a vida?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
261	Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
262	Com você mesma, de modo geral? [= Ser você mesma?]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ASPECTOS EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL											
ESCALA DE APOIO SOCIAL											
COM FREQUÊNCIA VOCÊ CONTA COM ALGUÉM SE PRECISAR											
		Nunca	Somente às vezes	Às vezes	Quase sempre	Sempre					
263	Que a ajude se ficar de cama.	0	1	2	3	4					
264	Para lhe ouvir quando você precisar falar.	0	1	2	3	4					
265	Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.	0	1	2	3	4					
266	Para levá-la ao médico.	0	1	2	3	4					
267	Que demonstre amor e afeto por você.	0	1	2	3	4					
268	Para se divertir junto.	0	1	2	3	4					
269	Para lhe dar informações que a ajude a compreender uma determinada situação.	0	1	2	3	4					
270	Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas.	0	1	2	3	4					
271	Que lhe dê um abraço.	0	1	2	3	4					

ASPECTO EMOCIONAL E DE SAÚDE MENTAL						
ESCALA DE APOIO SOCIAL						
COM FREQUÊNCIA VOCÊ CONTA COM ALGUÉM SE PRECISAR						
		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
272	Com quem relaxar.	0	1	2	3	4
273	Para preparar refeições, se você não puder prepará-las.	0	1	2	3	4
274	De quem você realmente quer conselhos.	0	1	2	3	4
275	Com quem distrair a cabeça.	0	1	2	3	4
276	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente.	0	1	2	3	4
277	Para compartilhar preocupações e medos mais íntimos.	0	1	2	3	4
278	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.	0	1	2	3	4
279	Com quem fazer coisas agradáveis.	0	1	2	3	4
280	Que compreenda seus problemas.	0	1	2	3	4
281	Que você ame e que faça você se sentir querida.	0	1	2	3	4

ESCALA DE APEGO MATERNO-FETAL (APENA 3 QUESTÃO E NO TERCEIRO TRIMESTRE)						
Por favor, responda às perguntas seguintes sobre você e o bebê que você está esperando. Não existem respostas certas ou erradas. Sua primeira impressão é a que mostra melhor seus sentimentos. Marque apenas uma resposta por pergunta.						
EU PENSO OU FAÇO O SEGUINTE:						
		Quase sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
282	Eu converso com o meu bebê na barriga.	1	2	3	4	5
283	Eu acho que apesar de toda dificuldade, a gravidez valeu a pena.	1	2	3	4	5
284	Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta.	1	2	3	4	5
285	Eu me imagino alimentando o bebê.	1	2	3	4	5
286	Eu realmente estou ansiosa para ver como vai ser o meu bebê.	1	2	3	4	5
287	Eu me pergunto se o bebê se sente apertado lá dentro.	1	2	3	4	5
288	Eu chamo o meu bebê por um apelido.	1	2	3	4	5
289	Eu me imagino cuidando do bebê.	1	2	3	4	5
290	Eu quase posso adivinhar qual vai ser a personalidade do meu bebê pelo modo como ele se mexe.	1	2	3	4	5
291	Eu já decidi que nome eu vou dar, se for uma menina.	1	2	3	4	5
292	Eu faço coisas, para manter a saúde, que eu não faria se não estivesse grávida.	1	2	3	4	5
293	Eu imagino se o bebê pode ouvir, dentro de mim.	1	2	3	4	5
295	Eu já decidi que nome eu vou dar, se for um menino.	1	2	3	4	5
296	Eu imagino se o bebê pensa e sente "coisas" dentro de mim.	1	2	3	4	5

ESCALA DE APEGO MATERNO-FETAL (APENA 3 QUESTÃO E NO TERCEIRO TRIMESTRE)						
Por favor, responda às perguntas seguintes sobre você e o bebê que você está esperando. Não existem respostas certas ou erradas. Sua primeira impressão é a que mostra melhor seus sentimentos. Marque apenas uma resposta por pergunta.						
EU PENSO OU FAÇO O SEGUINTE:						
		Quase sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
297	Eu procuro comer o melhor que eu posso, para o meu bebê ter uma boa dieta.	1	2	3	4	5
298	Parece que meu bebê chuta e se mexe para me dizer que é hora de comer.	1	2	3	4	5
299	Eu cuido do meu bebê para que ele me cuido de volta.	1	2	3	4	5
300	Eu mal posso esperar para segurar o bebê.	1	2	3	4	5
301	Eu tento imaginar como o bebê vai parecer.	1	2	3	4	5
302	Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito.	1	2	3	4	5
303	Eu posso dizer quando o bebê tem sono.	1	2	3	4	5
304	Eu sinto que o meu corpo está feio.	1	2	3	4	5
305	Eu deixo de fazer certas coisas, para o bem do meu bebê.	1	2	3	4	5
306	Eu tento pegar o pé do meu bebê para brincar com ele.	1	2	3	4	5

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG					
No conjunto, eu estou satisfeita comigo.					
307	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Concordo	3. <input type="checkbox"/> Discordo	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	
Às vezes, eu acho que não presto para nada.					
308	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	
Eu sinto que tenho várias boas qualidades.					
309	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Concordo	3. <input type="checkbox"/> Discordo	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.					
310	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	
Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.					
311	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	
Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.					
312	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Concordo	3. <input type="checkbox"/> Discordo	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos o mesmo nível que as outras pessoas.					
313	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Concordo	3. <input type="checkbox"/> Discordo	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	
Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma.					
314	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	
No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso.					
315	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Concordo	3. <input type="checkbox"/> Discordo	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	
Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma.					
316	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	

ESCALA DE RASTRAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO CE3-D					
DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:		Às vezes (uma ou 2 dias)	Sempre ou quase sempre (3 ou 4 dias)	Sempre ou quase sempre (5 ou 6 dias)	Sempre ou quase sempre (7 ou 8 dias)
317	Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam.	1	2	3	4
318	Não tive vontade de comer; tive pouco apetite.	1	2	3	4
319	Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com a ajuda de familiares e amigos.	1	2	3	4
320	Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas.	1	2	3	4
321	Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	1	2	3	4
322	Senti-me deprimida.	1	2	3	4
323	Senti que tive que fazer esforço para dar conta de minhas tarefas habituais.	1	2	3	4
324	Senti-me otimista com relação ao futuro.	1	2	3	4
325	Considereei que minha vida tinha sido um fracasso.	1	2	3	4
326	Senti-me amedrontada.	1	2	3	4
327	Meu sono não foi repousante.	1	2	3	4
328	Estive feliz.	1	2	3	4
329	Falei menos que o habitual.	1	2	3	4
330	Senti-me sozinha.	1	2	3	4
331	As pessoas não foram amistosas comigo.	1	2	3	4
332	Aproveitei minha vida.	1	2	3	4
333	Tive crises de choro.	1	2	3	4
334	Senti-me triste.	1	2	3	4
335	Senti que as pessoas não gostavam de mim.	1	2	3	4
336	Não consegui levar adiante minhas coisas.	1	2	3	4
INVENTÁRIO BRASILEIRO DE ANSIEDADE TRAÇO-E-ESTADO (FORMA REDUZIDA) (Versão curta do Brazilian State - Trait Anxiety Inventory - STA)					
PARTE I		AVALIAÇÃO			
Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você se sente AGORA, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmativa, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente NESTE MOMENTO.		Absolutamente Não	Um Pouco	Bastante	Multissimo
337	Sinto-me calma.	1	2	3	4
338	Estou tensa.	1	2	3	4
339	Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
340	Sinto-me nervosa.	1	2	3	4
341	Estou preocupada.	1	2	3	4

14 | Universidade Estadual de Maringá - UNIMARINGÁ

INVENTÁRIO BRASILEIRO DE ANSIEDADE TRAÇO-E-ESTADO (FORMA REDUZIDA) (Versão curta do Brazilian State - Trait Anxiety Inventory - STA)					
PARTE II	AVALIAÇÃO				
	Quase Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Quase Sempre	
Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você GERALMENTE se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmativa, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente GERALMENTE.					
342	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma.	1	2	3	4
343	Preocupo-me demais com coisas sem importância.	1	2	3	4
344	Sinto-me segura.	1	2	3	4
345	Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento.	1	2	3	4
346	Sinto-me nervosa e inquieta.	1	2	3	4
347	Tomo decisões facilmente.	1	2	3	4

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO						
Para cada pergunta a seguir, escolha uma das seguintes alternativas:						
Neste último mês, com que frequência:	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	
						1
348	Você tem ficado triste por algo que aconteceu inesperadamente?	1	2	3	4	5
349	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?	1	2	3	4	5
350	Você tem se sentido nervosa e "estressada"?	1	2	3	4	5
351	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da sua vida?	1	2	3	4	5
352	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	1	2	3	4	5
353	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	1	2	3	4	5
354	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade?	1	2	3	4	5
355	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	1	2	3	4	5
356	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	1	2	3	4	5
357	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	1	2	3	4	5
358	Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	1	2	3	4	5
359	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	1	2	3	4	5
360	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	1	2	3	4	5
361	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	1	2	3	4	5

SEXUALIDADE						
Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:						
	Minha	Raramente	Às vezes	Aproximadamente 50% das vezes	A maioria das vezes	Sempre
362	0	1	2	3	4	5
363	0	1	2	3	4	5
364	0	1	2	3	4	5
365	0	1	2	3	4	5
366	0	1	2	3	4	5
367	0	1	2	3	4	5
368	0	1	2	3	4	5
369	0	1	2	3	4	5
370	0	1	2	3	4	5
371	0	1	2	3	4	5
372	0	1	2	3	4	5

IMAGEM CORPORAL DA GESTANTE - BODY ATTITUDE 8 QUESTIONNAIRE						
AFIRMATIVA						
	Concordo totalmente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente	
373	1	2	3	4	5	
374	1	2	3	4	5	
375	1	2	3	4	5	
376	1	2	3	4	5	
377	1	2	3	4	5	
378	1	2	3	4	5	
379	1	2	3	4	5	
380	1	2	3	4	5	
381	1	2	3	4	5	
382	1	2	3	4	5	
383	1	2	3	4	5	
384	1	2	3	4	5	
385	1	2	3	4	5	

IMAGEM CORPORAL DA GESTANTE - BODY ATTITUDE 8 QUESTIONNAIRE						
AFIRMATIVA						
	Concordo totalmente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente	
386	1	2	3	4	5	
387	1	2	3	4	5	
388	1	2	3	4	5	
389	1	2	3	4	5	
390	1	2	3	4	5	
391	1	2	3	4	5	
392	1	2	3	4	5	
393	1	2	3	4	5	
394	1	2	3	4	5	
395	1	2	3	4	5	
396	1	2	3	4	5	
397	1	2	3	4	5	
398	1	2	3	4	5	
399	1	2	3	4	5	
400	1	2	3	4	5	
401	1	2	3	4	5	
402	1	2	3	4	5	
403	1	2	3	4	5	
404	1	2	3	4	5	
405	1	2	3	4	5	
406	1	2	3	4	5	
407	1	2	3	4	5	
408	1	2	3	4	5	
409	1	2	3	4	5	
410	1	2	3	4	5	
411	1	2	3	4	5	
412	1	2	3	4	5	
413	1	2	3	4	5	
414	1	2	3	4	5	
415	1	2	3	4	5	
416	1	2	3	4	5	

APÊNDICE – B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM PESQUISA**

Título da pesquisa: Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros.

Patrocinador: Não se aplica.

Coordenador: Professora Janette Caldeira Fonseca.

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes e puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

2-Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na

região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 1.500 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 500 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação e ao puerpério. Os dados coletados serão organizados e analisados no *software* IBM SPSS *Statistics* versão 22.0 para *Windows*®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3-Justificativa: A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes e puérperas que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

4-Benefícios: O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a



adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

5-Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

6-Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8-Confidencialidade das informações: As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

9-Compensação/indenização: Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, a instituição poderá solicitar a interrupção da pesquisa a qualquer momento. As participantes não terão nenhum tipo de despesa nesta pesquisa, sendo todos os recursos de responsabilidade dos pesquisadores deste estudo. Sendo assim, também não será necessária indenização, posto que não são previstos eventuais danos decorrentes da pesquisa.



10-Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

11-Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Data

JANETTE CALDEIRA FONSECA Janette Caldeira Fonseca 09/08/2019
Nome do coordenador da pesquisa Assinatura do coordenador da pesquisa Data
Janette Caldeira Fonseca

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Prof^a. Janette Caldeira Fonseca. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG.

TELEFONE: (038) 9104 8011.

APÊNDICE – C

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Informação para o(a) pesquisador(a)

Termo de Assentimento - documento elaborado em linguagem acessível para os menores de idade ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais (Resolução 466/2012 e 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil).

Título da pesquisa:

Instituição promotora:

Coordenador(a):

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. **Objetivo:**
2. **Metodologia/procedimentos:**
3. **Justificativa:**
4. **Benefícios:**
5. **Desconfortos e riscos:**
6. **Danos:**
7. **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:**
8. **Confidencialidade das informações:**
9. **Compensação/indenização:**
10. **Outras informações pertinentes:** não se aplica.

Assentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste assentimento.

 Nome do participante

 Assinatura do participante

 Data

 Nome do(a) coordenador(a) da pesquisa

 Assinatura do coordenador da pesquisa

 Data

ENDEREÇO DO PESQUISADOR:

TELEFONE:

Campus Universitário "Professor Darcy Ribeiro" – Reitoria – Prédio 05



Caixa Postal Nº 06 – Montes Claros/ MG – CEP: 39.401-089

www.unimontes.br – e-mail: comite.etica@unimontes.br

Telefone: (38) 3229-8182

APÊNDICE-D

Termo de Concordância da Instituição para participação em pesquisa

	<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde</p>	
---	---	---

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Titulo da pesquisa: Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

Instituição onde será realizada a pesquisa: Universidade Estadual de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Professora Janette Caldeira Fonseca

Endereço e telefone: Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG. Telefone: (038) 9 9941 9895.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

2-Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 761 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 432 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde que forem sorteadas na amostragem por conglomerados, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação. Os dados coletados serão organizados e analisados no software IBM SPSS Statistics versão 22.0 para Windows®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3-Justificativa: A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

4-Benefícios: O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

5-Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

6-Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8-Confidencialidade das informações: As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

9-Compensação/indenização: Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, a instituição poderá solicitar a interrupção da pesquisa a qualquer momento.


10-Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

11-Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este



formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde
Daniella Cristina Martins Dias Veloso


Daniella C. M. Dias Veloso
CONE-MS 160034 - EMI

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

05/12/17
Data

Janette Caldeira Fonseca - MASP 09512/161
Pesquisador/Coordenador da Pesquisa
Professora Janette Caldeira Fonseca

Janette Caldeira Fonseca
Assinatura

05/12/17
Data

ANEXO – A

Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE MONTES CLAROS-MG: ESTUDO LONGITUDINAL.

Pesquisador: JANETTE CALDEIRA FONSECA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80957817.5.0000.5148

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.483.623

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico, de abordagem quantitativa e com delineamento longitudinal.

O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana do referido município. Os questionários serão aplicados após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em variáveis: características socioeconômicas e demográficas; caracterização ginecológica e obstétrica; condições gerais de saúde; exames laboratoriais; imunização; suplementação de ferro e ácido fólico; alimentação e nutrição; aspectos odontológicos; absenteísmo às consultas e ao trabalho; alterações no sono; atividade física; qualidade de vida; aspectos emocionais e de saúde mental; sexualidade; violência. Além da aplicação dos questionários, serão aferidas a pressão arterial e as medidas antropométricas. Será utilizado o esfigmomanômetro, estetoscópio, balança digital e fita métrica.

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.483.623

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

Benefícios:

O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta da pesquisa é relevante e atual visto que as violências sofridas nesse contexto torna-se necessário para garantir que a parturiente seja bem assistida durante o pré-parto, atribuindo à promoção dos seus direitos nas ações de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos necessários.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Endereço: Av. Dr. Rúli Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-069
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.483.623

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1048272.pdf	07/12/2017 20:19:11		Aceito
Outros	ESTEQUESTIONARIOCOMINSTRUMENTOS.pdf	07/12/2017 20:17:48	Cássio de Almeida Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINALESTEPROJETOGESTANTES.pdf	07/12/2017 20:17:01	Cássio de Almeida Lima	Aceito
Folha de Rosto	GFOLHADEROSTO.pdf	07/12/2017 20:16:39	Cássio de Almeida Lima	Aceito
Outros	TERMOINSTITUICAOGESTANTES.pdf	05/12/2017 20:11:35	JANETTE CALDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOGestantes.pdf	05/12/2017 20:10:40	JANETTE CALDEIRA FONSECA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
 Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-069
 UF: MG Município: MONTES CLAROS
 Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smeloosoto@gmail.com