

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Nádia Barboza Santana

**PERFIL DE SAÚDE DE GESTANTES BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DO
VIGITEL, 2009-2013**

Juiz de Fora
2016

Nádia Barboza Santana

**PERFIL DE SAÚDE DE GESTANTES BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DO
VIGITEL, 2009-2013**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-Doecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Loures Mendes

Coorientadora: Profa. Dra. Mariana Santos Felisbino Mendes

Juiz de Fora

2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nádia Barboza, Santana.

Perfil de saúde de gestantes brasileiras : uma análise do VIGITEL, 2009-2013 / Santana Nádia Barboza. – 2016.

90 f. : il.

Orientadora: Mendes Larissa Loures

Coorientadora: Mariana Santos Felisbino Mendes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Gestantes. 2. Doença Crônica. 3. Comportamento Materno. 4. Inquéritos Epidemiológicos. 5. Promoção e Prevenção à Saúde. I.

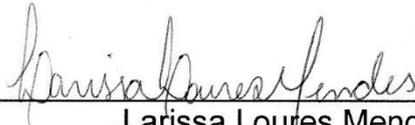
Larissa Loures , Mendes, orient. II. Mendes, Mariana Santos Felisbino , coorient. III. Título.

NÁDIA BARBOZA SANTANA

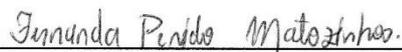
**“Perfil de Saúde de Gestantes Brasileiras: uma análise do
VIGITEL, 2009 - 2013”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

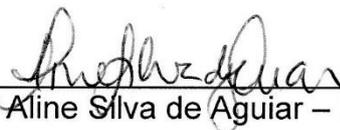
Aprovado em 05/04/2016



Larissa Loures Mendes – UFJF



Fernanda Penido Matozinhos – UFMG



Aline Silva de Aguiar – UFJF

*Dedico esta dissertação a Deus,
à minha mãe Ivete Barboza
e ao meu pai Antônio Carlos Santana.
Vocês são a razão de minha vida e alegria.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que me deu força, saúde e persistência, e que mesmo nos momentos de tribulações jamais me deixou caminhar sozinha guiando meus passos para que eu pudesse concluir mais este trabalho;

Aos meus amados pais **Santana e Ivete**, por primarem pela minha educação, pela personificação do exemplo de luta e fé em Deus e pelo amor incondicional, vocês são indispensáveis em minha vida, obrigada por caminharem junto comigo e por jamais duvidarem da minha capacidade de vencer e de alcançar meus objetivos. Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena. Amo vocês!

Aos meus irmãos **Sidney e Leonardo** pelo apoio e companheirismo;

Ao meu querido noivo **Juliano** que soube entender minhas ausências ao longo desse trabalho; pelo amor, carinho e atenção nos momentos tristes e alegres;

À minha orientadora **Larissa Loures** e coorientadora **Mariana Felisbino**, pela paciência, compreensão, por acreditarem no futuro desse projeto, por contribuírem imensamente no meu crescimento pessoal e profissional e pelos ensinamentos e reflexões compartilhados. Sem vocês a minha vitória não teria sido possível, obrigada pela acolhida tão maternal!!

Aos amigos da turma de Mestrado em especial: **Andréia Carvalho e Quéren Hapuque**, pelas experiências e amizade compartilhadas ao longo dessa trajetória;

À eterna amiga **Fabiana Gusmão**, por ter me auxiliado nos mais diversos momentos da minha vida em que precisei de sua ajuda, pelas alegrias e momentos de descontração e pela sua mais sincera amizade;

À companheira **Fernanda Matozinhos** que, com tão poucas palavras ganhou minha admiração e respeito. Obrigada pela força e torcida nos momentos mais críticos.

Aos membros da banca examinadora e suplentes, **Prof.^a Dra. Ana Paula Cândico; Prof.^a Dra. Milene Pessoa; Prof.^a Dr^a Fernanda Penido; Prof.^a Dra. Aline Aguiar e Prof.^a Dra. Michelle Netto** pela disponibilidade, dedicação e contribuições ao meu trabalho. Muito obrigada pelo carinho e atenção.

À **Prof.^a Dra. Maria Teresa (Teíta)**, pela confiança depositada em mim desde o início do mestrado, obrigada pela acolhida no mundo da pesquisa científica!

Ao **Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez**, pela confiança e disponibilidade do banco de dados.

Aos **Mestres** de sala de aula, pelos ensinamentos compartilhados, pelo incentivo e excepcional exemplo de profissionalismo de todos.

Às **Gestantes** que participaram dessa pesquisa, sem os quais esta investigação não teria sido possível.

Às demais amigas de graduação e pós-graduação, em especial, Luana Lopes, Luana Mendes, Rosiane Mendes, Franciane Vidal, Raquel Líquer, Angélica Lompelo, Amaralina Azevedo, Amanda Reis, Maria Zilda, Priscila Fernandes, Denise Cristina, Fernanda Cristina e Giuliane Ferraz, pela amizade e pelo apoio na árdua caminhada até aqui! Obrigada meninas!!!

A todos os profissionais da Unidade Atenção Primária à Saúde do bairro de Parque Guarani, em especial à Enfermeira Kristiane Duque, pela amizade, carinho e respeito construído dia após dia. Saudades mil dessa mega equipe!!

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser,
mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.*

Marthin Luther King

RESUMO

A gravidez constitui-se como um processo natural da mulher. Nesse período é possível o aperfeiçoamento no manejo dessas mulheres no pré-natal, no sentido de que a gestante adquira hábitos de vida mais saudáveis, que irão evitar doenças e complicações indesejáveis. O objetivo deste estudo foi identificar e avaliar o perfil de saúde das gestantes brasileiras com enfoque nas DCNT e nos comportamentos em saúde, segundo características sociodemográficas. Avaliou-se 1.855 gestantes que responderam ao Inquérito Telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas no período 2009-2013. Analisou-se o perfil sócio-demográfico das gestantes, bem como a prevalência dos comportamentos e doenças crônicas não transmissíveis: tabagismo, consumo de álcool, consumo regular de frutas e hortaliças, consumo de refrigerantes, consumo de leite, consumo de carne com gordura aparente, atividade física, hipertensão e diabetes. Avaliou-se, também, a autoclassificação do estado de saúde e o rastreamento de câncer cérvico-uterino. As análises dos dados foram realizadas por meio do programa estatístico Statistical Software for Professional (Stata), versão 14.0 e os comandos do módulo Survey, levando em consideração os pesos e, por conseguinte, a representatividade da amostra. Para analisar as diferenças das prevalências segundo idade, escolaridade e região, foram estimadas as razões de prevalências ajustadas e os seus respectivos IC95% por meio de modelo de Regressão de Poisson com variância robusta justificando uso pela sua utilização em eventos mais frequentes. A maior proporção de gestantes tinha entre 26 e 34 anos de idade (48,0%), eram brancas (39,2%), tinham companheiro (61,2%), trabalhavam (60,7%) e possuíam de 9 a 11 anos de escolaridade (50,4%). A prevalência de gestantes foi maior nas regiões Sudeste (41,7%) e Nordeste (26,6%). As prevalências de consumo de álcool (13,5%, < 4 doses nos últimos 30 dias) e tabagismo (6,1%) foram baixas, mas não ideais. Por outro lado, detectou-se alta prevalência do consumo inadequado de frutas e hortaliças (62,9%) e de inatividade física (87,2%). O consumo excessivo de refrigerantes (5 ou mais dias/semana), bem como o consumo de carne com gordura aparente, foi observado em cerca de 30% das gestantes. Aproximadamente 96% delas apresentaram pelo menos um comportamento negativo. Os resultados encontrados apontam uma má qualidade da alimentação e sedentarismo das gestantes, em sua maioria, ressaltando a importância de estratégias e intervenções no âmbito de saúde pública para a melhoria da alimentação, comportamentos mais saudáveis e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis nesse grupo populacional, o que poderia beneficiar desfechos positivos na saúde materna e fetal, propiciar qualidade de vida para o binômio e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

Palavras-chave: Gestantes. Doença Crônica. Comportamento Materno. Inquéritos Epidemiológicos. Promoção e Prevenção à Saúde.

ABSTRACT

Pregnancy is constituted as a natural process of women. During this period the improvement is possible in the management of these women in prenatal care, in the sense that pregnant women get healthier lifestyle that will prevent disease and unwanted complications. The aim of this study was to identify and assess the health profile of Brazilian women with a focus on NCDs and health behaviors, according to sociodemographic characteristics. We evaluated 1,855 pregnant women who responded to the survey Risk Factors Surveillance and Protection for Chronic Diseases Telephone Survey in 2009-2013. Analyzed the sociodemographic profile of pregnant women, and the prevalence of behaviors and chronic diseases: tobacco use, alcohol consumption, regular consumption of fruits and vegetables, consumption of soft drinks, milk consumption, consumption of meat with visible fat, activity physical, hypertension and diabetes. It evaluated also the self-classification of health status and tracking of cervical cancer. Data analyzes were performed using the statistical program Statistical Software for Professional (Stata) version 14.0 and Survey module commands, taking into account the weight and therefore the representativeness of the sample. To analyze the differences in prevalence by age, education and region, the adjusted prevalence ratios and their respective 95% CI were estimated using Poisson regression model with robust variance justifying use by its use in more frequent events. The highest proportion of pregnant women were between 26 and 34 years of age (48.0%) were white (39.2%) had a partner (61.2%), working (60.7%) and had from 9 to 11 years of education (50.4%). The prevalence of pregnant women was higher in the Southeast (41.7%) and Northeast (26.6%). The prevalence of alcohol consumption (13.5% <4 doses in the last 30 days) and tobacco (6.1%) were low, but not ideal. On the other hand, found a high prevalence of inadequate intake of fruits and vegetables (62.9%) and physical inactivity (87.2%). Excessive consumption of soft drinks (5 or more days / week) as well as the consumption of meat with visible fat, was observed in about 30% of pregnant women. Approximately 96% of them had at least one negative behavior. The results show a poor quality of food and sedentary lifestyle of pregnant women, mostly emphasizing the importance of strategies and interventions in the public health system to better nutrition, healthier behavior and prevention of chronic diseases in this population, which could benefit from positive outcomes in maternal and fetal health, provide quality of life for the binomial and thus reduce maternal and perinatal morbidity and mortality.

Keywords: Pregnant women. Chronic disease. Maternal behavior. Health Surveys. Promotion and Prevention Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil.....	22
Figura 2 – Fluxograma das perdas do estudo.	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das gestantes brasileiras conforme características sociodemográficas, comportamentais e DCNT, Vigitel, 2009-2013	38
Tabela 2 – Prevalência dos comportamentos em saúde e DCNT entre gestantes brasileiras, segundo a idade, Vigitel 2009-2013.....	41
Tabela 3 – Prevalência dos comportamentos em saúde e DCNT entre gestantes brasileiras, segundo nível educacional, Vigitel 2009-2013	43
Tabela 4 – Prevalência dos comportamentos em saúde e DCNT entre gestantes brasileiras, segundo região de moradia, Vigitel 2009-2013.....	45
Tabela 5 – Soma dos comportamentos de saúde das gestantes brasileiras segundo idade, escolaridade e região de moradia, Vigitel 2009-2013.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DALY	Ano de vida perdidos ajustados pela incapacidade
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP	Doenças Infecto Parasitárias
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Fiocruz	Instituto Oswaldo Cruz
FLV	Frutas, legumes e verduras
HAS	Hipertensão Arterial
IA	Índices de Apgar
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOM	Intitute of Medicine
LGBTT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milênio
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Puerpério
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PNCCU	Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RN	Recém-nascido

STATA	<i>Statistical Software for Professional</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS	17
1.1.1	Objetivo geral	17
1.1.2	Objetivos específicos	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	SAÚDE DA MULHER – POLÍTICAS PÚBLICAS	18
2.2	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA GESTAÇÃO E A SUA ASSISTÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	23
3	MÉTODOS	32
3.1	DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	32
3.2	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	34
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	35
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4	RESULTADOS	38
5	DISCUSSÃO	48
5.1	LIMITAÇÕES.....	58
6	CONCLUSÃO	60
	REFERÊNCIAS	62
	ANEXOS	72

1 INTRODUÇÃO

A gravidez constitui-se como um processo natural da mulher, com repercussões sociais, econômicas, emocionais e psicológicas (COSTA et al., 2010). Ademais, a gestação é um período de tempo relativamente longo, o que permite a modificação de comportamentos em saúde inadequados mediante melhor manejo dessas mulheres ao longo do pré-natal, no sentido de que a gestante adquira hábitos de vida mais saudáveis, que irão evitar doenças e complicações indesejáveis (JAIME et al., 2011). Cabe ainda ressaltar que essas intervenções poderiam ter início antes da gestação, reconhecidas como parte dos cuidados pré-concepcionais tendo em vista uma gravidez saudável e desfechos reprodutivos positivos (MOURA; EVANGELISTA; DAMASCENO, 2012).

A cada ano, um grande número de mulheres vivencia complicações relacionadas à gravidez consideradas de causas evitáveis, sendo que uma fração considerável dessas complicações resulta em mortalidade materna com destaque para os países subdesenvolvidos (SZWARCOWALD et al., 2014).

Alkema e outros (2016) enfatizam que, globalmente, a mortalidade materna diminuiu de 385 mortes por 100.000 nascidos vivos em 1990, para 216 em 2015. Esse declínio de aproximadamente 47% em relação aos níveis encontrados em 1990 revela que, apesar dos avanços, não atingimos a antiga 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de melhorar a saúde materna, reduzindo em até 75% das mortes maternas no ano de 2015 (DIAS et al., 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Similarmente, no Brasil, observou-se uma queda significativa nas taxas de mortes maternas, de 141 em 1990 para 62 mortes/100 mil nascidos vivos em 2015. Os dados revelam que o Brasil possui a menor das reduções em morte materna entre os países mencionados pelo relatório, que embora em acompanhamento da tendência mundial, também não alcançou a antiga meta acordada pela ODM (SOUZA, 2015).

O ano de 2015 marca o fim da iniciativa dos ODM. Entretanto, o combate à mortalidade materna permanece no centro da agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional (ALKEMA et al., 2016). Os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) são uma iniciativa global sucessora aos ODM,

convocando o mundo para a um esforço de eliminação da mortalidade materna global evitável entre os anos de 2016 e 2030 para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, sendo esta a nova meta a ser alcançada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Considerando que atualmente a razão de morte materna global situa-se em torno de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos, um esforço de todos os países no sentido de reduzir pelo menos dois terços da razão de mortalidade materna será necessário (no caso do Brasil, a meta para 2030 é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos) (ALKEMA et al., 2016; SOUZA, 2015).

Souza (2015) ainda questiona sobre a presença de um paradoxo perinatal brasileiro, uma vez que a cobertura pré-natal hoje abrange 91% das grávidas, e que 98% dos partos são realizados em hospitais, números que não parecem condizentes com taxas de mortalidade ainda altas. A questão que fica como desafio colocado pelos autores, portanto, é a qualidade desses atendimentos, a presença crescente de doenças crônicas como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HAS) e Obesidade, bem como no manejo correto dessas comorbidades ao longo do período gestacional pelos profissionais de saúde (SOUZA, 2015).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), principalmente cânceres, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crônicas ocupam posição de destaque nas estatísticas de saúde, sendo responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade no Brasil e pela maior proporção das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011). Essas doenças também apresentam elevada prevalência entre as mulheres em todo o mundo e o impacto das DCNT nas gestantes apresenta um duplo efeito, uma vez que podem ocasionar morte prematura do binômio e incapacidade entre as mulheres de todos os estratos socioeconômicos (AZENHA et al., 2013).

Ressalta-se, ainda, que em decorrência do envelhecimento populacional e de uma maior exposição aos comportamentos em saúde considerados inadequados, como o tabagismo, a obesidade e a inatividade física, a carga das DCNT tende a aumentar substancialmente nas próximas décadas (AZENHA et al., 2013).

Segundo Azenha e outros (2013), as DCNT e as condições maternas estão diretamente relacionadas de forma complexa, pois as alterações hormonais

durante a gravidez associadas a hábitos de vida inadequados podem provocar o aparecimento de doenças oportunistas, como o diabetes, a obesidade e a hipertensão arterial, bem como ocasionar maior risco de complicações durante a gestação. Além disso, diante da evolução nas áreas da saúde, da tecnologia e, também, da própria cultura, expressivo número de mulheres engravidam tardiamente, tornando representativo o papel das DCNT durante a gravidez, com destaque para a HAS, DM e a Obesidade (HENRIQUE et al., 2012).

Dentre as medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos voltadas ao alcance das metas propostas pela ODM, pode-se citar aquelas voltadas à prevenção das DCNT e seus comportamentos de risco, que são fundamentais no período gestacional – como também em qualquer fase da vida de qualquer indivíduo (MENDES, 2010).

Nesse contexto, avaliar o comportamento e a saúde materna é fundamental, para atuação dos profissionais de saúde bem como para órgãos governamentais agirem na promoção da saúde e prevenção das DCNT entre as gestantes brasileiras, o que poderia beneficiar também a saúde dos filhos, pois a presença de morbidades como DM, HAS e Obesidade, bem como seus comportamentos de risco durante a gestação, estão relacionados à ocorrência de desfechos reprodutivos negativos, com destaque para as hemorragias, o deslocamento prévio de placenta, abortos, cesárias desnecessárias, eclampsia, pré-eclâmpsia e morbimortalidade materna e fetal (LEITE et al., 2011).

Além dos comportamentos inadequados em saúde, outros fatores relevantes que influenciam diretamente no processo saúde e doença das gestantes são suas condições socioeconômicas e culturais que envolvem aspectos como renda, ocupação, escolaridade, idade e condições de moradia que podem dificultar a adoção de hábitos saudáveis bem como prejudicar o autocuidado dessas mulheres (TEIXEIRA, S. V. B. et al., 2010).

Dessa forma, considera-se relevante identificar e avaliar o perfil de saúde das gestantes bem como estimar a magnitude da ocorrência de DCNT e comportamentos inadequados em saúde como sedentarismo, má alimentação, hábitos tabágicos e alcoólicos entre as gestantes brasileiras, uma vez que a presença desses comportamentos e doenças nas gestantes bem como as consequências para o binômio geram altos custos para o sistema de saúde, pois estão relacionados à morbimortalidade materno-infantil. Além disso, entender a

magnitude dessas condições pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias para o manejo desses fatores e doenças e programas de prevenção e reforçar a importância de efetivar as recomendações já existentes.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Identificar e avaliar o perfil de saúde das gestantes brasileiras que responderam ao Inquérito Telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel), durante o período de 2009 a 2013, com enfoque nas DCNT e nos comportamentos em saúde, segundo características sociodemográficas.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as gestantes brasileiras conforme características sociodemográficas;
- Estimar a prevalência das DCNT nas gestantes brasileiras;
- Descrever a prevalência de DCNT das gestantes segundo a idade, escolaridade e a região de moradia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE DA MULHER – POLÍTICAS PÚBLICAS

Durante muitos anos, no Brasil, não houve uma posição explícita frente à saúde da mulher. A partir das primeiras décadas do século XX, pressionado pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, essa temática incorporou-se de forma prioritária às políticas nacionais de saúde, estando restrita, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2009a).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS), atendendo às reivindicações do movimento feminista, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como pilares fundamentais as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade, a equidade e a promoção da saúde da mulher, em um período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1984).

Dentre os princípios e diretrizes do PAISM, destacam-se ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, com enfoque na atenção obstétrica e no planejamento familiar, o acompanhamento clínico-ginecológico, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, atenção no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) além do atendimento a outras necessidades identificadas a partir do levantamento do perfil populacional das mulheres brasileiras (BRASIL, 2009a).

Na década de 1990, as ações de controle dos cânceres de colo de útero e mama também foram contempladas no PAISM, tendo como objetivo específico reduzir a mortalidade por câncer na população feminina no Brasil. Tais ações estabelecem-se sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer (Inca) e, em relação, especificamente, ao câncer de colo de útero, o MS criou o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU) que, em 1996, recebeu o nome de “Programa Viva Mulher”, visando o controle não só do câncer do colo do útero, mas também, do de mama. Esse projeto piloto culminou na 1ª Campanha

Nacional de Rastreamento, por meio do exame Papanicolau, no período de 1999 a 2001 (PAZ; SALVARO, 2011).

Em julho 2004 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, com ampla participação dos setores da sociedade, onde a partir de seus encaminhamentos foi desenvolvido o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) que passou a nortear as políticas dessa população a nível federal, estadual e municipal. O plano previa o fortalecimento das políticas de saúde, de educação, promoção de renda e acesso à moradia, além de enfrentamento da violência e assistência jurídica (BRASIL, 2004a).

Em resposta à I Conferência, no mesmo ano de 2004, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), construída a partir dos princípios dos SUS, onde foram mantidas as questões presentes no PAISM, e incorporados demandas de saúde da mulher, conforme lacunas e necessidades identificadas nas mulheres brasileiras como, as principais causas de morte na população feminina, que são as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório, metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas; precariedade da assistência em anticoncepção, violência doméstica e sexual, a saúde de mulheres adolescentes e a saúde mental (BRASIL, 2004b).

A ampliação do conceito de saúde-doença bem como o entendimento de que as políticas públicas influenciam e impactam diretamente nos comportamentos de saúde e na qualidade de vida das mulheres, proporcionaram o aumento das políticas de saúde implementadas nas últimas décadas no Brasil e, com a incorporação da saúde da mulher nas agendas públicas, outras ações também foram lançadas voltadas para a parcela feminina da população, como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (2005), a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida (2006), a Política Nacional de Planejamento Familiar (2007), o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) (2007), a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias (2008) (SILVA, T. R., 2012).

No ano 2000, o governo federal instituiu, no País, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as

altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas focadas na melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério. Dessa forma, ampliou-se o acesso das mulheres aos serviços de saúde. No que se refere aos direitos institucionais relacionados ao parto e ao nascimento, pode-se citar o acompanhamento pré-natal, a escolha da maternidade, o direito ao acompanhante durante o parto, o atendimento humanizado no parto e puerpério, além da adequada assistência à criança (SILVA, T. R., 2012).

A proposta do PHPN também inseriu um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientasse um fluxo de atendimento próprio. Porém, esse conteúdo mínimo não tem sido apresentado de maneira satisfatória para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil (MARTINELLI et al., 2014). Isso se refletiu, novamente, em estabilidade na mortalidade materna desde 1996 e redução significativa na taxa de mortalidade neonatal, em torno de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos (VICTORA et al., 2011).

Diante dessa problemática, desde 2011, o governo federal vem implementando também a Rede Cegonha como forma complementar ao PHPN. Esta estratégia tem, como objetivos, fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, evitando a peregrinação da mulher na rede de assistência à saúde, garantia de acesso, acolhimento, classificação de risco e vulnerabilidade, resolutividade e propostas de redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

Além disso, a Rede cegonha prevê a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, acesso às ações do planejamento reprodutivo e a inserção de diversos exames na rotina do pré-natal, bem como o oferecimento de kits específicos para as Unidades Básicas de Saúde, gestantes e parteiras tradicionais (MARTINELLI et al., 2014; SILVA, L. C. F. P. et al., 2011).

Outra importante ação que culminou na melhoria da morbimortalidade materno infantil foi a implantação do *Plano Brasil sem Miséria*, criado em junho de 2011, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), bem como do MS, com o objetivo de superar a extrema pobreza em todo o País até 2014, mediante o pagamento do benefício Bolsa Família (BRASIL, 2014a).

O Plano envolve ações de diferentes áreas, executadas pelos 22 ministérios e demais órgãos e entidades participantes e as ações organizam-se em torno de três eixos: garantia de renda, inclusão produtiva e acesso a serviços. Uma de suas vertentes é a Ação Brasil Carinhoso, que, dentre suas ações, proporcionou o pagamento de benefícios para famílias com gestantes ou com bebês em fase de amamentação (OSÓRIO; SOUZA, 2012).

No caso das gestantes, o pagamento foi possível graças à estreita colaboração entre o MS e o MDS, pois o benefício só é depositado após a notificação, feita pela saúde ao MDS, de que a beneficiária está grávida. Tal benefício é pago por nove meses a partir da notificação e tem por objetivo melhorar a nutrição da mãe (e, conseqüentemente, a do bebê), estimular a realização do pré-natal e ajudar nos preparativos para a chegada da criança. Os resultados têm sido animadores: de acordo com o MS, a taxa de identificação precoce de gravidez (até a décima segunda semana de gestação) entre as beneficiárias do Bolsa Família aumentou 60% após o início do pagamento do benefício, o que é uma boa notícia, tanto em termos de saúde materna quanto do bebê. No caso do benefício *nutriz*, para os bebês em fase de amamentação, o objetivo é reforçar a renda da família durante os primeiros meses de vida da criança. Nesse caso, o pagamento, que se estende por seis meses, começa a ser realizado assim que a família notifica a área de assistência social do município de que houve o nascimento de um novo membro (OSÓRIO; SOUZA, 2012).

Dessa forma, pensar em uma nova sociedade é pensar sobre a mulher e sua saúde, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento (BRASIL, 2001). A área da Saúde da Mulher é responsável, também, por ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural, atenção ao abortamento seguro, prevenção e tratamento das mulheres portadoras de DCNT, assistência às mulheres negras, enfrentamento da violência contra a mulher e população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgênicos (LGBTT). Para todas as demandas da população feminina foram desenvolvidos planos e programas que visavam minimizar doenças e estabelecer a melhoria na qualidade dessa clientela (PADILHA et al., 2012).

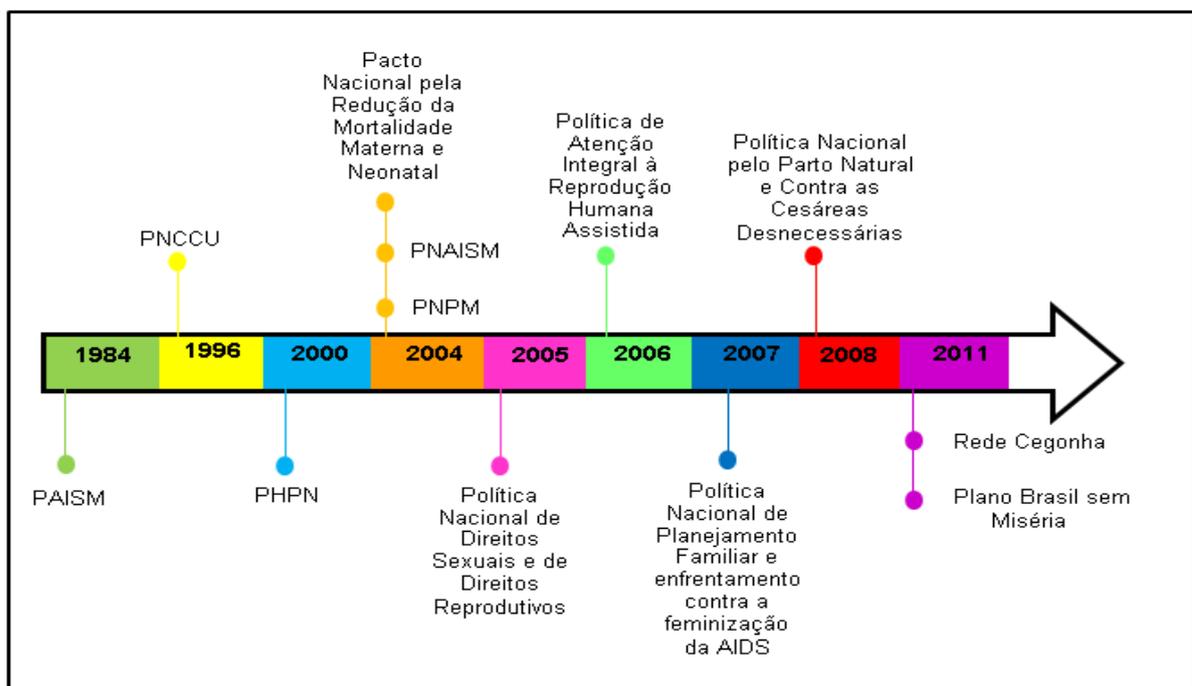
Verifica-se que, conforme foi sendo organizada a atenção à saúde da mulher, além da elaboração de políticas públicas prioritárias para a população feminina, houve também a criação de manuais para a padronização de condutas dos

profissionais de saúde. A Política de Humanização do atendimento culminou com a elaboração do *Manual sobre atenção ao Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher* (BRASIL, 2001).

Este Manual descreve de forma minuciosa a gravidez e o parto como eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, como experiência humana extremamente significativa e enriquecedora. Além disso, o documento também propõe a individualidade no atendimento e a introdução dos conceitos de humanização nos serviços, permitindo ao profissional de saúde estabelecer maior vínculo afetivo, estimula a formação de pensamento crítico e a autonomia do seu próprio corpo por meio de ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (RN). Há, também, o reconhecimento que a mulher é ativa no seu processo de gestar e parir e não apenas coadjuvante de sua própria experiência (PADILHA et al., 2012).

No que diz respeito à implantação de políticas de atenção à saúde das mulheres, segue na Figura 1, as políticas e programas governamentais que foram desenvolvidas e implementadas ao longo do tempo para melhorar a saúde feminina no Brasil (Figura 1).

Figura 1 – Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil



Fonte: A autora. Elaborado para fins deste estudo.

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA GESTAÇÃO E A SUA ASSISTÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O ciclo vital da mulher é constituído por diversas fases que vão desde a infância à velhice e, entre estas, há o período da gravidez, entendida como um conjunto de fenômenos fisiológicos que evolui para a criação de um novo ser. Esse momento é um importante episódio vivenciado por uma mulher, um período de variadas mudanças físicas, sociais e psicológicas (COSTA et al., 2010).

No decorrer da gestação, o corpo da gestante passa por adaptações fisiológicas significativas. Essas modificações ocorrem da primeira semana até o final da gravidez e caracterizam-se como ajustes funcionais em resposta ao aumento da carga fisiológica (PADILHA et al., 2012).

Nesse sentido, Holanda e outros (2015) relatam a importância de ações para o controle da morbimortalidade materna que são dependentes do acesso e da qualidade da atenção realizada pelos serviços de saúde, especialmente na atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

A assistência pré-natal é um componente essencial da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a desfechos perinatais desejáveis (VIELLAS et al., 2014).

Segundo Viellas e outros (2014), a assistência ao pré-natal se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras bem como de melhor manejo dos comportamentos em saúde apresentados pelas gestantes, tendo por objetivos a garantia da evolução normal da gravidez, a preparação da mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação, o rastreamento e detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional, o estabelecimento de vínculo entre o local onde é realizado o pré-natal e onde será realizado o parto, além da promoção do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco. Tais medidas possibilitam a prevenção das complicações materno-infantis mais frequentes na gestação e no puerpério (HOLANDA et al., 2015).

A gestação é um evento biológico e deve ser vista pelas gestantes e pelas equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável,

envolvendo mudanças dinâmicas e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência (TEIXEIRA, S. V. B. et al., 2010). Entretanto, trata-se de uma situação que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável (BRASIL, 2012).

A intervenção precisa e precoce bem como o manejo correto das gestantes evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal. Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez e a sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis, no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional (BRASIL, 2012; CARDOSO, 2014).

Dessa forma, percebe-se forte influência dos serviços de saúde nos comportamentos em saúde da população gestante, uma vez que a falta de acesso a estes serviços de saúde no que diz respeito aos conhecimentos e informações sobre promoção e prevenção de saúde dificultam a adoção de hábitos saudáveis e comprometem o autocuidado. Ressalta-se ainda que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidades sócio-econômica e cultural carecem dessa assistência principalmente em adquirir informações pré-concepcionais (TEIXEIRA, S. V. B. et al., 2010).

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer de um bom manejo das gestantes na assistência ao pré-natal e, dentre eles, destacam-se: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, com destaque para idade maior que 35 ou inferior a 15 anos; menarca há menos de 2 anos; altura menor que 1,45 m; peso pré-gestacional menor que 45 e maior que 75 kg; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis como exposição a resíduos radioativos e poluentes tóxicos; dependência de drogas; hábitos irregulares de vida, além da exposição a riscos ocupacionais (BRASIL, 2012; TEIXEIRA, L. A.; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

O histórico obstétrico também deve ser avaliado, uma vez que pode apresentar fatores de risco relacionados à presença de abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história de RN com crescimento restrito ou

malformado; parto pré-termo anterior; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e grande multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva e diabetes gestacional (BRASIL, 2012; TEIXEIRA, L. A.; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

Segundo Leite e outros (2011), as comorbidades mais recorrentes entre as gestantes são a HAS e DM e, dentre as principais complicações do ciclo gravídico-puerperal, destacam-se as hemorragias, o descolamento prévio de placenta, os abortos e a pré-eclâmpsia, que resultam em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

As DCNT compreendem um vasto grupo de condições que têm em comum o fato de possuírem origem multifatorial, dentre eles, fatores determinantes, sociais, condicionante e individuais, além de forte influência de fatores de risco comportamentais considerados como modificáveis, como o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade física, a alimentação não saudável e a obesidade (BRASIL, 2011b). Atualmente as DCNT são consideradas o maior problema de saúde pública e já são responsáveis por aproximadamente 74% do total das mortes no mundo e por 50% da chamada “carga global de doença”, nas populações de todos os países, principalmente nos de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma DCNT, segundo dados inéditos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). O levantamento, realizado pelo MS em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44,5%) – são 34,4 milhões de mulheres – e 23 milhões de homens (33,4%) portadores de enfermidades crônicas (BRASIL, 2014b).

Os dados ainda mostram que a HAS e o DM são as DCNT de maior magnitude, sendo alvo de profunda investigação da PNS. A pesquisa revelou que a HAS atinge 31,3 milhões de pessoas acima de 18 anos, o que corresponde a 21,4% da população tendo proporção crescente com o aumento da idade. Importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a doença aparece mais no sexo feminino, com prevalência em 24,2% das mulheres e 18,3% dos homens (BRASIL, 2014b; ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014).

Já o DM atinge 9 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta. As mulheres (7%), mais uma vez, apresentaram maior proporção da doença do que os homens (5,4%) – 5,4 milhões de mulheres *versus* 3,6 milhões de homens. Assim como no caso da HAS quanto maior a faixa etária maior a prevalência da doença (BRASIL, 2014b).

As DCNT autorreferidas têm sido muito utilizadas em inquéritos de saúde, como a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), o Vigitel, no Brasil, e o *National Health and Nutrition Examination Survey*, nos Estados Unidos. Além de fornecerem informações sobre DCNT, muitos inquéritos populacionais coletam, também, dados sobre a prevalência de comportamentos de risco modificáveis para estas doenças, permitindo monitorar sua prevalência e mudanças ao longo do tempo (BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, 2009).

Vale ressaltar, ainda, que nos últimos anos, a população feminina tem influenciado significativamente na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro, a partir de mudanças em seu papel na sociedade, caracterizado pela redução da taxa de fecundidade, crescente participação no mercado de trabalho e pelo aumento da escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar (COELHO; PORTO, 2009).

Segundo a retrospectiva realizada pelo IBGE no período de 2000 a 2015 a taxa de fecundidade no Brasil vem apresentando uma tendência mundial com de declínio constante, em que o número médio de filhos por mulher caiu 18,6% no total, de 2,39 filhos nascidos vivos para 1,72 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). As mulheres, além de terem menos filhos, estão optando por tê-los mais velhas, cenário propício ao desenvolvimento das DCNT na gravidez, uma vez que essas doenças são mais prevalentes em mulheres com a idade mais avançada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015; ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014).

A idade da primeira gestação também teve alteração. Há dez anos, metade das gestantes engravidava antes dos 24 anos e, em 2010, esse porcentual caiu para 45% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Segundo dados do IBGE, por meio da PNAD, as mulheres são maioria na população brasileira, sendo que, hoje, elas vivem em média até os 78,5 anos, enquanto que os homens chegam até os 71,5 anos. Em 2060, a expectativa de vida

delas chegará a 84,4 anos, versus 78,03 anos, dos homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

A pesquisa mostra, também, que no Brasil, existem 5,2 milhões de mulheres a mais do que homens, sendo a região Sudeste a que possui o maior número de mulheres, principalmente no estado de São Paulo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Ainda segundo essa pesquisa do IBGE, as mulheres continuarão vivendo mais do que os homens, evidenciando a notável a feminização do envelhecimento no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Sendo as mulheres a maioria da população brasileira, elas também são tradicionalmente as principais usuárias do SUS, seja para acompanhar os filhos ou as pessoas que estejam sob seus cuidados, seja para cuidarem de si mesmas. A população feminina constitui, portanto, um importante segmento social para as políticas de saúde pública, pela importância numérica e porque as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam forte impacto nas condições de saúde feminina (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Os fatores que se associam ao aumento do risco de desenvolver uma doença são chamados fatores de risco ou, ainda, comportamentos de risco. Por outro lado, existem fatores ou condutas que conferem ao organismo a capacidade de se proteger de determinadas doenças: são os chamados fatores de proteção ou comportamentos saudáveis (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

Segundo Maggi e outros (2013), há forte correlação entre comportamentos de saúde inadequados e desenvolvimentos das doenças crônicas, destacando alguns comportamentos preditores independentes dessas enfermidades, como o tabagismo, o uso abusivo de álcool, a alimentação inadequada e o sedentarismo.

Os principais fatores e condições considerados de risco conhecidos e modificáveis para as DCNT estão diretamente relacionados a alguns hábitos de vida, como o tabagismo, o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, a alimentação inadequada, a inatividade física, a obesidade, o estresse e, infelizmente, cada vez mais um maior número de mulheres fazem parte desse cenário negativo, com exposições diversas (MAGGI et al., 2013).

Os hábitos e situações de vida, como o estresse, o aumento da violência, os problemas com o transporte nas grandes cidades, a falta de trabalho ou trabalho

excessivo ou até as más condições de trabalho, o consumo exagerado de alimentos industrializados, de cigarros e bebidas (alcoólicas e açucaradas) associados à inatividade ou à pouca prática de atividade física e ao pouco tempo para relaxar também contribuem para aumentar o risco de desenvolver as DCNT. Em geral, o risco é muito superior nas populações de baixa escolaridade e renda, entre desempregados e aqueles submetidos a piores condições de trabalho (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011). Ressalta-se, ainda, que a escolaridade e a renda dos indivíduos que pertencem a grupos mais vulneráveis influenciam no desenvolvimento dos agravos e DCNT (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

No que se refere à fase gestacional da mulher, as consequências são preocupantes, uma vez que a presença de agravos e doenças crônicas nesse período constituem fator desencadeador de complicações materno-infantis. Uma gestante portadora de DM ou HAS, por exemplo, ou ainda que apresente comportamentos em saúde inadequados, apresenta risco aumentado de desenvolver desfechos materno-fetais adversos, como pré-eclâmpsia, parto prematuro, aborto, restrição do crescimento fetal, deslocamento prematura de placenta e óbitos (WEINERT et al., 2010).

Dados publicados em 2012, pelo MS, destacam a HAS como a principal causa das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, com incidência em 6 a 30% das gestantes, resultando em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal, sendo essa condição considerada modificável (BRASIL, 2012).

Cabe mencionar, ainda, que segundo Zapelini e outros (2015) a prevalência de diabetes gestacional no mundo é de 7% (aproximadamente 2000 casos/ano), variando entre 1 a 14%. Já no Brasil estima-se que 7,6% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional, enquanto nos Estados Unidos, esta prevalência é de aproximadamente 4% (ZAPELINI et al., 2015). Tais dados justificam a recomendação de detecção precoce dessa doença em decorrência do risco aumentado de desfechos adversos materno-fetais, como a pré-eclâmpsia, a prematuridade, a macrossomia, a doença periodontal, parto por cesariana hipoglicemia e a morbidade perinatal (MEDINA et al., 2008; RIBEIRO et al., 2015). Além disso, a concepção em mulheres com DM deve ter atenção cuidadosa desde a

preconcepção, pois o controle metabólico nas primeiras semanas de gestação é fundamental à organogênese (MOURA; EVANGELISTA; DAMASCENO, 2012).

A obesidade, outra DCNT cada vez mais comum em mulheres em idade reprodutiva e gestantes, juntamente com o sobrepeso, considerada, atualmente, como a doença do século, também apresenta notável importância nesse contexto, uma vez considerada como doença crônica influenciada pelo ambiente e por comportamentos de risco em saúde, com destaque para a alimentação inadequada e a inatividade física. Refere-se a grave problema de saúde pública em razão do risco de doenças associadas, como a HAS, as doenças cardiovasculares e DM (NELSON; MATTHEWS; POSTON, 2010).

J. C. Silva e outros (2014) ponderam que a obesidade está presente em 25 a 30% das gestantes no Brasil estando associada ao aumento do número de cesáreas em nosso País, cenário desfavorável para o parto e o nascimento. Além disso, os autores ainda ressaltam uma notória dificuldade nas diretrizes existentes sobre o manejo terapêutico correto das gestantes, quanto à definição de obesidade no período gravídico acarretando, muitas das vezes, em complicações no parto (cesariana e hemorragia de grande porte), intercorrências maternas (diabetes gestacional e síndrome hipertensiva) e também intercorrências perinatais (escore apgar baixo ao primeiro minuto e macrosomia) (PAIVA et al., 2012; SILVA, J. C. et al., 2014).

Em função da gravidade das DCNT e seus impactos negativos nos sistemas de saúde e na sociedade, em 2011, o MS, juntamente com outros ministérios, lançou o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus comportamentos de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral (BARRETO, A. S.; SANTOS; DEMÉTRIO, 2013).

O Brasil participou ativamente dessa mobilização de enfrentamento das DCNT com propostas para o período de 2011 a 2022. O plano define metas e

compromissos, ações e investimentos no sentido de preparar o País para o enfrentamento dos desafios representados pelas DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos. Destaca-se, entre as metas traçadas, a redução de 2% ao ano na mortalidade devido às quatro principais causas de mortalidade por DCNT, destacadas pela OMS e focalizadas no plano (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

Alguns autores ainda destacam que as DCNT, bem como as complicações materno-fetais, estão diretamente relacionadas, em sua maioria, à presença de comportamentos de risco, mais também a outros fatores como a idade materna mais avançada, o menor nível educacional, condições de trabalho desfavoráveis com exposição a ambientes insalubres, o número reduzido de consultas de pré-natal, a ausência de companheiro, as condições prévias de saúde e os comportamentos inadequados em saúde (LEITE et al., 2011; VIELLAS et al., 2014; XAVIER et al., 2013).

Estudo sobre análise da assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos ou privados utilizando os dados da pesquisa “*Nascer no Brasil*”, realizada em 2011 e 2012 revelam que a cobertura da assistência ao pré-natal no Brasil foi de 98,7%, sendo que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde (VIELLAS et al., 2014).

Estudos nacionais de abrangência local ressaltam a existência de falhas na assistência ao pré-natal, relacionadas a dificuldades no acesso, ao início tardio, ao número inadequado de consultas e à realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e sua efetividade (COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012).

Estudos específicos, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), também fornecem dados sobre a assistência pré-natal no País, quando abordam essa temática. Sua última amostragem, realizada em 2006, revelou 80,9% de cobertura pré-natal com seis ou mais consultas, elevada realização de exames e fornecimento de cartão de pré-natal. No entanto, tais dados se baseiam na entrevista com as mulheres, sem verificação do cartão de pré-natal, estando sujeito a viés de memória, por incluir gestações ocorridas nos últimos cinco anos (BRASIL, 2009b).

A ausência de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto também é outro problema identificado, resultando, muitas vezes, na exaustiva peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos e complicações adicionais à saúde da parturiente e do RN (VIELLAS et al., 2014).

É crescente, no Brasil, o número de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto no SUS (BRASIL, 2013). Porém, embora tenha havido ampliação da cobertura pré-natal, ainda existe um precário comprometimento na qualidade dessa atenção. Por conseguinte, cabe ressaltar que os indicadores de saúde relacionados ao grupo materno-infantil evidenciam altas prevalências de uma série de agravos resultantes de causas evitáveis, refletindo, sobretudo, na carência de assistência nutricional e nos hábitos indesejáveis dessa população (BARRETO, A. S.; SANTOS; DEMÉTRIO, 2013).

Por fim, ressalta-se que o conhecimento derivado deste estudo pode, indubitavelmente, ser utilizado para direcionar outras pesquisas, com maior profundidade, em relação aos aspectos de saúde pública associados à saúde das gestantes no Brasil.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional e transversal, que utilizou dados provenientes do Vigitel, dos anos de 2009 a 2013, das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal.

O sistema Vigitel utiliza um método de amostragem que visa obter amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios onde existe, pelo menos, uma linha de telefonia fixa no ano corrente (BRASIL, 2015).

Assim, com o objetivo de atingir um erro máximo percentual de dois pontos percentuais e um intervalo de 95% de confiança (IC95%), o tamanho amostral pré-estabelecido é de no mínimo 1.500 indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos. Anualmente, são realizadas 52.929 entrevistas, sendo 1.500 por cada capital, ao final do ano de 2014 foram realizadas 40.853 entrevistas, o que indica uma taxa de sucesso do sistema de 65,2% (BRASIL, 2015).

A amostragem do sistema ocorre em etapas: a primeira consiste em um sorteio de 5.000 linhas telefônicas por cidade. Em seguida, são agrupadas em 25 réplicas de 200 linhas, cada. Tal divisão em réplicas é necessária devido à dificuldade em se estimar a proporção de linhas que serão elegíveis. Dessa forma, essas combinações são utilizadas até que se complete o número mínimo de 1.500 amostras. Posteriormente, é realizada a verificação da elegibilidade da linha telefônica, ou seja, as linhas são averiguadas para identificar se as mesmas são residenciais e se estão ativas. Logo após, as linhas ativas são verificadas quanto à aquiescência em participar da pesquisa e, assim que é obtida, realiza-se a enumeração dos residentes maiores de 18 anos daquele domicílio para sortear quem será entrevistado (BRASIL, 2015).

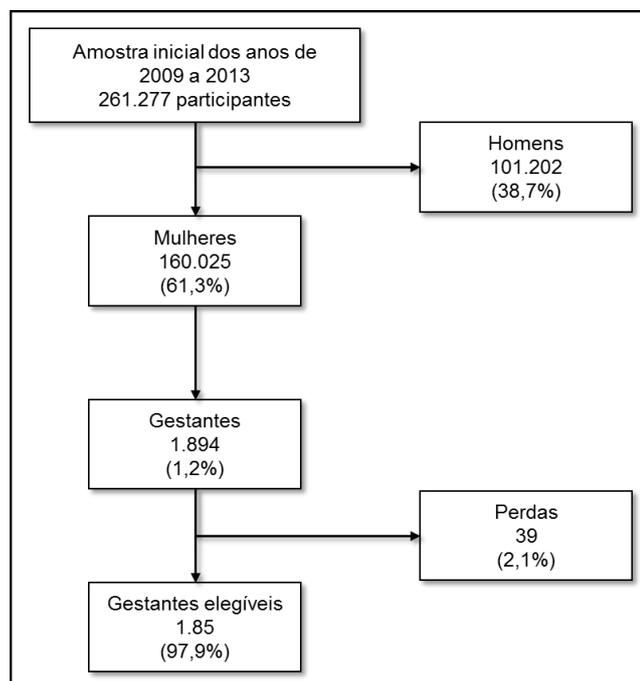
O Vigitel iniciou sua coleta de dados no ano de 2006 e ocorre anualmente. As entrevistas são realizadas por uma empresa sediada em Belo Horizonte, contratada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que gerencia e acompanha esse trabalho. Há uma equipe responsável pelas

entrevistas composta por, no mínimo, 1 coordenador, 2 supervisores e 20 entrevistadores, todos treinados previamente pelo MS (BRASIL, 2015).

O questionário estruturado aplicado durante a entrevista é composto de duas partes: a primeira consta da identificação do entrevistado e a segunda aborda questões referentes à alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, morbidade autorreferida, peso e altura autorreferidos e situação de saúde (Anexo A). A cada ano são inseridas perguntas chamadas “rotativas”, que abordam alguma área de interesse específica do MS.

Para os anos de 2009 a 2013, houve uma média de 54.353 participantes por ano, totalizando 261.227 participantes, dos quais 160.025 (61,3%) eram mulheres. Foram incluídas, neste estudo, todas as mulheres que relataram estar grávidas no momento da entrevista, cuja faixa etária estava entre 18 e 50 anos, alcançando um total de 1894 (1,2%) gestantes. Destes, 39 (2,1%) gestantes não foram estudadas por não possuírem informações referentes às variáveis em estudo (não responderam o questionário completamente), atingindo um total de 1855 (97,9%) gestantes elegíveis, com média de 371(DP = 61,6) gestantes por ano do inquérito, no período estudado, conforme Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma das perdas do estudo.



Fonte: A autora. Elaborado para fins deste estudo.

Todas as informações obtidas pelo Vigitel são autorreferidas e esse tipo de dado tem sido amplamente utilizado em estudos epidemiológicos, por ser uma estratégia de menor custo, rápida e acessível para estimar a prevalência de doenças, agravos e fatores de risco na população, além de apresentar validade e confiabilidade satisfatórias (CHRESTANI; SANTOS; MATIJASEVICH, 2009).

3.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis de interesse para este estudo incluíram características sociodemográficas e de comportamentos em saúde, bem como de DCNT, categorizadas segundo referência e categorização da pesquisa do Vigitel e do “*Nascer no Brasil*”, inquérito nacional específico para gestantes, desenvolvido pelo MS e coordenado pelo Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), visando conhecer melhor o panorama nacional sobre a situação do pré-natal, ao parto, e nascimento no Brasil, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das variáveis

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	DESCRIÇÃO
Idade	18 a 24, 25 a 34 e 35 a 50.
Cor da pele	Branca, preta, parda e outras (índios, amarelos e vermelhos).
Escolaridade	0 a 8, 9 a 11, 12 ou mais.
Estado civil	Com e sem companheiro.
Região	Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-oeste.
Ocupação	Sim e não.
COMPORTAMENTOS EM SAÚDE	DESCRIÇÃO
Consumo de leite integral	Sim e não.
Consumo de carnes com gordura	Sim e não.

Consumo de frutas, legumes e verduras	Frequência semanal maior igual ou inferior a 5 vezes.
Consumo de refrigerantes	Frequência semanal maior igual ou inferior a 5 vezes.
Dose de álcool consumida	Frequência nos últimos 30 dias maior igual ou inferior a 4 doses.
Tabagismo	Sim e não.
Consumo de bebida alcoólica	Sim e não.
Atividade física	Ativo: indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada (caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, bicicleta, voleibol ou outra) ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa (corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol ou tênis), independentemente do número de dias por semana em que pratica atividade física ou inativo.
Autorrelato do estado de saúde	Bom e muito bom, ruim e muito ruim e regular.
Exame Papanicolau nos últimos 3 anos	Realização nos últimos 3 anos e não.
DCNT	DESCRIÇÃO
Hipertensão Arterial	Sim e não.
Diabetes Mellitus	Sim e não.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo. Informações baseadas em Viellas et al. (2014) e Brasil (2015).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

As análises dos dados foram realizadas por meio do programa estatístico *Statistical Software for Professional (Stata)*, versão 14.0, utilizando os comandos do módulo Survey, levando em consideração os pesos e, por conseguinte, a representatividade da amostra. Foram utilizados fatores de ponderação do Vigitel, a fim de minimizar limitações decorrentes da probabilidade desigual que indivíduos com mais números de telefone ou menos moradores no domicílio tiveram em

participar da amostra, além de corrigir, também, a super ou a subestimação da amostra do Vigitel, ambas decorrentes da cobertura de telefonia fixa desigual no Brasil. Para isso, utilizou-se como estratégia as correções pós-estratificação a partir do cálculo de pesos, que permite corrigir vícios de estimativas, fazendo com que cada indivíduo entrevistado seja capaz de representar outros (BRASIL, 2015).

O peso final utilizado no Vigitel advém do produto de três fatores (BRASIL, 2015):

- (1) O fator de ponderação referente às linhas telefônicas: usa o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado, que corrige a maior chance que indivíduos com mais de uma linha telefônica por domicílio têm de ser sorteados;
- (2) O fator de ponderação referente aos residentes do domicílio: usa o número de adultos no domicílio do entrevistado, para corrigir a menor chance que o indivíduo tem de ser sorteado em uma casa com várias pessoas;
- (3) O fator de correção referente às categorias sociodemográficas: decorre da estratificação segundo a faixa etária e o nível de escolaridade, de acordo com a população adulta total de cada cidade segundo a relação entre os dados do Censo e da PNAD.

Para essa última ponderação, o banco de dados Vigitel de 2009 a 2013 utiliza os dados do Censo 2009 a 2013 e da PNAD 2009 a 2013. Esse terceiro fator iguala a composição sociodemográficas da amostra a toda a população da cidade, permitindo, assim, que as inferências sejam confiáveis (BRASIL, 2015).

Trabalhou-se com a subpopulação de interesse, método previamente descrito como o mais apropriado para estimação da variância para amostras representativas de grandes populações (WEST; BERGLUND; HEERINGA, 2008). Assim, conduziu-se análise não condicional baseada na definição de subpopulação de interesse na qual dados faltantes e subgrupos que atenderam os critérios de exclusão foram incluídos na categoria 0 da variável indicadora da subpopulação e a população de estudo incluída na categoria 1.

As análises descritivas consistiram no cálculo da distribuição das proporções das gestantes, de acordo com características sociodemográficas, comportamentais e DCNT. Em relação aos comportamentos em saúde e DCNT, foram estimadas as prevalências e intervalos de 95% de confiança (IC 95%), que também foram calculadas segundo a idade (18 a 25, 26 a 34, 35 anos ou mais), o

nível de escolaridade (0 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos de estudo) e a região de moradia (Sudeste, Sul, Centro-oeste, Norte e Nordeste).

Por conseguinte, para analisar as diferenças das prevalências segundo a idade, a escolaridade e a região, foram estimadas as razões de prevalências ajustadas e os seus respectivos IC95%, por meio de modelo de Regressão de Poisson com variância robusta.

Finalmente, as variáveis referentes aos comportamentos de saúde foram somadas, compondo um escore que incluiu tabagismo, etilismo, consumo de frutas e legumes, consumo de refrigerantes, consumo de leite integral e prática de atividade física, todos autorreferidos. Após a soma dos comportamentos, categorizou-se a variável em mulheres com pelo menos um comportamento negativo e mulheres com todos os comportamentos desejáveis. Para o escore também foram estimadas prevalências com seus IC95%, segundo idades, escolaridade e região, bem como o cálculo de razões de prevalência.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo está integrado a um projeto mais amplo e possui aprovação no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde, sob o Parecer no 749/2006 e CONEP nº13081 – intitulado “*Implantação do sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas no Distrito Federal e no conjunto das capitais dos estados brasileiros*” (Anexo B).

Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido é substituído pelo consentimento verbal obtido na ocasião do contato telefônico com o entrevistado. Os indivíduos foram esclarecidos quanto aos fins de pesquisa e a possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento da entrevista, sobre a inexistência de risco ou danos extras à sua saúde e sobre a garantia do sigilo das informações.

4 RESULTADOS

Das 1.855 gestantes estudadas 48,0% delas tinham idade entre 26 a 34 anos, 39,2% declararam-se ter a cor da pele branca e 61,2% viviam com companheiro. Além disso, 60,7% das gestantes trabalhavam e 73,2% relataram ter 11 ou menos anos de estudo. A maioria das gestantes residia nas regiões Sudeste (41,7%) e Nordeste (26,6%) (Tabela 1).

Em relação aos comportamentos de risco para a saúde, destaca-se o consumo excessivo de álcool na gestação (13,5%), sendo que 32,7% relataram consumir 4 ou mais doses nos últimos 30 dias. O uso do tabaco foi de 6,1%. Observou-se que a maioria das gestantes não consumia frutas, verduras e legumes em 5 ou mais dias da semana (62,9%) e 32,9% não consumiam leite integral/desnatado. O consumo excessivo de refrigerante, em 5 ou mais dias da semana, bem como o consumo de gordura aparente nas carnes foi observado em 28% das gestantes. A prevalência de inatividade física (87,2%) foi alta entre as gestantes. Em relação às DCNT, 12,3% das gestantes eram hipertensas e 1,9% diabéticas (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das gestantes brasileiras conforme características sociodemográficas, comportamentais e DCNT, Vigitel, 2009-2013

Características gerais	n^a	%^b	IC 95%^c
Sociodemográficas			
<i>Idade (anos)</i>			
18 a 25	575	37,4	32,8 - 42,1
26 a 34	906	48,0	43,5 - 52,5
35 a 50	374	14,6	12,1 - 17,6
<i>Cor da pele</i>			
Branca	705	39,2	34,9 - 43,7
Negras	138	9,3	6,8 - 12,6
Pardas	522	23,2	19,8 - 26,9
Outros	490	28,3	24,2 - 32,7
<i>Escolaridade (anos)</i>			
0 a 8	258	26,8	22,3 - 31,9
9 a 11	892	50,4	45,8 - 54,9
12 e mais	705	22,8	19,6 - 26,2
<i>Estado civil</i>			
Sem companheiro	599	38,8	34,2 - 43,5
Com companheiro	1.256	61,2	56,5 - 65,8

Continua

Continua			
Características gerais	n^a	%^b	IC 95%^c
Sociodemográficas			
<i>Região</i>			
Sudeste	217	41,7	36,7 - 46,8
Sul	164	8,0	6,6 - 9,7
Centro oeste	277	11,3	9,5 - 13,5
Norte	548	12,4	10,6 - 14,4
Nordeste	649	26,6	23,5 - 29,9
<i>Ocupação</i>			
Não	707	39,9	35,1 - 43,8
Sim	1.148	60,7	56,2 - 64,9
Consumo alimentar			
<i>Leite integral</i>			
Sim	1.207	67,1	63,0 - 70,9
Não	648	32,9	29,1 - 37,1
<i>Carne com gordura aparente</i>			
Sim	435	27,5	23,1 - 32,3
Não	1.420	72,5	67,7 - 76,9
<i>Frutas legumes e verduras (consumo semanal)</i>			
Inferior a 5 vezes	1.060	62,9	58,6 - 67,0
Igual ou superior a 5 vezes	795	37,1	33,0 - 41,4
<i>Refrigerante (consumo semanal)</i>			
Inferior a 5 vezes	1.477	72,7	68,0 - 76,9
Igual ou superior a 5 vezes	378	27,3	23,0 - 32,0
Consumo de tabaco e bebida alcoólica			
<i>Tabaco</i>			
Não	1.787	93,9	90,8 - 96,0
Sim	68	6,1	4,0 - 9,2
<i>Bebida alcoólica</i>			
Não	1.641	86,5	82,3 - 89,8
Sim	214	13,5	10,1 - 17,7
<i>Dose de álcool (consumo nos últimos 30 dias)</i>			
Inferior a 4 doses	99	67,3	51,9 - 79,7
Igual ou superior a 4 doses	54	32,7	20,2 - 48,1
Doenças Crônicas não transmissíveis			
<i>Hipertensão arterial</i>			
Sim	189	12,3	9,3 - 16,1
Não	1.666	87,7	83,9 - 90,7
<i>Diabetes mellitus</i>			
Sim	31	1,9	1,1 - 3,4
Não	1.824	98,1	96,6 - 98,9

Continua

Conclusão			
Características gerais	n ^a	% ^b	IC 95% ^c
Outros comportamentos de saúde			
<i>Atividade física</i>			
Inativo/ insuficiente	1.574	87,2	84,1 - 89,8
Ativo*	291	12,8	10,2 - 15,9
<i>Realização do Exame</i>			
<i>Papanicolau nos últimos 3 anos</i>			
Sim	1.433	98,0	96,1 - 98,9
Não	33	2,0	1,0 - 3,9
<i>Autorrelato do estado de saúde</i>			
Muito bom e bom	1.473	76,4	72,1 - 80,2
Regular	341	21,5	17,7 - 25,8
Ruim e muito ruim	41	2,1	1,2 - 3,5

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: n^a – Número amostral; %^b – Estimativa populacional; IC 95%^c Intervalo de 95%de confiança.

Ao avaliar os comportamentos de saúde segundo a idade das gestantes, observou-se menor prevalência do uso de tabaco (RP = 0,32 e IC95%: 0,13-0,80) e consumo de carnes com gordura aparente (RP = 0,66 e IC95%: 0,47-0,93) entre as gestantes na faixa etária entre 26 a 34 anos (Tabela 2). Observou-se, ainda, menor prevalência do consumo de leite entre as gestantes com faixa etária mais elevada (35 anos ou mais) (RP = 0,72 e IC95%: 0,59-0,88). Quanto à prática de atividade física no lazer, as gestantes com 35 anos ou mais eram mais ativas que as mais jovens (RP = 3,00 e IC95%: 1,67-5,39). Verificou-se, ainda, maior prevalência do consumo de frutas legumes e verduras em 5 ou mais dias da semana nas gestantes das faixas etárias de 26 a 34 anos (RP = 1,56 e IC95%: 1,18-2,07) e de 35 anos ou mais (RP = 1,79 e IC95%: 1,30-2,45).

Tabela 2 – Prevalência dos comportamentos em saúde e DCNT entre gestantes brasileiras, segundo a idade, Vigitel 2009-2013

Alimento / idade (anos)	Consumo alimentar						
	Sim (% ^a)	IC 95% ^b	Não (% ^a)	IC 95% ^b	Valor p*	RP	IC 95%
<i>Leite</i>					0,002**		
De 18 a 25	73,6	(67,0 - 79,4)	26,4	(20,4 - 33,0)		1,00	
De 26 a 34	66,3	(60,4 - 71,8)	33,7	(28,3 - 39,6)		0,90	(0,80 - 1,02)
De 35 ou mais.....	52,8	(43,1 - 62,2)	47,2	(37,8 - 56,9)		0,72	(0,59 - 0,88)
<i>Carne com gordura aparente</i>					0,029**		
De 18 a 25	34,9	(26,2 - 44,7)	65,1	(55,3 - 73,8)		1,00	
De 26 a 34	23,1	(18,4 - 28,5)	76,9	(71,5 - 81,6)		0,66	(0,47 - 0,93)
De 35 ou mais.....	23,1	(15,6 - 32,7)	76,9	(67,3 - 84,4)		0,66	(0,42 - 1,05)
	≥ 5 vezes (%^a)	IC 95%^b	≤ 5 vezes (%^a)	IC 95%^b	Valor p*	RP	IC 95%
<i>Frutas, legumes e verduras (consumo semanal)</i>					< 0,001**		
De 18 a 25	26,8	(20,8 - 33,7)	73,2	(66,3 - 79,2)		1,00	
De 26 a 34	41,9	(36,0 - 48,8)	58,1	(52,0 - 64,0)		1,56	(1,18 - 2,07)
De 35 ou mais.....	47,8	(38,4 - 57,4)	52,2	(42,6 - 61,6)		1,79	(1,30 - 2,45)
<i>Refrigerante (consumo semanal)</i>					0,099		
De 18 a 25	32,7	(24,6 - 42,1)	67,3	(57,9 - 75,4)		1,00	
De 26 a 34	25,4	(20,4 - 31,2)	74,6	(68,8 - 79,6)		0,78	(0,55 - 1,10)
De 35 ou mais.....	19,5	(12,3 - 29,6)	80,5	(70,4 - 87,7)		0,60	(0,35 - 1,00)
Substâncias / idade (anos)	Consumo de outras substâncias						
	Sim (% ^a)	IC 95% ^b	Não (% ^a)	IC 95% ^b	Valor p*	RP	IC 95%
<i>Tabaco</i>					0,008**		
De 18 a 25	8,1	(4,0 - 15,9)	91,9	(84,1 - 96,0)		1,00	
De 26 a 34	2,6	(1,5 - 4,6)	97,4	(95,3 - 98,5)		0,32	(0,13 - 0,80)
De 35 ou mais.....	12,3	(6,5 - 22,1)	87,7	(77,9 - 93,5)		1,51	(0,60 - 3,82)
<i>Bebida alcoólica</i>					0,030		
De 18 a 25	14,7	(8,2 - 25,1)	85,3	(74,9 - 91,8)		1,00	
De 26 a 34	9,4	(6,6 - 13,3)	90,6	(86,7 - 93,4)		0,64	(0,33 - 1,24)
De 35 ou mais.....	23,7	(15,9 - 33,7)	76,3	(66,3 - 84,1)		1,61	(0,82 - 3,16)
	≥ 4 doses (%^a)	IC 95%^b	≤ 4 doses (%^a)	IC 95%^b	Valor p*	RP	IC 95%
<i>Dose de álcool (consumo semanal)</i>					0,166		
De 18 a 25	21,0	(7,6 - 46,2)	79,0	(53,8 - 92,4)		1,00	
De 26 a 34	32,0	(18,9 - 48,7)	68,0	(51,3 - 81,1)		1,52	(0,54 - 4,32)
De 35 ou mais.....	49,6	(26,3 - 73,0)	50,4	(27,0 - 73,7)		2,36	(0,82 - 6,80)
DCNT / faixa etária (anos)	Doenças Crônicas não transmissíveis						
	Sim (% ^a)	IC 95% ^b	Não (% ^a)	IC 95% ^b	Valor p*	RP	IC 95%
<i>Hipertensão</i>					0,416		
De 18 a 25	11,2	(5,9 - 20,1)	88,8	(79,9 - 94,1)		1,00	
De 26 a 34	11,5	(8,1 - 16,1)	88,5	(83,9 - 91,9)		1,03	(0,51 - 2,08)
De 35 ou mais.....	17,6	(11,0 - 27,0)	82,4	(73,1 - 89,0)		1,58	(0,74 - 3,38)
<i>Diabetes</i>					0,460		
De 18 a 25	1,8	(5,1 - 6,2)	98,2	(93,8 - 99,5)		1,00	
De 26 a 34	2,4	(1,3 - 4,5)	97,6	(95,5 - 98,7)		1,32	(0,32 - 5,39)
De 35 ou mais.....	0,7	(0,3 - 1,9)	99,3	(98,1 - 99,7)		0,41	(0,85 - 1,98)

Continua

Conclusão

Outros comportamentos de saúde / idade (anos)	Outros comportamentos de saúde								
	Inativo/ Insuficiente (% ^a)	IC 95% ^b	Ativo % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%		
<i>Atividade física</i>					< 0,001**				
De 18 a 25	90,5	(84,9 - 94,2)	9,5	(5,8 - 15,1)		1,00			
De 26 a 34	89,4	(85,3 - 92,4)	10,6	(7,6 - 14,7)		1,12	(0,62 - 2,02)		
De 35 ou mais	71,6	(61,4 - 79,9)	28,4	(20,1 - 38,6)		3,00	(1,67 - 5,39)		
	Sim (% ^a)	IC 95% ^b	Não (% ^a)	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%		
<i>Realização do exame Papanicolau nos últimos 3 anos</i>					0,773				
De 18 a 25	98,5	(95,2 - 99,5)	1,5	(4,6 - 4,8)		1,00			
De 26 a 34	97,7	(94,0 - 99,1)	2,3	(0,9 - 6,0)		1,53	(0,34 - 7,02)		
De 35 ou mais	98,0	(95,6 - 99,1)	2,0	(0,9 - 4,4)		1,33	(0,32 - 5,47)		
	R/MR % ^a	IC 95% ^b	B/MB % ^a	IC 95% ^b	Reg. % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%
<i>Autorrelato do estado de saúde</i>					0,105				
De 18 a 25	1,4	(5,7 - 3,6)	73,3	(64,8 - 80,3)	25,3	(18,3 - 33,8)		1,00	
De 26 a 34	1,7	(0,9 - 3,1)	80,0	(74,3 - 84,7)	18,3	(13,8 - 24,0)		0,77	(0,53 - 1,12)
De 35 ou mais	5,1	(1,8 - 13,7)	72,8	(62,8 - 80,9)	21,1	(14,9 - 31,4)		1,15	(0,71 - 1,85)

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: *p*^{*} – Teste Qui-quadrado de Pearson; *p*^{**} – *p* < 0,05; %^a – Estimativa populacional; IC95%^b – Intervalo de confiança de 95%; RP – Razão de Prevalência; R/MR – Ruim/muito ruim; B/MB – Bom/muito bom; Reg. – Regular.

Ao se analisar os comportamentos de saúde das gestantes segundo a sua escolaridade (Tabela 3), verificou-se que as que possuíam menor escolaridade (0 a 8 anos de estudo) apresentaram maior prevalência de tabagismo (RP = 12,1 e IC95%: 4,11- 35,7) e consumo de bebidas alcoólicas (RP = 3,23 e IC95%: 1,81-5,76) quando comparadas às gestantes mais escolarizadas (12 ou mais anos de estudo). Observou-se, também, que mulheres com menor escolaridade apresentaram menores prevalências para o consumo de consumo de frutas, legumes e verduras em 5 ou mais dias da semana, sendo a RP = 0,60 e o IC95%: 0,42-0,85 para as que possuíam de 0 a 8 anos de estudo, e RP = 0,68 e IC95%: 0,56-0,85 para as com 9 a 11 anos. Maior prevalência do consumo de gorduras também foi verificada entre as gestantes com menor escolaridade (RP = 2,46 e IC95%: 1,67-3,61 para 0-8 anos; RP = 1,51 e IC95%: 1,10-2,08 para 9-11 anos). Verificou-se, ainda, maior prevalência de relatar a saúde como ruim ou muito ruim nas gestantes com menor escolaridade, RP = 3,72 e IC95%: 2,28-6,09 e RP = 2,63 e IC95%: 1,73-4,02 para escolaridades de 0 a 8 anos e 9 a 11 anos, respectivamente. Na análise das DCNT, observou-se maior prevalência de autorrelato de HAS entre as gestantes com 0 a 8 (RP = 3,24 e IC95%: 1,50-7,02) e 9 a 11 anos de estudos (RP = 2,02 e IC95%: 1,02-4,00) e maior prevalência de autorrelato de diabetes entre as gestantes com 9 a 11

anos de estudo (RP = 3,44 e IC95%: 1,26-9,40) comparados às gestantes mais escolarizadas.

Tabela 3 – Prevalência dos comportamentos em saúde e DCNT entre gestantes brasileiras, segundo nível educacional, Vigitel 2009-2013

Alimento / escolaridade (anos)	Consumo alimentar				
	Sim % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%
<i>Leite</i>			0,066		
De 12 ou mais.....	59,6	(52,3 - 66,6)		1,00	
De 09 a 11	71,6	(66,4 - 76,4)		1,20	(1,05 - 1,38)
De 0 a 8.....	64,8	(54,3 - 74,0)		1,09	(0,89 - 1,32)
<i>Carne com gordura aparente</i>			< 0,001**		
De 12 ou mais.....	16,7	(13,0 - 21,2)		1,00	
De 09 a 11	25,2	(20,4 - 30,7)		1,51	(1,10 - 2,08)
De 0 a 8.....	41,0	(29,6 - 53,4)		2,46	(1,67 - 3,61)
	≥ 5 vezes % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%
<i>Frutas, legumes e verduras (consumo semanal)</i>			0,004**		
De 12 ou mais	50,5	(42,9 - 58,1)		1,00	
De 09 a 11	34,6	(29,5 - 40,1)		0,68	(0,56 - 0,85)
De 0 a 8	30,4	(21,7 - 40,7)		0,60	(0,42 - 0,85)
<i>Refrigerante (consumo semanal)</i>			0,231		
De 12 ou mais.....	20,5	(14,1 - 28,7)		1,00	
De 09 a 11	28,0	(22,9 - 33,7)		1,37	(0,91 - 2,05)
De 0 a 8.....	31,7	(21,4 - 44,0)		1,55	(0,93 - 2,57)
Outras substâncias / escolaridade (anos)	Consumo de outras substâncias				
	Sim % ^a	IC (95%) ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%
<i>Tabaco</i>			< 0,001**		
De 12 ou mais.....	1,5	(0,6 - 4,1)		1,00	
De 09 a 11	1,5	(0,7 - 3,1)		0,94	(0,27 - 3,27)
De 0 a 8.....	18,7	(11,5 - 28,9)		12,10	(4,11 - 35,7)
<i>Bebida alcoólica</i>			0,001**		
De 12 ou mais.....	7,5	(5,3 - 10,4)		1,00	
De 09 a 11	10,5	(7,5 - 14,5)		1,40	(0,87 - 2,23)
De 0 a 8.....	24,2	(14,7 - 37,3)		3,23	(1,81 - 5,76)
	≥ 4 doses % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%
<i>Dose de álcool (consumo semanal)</i>			0,924		
De 12 ou mais.....	36,2	(21,1 - 54,6)		1,00	
De 09 a 11	31,2	(17,6 - 49,0)		0,86	(0,43 - 1,75)
De 0 a 8.....	32,9	(13,4 - 60,8)		0,91	(0,37 - 2,25)
DCNT / escolaridade (anos)	Doenças Crônicas não transmissíveis				
	Sim % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC95%
<i>Hipertensão</i>			0,009		
De 12 ou mais.....	5,8	(3,2 - 10,3)		1,00	
De 09 a 11	11,7	(8,2 - 16,4)		2,02	(1,02 - 4,00)
De 0 a 8.....	18,8	(11,1 - 30,0)		3,24	(1,50 - 7,02)

Continua

Conclusão					
DCNT / escolaridade (anos)	Doenças Crônicas não transmissíveis				
	Sim % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC95%
<i>Diabetes</i>			< 0,001**		
De 12 ou mais.....	0,9	(0,4 - 2,0)		1,00	
De 09 a 11	3,2	(1,7 - 6,3)		3,44	(1,26 - 9,40)
De 0 a 8.....	0,3	(0,1 - 1,5)		0,29	(0,45 - 1,92)
Outros comportamentos de saúde / escolaridade (anos)	Outros comportamentos em saúde				
	Ativo % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%
<i>Atividade física</i>			0,393		
De 12 ou mais.....	14,2	(11,0 - 18,2)		1,00	
De 09 a 11	10,9	(8,3 - 14,3)		0,77	(0,53-1,11)
De 0 a 8.....	15,1	(8,4 - 25,6)		1,06	(0,58-1,97)
	Sim % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC95%
<i>Realização do exame Papanicolau nos últimos 3 anos</i>			0,050		
De 12 ou mais.....	1,0	(4,3 - 2,1)		1,00	
De 09 a 11	3,1	(1,3 - 7,2)		3,25	(1,00-10,51)
De 0 a 8.....	1,1	(4,3 - 2,8)		1,15	(0,33-3,97)
	R/MR % ^a	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> [*]	RP	IC 95%
<i>Autorrelato do estado de saúde</i>			< 0,001**		
De 12 ou mais.....	0,4	(0,1 - 1,4)		1,00	
De 09 a 11	2,1	(1,2 - 3,7)		2,63	(1,73-4,02)
De 0 a 8.....	3,5	(1,3 - 8,7)		3,72	(2,28-6,09)

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: %^a estimativa populacional; IC95%^b – Intervalo de confiança de 95%; *p*^{*} – Teste qui-quadrado de Pearson; *p*^{**} – Indicam *p* < 0,05; RP – Razão de prevalência; R/MR – Ruim/Muito ruim.

Alguns comportamentos em saúde das gestantes também variaram segundo a sua região de moradia (Tabela 4). Assim, observou-se diferenças significativas em relação ao consumo de frutas, verduras e legumes, com maior prevalência entre as gestantes da região Sul (RP = 1,41 e IC95%: 1,04-1,93). Em relação ao consumo de refrigerantes em 5 ou mais dias da semana verificou-se menores prevalências entre as gestantes residentes da região Norte (RP=0,59 e IC95%: 0,40-0,87) e Nordeste (RP = 0,50 e IC95%: 0,34-0,73), comparadas às gestantes moradoras da região Sudeste.

Tabela 4 – Prevalência dos comportamentos em saúde e DCNT entre gestantes brasileiras, segundo região de moradia, Vigitel 2009-2013

Alimento / região	Consumo alimentar				
	Sim (% ^a)	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> *	RP	IC 95%
<i>Leite</i>			0,565		
Sudeste.....	69,4	(60,6 - 76,9)		1,00	
Sul.....	70,9	(61,8 - 78,6)		1,02	(0,86 - 1,21)
Centro Oeste.....	65,7	(57,1 - 73,4)		0,95	(0,80 - 1,12)
Norte.....	65,4	(58,1 - 72,1)		0,94	(0,80 - 1,11)
Nordeste.....	63,6	(58,3 - 68,7)		0,92	(0,79 - 1,06)
<i>Carne com gordura aparente</i>			0,197		
Sudeste.....	31,8	(22,8 - 42,2)		1,00	
Sul.....	23,1	(16,4 - 31,6)		0,73	(0,46 - 1,15)
Centro Oeste.....	25,9	(19,7 - 33,3)		0,82	(0,54 - 1,23)
Norte.....	28,5	(22,2 - 35,8)		0,90	(0,60 - 1,33)
Nordeste.....	22,2	(17,6 - 27,7)		0,70	(0,47 - 1,03)
	≥ 5 vezes (% ^a)	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> *	RP	IC 95%
<i>Frutas, legumes e verduras (consumo semanal)</i>			0,001**		
Sudeste.....	36,1	(27,7 - 45,3)		1,00	
Sul.....	51,1	(41,8 - 60,4)		1,41	(1,04 - 1,93)
Centro Oeste.....	47,9	(39,8 - 56,3)		1,33	(0,98 - 1,80)
Norte.....	27,6	(22,2 - 33,8)		0,77	(0,55 - 1,06)
Nordeste.....	34,3	(29,2 - 39,7)		0,95	(0,71 - 1,27)
<i>Refrigerantes (consumo semanal)</i>			< 0,001**		
Sudeste.....	34,8	(26,0 - 44,9)		1,00	
Sul.....	35,5	(26,8 - 45,3)		1,02	(0,70 - 1,49)
Centro Oeste.....	24,2	(17,3 - 32,7)		0,69	(0,46 - 1,06)
Norte.....	20,7	(15,6 - 26,8)		0,59	(0,40 - 0,87)
Nordeste.....	17,4	(13,3 - 22,4)		0,50	(0,34 - 0,73)
Substâncias / região	Consumo de outras substâncias				
	Sim (% ^a)	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> *	RP	IC 95%
<i>Tabaco</i>			0,191		
Sudeste.....	7,9	(3,9 - 15,5)		1,00	
Sul.....	9,5	(4,8 - 18,0)		1,21	(0,46 - 3,16)
Centro Oeste.....	2,4	(0,9 - 6,3)		0,31	(0,09 - 1,02)
Norte.....	3,7	(1,9 - 7,3)		0,47	(0,18 - 1,25)
Nordeste.....	5,0	(2,6 - 9,2)		0,63	(0,25 - 1,62)
<i>Bebida alcoólica</i>			0,208		
Sudeste.....	16,4	(9,7 - 26,5)		1,00	
Sul.....	9,9	(6,0 - 16,1)		0,61	(0,30 - 1,23)
Centro Oeste.....	12,5	(7,3 - 20,7)		0,76	(0,37 - 1,59)
Norte.....	7,0	(4,2 - 11,4)		0,43	(0,21 - 0,87)
Nordeste.....	13,5	(10,2 - 17,6)		0,82	(0,46 - 1,46)
	≥ 4 doses (% ^a)	IC 95% ^b	Valor <i>p</i> *	RP	IC 95%
<i>Dose de álcool (consumo semanal)</i>			0,473		
Sudeste.....	32,4	(13,4 - 59,9)		1,00	
Sul.....	18,6	(6,0 - 45,1)		0,57	(0,16 - 2,09)
Centro Oeste.....	30,2	(12,6 - 56,5)		0,93	(0,31 - 2,76)
Norte.....	63,8	(35,4 - 87,1)		1,97	(0,82 - 4,73)
Nordeste.....	30,5	(16,2 - 49,8)		0,94	(0,36 - 2,44)

Continua

Conclusão					
DCNT / região	Doenças Crônicas não transmissíveis				
	Sim (% ^a)	IC 95% ^b	Valor p^*	RP	IC 95%
<i>Hipertensão</i>					
			0,132		
Sudeste.....	15,7	(9,6 - 24,8)		1,00	
Sul.....	9,3	(5,0 - 16,6)		0,59	(0,27-1,27)
Centro Oeste.....	7,5	(4,4 - 12,3)		0,48	(0,24-0,96)
Norte.....	12,5	(7,6 - 19,8)		0,79	(0,40-1,56)
Nordeste.....	9,7	(7,3 - 12,8)		0,62	(0,36-1,07)
<i>Diabetes mellitus</i>					
			0,558		
Sudeste.....	2,4	(8,7 - 6,5)		1,00	
Sul.....	-	-		-	-
Centro Oeste.....	1,5	(0,5 - 4,6)		0,63	(0,14-2,83)
Norte.....	1,2	(0,4 - 3,3)		0,49	(0,12-2,07)
Nordeste.....	2,3	(1,1 - 4,5)		0,95	(0,28-3,19)
Outros comportamentos de saúde/ região	Outros comportamentos de saúde				
	Ativo (% ^a)	IC 95% ^b	Valor p^*	RP	IC 95%
<i>Atividade física</i>					
			0,114		
Sudeste.....	13,4	(8,4 - 20,9)		1,00	
Sul.....	20,1	(13,6 - 28,6)		1,50	(0,83-2,71)
Centro Oeste.....	16,0	(11,2 - 22,2)		1,19	(0,67-2,11)
Norte.....	9,3	(6,4 - 13,2)		0,69	(0,38-1,24)
Nordeste.....	9,9	(7,3 - 13,2)		0,74	(0,43-1,28)
	Não (% ^a)	IC 95% ^b	Valor p^*	RP	IC 95%
<i>Realização do exame Papanicolau nos últimos 3 anos</i>					
			0,286		
Sudeste.....	1,8	(0,5 - 7,1)		1,00	
Sul.....	5,1	(1,7 - 14,2)		2,83	(0,49-1,60)
Centro Oeste.....	0,5	(0,1 - 2,3)		0,28	(0,40-2,21)
Norte.....	2,7	(1,1 - 6,3)		1,50	(0,28-7,41)
Nordeste.....	1,6	(0,8 - 3,9)		0,89	(0,19-4,25)
	R/MR (% ^a)	IC 95% ^b	Valor p^*	RP	IC 95%
<i>Autorrelato do estado de saúde</i>					
			0,512		
Sudeste.....	1,5	(0,4 - 5,6)		1,00	
Sul.....	2,7	(1,1 - 6,7)		1,05	(0,62-1,79)
Centro Oeste.....	1,0	(0,2 - 4,7)		0,68	(0,39-1,18)
Norte.....	3,7	(1,7 - 7,9)		1,29	(0,82-2,05)
Nordeste.....	2,5	(1,2 - 3,5)		1,20	(0,78-1,83)

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: %^a - Estimativa populacional; IC95%^b - Intervalo de confiança de 95%; p^* - Teste Qui-quadrado de Pearson; p^{**} - $p < 0,05$; RP - Razão de Prevalência; R/MR - Ruim/Muito ruim.

Ao avaliar as gestantes quanto à soma dos comportamentos de saúde, observou-se que 4,4% das mulheres apresentaram todos os comportamentos desejáveis e 95,6% apresentaram pelo menos um comportamento negativo. Verificaram-se diferenças dessa soma em relação às variáveis sociodemográficas e maior prevalência de comportamentos negativos entre as gestantes com menor

escolaridade (RP = 1,02 e IC95%: 1,01-1,03) comparadas às gestantes mais escolarizadas (Tabela 5). Não foram observadas diferenças significativas segundo as faixas etárias e regiões de moradia.

Tabela 5 – Soma dos comportamentos de saúde das gestantes brasileiras segundo idade, escolaridade e região de moradia, Vigitel 2009-2013

Variáveis sociodemográficas	Pelo menos um comportamento negativo ^d			Comportamento desejável ^e			Valor p^*	RP	IC 95%
	n ^a	% ^b	IC 95% ^c	n ^a	% ^b	IC 95% ^c			
<i>Idade das gestantes (anos)</i>							0,290		
De 18 a 25	559	98,2	(94,8 - 99,4)	16	1,8	(0,6 - 5,2)		1,00	
De 26 a 34	864	97,5	(96,2 - 98,4)	42	2,5	(1,6 - 3,8)		0,99	(0,97 - 1,02)
De 35 ou mais	351	95,7	(92,2 - 97,7)	23	4,3	(2,3 - 7,8)		0,97	(0,94 - 1,01)
<i>Cor da pele</i>							0,324		
Branca	666	98,1	(97,1 - 98,7)	39	1,9	(1,5 - 2,9)		1,00	
Negros	134	98,9	(95,5 - 99,8)	4,0	1,1	(0,3 - 4,5)		1,01	(0,99 - 1,03)
Pardos	503	97,3	(95,0 - 98,6)	19	2,7	(1,4 - 5,0)		0,99	(0,97 - 1,01)
Outros	471	96,5	(92,2 - 98,4)	19	3,5	(1,6 - 7,8)		0,98	(0,95 - 1,01)
<i>Escolaridade (anos)</i>							0,002**		
De 12 e mais	671	97,4	(95,9 - 98,4)	34	2,6	(1,6 - 4,1)		1,00	
De 9 a 11	850	96,5	(94,2 - 97,9)	42	3,5	(2,1 - 5,8)		0,99	(0,97 - 1,01)
De 0 a 8	253	99,5	(98,5 - 99,8)	50	0,5	(0,2 - 1,5)		1,02	(1,01 - 1,03)
<i>Estado civil</i>							0,874		
Com companheiro	1.198	97,5	(96,3 - 98,3)	58	2,5	(1,7 - 3,7)		1,00	
Sem companheiro	576	97,6	(94,7 - 99,0)	23	2,4	(1,0 - 5,3)		1,00	(0,98 - 1,02)
<i>Região</i>							0,111		
Sudeste	211	98,8	(95,2 - 99,7)	60	12	(0,3 - 4,8)		1,00	
Sul	150	93,9	(87,9 - 97,1)	14	6,1	(2,9 - 12,1)		0,95	(0,90 - 1,00)
Centro oeste	265	96,4	(92,3 - 98,3)	12	3,6	(1,7 - 7,7)		0,97	(0,94 - 1,01)
Norte	521	96,9	(94,8 - 98,2)	27	3,1	(1,9 - 5,3)		0,98	(0,96 - 1,00)
Nordeste	627	97,5	(95,7 - 98,5)	22	2,5	(1,5 - 4,3)		0,99	(0,96 - 1,01)

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: %^a – estimativa populacional; IC 95%^b – intervalo de 95% de confiança; p^* – Teste qui-quadrado de Pearson; p^{**} – $p < 0,05$; RP – Razão de prevalência.

5 DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se o perfil sociodemográfico das gestantes brasileiras, com maior prevalência na faixa etária entre 26 a 34 anos, cor de pele branca, com 9 a 11 anos de estudo, com companheiro, residentes nas regiões Sudeste e Nordeste do país e que mantem algum tipo de ocupação no mercado de trabalho, características muito semelhantes às encontradas pelo estudo "*Nascer no Brasil*" (VIELLAS et al., 2014). Verificou-se, principalmente, que o comportamento em saúde das gestantes mostrou-se inadequado, caracterizado, principalmente, pelo baixo consumo de leite, frutas e hortaliças, consumo elevado de carnes com gordura e refrigerantes, além da pouca frequência da prática de atividade física, prevalecendo os hábitos sedentários. Outro achado importante deste estudo foi a diferença notável entre as mulheres de distintos níveis de educação, revelando a escolaridade como fator de iniquidade para a saúde dessas mulheres, uma vez que o grupo de gestantes com menor escolaridade apresentou pior desempenho em relação aos comportamentos de saúde e DCNT.

Observou-se que a maioria das gestantes está na faixa etária entre 26 a 34 anos (48%), período referenciado como excelente do ponto de vista reprodutivo, uma vez que a literatura confirma que o aumento da idade materna acentua o risco de morbimortalidade perinatal (MAHANTA et al., 2012). Considera-se idade reprodutiva da mulher a faixa etária entre 10 e 49 anos; e mulheres com características individuais mais favoráveis à gestação aquelas entre 15 e 35 anos de idade (MAHANTA et al., 2012).

Estudos prévios demonstraram o impacto dos extremos da vida reprodutiva, adolescência (< 15 anos) e idade avançada (> 35 anos) sobre os resultados maternos e perinatais. A gravidez na adolescência, além das repercussões sobre a saúde da mulher e sobre o seu status social, esteve também associada com prejuízo para os RN, como aumento na incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer, crescimento fetal restrito, ruptura prematura de membranas, anemia, pré-eclâmpsia, sofrimento fetal agudo e aumento na incidência de cesáreas (QUEIROZ et al., 2014; RODRIGUES et al., 2015) ainda associam os resultados negativos à assistência pré-natal deficiente, comum nesta faixa etária, provavelmente devido à presença de conflitos familiares e existenciais que retardam

a procura pelo serviço de pré-natal pelas adolescentes. Por outro lado, os riscos associados à idade avançada são: maior risco obstétrico, decorrente da frequência aumentada de DCNT, especialmente HAS, DM e miomas, que acarretam riscos potenciais à gravidez, além do aumento de complicações obstétricas, como trabalho de parto pré-termo, hemorragias anteparto, hipertensão induzida pela gestação, apresentações anômalas, distorcias, gestação prolongada, oligoidramnia, polidramnia e ruptura prematura de membranas (RODRIGUES et al., 2015; SANTOS, G. H. N. et al., 2009).

Outro resultado encontrado foi que a maioria das gestantes vive com companheiro e têm de 9 a 11 anos de estudos, porém 26,8% delas possuem menos de 8 anos de estudo. Estes resultados são consistentes com a literatura nacional e internacional, ressaltando a evidência de uma associação negativa entre baixa escolaridade, idade menor de 15 ou maior de 35 e situação conjugal insegura na gestação, com a variação dos desfechos na saúde materno fetal nesse período (BARON et al., 2015; LACERDA et al., 2014).

Ainda em relação ao estado civil, sabe-se que a ausência do suporte social é um fator desencadeador de problemas materno-fetais, uma vez que mães sem companheiros, com situação conjugal insegura ou provenientes de famílias desestabilizadas tendem a apresentar maior frequência de sintomas depressivos durante e/ou após o período gestacional (SHENG; LE; PERRY, 2010).

Verificou-se, ainda neste estudo, maior frequência de gestantes de cor de pele branca (39,2%), residentes da região Sudeste (41,7%) e que mantinham algum tipo de ocupação no mercado de trabalho (60,7%). Tais dados se assemelham aos resultados da pesquisa Nascer no Brasil - Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento de base hospitalar específico para gestantes, puérperas e seus RN, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, em que também foram encontrados dados consistentes ao presente estudo quanto a maior prevalência de gestantes de gestantes de cor parda (56,1%) seguido de branca (33,8%), residentes da região Sudeste (42,5%), com faixa etária entre 20 a 34 anos de idade (70,5%), com ensino médio completo (39,0%) e que vivem com companheiro (81,4%) (LEAL; GAMA, 2014; VIELLAS et al., 2014).

Em relação aos comportamentos de saúde, no que diz respeito ao consumo alimentar, verificou-se que as gestantes apresentavam baixo consumo de frutas, legumes e verduras, insatisfatório consumo de leite e consumo elevado de

carnes com gordura aparente e de refrigerantes. Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco também foram declarados, sendo esses comportamentos não recomendados no período gestacional (BRASIL, 2013).

Estes achados são preocupantes, pois as frutas e as hortaliças, além de facilitarem a absorção de ferro, são ricas em minerais e vitaminas, indispensáveis para o metabolismo e saúde do organismo materno e fetal, devendo ter seu consumo aumentado durante o período gestacional (BELARMINO et al., 2009; MORAES, L. P.; MORAES, P. M. O.; RIBEIRO, 2014). Recomenda-se, no período gestacional, o consumo em média de 400g de frutas e vegetais por dia, sendo cinco porções ao dia de legumes/verduras e 4 ½ porções ao dia de frutas no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação (DEMÉTRIO, 2010; MORAES, L. P.; MORAES, P. M. O.; RIBEIRO, 2014).

Além disso, sabe-se que esses alimentos e seus componentes estão diretamente relacionados à formação e desenvolvimento fetal e possuem alta densidade de nutrientes e baixas concentrações de calorias, características que os tornam ideais para a prevenção do consumo excessivo de energia e da obesidade e das doenças crônicas associadas a esta condição, como as doenças do coração e o diabetes (ROSA; MOLZ; PEREIRA, 2014).

No presente estudo, o consumo de frutas e hortaliças aumentou com a idade e foi mais frequente na região Sul do Brasil (51,1%). Pesquisa realizada com gestantes usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Taquari (RS) também revelou baixo consumo de frutas, legumes e verduras (FLV), representado por 40,0% das gestantes que consumiam 5 ou mais vezes por semana vegetais e 46,7% o consumo de frutas, não atingindo as recomendações mínimas de consumo de FLV da OMS, apesar das políticas de incentivo ao consumo (ROSA; MOLZ; PEREIRA, 2014).

Quanto ao consumo de leite, verificou-se que esse hábito foi mais frequente entre as gestantes mais jovens (73,6%), porém uma parte expressiva das mulheres não apresentou esse comportamento (32,9%). Estudo realizado por Rosa, Molz e Pereira (2014) encontrou que 20% das gestantes estudadas relataram nunca consumir leite. Ressalta-se que o leite e seus derivados são ricos em proteínas, vitaminas e em minerais, principalmente o cálcio (BRASIL, 2014c). Este mineral é responsável não só por suprir as necessidades maternas, como também formar as estruturas ósseas e dentárias do feto, sendo recomendado, segundo “*Dietary*

Reference Intakes” que, mulheres grávidas ou amamentando consomem em média 1.000 mg de cálcio diariamente. Já para adolescentes grávidas, a ingestão recomendada é maior, 1.300 mg de cálcio por dia, sendo as principais fontes naturais desse mineral os leites e produtos lácteos com pouco gordura, vegetais folhosos verde-escuros, sardinhas, salmão, tofu e amêndoas (PARIZZI; FONSECA, 2010; POTENZA; OLIVEIRA; PIOVACARI, 2009).

Além disso, alguns estudos têm demonstrado a associação entre o baixo consumo de cálcio e o favorecimento do aparecimento de DCNT, entre elas osteoporose, câncer de colo, hipertensão arterial e obesidade (VEIGA et al., 2013).

Em relação ao consumo de carne com gordura aparente, a frequência deste consumo diminuiu com o aumento da faixa etária e foi menor entre as mulheres mais escolarizadas. Segundo dados gerais do relatório do Vigitel (BRASIL, 2015), 29,4% da população estudada declarou ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura (BRASIL, 2015).

Deve-se salientar que o consumo de carnes com gordura aparente não é recomendado em nenhuma fase do ciclo da vida e, no período gestacional, o consumo de gordura saturada favorece o aumento do peso, o risco de doenças cardiovasculares, DM, partos cirúrgicos, pré-eclâmpsia e, conseqüentemente, maiores taxas de retenção de peso no período pós-parto ou ainda obesidade futura (TEIXEIRA, C. S. S.; CABRAL, 2016). Além disso, pode piorar o desconforto gástrico que, na gestante, já é uma condição muito frequente devido à ação da progesterona e compressão orgânica do sistema digestivo da mulher grávida (GOMES, K. C. F.; FERREIRA; GOMES, D. L., 2015). Ademais, as crianças podem ficar mais propensas a apresentarem microssomia, riscos de malformação fetal e maior mortalidade perinatal (GOMES, K. C. F.; FERREIRA; GOMES, D. L., 2015; TEIXEIRA, C. S. S.; CABRAL, 2016).

Sabe-se, ainda, que o impacto da obesidade materna se estende para além da vida intrauterina e neonatal, pois atinge a infância, a adolescência e a idade adulta (TENENBAUM-GAVISH; HOD, 2013).

Com relação ao consumo de bebidas açucaradas, foi verificado um consumo diário de refrigerante elevado, com maior frequência na região Sul do Brasil (35,5%). O consumo abusivo de bebidas açucaradas e de alta densidade energética também pode contribuir para o aumento do peso durante a gestação, trazendo prejuízos para a mãe e para o feto, além de estar relacionado com

alterações, como o diabetes gestacional, doenças do coração e macrosomia fetal (CAMARGO et al., 2013).

No estudo desenvolvido por Rosa, Molz e Pereira (2014) foram encontrados dados semelhantes à presente pesquisa: no grupo dos açúcares e doces foi verificado o consumo diário de refrigerante por quase a metade das gestantes (28,3%).

Durante o período gestacional a mulher necessita aumentar o consumo de alimentos fontes de carboidratos para atender a nova demanda energética do seu organismo, no entanto é preciso que este consumo seja feito de maneira moderada, uma vez que, durante a gravidez, ocorrem alterações metabólicas significativas como, por exemplo, um aumento crescente da resistência à insulina, dificultando a quebra do composto denominado de sacarina pelo organismo materno e presente em muitos alimentos como bolos, doces e biscoitos recheados. A sacarina apresenta extrema facilidade de atravessar a barreira hematoplacentária e de se acumular nos tecidos fetais em decorrência da secreção e ação do hormônio lactogênico placentário, podendo este depósito causar malefícios ao feto (ALVES FILHO, 2011).

A ingestão adequada de carboidratos durante a gestação, segundo recomendações do *Institute of Medicine* (IOM) é de 175g/dia, e a necessidade energética média estimada é de 135g/dia, sendo a quantidade de 135 a 175g/dia suficiente para prevenir cetose e manter os níveis de glicose sanguínea apropriados durante a gestação (BROGNOLI; NEME; PASSONI, 2014; CASTRO, P. S.; CASTRO, M. B. T.; KAC, 2013; INSTITUTE OF MEDICINE, 2009).

Embora o açúcar forneça um suprimento energético eficaz e imediato para as gestantes sendo considerado um fator determinante no crescimento fetal, seu consumo em excesso e de maneira compulsória pode predispor a sérios riscos materno fetais como, a diabetes gestacional, deslocamento prematuro placentário além de aumento de aumento do desconforto gástrico da gestante e agitação intrauterino do feto (ALVES FILHO, 2011).

Ainda em relação ao estilo de vida, semelhante a outros estudos, um percentual relevante de gestantes declarou fumar e consumir bebidas alcoólicas, sendo que, das mulheres que relataram o consumo de álcool, cerca de um terço fazia consumo abusivo de álcool. Os dados do presente estudo ainda revelam que o uso dessas substâncias é mais frequente entre as gestantes menos escolarizadas e tende a aumentar com o avanço da idade, similar aos resultados de outras

pesquisas, que mostram variação do uso de álcool na gestação de 2,0% a 20,4% (LACERDA et al., 2014; ROSA; MOLZ; PEREIRA, 2014). Este achado não era esperado, uma vez que o uso de substâncias nocivas à saúde e o estilo de vida pouco saudável no período gravídico puerperal, como uso de drogas lícitas e ilícitas, devem ser investigados e desestimulados durante o pré-natal, pois o crescimento fetal restrito, o aborto, o parto prematuro, as deficiências cognitivas no concepto, a mortalidade infantil, o descolamento prematuro de placenta, dentre outros, podem estar associados a esses comportamentos inadequados (ISOBE et al., 2013).

Recente estudo realizado por Mourtakos e outros (2015) ainda revela que a exposição de gestantes ao fumo aumenta em 50% o risco de desenvolvimento de obesidade infantil e na pré-adolescência, sendo essa exposição ambiental considerada evitável.

Quanto à prática de atividade física, verificou-se elevada frequência de inatividade física entre as gestantes, sendo as mulheres mais jovens as mais sedentárias. A predominância da inatividade física durante o período gestacional também foi observada em estudos nacionais e internacional, em que, mulheres brasileiras e norueguesas apresentaram-se inativas durante a gestação 100%, 81,7% e 89%, respectivamente aos artigos (HAAKSTAD et al., 2009; ROMERO et al., 2015; TAVARES et al., 2009). Dumith e outros (2012) observaram que apenas um terço das mulheres (32,8%) mantiveram-se ativas durante todo o período gestacional, sendo as jovens as mais ativas. Os autores ainda ressaltam que esta redução da prática de atividade física ocorre tanto em mulheres ativas no período pré-gestacional, que interrompem a prática durante a gestação, assim como nas mulheres que eram sedentárias.

Sabe-se que a inatividade física durante o período gestacional está associada a desfechos indesejáveis maternos e fetais, como ganho de peso excessivo, obesidade, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, prematuridade e baixo peso ao nascer (ROMERO et al., 2015).

Essa queda do padrão de atividade física talvez possa ser explicada pelo elevado percentual de mulheres que se encontravam inseridas no mercado de trabalho durante gestação (60,7%) acarretando na falta de tempo livre para investir na atividade física, associada ainda a falta de estímulo por parte dos profissionais de saúde durante o pré-natal, à prática de atividade física regular bem como em adotarem um estilo de vida mais saudável (TAVARES et al., 2009).

Por outro lado, as diretrizes de incentivo a promoção da atividade física apresentam os potenciais benefícios para a saúde materno-fetal há mais de uma década, porém a prática regular não é realizada ou é muito pouco frequente no período gestacional (ROMERO et al., 2015). Reforça-se que a prática regular de atividade física no lazer é indicada para gestantes saudáveis devido aos benefícios maternos e fetais que podem ocorrer em curto ou em longo prazo e deve ser recomendada por profissionais de saúde, devido a sua importância na manutenção da qualidade de vida e no desenvolvimento saudável da gestação (ROMERO et al., 2015).

Segundo Ferreira e outros (2014) os benefícios relacionados à prática de atividade física durante a gestação podem ser biológicos, com o melhor controle do ganho de peso sem comprometer o crescimento fetal e ainda uma melhor recuperação no período pós-parto, bem como os benefícios psicossociais, que englobam alterações de comportamento e sensações como medo e ansiedade, bem como a criação de estados de humor mais positivos, reduzindo os sintomas depressivos durante a gravidez e após o parto (FERREIRA et al., 2014).

Diante dos dados de sedentarismo da população como um todo, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo programas de incentivo a prática de atividade física, de preferência com frequência diária, como o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "*Agita Brasil*", porém o programa dá ênfase a segmentos expostos a comportamentos de risco para DCNT, dessa forma observa-se uma carência de programas voltados para as gestantes (LEANDRO; MADEIRA FILHO, 2002).

Em relação ao autorrelato de comorbidades, 12,3% das gestantes deste estudo declararam diagnóstico de HAS e 1,9% delas relataram presença de DM. Na pesquisa de A. Silva e outros (2015), a frequência de HAS nas gestantes estudadas foi de 15,6% e a de DM, 1,1%. Quanto ao DM, no Brasil, há uma prevalência de 7,6% de gestantes maiores de 20 anos com a doença, sendo este valor superior ao encontrado nesta pesquisa (ZAPELINI et al., 2015).

A hipertensão arterial na gravidez é definida como alterações persistentes dos níveis de pressão arterial sistólica ou diastólica igual ou superiores a 140 x 90mmHg. Também é considerada hipertensão arterial a elevação de pelo menos de 30mmHg na pressão sistólica e 15 mmHg na pressão diastólica, em relação ao

menor valor registrado no segundo trimestre de gestação (AGUIAR, L. R. S. et al., 2014).

As síndromes hipertensivas mais frequentes entre as gestantes são classificadas como hipertensão gestacional, sendo diagnosticada a primeira vez durante a gestação, sem presença de proteinúria e retornando aos níveis normais doze semanas pós-parto; pré-eclâmpsia os níveis pressóricos são maiores que 140 x 90mmhg diagnosticada após a vigésima semana associada à proteinúria acima 300mg/ 24 horas e a hipertensão gestacional crônica, detectada antes da gravidez ou antes da vigésima semana, sendo diferenciadas quanto à prevalência, gravidade e sequelas sobre o feto (AGUIAR, L. R. S. et al., 2014).

A síndrome hipertensiva específica da gravidez é uma ocorrência de grande morbimortalidade materna e perinatal, possuindo uma elevada taxa de incidência e de prevalência no Brasil, ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal e, a primeira causa de morte materna, principalmente quando se transforma em uma de suas formas graves, como a eclampsia e a síndrome de HELLP, interferindo, de forma significativa, nas gestações de mulheres primíparas e múltiparas (AGUIAR, M. I. F. et al., 2010).

O manejo correto de gestantes hipertensas durante o pré-natal requer atenção tornando-se de extrema relevância escutar as pacientes de maneira individualizada, a fim de atender suas necessidades e desejos, buscando sempre a prevenção e a promoção da saúde. A relevância dessa abordagem se dá na realização do diagnóstico precoce, bem como na identificação dos fatores que possam desencadear uma HAS na gestante como alimentação não saudável, obesidade, sedentarismo, estresse e consumo de álcool (NOVO; GIANINI, 2010).

As medidas preventivas abordadas durante o ciclo gravídico-puerperal são fundamentais para garantir um bom prognóstico materno-fetal, podendo ser implementadas durante a consulta pré-natal e também na hospitalização dessas pacientes que, necessariamente devem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional que, através de um processo de trabalho integrado e participativo, visa à manutenção ou restabelecimento de saúde da gestante (AGUIAR, L. R. S. et al., 2014).

Já o diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido clinicamente como uma tolerância diminuída a glicose, com início ou primeiro diagnóstico durante a gestação (AMARAL et al., 2015). O aparecimento dessa patologia pode ser ex-

plicado pela elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). No Brasil, a incidência do DMG em mulheres com mais de 20 anos atendidas no SUS resulta em mais 200.000 casos por ano (SANTOS, E. M. F. et al., 2012; ZAPELINI et al., 2015).

Desta forma, o reconhecimento prévio dos fatores de riscos para DMG durante o pré-natal torna-se relevante para prevenção de complicações (VIEIRA NETA et al., 2014). Assim, pacientes com idade maior que 20 anos; portadoras de sobrepeso ou obesidade; com antecedentes familiares de primeiro grau diabéticos e/ou hipertensos; usuárias de drogas hiperglicemiantes; portadoras da síndrome dos ovários policísticos e/ou síndrome metabólica; com história de perda gestacional de repetição; polidrâmnio; macrosomia e óbito fetal merecem cuidado especial e uma atenção diferenciada no pré-natal (VIEIRA NETA et al., 2014).

No Brasil, o MS, recomenda o rastreamento da doença na primeira consulta em todas as gestantes, utilizando a glicemia de jejum e os fatores de riscos como parâmetros (BRASIL, 2010). O rastreamento será positivo quando a glicemia de jejum for $\geq 85\text{mg/dl}$ e/ ou na presença de fator de risco. Nessas condições impõem a necessidade da realização do teste diagnóstico com 75 g de glicose, a partir das 24 semanas. Os novos parâmetros do teste de tolerância à glicose com 75 g para o diagnóstico de DMG são 92mg/dl para glicose em jejum; 180 mg/dl na glicose de 1 hora e 153 mg/dl na glicose de duas horas após a sobrecarga oral. Desta forma, o diagnóstico de DMG será confirmado por apenas um valor igual ou superior aos limites pré-definidos. Após o diagnóstico, estas gestantes devem ser incluídas no protocolo de tratamento para prevenção de desfechos maternos e perinatais adversos (BRASIL, 2010).

O diagnóstico precoce do DMG está associado com o aumento do risco de complicações tanto para a mãe como para o feto, durante a gestação e, até mesmo, anos após o parto (AMARAL et al., 2015). Os desfechos adversos associados ao DMG incluem anomalias fetais, recém-nascidos grandes para a idade gestacional, sofrimento fetal, desequilíbrio no crescimento e outras complicações em longo prazo, incluindo obesidade e danos ao desenvolvimento neuropsicomotor (AMARAL et al., 2015). Além disso, o autor ainda ressalta que gestantes com DMG possuem maior risco de desfechos desfavoráveis durante a gestação, como parto prematuro, infecções urinárias de repetição e distúrbios hipertensivos.

Nessa perspectiva, o manejo correto do pré-natal deve priorizar a educação em saúde e cuidados importantes, priorizando a dieta, atividade física, controle glicêmico e orientações quanto ao tratamento medicamentoso, de maneira a impedir um resultado desfavorável para gestante e para o recém-nascido (VIEIRA NETA et al., 2014).

Outro dado relevante em relação ao comportamento em saúde das gestantes brasileiras foi a elevada cobertura do exame Papanicolau, representado por 98,0% das mulheres - que relataram ter realizado o exame nos últimos 3 anos -, alcançando a meta estipulada pelo Programa Nacional de Prevenção do Câncer Cervical, de cobertura mínima de 80% de realização do exame citopatológico e, ainda, superior à meta de cobertura nacional de 81,4%, segundo relatório do Vigitel, de 2014 (BRASIL, 2015). Esse achado corrobora evidências de que as gestantes apresentam chance três vezes maior de serem diagnosticadas como portadoras de lesões em estágio inicial do câncer de colo do que os controles de rotina, visto que, nesse período, os exames vaginais tendem a ser mais frequentes e, como a maioria dessas lesões são assintomáticas, o diagnóstico quase sempre ocorre em consultas de controle, mais frequentes durante o pré-natal (GONÇALVES et al., 2011), quando a mulher visita mais vezes os serviços de saúde e assim, tem mais oportunidades de rastreamento.

Por fim, quanto ao autorrelato do estado de saúde, embora a grande maioria das mulheres tenha avaliado a sua saúde geral como muito boa e regular, 2,1% das mulheres indicaram condições de saúde muito ruins, com prevalência dessa situação entre as gestantes menos escolarizadas. Em consonância com estudo prévio, que avaliou o estado de saúde e os comportamentos de saúde de gestantes em cuidados primários, foi observado que, embora a grande maioria das mulheres avaliasse sua saúde geral de boa a excelente, dois terços de todas as mulheres indicaram condições de saúde muito ruins, por motivos da presença de obesidade e baixo peso, depressão/ansiedade, tabagismo, não comparecimento ao pré-natal, gravidez não planejada e não consumo diário de frutas e hortaliças, com todos esses fatores associados a baixa escolaridade das gestantes (BARON et al., 2015).

Quanto aos comportamentos de saúde das gestantes segundo a escolaridade, no presente estudo verificou-se que as gestantes que possuíam menor escolaridade apresentaram hábitos de vida inadequados, com ênfase na maior

prevalência do consumo de gorduras (41%), tabaco (18,1%), bebida alcoólica (24,2%), maior prevalência de HAS (18,8%), DM (3,2%) e em relatar a saúde como ruim ou muito ruim (3,5%), e ainda menor prevalência para o consumo de frutas, verduras e legumes (30,4%).

Segundo Xavier e outros (2013), os fatores mais comumente associados aos desfechos indesejáveis na gestação são os socioeconômicos e, dentre eles, a escolaridade. Baron e outros (2015) também ressaltam a relação do nível educacional com comportamentos inadequados em saúde durante a gravidez.

Contudo, em um contexto de iniquidades em saúde, um maior nível de instrução pode refletir diretamente na situação socioeconômica, pois gestantes com baixo poder aquisitivo teriam menos acesso aos serviços de saúde e aos programas de incentivo a hábitos saudáveis de vida; aos alimentos em termos de quantidade e qualidade, resultando em consumo de alimentos altamente calóricos, por serem mais baratos refletindo em sedentarismo, obesidade e desenvolvimento de DCNT repercutindo diretamente na qualidade da assistência à gestante (XAVIER et al., 2013).

Contudo, se os riscos reprodutivos são influenciados por questões que ultrapassam o campo biomédico e dizem respeito às vulnerabilidades sociais, os serviços de saúde devem ultrapassar as barreiras das práticas assistenciais focadas exclusivamente em doenças e desenvolver abordagens mais amplas que possam enfrentar as iniquidades sociais em saúde existentes, uma vez que, o adoecimento abarca questões de classe social, gênero, raça, nível de instrução entre outras, é fundamental que se incorporem no cotidiano prático dos profissionais de saúde discussões sobre direitos fundamentais, cidadania e equidade para assim contemplar de forma mais ampla os princípios e diretrizes norteadores do SUS (XAVIER et al., 2013).

5.1 LIMITAÇÕES

O presente estudo apresentou algumas dificuldades relacionadas à metodologia do sistema Vigitel que, devido a recentes mudanças dos padrões populacionais, como o esperado aumento da escolaridade e o crescimento da

população de idosos, podem influenciar nas estimativas aqui apresentadas super ou subestimando-as. No caso de indicadores, como o tabagismo, que se associam com escolaridade, as estimativas podem estar superestimadas; e no caso da hipertensão, que se associa com aumento da idade, as estimativas atuais podem estar subestimadas. O fato do presente estudo ser de delineamento transversal, que realiza um corte descrevendo apenas um único momento do tempo sem o acompanhamento do entrevistado pode ser considerado um fator dificultador.

Outro ponto limitante de trabalhar com o banco de dados do Vigitel, é que este programa não foi construído com o objetivo de trabalhar especificamente com gestantes e sim com a população brasileira geral, ocasionando a falta de dados importantes para a pesquisa como o período gestacional, dados antropométricos, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional, bem como o peso das gestantes e outros dados específicos dessa população, porém procurou-se trabalhar com outras variáveis presentes no questionário do Vigitel relacionados ao comportamento em saúde das gestantes que nos possibilitou alcançar nossos objetivos, dando maior confiabilidade nos dados apresentados.

5.2 POTENCIALIDADES

As potencialidades da pesquisa fundamentam-se no tamanho amostral de base nacional, que permite realizar inferências populacionais sólidas e representativas da população brasileira geral, bem como também da aproximação estatística da presente amostra com o desenho da amostra do Nascer no Brasil, trazendo confiança e credibilidade nos dados apresentados do atual estudo.

Importante ressaltar como fator potencializador, a escassez de estudos publicados em nível nacional e internacional que avaliam e colaboram para estimar tais fatores na população gestante e mostrar o quanto esses achados contribuem para a necessidade de ações mais efetivas de promoção da saúde e controle de agravos dessa população específica exposta nessa pesquisa.

6 CONCLUSÃO

O perfil de saúde das gestantes, em sua maioria, mostrou-se inadequado, ressaltando a necessidade de estratégias de promoção e intervenção no âmbito da saúde pública que envolvam ações direcionadas principalmente à prática de atividade física regular, abandono ao consumo de tabaco e álcool, à alimentação saudável, especialmente para o controle do excesso de peso/obesidade e doenças crônicas associadas com ênfase para HAS e DM para esse grupo populacional em específico.

A consulta de enfermagem no pré-natal representa um momento oportuno de captação precoce de gestantes e para a mudança desse cenário ruim por meio do desenvolvimento de práticas que permitam um manejo adequado das mulheres ao longo do ciclo gestacional. Nessa abordagem, o profissional deve estimular a mudança de comportamentos que confirmam risco à gestação, promovendo estilos de vida saudáveis, e orientar, caso necessário, sobre a necessidade de encaminhamento para apoios especializados.

Podemos considerar avanços na assistência à saúde da mulher no Brasil no que diz respeito à ampliação do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente a totalidade das gestantes brasileiras, porém muitos desafios ainda persistem, notadamente visíveis pelos resultados do presente estudo, principalmente relacionados ao manejo correto das gestantes ao longo do pré-natal bem como ao estímulo à mudança de comportamentos em saúde que em sua maioria mostraram-se inadequados neste estudo caracterizado pelo sedentarismo e pela alimentação inadequada.

Ressalta-se ainda que a redução da morbimortalidade materna e perinatal não serão alcançadas sem a superação das barreiras ao diagnóstico precoce da gravidez, ao início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação e à realização de cuidados efetivos, tais como diagnóstico e tratamento de afecções e a promoção de ações de saúde objetivando prevenir DCNT e provocar mudança de hábitos e comportamentos inadequados de saúde das gestantes.

O presente trabalho alcançou os objetivos propostos e torna-se importante uma vez que revelou a necessidade de se obter um maior conhecimento do perfil dos comportamentos de saúde das gestantes no Brasil bem como sua distribuição

segundo características socio-demográficas, visando ao aperfeiçoamento das práticas assistenciais de promoção e intervenção no âmbito da saúde pública para atender as necessidades e vulnerabilidades sociodemográficas que geram as desigualdades sociais que fragilizam o universo estudado.

Sugere-se, ainda, que novos estudos sejam conduzidos com o intuito de investigar a qualidade do atendimento às gestantes usuárias de serviços de saúde, considerando que este é um grupo de maior vulnerabilidade social e biológica, a fim de nortear a implementação de políticas públicas para intervir em programas de assistência pré-natal que levem informações claras e práticas a respeito da importância de hábitos de vida mais adequados nesta fase da vida da mulher.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. R. S. et al. Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva. **Revista interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 1, p. 204-215, 2014.
- AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez. 2010.
- ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 462-474, Jan 2016.
- ALVES FILHO, M. A. **Práticas alimentares saudáveis durante o período gestacional**. 2011. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)– Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.
- AMARAL, A. R. et al. Impact of gestational diabetes on neonatal outcomes: a retrospective cohort study. **Scientia medica**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 19272, 2015.
- ASSIS, L. T. M.; FERNANDES, B. M. Saúde da mulher: a enfermagem nos programas e políticas públicas nacionais no período de 1984 a 2009. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 356-364, jul./set. 2011.
- AZENHA, G. S. et al. Recommendations towards an integrated, life-course approach to women's health in the post-2015 agenda. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 91, n. 9, p. 704-706, Sep 2013.
- BARON, R. et al. Socio-demographic inequalities across a range of health status indicators and health behaviours among pregnant women in prenatal primary care: a cross-sectional study. **BMC pregnancy and childbirth**, London, v. 15, p. 261, Oct 2015.
- BARRETO, A. S.; SANTOS, D. B.; DEMÉTRIO, F. Orientação nutricional no pré-Natal segundo estado Nutricional antropométrico: estudo com gestantes atendidas em unidades de saúde da família. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 37, n. 4, p. 952-968, out./dez. 2013.

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. Chronic diseases, self-perceived health status and health risk behaviors: gender differences. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, p. 38-47, nov. 2009. Suplemento 2.

BELARMINO, G. O. et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 169-175, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **O Plano Nacional das Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Especial**: saúde garante mais proteção às mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=detalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10007>. Acesso em: 9 fev. 2015.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano Brasil sem Miséria**: caderno de resultados 3 anos. Brasília: MDSCF, 2014a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BROGNOLI, A. F.; NEME, L. C. L. H.; PASSONI, C. M. S. Relação da dieta de gestantes com o estado nutricional. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 1-14, 2014. Disponível em: <<http://revistas.facbrasil.edu.br/cadernossaude/index.php/saude/article/view/58/58>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2016.

CAMARGO, R. M. S. et al. Consumo alimentar de gestantes atendidas em ambulatório de pré-natal da rede pública. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 489-498, 2013.

CARDOSO, D. H. F. **A consulta pré-concepcional**: um desafio à assistência integral à saúde da mulher em Idade Reprodutiva. 2014. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Enfermagem)– Escola Superior de Saúde, Universidade do Mindelo, Mindelo, 2014.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CASTRO, P. S.; CASTRO, M. B. T.; KAC, G. Aderência às recomendações dietéticas do Institute of Medicine (Estados Unidos) e o seu efeito no peso durante a gestação. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1311-1321, jul. 2013.

CHRESTANI, M. A. D.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. M. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2395-2406, nov. 2009.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon UFMG; Coopmed, 2009.

COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun. 2010.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, nov. 2010.

DEMÉTRIO, F. Pirâmide alimentar para gestantes eutróficas de 19 a 30 anos. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 23, n. 5, p. 763-778, out. 2010.

DIAS, M. A. B. et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S169-S181, 2014. Suplemento 1.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

DUMITH, S. C. et al. Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 327-333, abr. 2012.

FERREIRA, A. F. N. F. et al. Atividade física e gestação: riscos e benefícios. **Perspectivas online: biológicas e saúde**, Campos dos Goitacazes, v. 4, n. 14, p. 1-8, 2014. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/551/481>. Acesso em: 10 fev. 2016.

GOMES, K. C. F.; FERREIRA, V. R.; GOMES, D. L. Qualidade da dieta de gestantes em uma unidade básica de saúde em Belém do Pará: um estudo piloto. **Ciência & saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 54-58, 2015.

GONÇALVES, C. V. et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2501-2510, maio 2011.

HAAKSTAD, L. A. et al. Why do pregnant women stop exercising in the third trimester? **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 88, n. 11, p. 1267-1275, 2009.

HENRIQUE, A. J. et al. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1000-1010, dez. 2012.

HOLANDA, C. S. M. et al. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. **Revista pan-americana de salud publica**, Washington, v. 37, n. 6, p. 388-394, jun. 2015.

IINSTITUTE OF MEDICINE. **Weight gain during pregnancy**: reexamining the guidelines. Appendix B: supplementary information on nutritional intake. Washington: National Academy Press, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 25 set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>>. Acesso em: 2 jan. 2015.

ISOBE, M. T. et al. A influência da escolaridade na reprodutibilidade de um questionário quantitativo de frequência alimentar para gestantes. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 13, n. 1, p. 23-28, mar. 2013.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, dez. 2011.

LACERDA, K. S. S. et al. Prevalência da inadequação no consumo de nutrientes entre gestantes atendidas em unidades básicas de saúde. **Revista brasileira em promoção da saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 357-364, jul./set. 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S5, 2014. Suplemento 1.

- LEANDRO, T. A.; MADEIRA FILHO, A. Promoção da saúde e qualidade de vida em função da prática da atividade física. **SANARE - Revista de políticas públicas**, Sobral, ano 3, n. 1, p. 66-68, 2002.
- LEITE, R. M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, out. 2011.
- MAGGI, R. M. et al. Resultados de uma intervenção multidisciplinar sobre a composição corporal de portadores de doenças crônicas atendidos por uma Unidade Básica de Saúde. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**, Criciúma, v. 1, p. 71-80, 2013.
- MAHANTA, L. B. et al. Nutritional status and the impact of socioeconomic factors on pregnant women in Kamrup district of Assam. **Ecology of food and nutrition**, Philadelphia, v. 51, n. 6, p. 463-480, 2012.
- MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011.
- MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, fev. 2014.
- MEDINA, A. M. et al. Diabetes mellitus tipo I e sua influência na gestação. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 7, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6742/pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.
- MORAES, L. P.; MORAES, P. M. O.; RIBEIRO, E. C. D. Perfil epidemiológico e nutricional de adolescentes grávidas internadas em um hospital de referência do estado do Pará. **Revista paraense de medicina**, Belém, v. 28, n. 4, p. 49-56, 2014.
- MOURA, E. R. F.; EVANGELISTA, D. R.; DAMASCENO, A. K. C. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 22-29, fev. 2012.

MOURTAKOS, S. P. et al. Maternal lifestyle characteristics during pregnancy, and the risk of obesity in the offspring: a study of 5,125 children. **BMC pregnancy and childbirth**, London, v. 15, p. 66 Mar 2015.

NELSON, S. M.; MATTHEWS, P.; POSTON, L. Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome. **Human reproduction update**, Oxford, v. 16, n. 3, p. 255-275 May/Jun 2010.

NOVO, J. L. V. G.; GIANINI, R. J. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 209-217, jun. 2010.

OSÓRIO, R. G.; SOUZA, P. H. G. F. **O Bolsa Família depois do Brasil Carinhoso**: uma análise do potencial de redução da pobreza extrema. Brasília: Ipea, 2012. (Nota Técnica n. 14).

PADILHA, J. F. et al. Caracterização da saúde materna em Santa Maria, RS. 2005-2009. **Revista de enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 79-87, jan./abr. 2012.

PAIVA, L. V. et al. Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 453-458, ago. 2012.

PARIZZI, M. R.; FONSECA, J. G. M. Nutrição na gravidez e na lactação. **Revista médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 341-353, 2010.

PAZ, A. P. B.; SALVARO, G. I. J. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, Jaén, p. 121-133, oct. 2011. Número monográfico

POTENZA, A. L. S.; OLIVEIRA, M. L.; PIOVACARI, S. M. F. Alimentação na gestação e lactação. **Pediatria moderna**, São Paulo, v. 45, p. 51-55, 2009.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 455-462, maio/jun. 2014.

RIBEIRO, A. M. C. et al. Diabetes gestacional: determinação de fatores de risco para diabetes mellitus. **Revista portuguesa de endocrinologia, diabetes e metabolismo**, Barcelona, v. 10, n. 1, p. 8-13, 2015.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Revista brasileira de cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 35-42, 2014.

RODRIGUES, A. P. R. A. et al. Análise da prematuridade nos extremos da idade reprodutiva. **Interfaces científicas - saúde e ambiente**, Aracaju, v. 3, n. 3, p. 65-78, 2015.

ROMERO, S. C. S. et al. A influência dos profissionais de saúde sobre a prática de atividade física no lazer em gestantes. **Pensar a prática**, Goiânia, v. 18, n. 3, p. jul./set. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fef/article/view/33741/19030>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

ROSA, R. L.; MOLZ, P.; PEREIRA, C. S. Perfil nutricional de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 2, p. 98-102, 2014.

SANTOS, E. M. F. et al. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 102-106, mar. 2012.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, jul. 2009.

SHENG, X.; LE, H. N.; PERRY, D. Perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal Latinas. **Journal of transcultural nursing**, Thousand Oaks, v. 21, n. 1, p. 35-44, Jan 2010.

SILVA, A. et al. Impacto de um programa de atividade física na saúde da grávida e do recém-nascido. In: PEREIRA, P.; VALE, S.; CARDOSO, A. (eds.). **Livro de Atas do XI Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde (SIEFLAS)**. Porto: Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto, 2015. p. 22-29.

SILVA, J. C. et al. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 509-513, nov. 2014.

SILVA, L. C. F. P. et al. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. **Revista âmbito jurídico**, Rio Grande, v. 16, n. 93, p. 1-15, 2011.

SILVA, T. R. **Produção científica da enfermagem brasileira e a política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. 2012. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)– Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-551, dez. 2015.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S71-S83, ago. 2014. Suplemento 1.

TAVARES, J. S. et al. Padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela estratégia saúde da família de Campina Grande - PB. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 10-19, mar. 2009.

TEIXEIRA, C. S. S.; CABRAL, A. C. V. Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 27-34, jan. 2016.

TEIXEIRA, L. A.; VASCONCELOS, L. D.; RIBEIRO, R. A. F. Prevalência de Patologias e Relação com a Prematuridade em Gestação de Alto Risco. **Revista ciências em saúde**, Itajubá, v. 5, n. 4, p. 35-42, 2015.

TEIXEIRA, S. V. B. et al. Educação em saúde: a influência do perfil socioeconômico-cultural das gestantes. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 1, p. 133-141, 2010.

TENENBAUM-GAVISH, K.; HOD, M. Impact of maternal obesity on fetal health. **Fetal diagnosis and therapy**, Basel, v. 34, n. 1, p. 1-7, 2013.

VEIGA, G. V. et al. Inadequação do consumo de nutrientes entre adolescentes brasileiros. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 47, p. 212s-221s, fev. 2013. Suplemento 1.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, May 2011.

VIEIRA NETA, F. A. et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 823-831, set./out. 2014.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85-S100, 2014. Suplemento 1.

WEINERT, L. S. et al. Diabetes e gestação: perfil clínico e laboratorial em pré-natal de alto risco. **Clinical e biomedical research**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 334-341, 2010.

WEST, B. T.; BERGLUND, P.; HEERINGA, S. G. A closer examination of subpopulation analysis of complex sample survey data. **The Stata journal**, College Station, v. 8, n. 4, p. 520-531, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **MDG 5: improve maternal health**. 2015.

Disponível em:

<http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/>.

Acesso em: 17 maio 2015.

XAVIER, R. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013.

ZAPELINI, R. M. et al. Critérios diagnósticos e prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional em um hospital do sul de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 177-181, jul./set. 2015.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário do Sistema Vigitel utilizado no ano de 2014

VIGITEL Brasil 2014 • Saúde Suplementar

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas – Vigitel – 2014

Disque-Saúde = 0800-611997

Operador: XX

Réplica: XX

Cidade_UF: XX

Entrevista

1. Réplica XX número de moradores XX número de adultos XX
2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é XXXX?
 - sim
 - não – Desculpe, liguei no número errado.
3. Sr.(a) gostaria de falar com o(a) sr.(a) NOME DO SORTEADO. Ele(a) está?
 - sim
 - não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr.(a) NOME DO SORTEADO?
 - residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?

 - sim
 - não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr.(a) NOME DO SORTEADO?
 - residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.
4. O(a) sr.(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?
 - sim (pule para Q5)
 - não – O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr.(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque-Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-611997. O(a) sr.(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?

5. Podemos iniciar a entrevista?

- sim (pule para Q6)
 não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?
 residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150)

_____ anos

Q7. Sexo:

- () masculino (pule a Q14)
 () feminino (se > 50 anos, pule a Q14)

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?

- 1 () solteiro(a)
 2 () casado(a) legalmente
 3 () têm união estável há mais de seis meses
 4 () viúvo(a)
 5 () separado(a) ou divorciado(a)
 888 () não quis informar

Q8. Até que série e grau o(a) sr.(a) estudou?

8A	8B – Qual a última série (ano) o sr.(a) COMPLETOU? 8. anos de estudo (output)
1 <input type="checkbox"/> curso primário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 1, 2, 3, 4
2 <input type="checkbox"/> admissão	<input type="checkbox"/> 4
3 <input type="checkbox"/> curso ginásial ou ginásio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 5, 6, 7, 8
4 <input type="checkbox"/> 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 1 a 8
5 <input type="checkbox"/> 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 9, 10, 11
6 <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 ou + 12 a 19
7 <input type="checkbox"/> pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)	<input type="checkbox"/> 1 ou + 20
8 <input type="checkbox"/> nunca estudou	0
777 <input type="checkbox"/> não sabe (só aceita Q6 > 60)	
888 <input type="checkbox"/> não quis responder	

R128a. O(A) sr.(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?

- 1 sim
 2 não (não perguntar a Q40, Q40b, R135, R137)
 888 não quis informar

Q9. O(a) sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥ 30 kg e < 300 kg)

_____ kg

777 não sabe

888 não quis informar

Q10. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?

1 () menos de 1 semana

2 () entre 1 semana e 1 mês

3 () entre 1 mês e 3 meses

4 () entre 3 e 6 meses

5 () 6 ou mais meses

6 () nunca se pesou

777 não lembra

Q11. O(a) sr.(a) sabe sua altura? (só aceita $\geq 1,20$ m e $< 2,20$ m)

__ m __ cm

777 não sabe

888 não quis informar

Q14. A sra. está grávida no momento?

1 sim

2 não

777 não sabe

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

Q15. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer feijão?

1 () 1 a 2 dias por semana

2 () 3 a 4 dias por semana

3 () 5 a 6 dias por semana

4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 () quase nunca

6 () nunca

Q16. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

1 () 1 a 2 dias por semana

2 () 3 a 4 dias por semana

3 () 5 a 6 dias por semana

4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 () quase nunca (pule para Q21)

6 () nunca (pule para Q21)

Q17. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q19)
- 6 () nunca (pule para Q19)

Q18. Num dia comum, o(a) sr.(a) come este tipo de salada:

- 1 () no almoço (1 vez no dia)
- 2 () no jantar ou
- 3 () no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

Q19. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q21)
- 6 () nunca (pule para Q21)

Q20. Num dia comum, o(a) sr.(a) come verdura ou legume cozido:

- 1 () no almoço (1 vez no dia)
- 2 () no jantar ou
- 3 () no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

Q21. Em quantos dias da semana o (a) sr.(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q23)
- 6 () nunca (pule para Q23)

Q22. Quando o(a) sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr.(a) costuma:

- 1 () tirar sempre o excesso de gordura
- 2 () comer com a gordura
- 3 () não come carne vermelha com muita gordura

Q23. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer frango/galinha?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q25)
- 6 () nunca (pule para Q25)

Q24. Quando o(a) sr.(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr.(a) costuma:

- 1 () tirar sempre a pele
- 2 () comer com a pele
- 3 () não come pedaços de frango com pele

Q25. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q27)
- 6 () nunca (pule para Q27)

Q26. Num dia comum, quantos copos o(a) sr.(a) toma de suco de frutas natural?

- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3 ou mais

Q27. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer frutas?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q29)
- 6 () nunca (pule para Q29)

Q28. Num DIA comum, quantas vezes o(a) sr.(a) come frutas?

- 1 () 1 vez no dia
- 2 () 2 vezes no dia
- 3 () 3 ou mais vezes no dia

Q29. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para Q32)
- 6 () nunca (pule para Q32)

Q31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 ou +
- 777 não sabe

Q32. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar leite? (não vale soja)

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 () quase nunca (pule para R143)
- 6 () nunca (pule para R143)

Q33. Quando o sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- 1 () integral
- 2 () desnatado ou semidesnatado
- 3 () os dois tipos
- 777 não sabe

R143. Em quantos dias da semana o sr.(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?

- () 1 a 2 dias por semana
- () 3 a 4 dias por semana
- () 5 a 6 dias por semana
- () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- () quase nunca (pule para R144a)
- () nunca (pule para R144a)

R146. Num DIA comum, quantas vezes o(a) sr.(a) come doces?

- 1 () 1 vez no dia
- 2 () 2 vezes no dia
- 3 () 3 ou mais vezes no dia

R144a. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma trocar a comida do almoço por sanduíches, salgados, *pizza* ou outros lanches?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

R144b. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma trocar a comida do jantar por sanduíches, salgados, *pizza* ou outros lanches?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

R145. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o(a) sr.(a) acha que o seu consumo de sal é:

- 1 muito alto
- 2 alto
- 3 adequado
- 4 baixo
- 5 muito baixo
- 777 não sabe

R158. O(a) sr(a) tem adotado alguma medida para reduzir o seu consumo de sal?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q35)

R159. O(a) sr.(a) tem procurado colocar menos sal nos alimentos durante o preparo?

- 1 sim
- 2 não
- 3 não costumo preparar alimentos em casa (RESPOSTA ESPONTÂNEA)

R160. O(a) sr.(a) tem procurado colocar menos sal nos alimentos à mesa?

- 1 sim
- 2 não

R161. O(a) sr.(a) tem dado preferência a produtos industrializados com menor teor de sal?

1 sim

2 não

Q35. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?

1 sim

2 não (pula para Q42)

888 não quis informar (pula para Q42)

Q36. Com que frequência o(a) sr.(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

1 () 1 a 2 dias por semana

2 () 3 a 4 dias por semana

3 () 5 a 6 dias por semana

4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 () menos de 1 dia por semana

6 () menos de 1 dia por mês (pule para Q40b)

Q37. Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (*só para homens*)

1 sim (pule para Q39)

2 não (pule para Q40b)

Q38. Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (*só para mulheres*)

1 sim

2 não (pule para Q40b)

Q39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

1 () em um único dia no mês

2 () em 2 dias

3 () em 3 dias

4 () em 4 dias

5 () em 5 dias

6 () em 6 dias

7 () em 7 ou mais dias

777 não sabe

Q40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr.(a) dirigiu logo depois de beber?

- 1 sim
- 2 não (pula para Q42)
- 888 não quis informar

Q40b. Independente da quantidade, o(a) sr.(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica?

- 1 () sempre
- 2 () algumas vezes
- 3 () quase nunca
- 4 () nunca
- 888 não quis informar

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia a dia.

Q42. Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q47) (não vale fisioterapia)

Q43a. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr.(a) praticou?

ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO

- 1 caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
- 2 caminhada em esteira
- 3 corrida (cooper)
- 4 corrida em esteira
- 5 musculação
- 6 ginástica aeróbica (spinning, step, jump)
- 7 hidroginástica
- 8 ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
- 9 natação
- 10 artes marciais e luta (jiu-jitsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira)
- 11 bicicleta (inclui ergométrica)
- 12 futebol / futsal
- 13 basquetebol
- 14 voleibol / futevolei
- 15 tênis
- 16 dança (balé, dança de salão, dança do ventre)
- 17 outros _____

Q44. O(a) sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q47)

Q45. Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? _____

- 1 1 a 2 dias por semana
2 3 a 4 dias por semana
3 5 a 6 dias por semana
4 todos os dias (inclusive sábado e domingo)

Q46. No dia que o(a) sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? _____

- 1 menos que 10 minutos
2 entre 10 e 19 minutos
3 entre 20 e 29 minutos
4 entre 30 e 39 minutos
5 entre 40 e 49 minutos
6 entre 50 e 59 minutos
 60 minutos ou mais

Q47. Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) trabalhou?

- 1 sim
2 não (pule para Q52)

Q48. No seu trabalho, o(a) sr.(a) anda bastante a pé?

- 1 sim
2 não
777 não sabe

Q49. No seu trabalho, o(a) sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

- 1 sim
2 não (pule para Q50)
777 não sabe (pule para Q50)

R147. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr.(a) faz essas atividades no seu trabalho?

- Número de dias _____
555 menos de 1 vez por semana
888 não quis responder

R148. Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar?

HH:MM _____

- Q50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?
- 1 sim, todo o trajeto
 - 2 sim, parte do trajeto
 - 3 não (pule para Q52)
- Q51. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____
- 1 menos que 10 minutos
 - 2 entre 10 e 19 minutos
 - 3 entre 20 e 29 minutos
 - 4 entre 30 e 39 minutos
 - 5 entre 40 e 49 minutos
 - 6 entre 50 e 59 minutos
 - 7 60 minutos ou mais
- Q52. Atualmente, o(a) sr.(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?
- 1 sim
 - 2 não (pule para Q55)
 - 888 não quis informar (pule para Q55)
- Q53. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?
- 1 sim, todo o trajeto
 - 2 sim, parte do trajeto
 - 3 não (pule para Q55)
- Q54. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____
- 1 menos que 10 minutos
 - 2 entre 10 e 19 minutos
 - 3 entre 20 e 29 minutos
 - 4 entre 30 e 39 minutos
 - 5 entre 40 e 49 minutos
 - 6 entre 50 e 59 minutos
 - 7 60 minutos ou mais
- Q55. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?
- 1 eu sozinho (pule para R149)
 - 2 eu com outra pessoa
 - 3 outra pessoa (pule para Q59a)

Q56. A parte mais pesada da faxina fica com:

- 1 () o(a) sr.(a) ou
- 2 () outra pessoa (pule para Q59a)
- 3 ambos

R149. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr.(a) realiza faxina da sua casa?

- Número de dias _____
- 555 menos de 1 vez por semana
 - 888 não quis responder

R150. E quanto tempo costuma durar a faxina?

HH:MM _____

Q59a. Em média, quantas horas por dia o(a) sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?

- 1 () menos de 1 hora
- 2 () entre 1 e 2 horas
- 3 () entre 2 e 3 horas
- 4 () entre 3 e 4 horas
- 5 () entre 4 e 5 horas
- 6 () entre 5 e 6 horas
- 7 () mais de 6 horas
- 8 não assiste à televisão

Q60. Atualmente, o(a) sr.(a) fuma?

- 1 () sim, diariamente (ir para Q61)
- 2 () sim, mas não diariamente (pule para Q61a)
- 3 () não – (pule para Q64)

Q61. Quantos cigarros o(a) sr.(a) fuma por dia? _____ (vá para Q62)

- 1 1-4
- 2 5-9
- 3 10-14
- 4 15-19
- 5 20-29
- 6 30-39
- 7 40 ou +

Q61a. Quantos cigarros o(a) sr.(a) fuma por semana? _____ (apenas se Q60=2)

- 1 1-4
- 2 5-9
- 3 10-14
- 4 15-19
- 5 20-29
- 6 30-39
- 7 40 ou +

Q62. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente?(só aceita ≥ 5 anos e $\leq Q6$)

- _____ anos
- 777 não lembra

Q63. O(a) sr.(a) já tentou parar de fumar?

- 1 sim (pule para Q69)
- 2 não (pule para Q69)

Q64. No passado, o(a) sr.(a) já fumou?

- 1 () sim, diariamente
 - 2 () sim, mas não diariamente
 - 3 () não
- *(vá para Q69, caso more sozinho e não trabalha)
(vá para Q68, caso more sozinho e trabalha)

Q67. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr.(a) costuma fumar dentro de casa?

- 1 sim
- 2 não
- 888 não quis informar

Q68. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr.(a) trabalha? (só para Q47=1)

- 1 sim
- 2 não (pule para Q69)
- 888 não quis informar (pule para Q69)

R157. Se sim, o(a) sr.(a) trabalha em local fechado?

- 1 sim
- 2 não
- 888 não quis informar

Q69. A sua cor ou raça é:

- 1 () branca
- 2 () preta
- 3 () amarela
- 4 () parda
- 5 () indígena
- 777 não sabe
- 888 não quis informar

Q70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)

- 1 sim
- 2 não (pule para Q74)

Q71. Se sim: Quantos no total?

___ números ou linhas telefônicas

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

Q74. O(a) sr.(a) classificaria seu estado de saúde como:

- 1 () muito bom
- 2 () bom
- 3 () regular
- 4 () ruim
- 5 () muito ruim
- 777 não sabe
- 888 não quis informar

Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q76a)
- 777 não lembra (pule para Q76a)

R129. Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q76a)
- 777 não sabe (pule para Q76a)
- 888 não quis responder (pule para Q76a)

R130a. Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- 1 () unidade de saúde do SUS
- 2 () farmácia popular do governo federal
- 3 () outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

Q76. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q78)
- 777 não lembra (pule para Q78)
- (se Q7=1, vá para R133a)

R138. (Se mulher), o diabetes foi apenas quando estava grávida? (apenas para Q7=2)

- 1 () sim
- 2 () não
- 3 () Nunca engravidou
- 777 não lembra

Q78. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) tem colesterol ou triglicérides elevado?

- 1 sim
- 2 não
- 777 não sabe/não lembra

Q79a. A sra. já fez alguma vez exame de Papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero? (apenas para sexo feminino – Q7=2)

- 1 sim
- 2 não (pule para Q81)
- 777 não sabe (pule para Q81)

Q80. Quanto tempo faz que a sra. fez exame de Papanicolau?

- 1 menos de 1 ano
- 2 entre 1 e 2 anos
- 3 entre 2 e 3 anos
- 4 entre 3 e 5 anos
- 5 5 anos ou mais
- 777 não lembra

Q81. A sra. já fez alguma vez mamografia, raio-X das mamas? (apenas para sexo feminino)

- 1 sim
- 2 não (pule para Q85a)
- 777 não sabe (pule para Q85a)

Q82. Quanto tempo faz que a sra. fez mamografia?

- 1 menos de 1 ano
- 2 entre 1 e 2 anos
- 3 entre 2 e 3 anos
- 4 entre 3 e 5 anos
- 5 5 ou mais anos
- 777 não lembra

Q85a. Existe perto de sua casa, algum LUGAR PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?

- 1 sim
- 2 não
- 777 não sabe

Q88. O(a) sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

- 1 () sim, apenas 1
- 2 () sim, mais de um
- 3 () não
- 888 não quis informar

R135. Nos últimos 12 meses o sr.(a) foi multado(a) por dirigir com excesso de velocidade na via? (apenas para quem dirige – R128a = 1)

- 1 () sim
- 2 () não (pule para R153)
- 777 não lembra (pule para R153)
- 888 não quis responder (pule para R153)

R136. Qual o local que o(a) sr.(a) foi multado?

- 1 () dentro da cidade (via urbana)
- 2 () rodovia
- 3 () ambos
- 777 não lembra
- 888 não quis responder

R153. Nos últimos 12 meses o(a) sr.(a) você passou em uma blitz na sua cidade?

- 1 () sim
 2 () não
 777 Não lembra
 888 Não quis responder

R137a. Nos últimos 12 meses o sr.(a), como condutor, foi parado em alguma blitz de trânsito na sua cidade? (apenas para quem dirige – R128a = 1)

- 1 () sim
 2 () não (encerre a entrevista)
 777 Não lembra (encerre a entrevista)
 888 Não quis responder (encerre a entrevista)

R154. (Se sim para R137a). E o(a) sr.(a) foi convidado a fazer o teste de bafômetro?

- 1 () sim
 2 () não (encerre a entrevista)
 777 Não lembra (encerre a entrevista)
 888 Não quis responder (encerre a entrevista)

R155. (Se sim para R154). E o(a) sr.(a) fez o teste do bafômetro?

- 1 () sim
 2 () não (encerre a entrevista)
 777 não lembra (encerre a entrevista)
 888 não quis responder (encerre a entrevista)

R156. (Se sim para R155). E o teste do bafômetro deu positivo?

- 1 () sim
 2 () não (encerre a entrevista)
 777 não lembra (encerre a entrevista)
 888 não quis responder (encerre a entrevista)

Sr.(a) XX agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque-Saúde?

Se sim: O número é 0800-61-1997.

Observações (entrevistador):

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando elas se iniciarem por parênteses.

ANEXO B – Aprovação no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde – CONEP nº 13081

SIPAR - Ministério da Saúde
Registro Número
25000.076527/2008-00
19/05/08



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" - Ed. Anexo, Ala "B" -
4º andar - sala 4368 - CEP 70058-900- Brasília / DF
Tel.: (81) 3315-2851 / Fax: (81) 3226-8453
consep@saude.gov.br - <http://conep.saude.gov.br>

OFÍCIO Nº 973 CONEP/CNS/MS

Brasília, 15 de maio de 2008.

À Senhora
Dra. Déborah Arvalho Malta
Coordenadora Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis- CGDANT/DASIS/SVS/MS
Edifício Sede, sala 142

Assunto: Cumprimento das recomendações do Parecer nº 749/2006.
Resposta ao memorando nº 35 CGDANT/DASIS/SVS/MS

Registro CONEP 13081: *"Implantação do sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas no Distrito Federal e no conjunto das capitais dos estados brasileiros".*

Senhora Coordenadora,

1. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP comunica que as Recomendações do Parecer Nº 749/2006, que estavam pendentes, foram atendidas, por meio da documentação recebida SIPAR nº 25000.122136/2006-02.

Atenciosamente ,

Gyséle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS