

1. RESUMO

A gestação é uma fase da vida em que a mulher necessita de cuidados específicos, diante disso é preciso uma alimentação equilibrada que contenha todos os nutrientes que darão suporte no desenvolvimento do bebê. O estado nutricional inadequado é um risco de vida para o binômio mãe-filho, tornando-se um problema de saúde pública. O presente estudo se propôs a conhecer o estado nutricional das gestantes no terceiro trimestre de gestação. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA) com 30 gestantes. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário realizado nos dias de consulta pré-natal. O estado nutricional foi classificado de acordo com o índice de massa corporal - IMC para a idade gestacional de acordo com Atalah e Castro. A coleta de dados foi realizada no período de abril do ano de 2010. Os dados foram analisados no programa Epi Info 3.3.2. Na amostra detectou-se uma média de idade de 27,2 anos de idade, 80% não trabalhavam fora de casa, 60% tinham mais de oito anos de estudo, 80% viviam com renda familiar entre dois e três salários mínimos, 40% delas estavam na primeira gestação, 53,3% das entrevistadas apresentavam doenças durante o curso da gravidez, sendo a de maior índice o diabetes mellitus gestacional (DMG) com 43,8%. Observou-se que 63,3% apresentavam idade gestacional entre 28 e 30 semanas. Com relação ao estado nutricional, 43,3% se encontravam adequado, 23,3% abaixo do peso, sobrepeso e obesidade igualaram com 16,7%. A maioria 63,3% realiza mais de cinco refeições por dia. O consumo diário de arroz, macarrão aparece em 90%, carnes 83,8%, pão 80%, e cuscuz 56,7%. Das gestantes que comem carne vermelha 75,7% retiram o excesso da gordura e 89,7% retiram a pele do frango. Entre os outros alimentos mais consumidos, diariamente, aparecem às frutas com 50% e o leite com 63,3% sendo 93,1% do tipo integral. Portanto, os resultados indicam que a necessidade de estratégias de cuidado especiais que ajudem as gestantes a despertar a consciência para o autocuidado em todos os aspectos, isto é um grande desafio, pois envolve uma reorganização nas maneiras de levar a viver nesta fase.

Palavras-chave: Gestação, Estado nutricional, Hábitos alimentares.

ABSTRACT

Pregnancy is one phase of life where women need special care, not just the body changes, but also with its food, whereupon it takes a balanced diet that contains all the nutrients that will support the development of the baby. The inadequate nutritional status, is a life-threatening for both mother and child, becoming a public health problem. This study aimed to know the nutritional status of pregnant women in third trimester of gestation. This is a

cross-sectional study with quantitative approach undertaken at the Institute of Health Elpidio de Almeida (ISEA) in 30 pregnant women. Was used as a tool for data collection, a questionnaire completed in the days of prenatal visits. Data collection was conducted between April of 2010. Data were analyzed using Epi Info 3.3.2. In the sample it was detected a mean age of 27.2 years of age, 80% were unemployed, 60% had more than eight years of study, 80% lived with family income between two and three minimum wages, 40% were in first pregnancy, 53.3% of subjects had diseases during the course of pregnancy and the higher rate of gestational diabetes mellitus (GDM) with 43.8% in second among the diseases are hypertension (31.3%) . The majority (63.3%) had a gestational age between 28 and 30 weeks. The majority 63.3%, performs more than five meals per day. Daily consumption of rice, pasta appears in 90%, 83.8% meat, bread 80%, 56.7% and couscous. Pregnant women who eat red meat 75.7% withdraw the excess fat and 89.7% to remove skin from chicken. Among the other foods consumed daily show with fruit and milk with 50% 63.3% 93.1 Type Full .. The results indicate that the need for special care strategies that help mothers to raise awareness for self-care in all respects, this is a big challenge because it involves a reorganization in the ways of bringing the live stage.

KEYWORDS: Pregnancy. Nutritional status. eating habits

2. INTRODUÇÃO

A nutrição exerce um papel fundamental na promoção da saúde das populações. Porém, a sociedade moderna tem produzido e comercializado grandes quantidades de alimentos industrializados, além de incentivar o consumo de alimentos altamente calóricos, fato este que vem refletindo no ganho de peso em todas as fases da vida.

Na gestação, é preciso uma atenção especial, pois nesta fase, há a necessidade adicional de energia por causa do crescimento do feto, da placenta, dos tecidos maternos, sendo indispensável que a dieta contenha todos os nutrientes necessários para a formação, crescimento e desenvolvimento adequado da criança.

É importante destacar que a fonte de nutrientes necessária para o feto provém do organismo materno, diante disto se faz necessário aumentar, proporcionalmente, os constituintes da alimentação materna, visando controlar o ganho de peso e o crescimento fetal.

Portanto, surge a necessidade da conscientização das gestantes a respeito da importância de uma nutrição balanceada para garantir a saúde da mãe e da criança.

Durante a gestação o aumento do aporte de energia materna é necessário para satisfazer as necessidades da mãe e do feto. Caso contrário pode ocorrer um estado de competição biológica, comprometendo o bem-estar de ambos. Assim, as recomendações nutricionais durante o pré-natal devem ser direcionadas para dois focos: o consumo energético pelo organismo e o ganho de peso durante a gestação, de modo que uma adequada ingestão energética se traduza num ganho ponderal gestacional satisfatório (SAUNDERS, 2003 apud ANDRETO, 2006, p. 2401).

Devido à importância de uma atenção especial, nesta fase da vida, foram criadas estratégias de assistência. Em 1984 é criado o PAISM (Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher), baseava-se na assistência integral a mulher. Com o objetivo de contribuir para melhora da atenção básica, e o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), colocando a saúde de modo dinâmico nas comunidades. O PSF visa tanto “prestar assistência na unidade de saúde quanto desenvolver tradicionalmente as ações de saúde no domicílio, numa perspectiva da ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados” (FIGUEREDO, 2005, p.297).

Dentro da estratégia do PSF, existe o programa de atenção a gestante, o Pré-Natal, com fins de promover um crescimento fetal adequado, com preservação da saúde. Neste período, a mulher deve ter uma alimentação equilibrada, seguindo as instruções nutricionais, dentro de seus padrões socioeconômicos e culturais, para que obtenha um crescimento/desenvolvimento fetal adequado, preparação materna para o trabalho de parto, nascimento e lactação.

Observando as mudanças e adaptações da gestante, tais como: sialorréia, vômitos, constipação intestinal, polaciúria, oscilação no apetite e na sede, alterações gengivais (sangramentos), regulação do metabolismo entre outras. Considera-se necessário um acompanhamento da dieta durante a gestação, para que além do controle do ganho de peso durante esse período, possam-se minimizar reações presentes na gestação.

Aumento excessivo ou ganho insuficiente podem trazer complicações não só para a mãe, mas inclusive para o bebê que se tornará propenso a desenvolver doenças crônicas e ao desenvolvimento de infecções.

A gestação compreende um período de vulnerabilidade para a mãe, por conta das várias transformações em seu corpo, e para o feto, em razão do seu crescimento e desenvolvimento. Essas modificações se fazem evidentes em todos os sistemas do

organismo o que exige um maior ingesta de nutrientes. Justifica-se o apreço deste trabalho, uma vez que a competência nutricional no pré-natal é ponderável e indispensável para a assistência a gestante.

A assistência pré-natal de qualidade é essencial para a redução da mortalidade materna e fetal, onde a qualidade significa prevenir e tratar os prováveis acontecimentos indesejáveis da gestação, através da realização de consultas durante todo o período gravídico, fornecendo as mulheres orientações sobre as modificações que ocorrem no organismo neste período, como também é de grande relevância orientar a respeito da conduta alimentar.

O tema é relevante, pois a soma dos benefícios da alimentação na gestação é indiscutível, não apenas para a mãe, mas, como também, para o feto, visando favorecer o crescimento e desenvolvimento apropriado, alcançando a saúde do binômio mãe-filho.

Diante disto, este trabalho se propõe a conhecer o estado nutricional das gestantes, como forma de gerar subsídios às autoridades para aperfeiçoar ou criar programas voltados para a orientação alimentar desta população. E apresenta como objetivos específicos, Verificar as características socioeconômicas; Investigar características gestacionais (Número de gestações, doenças associadas à gestação); Identificar hábitos alimentares.

3. 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A alimentação, quando adequada e variada, promove a saúde, prevenindo deficiências nutricionais e resguardando contra doenças infecciosas; a oferta equilibrada de nutrientes pode melhorar as defesas do organismo, favorecendo a uma boa qualidade de vida e longevidade.

No entanto, os hábitos alimentares estão relacionados a basicamente três fatores: culturais – transmitidos por gerações e pela sociedade; econômicos – custo e a disponibilidade de alimentos; e sociais – de acordo com a aceitação ou rejeição de padrões alimentares (crenças, aversões, tabus ou proibições) (RAMALHO et al, 2000).

A alimentação saudável deve ser quantitativamente suficiente, harmoniosa nos componentes, adequada à sua finalidade e ao organismo a que se destina, para que se possa obter saúde e qualidade de vida (CREDIDIO, 2008).

Portanto, as repercussões nutricionais recaem sobre a clínica da gestante (VITOLLO, 2003 apud SILVA, 2005). Os profissionais da saúde reconheceram, há muito tempo, os efeitos da nutrição adequada durante a gravidez sobre a saúde do bebê e da mãe. Vários fatores

determinam o progresso e o resultado de uma gravidez, inclusive o estado nutricional da mãe pré-gestacional (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

Estudo realizado com gestantes da zona urbana do Rio de Janeiro e de baixa renda observou a importância de intervenções nutricionais dirigidas às mulheres grávidas para modificar seu comportamento e seguir condutas alimentares adequadas a gravidez (BAIÃO, 2008).

3.1 2.1 ESTADO NUTRICIONAL NA GESTAÇÃO

Observam-se evidências de que o ganho ponderal, durante a gestação, serve de prognóstico para o peso do recém-nascido, que pode ser afetado pelo estado nutricional da mãe antes da gravidez (SANTOS et al, 2005). Portanto, uma alimentação saudável e equilibrada antes da gestação é imprescindível para o desenvolvimento adequado do feto (MAHAN, 2005).

No segundo e terceiro trimestre da gestação, o ganho de peso adequado no período gestacional, à ingestão adequada de nutrientes, o controle do fator emocional e o estilo de vida serão determinantes para o desenvolvimento e crescimento normal do feto (NOCHIERI, 2008).

O aumento de peso excessivo pode acarretar vários problemas durante a gravidez, como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, entre outros. Por outro lado, as que não ganham peso suficiente têm risco maior de complicações no parto e surgimento de baixo peso ao nascer (FURTADO et al, 2010).

Desta forma, um ganho de peso insuficiente pode relacionar-se a um maior risco de retardo de crescimento intra-uterino e mortalidade perinatal. Já, o ganho de peso excessivo pode-se associar a diabetes gestacional, dificuldades no momento do parto e risco para o feto no período perinatal (PICCIANO, 1997 apud BELARMINO, 2009).

Estudo realizado com 99 adolescentes gestantes, entre 14 e 19 anos, em primeira visita de assistência pré-natal em um serviço público da cidade de Fortaleza, no Ceará, onde foi aplicado um questionário socioeconômico e inquérito alimentar. Os resultados mostraram que as dietas estavam desbalanceadas e monótonas: a maioria (63,6%) tinha menos de 90% das necessidades energéticas atendidas e mais da metade apresentava excesso de lipídeos e inadequado conteúdo de carboidratos. Alguns micronutrientes, como ferro, cálcio, ácido fólico, zinco e vitamina B1, foram consumidos em quantidades bem abaixo do recomendado. (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003)

Portanto, o cuidado nutricional pré-natal tem papel importante na identificação de gestantes consideradas de risco e na possível intervenção a fim de reduzir os efeitos da má nutrição na criança. Segundo o estudo de Leivas et al (2007) indica que mais da metade da amostra estava com peso inicial adequado, no final da gestação a prevalência de gestantes com peso adequado era de 36,8 %, com baixo peso de 25,7%, com sobrepeso 23,5% e obesas 14%, dessa forma observou-se que no início da gestação, 41,9% das entrevistadas apresentavam desvios nutricionais, passando a 63,2% no final da gestação.

No estudo de Lima e Sampaio 2004, das 277 gestantes estudadas, verificou-se que 68 % estavam eutróficas, 17,6% apresentavam baixo peso e 14,4% se encontravam acima do peso.

Outro estudo realizado com 168 gestantes que realizaram o pré-natal no serviço público no município de Viçosa-MG, com o objetivo de avaliar o estado nutricional e a prevalência de anemia durante a gestação, encontrou a maioria das gestantes com ganho de peso inadequado durante a gestação. A média do ganho de peso gestacional foi de $11,0 \pm 4,4$ kg (ROCHA, 2005).

Pesquisa desenvolvida por Melo (2007) observou alta prevalência de sobrepeso, obesidade (27%) e de desnutrição (23%), no estado nutricional inicial. Além disso, no segundo e terceiro trimestre o percentual de gestantes com ganho de peso excessivo foi 44% e 45%, respectivamente.

Da mesma forma, pesquisa de Nucci (2001), com o objetivo de avaliar o estado nutricional em mulheres atendidas em clínicas pré-natais do sistema de saúde brasileiro, verificou que 25% das gestantes estão acima do peso no momento da concepção.

Portanto, estudos demonstram um processo de transição nutricional na gestação, fato preocupante, visto que a elevação de peso, também, pode acarretar alterações no desenvolvimento fetal, como macrosomia fetal, síndromes hipertensivas, maiores chances de hemorragia durante o parto.

3.2 2.2 EXERCÍCIO FÍSICO E GESTAÇÃO

Com a atual epidemia global de obesidade, a integração de uma dieta adequada à prática regular de exercícios físicos é de fundamental importância para evitar o ganho ponderal excessivo em gestantes (BATISTA, 2003).

Apesar de ainda existirem poucos estudos nesta área, exercícios de intensidade leve a moderada podem promover melhora na

resistência e flexibilidade muscular, sem aumento no risco de lesões, complicações na gestação ou relativas ao peso do feto ao nascer (LIMA et al, 2005, p.188).

A prática de exercícios físicos além de ajudar na manutenção da forma física, também contribui para a postura, facilita o trabalho de parto diminuindo sua duração, prevenção das dores lombares, melhor adaptação psicológica as mudanças da gravidez e diminuição do risco de pré-eclâmpsia (GOUVEIA et al, 2006).

No final da gestação a mulher apresenta uma marcha característica, de pernas abertas, chamada marcha anserina (de ganso) pelo aumento de líquidos no organismo materno e conseqüentemente o seu peso, apresenta também um outro sintoma a lombalgia. “O interesse sobre a lombalgia na gestação surge devido a esse sintoma ocorrer em pelo menos 50% das gestantes, em nível de população mundial” (NOVAES et al, 2006, p.621).

O exercício reduz e previne as lombalgias, devido à orientação da postura correta da gestante frente à hiperlordose que comumente surge durante a gestação, em função da expansão do útero na cavidade abdominal e o conseqüente desvio do centro gravitacional (BATISTA et al, 2003).

Há um consenso geral na literatura científica de que a manutenção de exercícios de intensidade moderada durante uma gravidez não-complicada proporciona inúmeros benefícios para a saúde da mulher. Mulheres sedentárias demonstram uma redução do condicionamento físico durante a gestação. A falta de atividade física como rotina é um dos fatores associados a uma maior predisposição a determinadas doenças durante e após a gestação (LIMA; OLIVEIRA, 2005).

Pesquisas mostram que continuar um esquema de exercício regular durante toda a gestação reduz a deposição de gordura subcutânea no seu final. A taxa de ganho de peso diminui após a 15ª semana e o ganho de peso é menor, porém permanece bem dentro da variação normal (CLAP; LITTLE, 1995 apud MAHAN, 2005, p.180).

O exercício em excesso, associado a uma ingestão energética inadequada poderá causar um baixo ganho de peso materno e crescimento fetal insuficiente. Portanto, uma mulher grávida deve sempre discutir o exercício com seu médico. O aconselhamento nutricional pode ser necessário para criar um plano dietético adequado que promova ganho de peso.

Exercício físico na gestação é indicado na total ausência de anormalidades e mediante avaliação médica especializada, porém as contra indicações absolutas existentes são:

sangramento uterino de qualquer causa, placentação baixa, o trabalho de parto pré-termo, o retardo de crescimento intra-uterino, os sinais de insuficiência placentária, a ruptura prematura de membranas e a incompetência istmocervical, mas durante a gravidez normal quem já praticava exercícios pode continuar, adequando a prescrição, a gestação (LEITÃO 2000).

3.3 2.3 ENFERMAGEM E PRÉ-NATAL

A principal meta do pré-natal é prestar assistência à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais e que cada gestante vivencia de forma distinta. O pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 2000). A consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde se dedicar em ouvir as queixas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais vontade própria à gestação e parto.

Compete à enfermagem, na consulta pré-natal coletar história clínica e obstétrica, calcular a idade gestacional e data provável do parto, avaliar se existe gestacional, realizar exame físico e obstétrico, aferir pressão arterial, peso, estatura, altura uterina (AU), avaliar as mamas e orientar quanto ao preparo para amamentação, orientar aos cuidados com a pele, ausculta dos batimentos cardio fetais (BCFs), identificar e orientar sobre as queixas mais freqüentes (BRASIL, 2006).

Estudo desenvolvido em Campina Grande /PB, com o objetivo de identificar as ações realizadas por 24 enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) na assistência pré-natal, constatou que 95,8% informaram realizar os seguintes procedimentos durante a consulta pré-natal: peso, altura, medida uterina, entre outros; 91,66% relataram orientar as gestantes quanto à alimentação (BENIGNA et al, 2004).

Dotto, Moulin e Mamede (2006) realizaram uma pesquisa acerca das dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras na assistência pré-natal e concluíram que as dificuldades ocorriam por falhas na graduação, ausência de protocolo no serviço, inexperiência do recém-graduado e falta de interesse do aluno durante a graduação.

Entretanto, a adesão das gestantes ao pré-natal que está vinculada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde, sendo estes fatores essenciais para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL 2000).

4. 3 MÉTODOS

Neste capítulo serão abordados os métodos visando atender aos objetivos propostos, incluindo questões como o tipo da pesquisa, o local de estudo, a população/amostra, os critérios de inclusão e exclusão, o período da coleta dos dados, a análises dos dados e as considerações éticas.

4.1 3.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo do tipo transversal, com abordagem quantitativa, visto ser o estudo que produz resultados da situação de saúde de uma população ou comunidade em um determinado momento, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, podendo medir a frequência dos desfechos e identificar fatores de risco, produzindo indicadores de saúde do grupo investigado (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

4.2 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), localizado no município de Campina Grande-PB.

Campina Grande é uma das mais importantes cidades do interior do Nordeste do Brasil. Encontra-se localizada em uma região privilegiada entre as serras do Compartimento da Borborema, cuja posição geográfica lhe rendendo a condição de entreposto comercial com título de "Rainha da Borborema, o Coração da Paraíba".

O Instituto de Saúde Elpídio de Almeida é a maternidade que atende pacientes não só de Campina Grande, mas também de cidades vizinhas, e que realiza além de partos procedimentos como, cirurgias; e Pré-Natal, para mulheres, principalmente, que são consideradas de alto risco, em 2009 foi realizado um trabalho atendendo mais de quatro mil mulheres neste setor.

4.3 3.3 POPULAÇÃO/ AMOSTRA

A população foi constituída por todas as gestantes, atendidas no Instituto Elpídio de Almeida (ISEA), Campina Grande, PB.

E a amostra foi constituída por 30 gestantes no terceiro trimestre de gestação, maiores de 18 anos e atendidas no ISEA.

4.4 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão teve como estratégia a análise de gestantes atendidas no ISEA, no terceiro trimestre de gestação, acima de 18 anos de idade, que se encontrarem aptas a responder a entrevista e terem concordado em participar do estudo.

O critério de exclusão englobou todas as gestantes que não se encontrarem no terceiro trimestre de gestação, com idade inferior a 18 anos, e que se recusarem a participar do estudo.

4.5 3.5 PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no período de abril de 2010.

4.6 3.6 COLETA DE DADOS

Inicia-se aqui uma explanação da coleta de dados.

4.6.1 3.6.1 Instrumentos e procedimentos da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionário semi-estruturado (Apêndice A) às gestantes atendidas no ISEA e que consentirem em participar da pesquisa. O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora no período da coleta descrito.

As medidas antropométricas (peso/estatura), foram obtidas através de balança gravimétrica tipo plataforma, marca Filizola, com capacidade de 150 kg e precisão de 0,1 Kg. Para a tomada das medidas antropométricas serão utilizadas técnicas padronizadas, recomendadas por Jelliffe e Jelliffe (1989).

Para a classificação do estado nutricional como, baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade, foi calculado o índice de massa corporal - IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Foram considerados, para esta classificação, os níveis críticos do IMC para a idade gestacional, propostos por Atalah e Castro (1997), adotados pelo Ministério da Saúde.

4.7 3.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha de dados do programa Excel e, posteriormente transferido para o programa *Epi Info 3.4.3* (DEAN et al., 1994). Após processamento das frequências simples para cada variável e minuciosa verificação da consistência e amplitude dos dados, foram elaborados gráficos e tabelas do Excel 7.0 para a elucidação dos dados analisados.

4.8 3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em se tratando de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo seguiu a recomendação da Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP), expresso na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A justificativa e os objetivos do estudo, bem como os procedimentos que foram utilizados na pesquisa, foram explicados através do Termo de Consentimento, em linguagem clara e compreensível. Será garantida a liberdade de recusa de participar da pesquisa ou de retirada do consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalidade ou prejuízo em seu cuidado. Serão assegurados a privacidade, a confidencialidade e o anonimato dos participantes do estudo. Cada participante autorizou a sua participação, na pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Para a realização da pesquisa foram apresentados também, um Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C) e um Termo de autorização do Local para realizar a pesquisa, assinado pelo responsável (ANEXO).

O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - PB.

Todo material referente à pesquisa será arquivado confidencialmente pelos pesquisadores pelo período de cinco anos, conforme regulamenta a supracitada Resolução 196/96.

5. 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo teve como amostra 30 mulheres grávidas, estando no terceiro trimestre de gestação, atendidas no pré-natal do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), em Campina Grande, PB. Os resultados das características socioeconômicas podem ser verificados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características socioeconômicas das gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS	TOTAL	
	N ¹ =30	%(100)
Faixa etária (anos)		
≤ 25 anos	13	43,3
>25 anos	17	56,7
Escolaridade (anos de estudo)		
<4	1	3,3
4-8	11	36,7
>8	18	60
Trabalha		
Sim	6	20
Não	24	80
Renda em salário-mínimo²		
≤ 1	6	20
> 2-3	24	80
Total	30	100

Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.
 1= o número de gestantes entrevistadas; 2= valor do salário mínimo de R\$ 510,00, em vigor desde janeiro de 2010.

As gestantes entrevistadas tinham em média 27,3 anos, variando entre 18-40 anos. Com relação aos anos de estudo, 60,0% apresentaram mais de oito anos de estudo, sendo a média de nove anos, variando entre 0-16 anos de estudo. Com relação ao trabalho fora de casa 80,0% não realizam esta prática, e a maior concentração da renda total das mulheres estava na faixa de dois a três salários mínimos (80,0%).

A idade pode ser um fator de risco para a saúde da mãe e do feto, devido à imaturidade do organismo, nas gestantes adolescentes; e as de idade mais avançada, pode favorecer ao surgimento de anomalias, como por exemplo a Síndrome de Down (NAKADONARI; SOARES, 2006).

A escolaridade pode, também, ser um fator de risco, segundo pesquisa realizada por Stulbach(2007) no 3º trimestre gestacional, mostra que as gestantes com nível de escolaridade alta têm risco 1,9 vezes maior de obter ganho ponderal excessivo em relação às demais.

Desta forma, considerando que o nível de escolaridade reflete a situação socioeconômica, observa-se que as gestantes de menor poder aquisitivo têm menos acesso aos alimentos

em termos quantitativos e qualitativos, consumindo assim alimentos mais calóricos por serem mais baratos (ANDRETO, 2006).

Além disso, existem evidência a renda pode interferir no acompanhamento pré-natal. Estudo realizado por Osis et al (1993) observaram que 30% das mulheres com baixa renda não fizeram pré-natal comparadas com somente 5% entre as de classe média ou alta.

5.1 4.1 CARACTERÍSTICAS GESTACIONAIS

Na Tabela 2, analisamos dados da gestação, observado quanto ao numero de gestações, total de consultas realizadas do pré-natal e idade gestacional(IG).

Tabela 2 - Características obstétricas de gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB

Dados da gestação	n = 30	%(100)
Nº de Gestações		
Primíparas	12	40
Multíparas	18	60
Total	30	100
Consultas(Pré-Natal)		
1 a 2	8	26,7
3 a 4	14	46,6
5 a 6	8	26,7
Total	30	100
IG		
28-30	19	63,3
31-36	8	26,7
≥37	3	10

Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

Verificou-se uma maior prevalência de mulheres primíparas (40%), o número de gestações variou de 1 a 6. No estudo de Andreto (2006), também, percebeu um número maior de primíparas (76,2%) em relação a multíparas. As primíparas tem uma probabilidade maior do parto ser mais demorado, pois é a primeira vez que o útero vai se contrair, podendo durar até 24 horas. Quanto mais vezes a mulher pariu maior será a eficácia do útero no momento da contração.

Evidenciou-se que a média de consultas pré-natal na maioria das entrevistadas (46,6%) é de três a quatro consultas. Corroborando com Carvalho (2004), que observou no terceiro trimestre, uma média de 4,3 consultas, variando de zero a 11 consultas no período.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas pré-natal por mulheres que realizam parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005 (BRASIL,2005). A atenção pré-natal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam ocorrer nesse período.

A assistência pré-natal tem como alvo através de consultas, acolher a mulher desde o início da gestação até após o parto, no puerpério. O Ministério da Saúde preconiza parâmetros para a realização das consultas tais como: realizar no mínimo seis consultas durante toda a gestação, solicitar exames laboratoriais (ABO-RH, hematócrito e hemoglobina, VDRL, anti-HIV, glicemia de jejum entre outros), imunização antitetânica, avaliação do estado nutricional da gestante através do SISVAN (SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL), classificar risco gestacional, entre outros.

Durante a gestação podem surgir doenças associadas ao período gestacional, diante disto a distribuição de doenças associadas à gravidez pode ser verificada na figura 1.

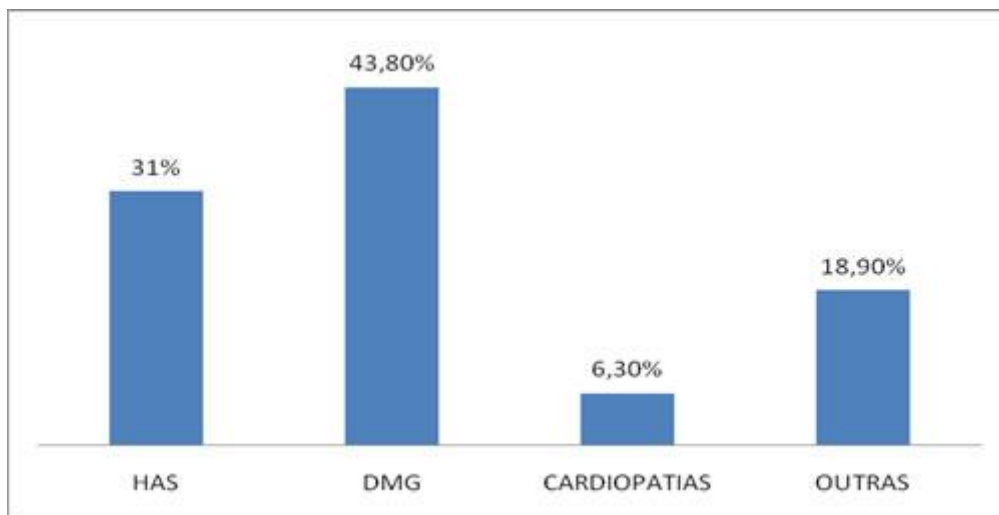


Figura 1 - Doenças associadas a gravidez em gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB.

Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

A doença que mais prevaleceu foi o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (43,8%), corroborando com MAUAD FILHO (1998), que também encontrou elevadas prevalências de DMG (71,7%). Segundo Chuichmam (2010), DMG é considerado a principal patologia da gestação e ocorre geralmente no terceiro trimestre. Em seguida, a patologia

mencionada pelas gestantes deste estudo, foi a hipertensão arterial (HAS) que apareceu em 31,3%. Achado semelhante encontrado Simões (2006), que identificou a incidência de hipertensão na gestação, em 15% das mulheres.

Segundo Melo (2007) as mulheres com diagnostico de DMG apresentam um risco maior de complicações tais como parto pré-maturo, infecções, alterações no volume do liquido amniótico e partos operatórios.

A HAS se desenvolve após a metade da gravidez, onde a pressão sanguínea materna de 140/90mmHg (REZENDE, 2008).No estudo de Oliveira (2006) as mulheres que tinha HAS aumentam os riscos para o feto: PIG (pequeno para a idade gestacional), Apgar baixo no 1º e 5º minutos, infecção neonatal, Síndrome da aspiração meconial (SAM), prematuridade e Síndrome da angustia respiratória (SAR).

5.2 4.2 HÁBITOS ALIMENTARES

Dentre as práticas alimentares, a maioria das gestantes 43,3 % relataram realizar de cinco a seis refeições por dia, sendo que 10,0% realizavam entre uma e duas refeições. Durante a noite 23,3% das participantes acordam para comer (Tabela 3).

Tabela 3 -Hábitos Alimentares de gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB.

Variáveis	n = 30	% (100)
Nº de refeições/dia		
> 6 refeições	6	20,0
5 a 6 refeições	13	43,3
3 a 4 refeições	8	26,7
1 a 2 refeições	3	10,0
Total	30	100,0
Durante a noite acorda p/ comer		
Sim	7	23,3
Não	21	70,0
Às vezes	2	6,7
Total	30	100,0

Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

O fracionamento das refeições deve buscar a presença de produtos saudáveis e diversificar o consumo, controlando as quantidades para uma melhor digestão e aproveitamento dos alimentos, eles devem ser ingeridos a cada três horas, melhorando a

sensação de fome da gestante, azia e mal estar (CHUICHMAM, 2009). Vale ressaltar que os lanches feitos entre as refeições principais devem ser compostos de alimentos leves como frutas, suco de frutas, iogurte, cereais entre outros.

A Figura 2 mostra-nos a frequência da realização das refeições fora de casa, 46,7% delas responderam que realizam refeições fora de casa entre uma e duas vezes por semana, e 30% responderam que nunca realizam refeições fora de casa.

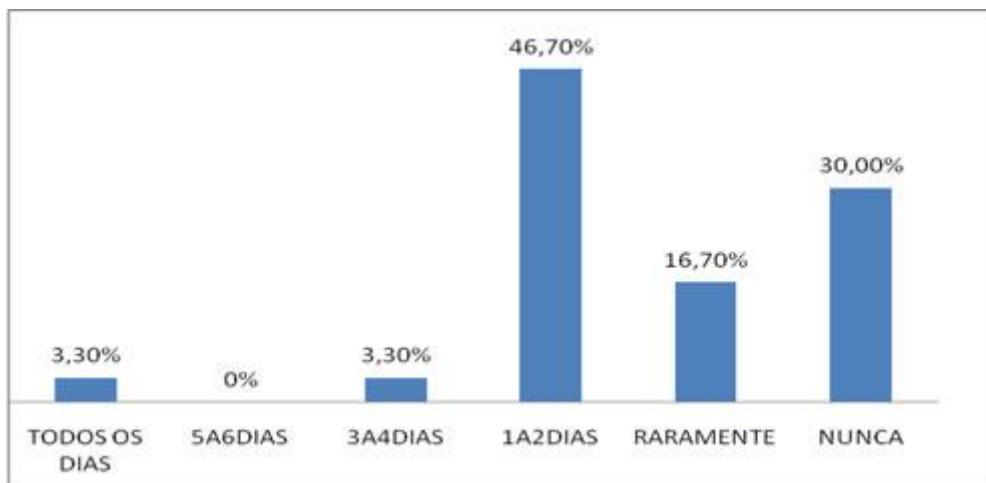


Figura 2 - Distribuição do hábito de realizar refeições fora de casa das gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB
Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

Sabe-se que devido às mudanças no estilo de vida da população brasileira, as pessoas estão consumindo, cada vez mais, alimentos fora de casa. E devido a modernização a busca se torna ainda maior por alimentos de alto valor calórico e baixo valor nutritivo. Hábito preocupante, principalmente, durante a gestação.

A figura 3 apresenta a distribuição de troca das refeições por lanches, e a maioria das entrevistadas (63,3%) respondeu que nunca trocam as refeições principais por lanches.



Figura 3 - Distribuição do hábito de trocar refeições por lanches das gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB.
 Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

A substituição das refeições por lanches é decorrente de uma mudança nos hábitos de vida, que vem afetando as populações em diversas fases da vida, inclusive na gestação. Apesar de grande parte das gestantes não mencionarem esta troca, ainda foi observada a substituição de refeições principais por lanches entre as gestantes (13,3%), uma a duas vezes por semana.

A razão para essa preocupação está no fato de que o costume de se alimentar, por lanches, pode contribuir para um hábito alimentar pobre em nutrientes indispensáveis para compensar as necessidades nutricionais decorrentes da gestação.

Neste estudo, foi possível identificar os alimentos mais consumidos na dieta das mulheres durante a gravidez (Figura 4). Entre os alimentos mais consumidos diariamente, destacam-se, arroz (90%), carne (83,3%), pão (80%), leite (63,3%), cuscuz (56,6%), frutas (50%).

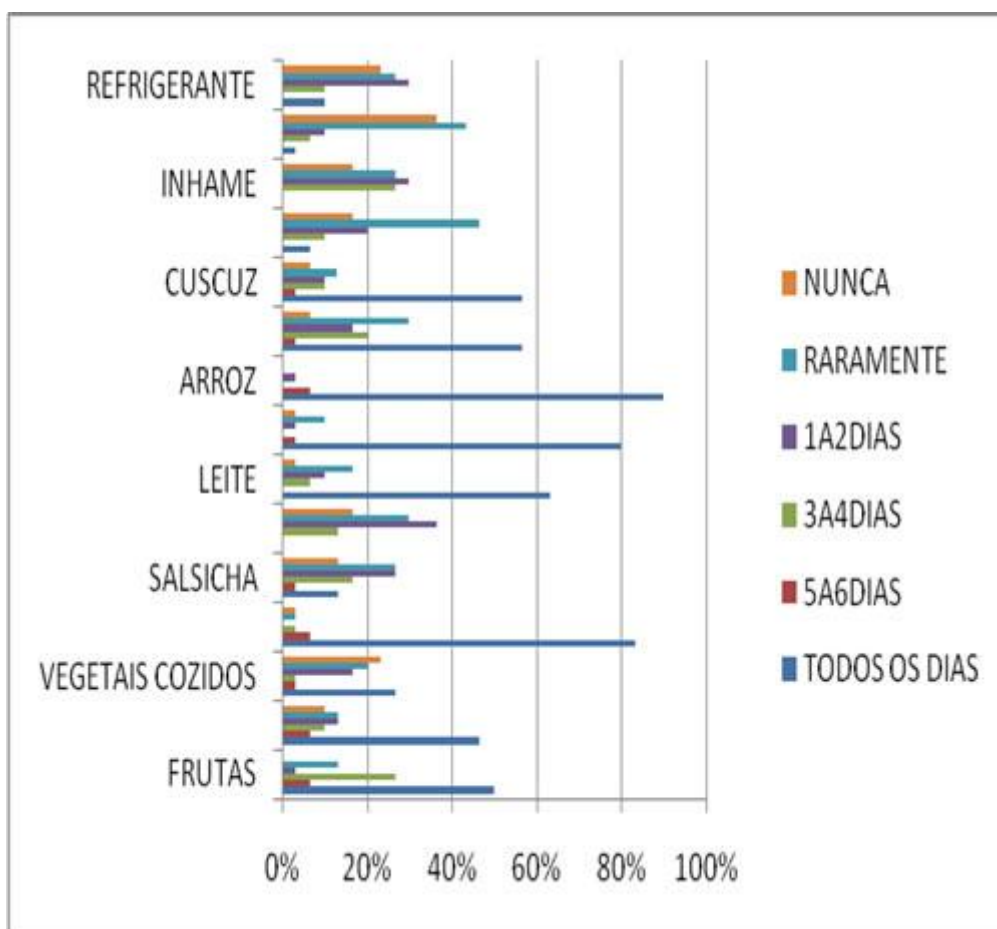


Figura 4 - Distribuição do consumo alimentar das gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB.

Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

Corroborando com este achado, estudo realizado por Barros (2004), observou que 80% das entrevistadas referiram consumiam, diariamente, os alimentos básicos, tais como arroz, pão, leite.

Foi possível observar que 50% das gestantes comem, diariamente, frutas e 46,6%, também, possuem o hábito diário de ingerirem vegetais crus. O consumo de destes alimentos resultam na redução do risco de doenças cardiovasculares, câncer, redução dos níveis de colesterol, melhora o funcionamento do intestino, e fornecem vitaminas necessárias a mãe e ao bebê (ÉVORA, 1988; ANJO, 2004).

O consumo diário de leite foi mencionado por 19 gestantes. Ingerir leite significa ofertar uma boa quantidade de cálcio pelo organismo, e este apresenta funções, como participar ativamente nas mudanças hormonais da gestação, coagulação sanguínea, no metabolismo energético e protéico, na formação do esqueleto do feto, desempenha função especial na manutenção da pressão sanguínea, impulsos nervosos, contração e relaxamento muscular (TIMOTEO,2001).

A tabela 4 demonstra o tipo de leite consumido pelas gestantes. Destacando-se com 93,1% o uso do leite integral.

Tabela 4 - Distribuição do tipo de leite consumido pelas gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB

Leite	n = 29	% (100)
Integral	27	93,1
Desnatado	2	6,9

Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

“A composição do leite é determinante para o estabelecimento da sua qualidade nutricional e adequação para processamento e consumo humano (...) Estima-se que o leite possua em torno de 100 mim constituintes distintos (...)” (SILVA, 1997, p.3). No entanto, o leite também é composto por gordura saturada, ocorre como pequenos glóbulos contendo trigliceróis envolvidos por membrana lipoprotéica (SILVA, 1997).

Após observar um consumo de carne diário por 80% das entrevistas, semelhante à pesquisa realizada por FUJIMORI (2000) que verificou uma ingestão de carnes por 96,0%. Na tabela 5 observa-se o tipo da carne e a ingestão de gordura contida na carne.

Tabela 5 - Distribuição do tipo de carne consumida pelas gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB

Consumo de Carnes	n	%
Carne vermelha	14	48,3%
Carne branca	15	51,7%
Total	29	100,0%
Pele do frango		
Tira a pele	26	92,8%
Come com pele	2	7,2%
Total	28	100,0%
Gordura da carne		
Tira o excesso	22	78,6%
Come com gordura	6	21,4%
Total	28	100,0%

Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

Foi possível evidenciar que as gestantes consomem mais carne branca e apresentam uma ingestão diminuída de gordura da carne, visto que 92,8% delas tiram a pele do frango e que 78,6% tiram o excesso de gordura da carne vermelha.

A gordura se acumula na circulação sangüínea e, com o tempo, formam-se placas de gordurosas chamadas de placas de ateroma, que provocam o aparecimento de altas taxas de colesterol, hipertensão arterial, aterosclerose, entre outras doenças (RAYMUNDO, 2010).

Com relação ao consumo de frituras, evidenciou-se uma ingestão de frituras de 36,7% entre uma e duas vezes por semana. Da mesma forma, estudo de Montovaneli (2009), observou que a maioria das gestantes submetidas a pesquisa relataram um consumo de frituras pelo menos três vezes na semana.

Para Fortunato (1999 apud BECKENKAMP, 2007) o excesso no consumo de frituras, além do aumento de peso, pode gerar um aumento no colesterol total, bem como o LDL, que quando não tratado pode levar ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

As sobremesas mais citadas foram doces e frutas 36,7% e 30,0% respectivamente (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição do consumo de sobremesas pelas gestantes atendidas no ISEA, Campina Grande-PB

Consumo de sobremesa	n = 30	% (100)
Doce	11	36,7
Fruta	9	30,0
Os dois igualmente	4	13,3
Não consome	6	20,0
Total	30	100,0

Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

Entretanto, estudo de Pinheiro (2008), observou em sua pesquisa que a maior parte das gestantes estudadas, diminuiram o consumo de doces; e todas as gestantes com DMG substituíram os doces por frutas.

O consumo de alimentos rico em açúcares é um fator preocupante, e maioria das vezes estes produtos possuem alto valor calórico e elevado teor de gordura, podendo contribuir para problemas futuros à saúde da mãe e da criança.

5.3 4.3 ESTADO NUTRICIONAL (EN)

Na figura 5, verifica-se o EN das participantes, onde 43,3% estavam com seu estado nutricional adequado, 23,3% baixo peso(BP), sobrepeso(S) e obesidade(O) igualaram com 16,7%.

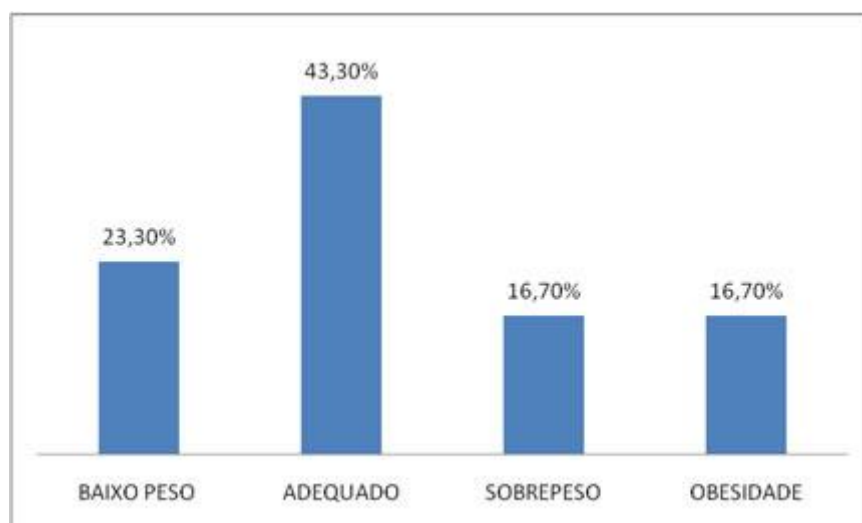


Figura 5: Estado nutricional de gestantes atendidas no ISEA, abril, 2010.
Fonte: Campina Grande – PB, abril, 2010.

Os resultados observados vem apresentando uma tendência mundial, onde a prevalência de gestantes acima do peso é maior que o baixo peso. Na presente pesquisa 33,4% das mulheres estavam acima do peso (sobrepeso/obesidade). Achado semelhante foi constatado por outra pesquisa desenvolvida, também, em Campina Grande-PB que verificou 27% das gestantes acima do peso e 23% baixo peso (MELO et al, 2006).

Corroborando com pesquisa realizada por Andreto (2006), observou 25,4% de baixo peso, 26,2% de sobrepeso/obesidade. E outra pesquisa realizada em São Paulo, que encontrou 21% de baixo peso e 24% de sobrepeso/obesidade (STULBACH,2004).

Neste contexto, o ganho de peso durante a gestação demonstra não apenas a desnutrição, mas também a obesidade que tem representado um problema relevante ou em ascensão nas mulheres gestantes pelo menos dentro dos centros urbanos.

Diante destes resultados evidencia-se a importância da orientação alimentar durante a gestação. Estudo avaliando a orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de Saúde em Ribeirão Preto-SP identificou que 37,3% das gestantes receberam orientação nutricional, enquanto a maioria 60,4% não receberam orientação (SANTOS et al, 2005).

6. 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, pode-se concluir que apesar de se observar um consumo diário pelas gestantes estudadas de verduras crua (46,6%), frutas (50%), carne (83,3%) e leite (63,3%), destaca-se um grande consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, consumo este que aumenta potencialmente o risco de ganho de peso excessivo, e doenças como, hipertensão arterial , diabetes mellitus, cardiopatias, entre outras.

Apesar da maioria das gestantes apresentar um estado nutricional adequado, constatou-se uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade (33,4%), reforçando a necessidade de intensificar orientações para manter o peso das gestantes que já estão com peso adequado e melhorar as que estão acima do peso.

A ingestão de uma alimentação inadequada pode trazer prejuízos não apenas a sua saúde, mas também a saúde do seu filho. Desta forma, mostra-se indispensável uma nova formulação de políticas públicas voltadas para a orientação dos hábitos de vida na gestação, visando à conscientização das gestantes e dos profissionais para os riscos do

baixo peso e do excesso de peso gestacional, cabendo, também, investir na capacitação de profissionais para que este processo seja eficaz.

Diante da influência da nutrição na saúde materna e do feto, o presente estudo buscou investigar seu perfil nutricional na gravidez. Concluindo que é preciso repensar a importância do profissional enfermeiro como educador em saúde, que tem papel relevante na orientação às gestantes quanto aos riscos decorrentes de hábitos de vida inadequados, desenvolvendo ações que promovam a reeducação alimentar, melhorando com isto a qualidade de vida, evitando complicações durante a gravidez.

7. REFERÊNCIAS

ANDRETO, Luciana Marques et al. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** . v. 22, n. 11, p. 2401-2409. 2006.

ANJO, Douglas Farla Corrêa. Alimentos funcionais em angiologia e cirurgia cardiovascular. **J. Vasc Br**, v. 3, n. 2, p. 145-54. 2004.

ATALAH E, C. C.; CASTRO R; A. A. Propuesta de um nuevo estándar de evolución nutricional em embarazadas. **Rev. MedChile**, v. 125, p. 1429-1436, 1997.

AZEVEDO, Daniela Vasconcelos de; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. **Rev. Nutr.** , vol.16, n.3, pp. 273-280. 2003.

BATISTA, Daniele Costa et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 3, n. 2, p. 151-158. 2003.

BAIAO, Mirian Ribeiro; DESLANDES, Suely Ferreira. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 2, Apr. 2006 .

_____. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2633-2642, 2008.

BARROS, Denise Cavalcante de et al. **O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro.** *Cad. Saúde Pública* . 2004, vol.20, suppl.1, pp. S121-S129.

BATISTA, Daniele Costa, et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Revista Brasileira.Saúde Materno Infantil**.v. 03 n. 02. Recife. 2003.

BECKENKAMP, Júlia; SULZBACH, Marilei e GRANADA, Grazielle Guimarães. Perfil alimentar das gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família do Menino Deus do município de Santa Cruz do Sul. **Cinergis**, v. 8, n. 2, p. 13-20, 2007.

BELARMINO, Glayriann Oliveira et al. **Risco nutricional entre gestantes adolescentes**. *Acta paul. enferm.* 2009, vol.22, n.2, pp. 169-175.

BENIGNA, Maria José Cariri; NASCIMENTO, Wezila Gonçalves; MARTINS, Joanio Lopes. **Pré-natal no programa saúde da família (PSF):** com a palavra, os enfermeiros.2004.

BERTIN, Renata Labronici et al. Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes:uma revisão.**Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 6, n. 4, p. 383-390, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada– manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual técnico**. 3. ed Brasília,DF: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS.66 p., 2000.

CAMPOS, Lucinia de. **Nutrição Materna: comendo por dois**,[2009 ou 2010]. Disponível em: . Acesso em 31/05/2010.

CHUICHMAM, Carolina. **Fatores que interferem no desenvolvimento da gestação**. 28/04/2010. Disponível em . Acesso em 31/05/2010.

_____. **Importância do fracionamento das refeições**. 2009. Disponível em > Acesso em 31/05/2010.

COELHO, Kênia Siqueira; SOUZA, Ariani Impieri de; BATISTA FILHO, Malaquias. Avaliação antropométrica do estado nutricional da gestante: visão retrospectiva e prospectiva.**Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 2, n. 1, p. 57-61, 2002.

CREDIDIO, E. V. **Dietoterapia na Nutrologia Médica**. 4ª ed. Itui: Ottoni, 2008.Disponível em . Acesso em 30/05/2010.

DEAN, A.G; DEAN, J;, COULOMBIER. D. **Epilinfo**: version 6.02: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Center for Disease Control, 1994.

DIAS, Ana Catarina Perez; LESSA, Angelina do Carmo e TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. Anemia e consumo alimentar de gestantes adolescentes. **Alim. Nutri., Araraquara**. v.16, n. 3, p. 227-232. 2005.

DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Villela. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 14, n. 5, p. 682-688. 2006.

ÉVORA, Y. D. M. et al. Orientações ministradas a gestante durante a assistência pré-natal: Atuação dos profissionais de Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 22, n. 3, p. 339-351, 1988.

FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 2, p. 171-179, 2003.

FUJIMORI, Elizabeth et al. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. **Rev. Nutr.** v.13, n. 3, p. 177-184. 2000.

FURTADO, Flávia Mambrini. Alimentação na Gestação. [2010] Disponível em acesso em 30/05/2010.

GOMES, Carlos R. **Gravidez equilibrada**. [2006]. Disponível em : . Acesso em 02/06/2010.

GOUVEIA, Raquel, et al. **Gravidez e exercício físico mitos, evidências e recomendações**. 2006. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007>. Acesso em 02/06/2010.

JELLIFE, D. B; JELLIFE, E. F. P.. **Community nutritional assessment**. New York: Oxford University Press; 1989.

LIMA, Fernanda R.; OLIVEIRA, Natália. Gravidez e exercício. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 45, n. 3, p. 188-190, 2005.

LIMA, Geânia de Sousa Paz; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 4, n. 3, p. 253-261, 2004.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca, 2005. 1242 p.

MAUAD FILHO, Francisco et al. Diabetes e gravidez: aspectos clínicos e perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 20, n. 4, p. 193-198. 1998.

MELO, Adriana Suely de Oliveira et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 10, n. 2, p. 249-257, 2007.

MELO, Karla F.S. de. Gravidez menos doce e mais tranqüila. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 51, n. 4, p. 509-510. 2007

MONTOVANELI, Luana; AULER, Flávia. Consumo alimentar de gestantes adolescentes cadastradas na Unidade Básica de Saúde de Mandaguaçu, PR. **Revista saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 349-355, 2009.

NAKADONARI, Elaine Keiko e SOARES, Andréia Assunção. Síndrome de Down: Considerações gerais sobre a influência da idade materna avançada. **Arq. Mudi.**, v. 10, n. 2, p. 5-9. 2006

NOCHIERI, Ana Carolina Moreira et al. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 32, n. 4, ano 2008, p. 443-451, Out./dez. 2008.

NOVAES, Flavia Silva; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Lombalgia na gestação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 620-624, 2006.

NUCCI, Luciana Bertoldi et al. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 502-507, 2001.

OLIVEIRA, Cristiane Alves de et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 6, n. 1, p. 93-98. 2006.

OSIS, Maria José Duarte et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]., v. 27, n. 1, p. 49-53. 1993

RAYMUNDO, Gisele Pontaroli. **Os perigos do consumo exagerado de gorduras**[2010]. Disponível em . Acesso em: 03/06/2010.

RAMALHO, Rejane Andréa; SAUNDERS, Cláudia. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Rev. Nutr.** v. 13, n. 1, p. 11-16, jan./abr., 2000.

REICHELT, Angela J.; OPPERMANN, Maria Lúcia R. and SCHMIDT, Maria Inês. Recomendações da 2ª. Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 46, n. 5, p. 574-581, 2002.

REZENDE FILHO, Montenegro.; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende**: obstetrícia fundamental (manual). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 607 p.

ROCHA, Daniela da Silva et al. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 4, p. 481-489, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, Luzia Aparecida das, et al. Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de Ribeirão Preto: discurso e a prática assistencial. 2005. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006, vol.14, n.5, pp. 688-694.

SILVA, Alessandra Fontes Ferreira da. Gestação na adolescência: impacto do estado nutricional no peso do recém-nascido /. 79f. [dissertação]. Curitiba: Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna da Universidade Federal do Paraná; 2005.

SILVA, Paulo Henrique Fonseca da. Leite: Aspectos de composição e propriedades. **Rev. Química nova na escola**, n. 6, p. 3-5, nov. 1997.

SIMÕES, Maria Jaciara Silva, et al. Ocorrência de Hipertensão Aterial em gestantes no município de Araraquara/SP. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 8, n. 19, p. 7-11, 2006.

STULBACH, Tamara E. et al. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. **Rev. bras. epidemiol.** v. 10, n. 1, p. 99-108. 2007.

TIMOTEO, Paulo. **Gravidez e lactação**. Ed. Vozes; Ed. 10, 2001. Disponível em . Acesso em 02/06/2010.

8. AP NCIDES

8.1 APÊNDICE A - Questionário

QUESTIONÁRIO - CONSUMO ALIMENTAR

Parte 1: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

1. Data de Nascimento: ____/____/____

2. Idade ____

3. Escolaridade: _____

4. Sexo:

() Masculino () Feminino

5. Trabalha?

1 () Sim 2 () Não

Profissão? _____

6. Renda (Salário-Mínimo – SM):

1 () $\leq 1SM$ 2 () 2-3 SM 3 () 4-5 SM 4 () > 5

Parte 2: GESTAÇÃO

1.Quantas vezes você engravidou?

2.Durante as outras gestações você teve alguma complicação?

0.() Sim

1.() Não

Qual? _____

3.Já teve algum aborto:

0.() Sim

1.() Não

Qual a causa? _____

4. Idade gestacional:

5. Nº de consultas de pré-natal:

6. Você tem alguma doença crônica?(diabetes, hipertensão, cardiopatias)

0.() Sim

1.() Não

Qual? _____

Parte 3: ALIMENTAÇÃO

1. Quantas refeições você realiza por dia?

0.() > 6 refeições

1.() 5 a 6 refeições

2.() 3 a 4 refeições

3.() 1 a 2 refeições

Quais? _____

2. Você costuma acordar durante a noite para comer?

0.() Sim

1.() Não

2.() Às vezes

3. Quantas vezes por semana você almoça ou janta fora de casa?

0.() Todos os dias

1.() 5 a 6 dias

2.() 3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

4. Quando almoça ou janta fora de casa, o que é mais comum comer?

0.()Lanche(sanduiche, salgado, pastel, pizza)

1.()Comida(arroz,feijão,carne.salada,legumes)

2.()refere igualmente lanche e comida

5.Quantos dias por semana você troca o almoço ou jantar por lanche?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas vezes por semana você consome frutas?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

7. Quantas vezes por semana você consome salada de vegetais crus?(alface,tomate)

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

8. Quantas vezes por semana você consome salada de vegetais cozidos?(sem batata)

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

9. Quantas vezes por semana você consome carne de vaca, frango ou peixe?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

Qual?_____

10. Você come carne com muita gordura ou costuma tirar o excesso de gordura?

0.()Tira o excesso de gordura

1.()Come com gordura

2.()Não come carne vermelha com muita gordura

11.Quando você come frango, costuma:

0.()Tirar a pele

1.()Comer com a pele

2.()Não come frango com pele

12. Quantas vezes por semana você consome salsicha, mortadela ou presunto?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

13. Quantas vezes por semana você consome alimentos fritos em óleo(ovo frito, batata frita, pastel, coxinha)?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

14. Quantas vezes por semana você consome leite?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

14.1Qual o tipo?

0.() integral 1.() desnatado

2.()semi-desnatado

3. outro_____

15. Quantas vezes por semana você consome pão, bolachas e/ou biscoitos, bolo?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

16. Quantas vezes por semana você consome arroz, macarrão?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

17. Quantas vezes por semana você consome batata doce ou batata inglesa?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

18. Quantas vezes por semana você consome cuscuz?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

19. Quantas vezes por semana você consome tapioca?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

19.1. Qual?

0.() simples 1.()recheada

Qual recheio? _____

20. Quantas vezes por semana você consome inhame, macaxeira?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

21. Quantas vezes por semana você consome alimentos regionais(pamonha, canjica, munguzá, xerém)?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

Qual?_____

22. Quando você consome sobremesa costuma comer com mais frequência?

0.() Doce

1.() Frutas

2.() Os dois Igualmente

3.() Não costuma comer sobremesa

23. Quantas vezes por semana você consome refrigerante?

0.()Todos os dias

1.()5 a 6 dias

2.()3 a 4 dias

3.()1 a 2 dias

4.()Raramente

5.()Nunca

6.Quantas ao dia?_____

Qual?_____

24. Quais os alimentos da sua preferência?_____

25. Quais os alimentos que você não gosta de comer?_____

Parte 4: ANTROPOMETRIA

Peso 1_____ Peso 2_____ Peso Media_____

Altura 1_____ Altura 2_____ Altura Media_____

IMC:_____

8.2 APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FCM – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu _____,

RG: _____, Estado civil: _____,

Anos _____, residente na:

_____,

Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____,

Telefone: _____.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho, terá como objetivo traçar o perfil alimentar de gestantes da zona rural durante o terceiro trimestre de gravidez.

Como também identificar as características socioeconômicas, conhecer os hábitos alimentares, verificar o estado nutricional das gestantes, e descrever o conhecimento

dessas clientes a respeito da importância de uma alimentação adequada nesse período gestacional, para melhores esclarecimentos.

- Ao voluntário caberá a autorização para a participação da pesquisa, respondendo aos questionários, e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados se assim desejarem.

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo placebo, visto que não haverá procedimentos terapêuticos neste trabalho científico.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto, não havendo penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- O participante será VOLUNTÁRIO e SEM REMUNERAÇÃO.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 8880-0359/9148-0679.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Impressão digital

Voluntário

Testemunha (caso de analfabeto)

Pesquisador

8.3 APÊNDICE C – Termo de Compromisso do Pesquisador

FCM – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, autora e orientanda da pesquisa intitulada, “NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO: Perfil nutricional no terceiro trimestre de gestação” esclarecemos que obtivemos todas as informações necessárias para a realização dessa pesquisa. Assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução CCEP/CESED(Conselho de Ética em Pesquisa/Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento).

Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/CESED (Conselho Central de Ética em Pesquisa/Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/ CESED, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ____ de _____ de 2009.

Autor (a) da Pesquisa

Orientanda

9. ANEXOS

ANEXO A -CERTIFICADO DE APROVAÇÃO NO SISTEMA NACIONAL DE
INFORMAÇÃO SOBRE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS