

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE- UNI- RN
CURSO: NUTRIÇÃO

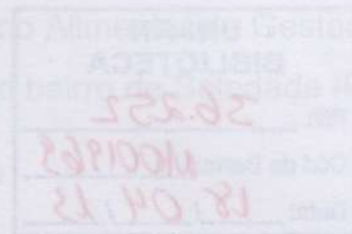
JORDANA SOUZA SANTOS

Avaliação do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar de Gestantes
da Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro de Soledade II-
Natal/RN.

NATAL-RN

2012

JORDANA SOUZA SANTOS



Avaliação do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar de Gestantes
da Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro de Soledade II-
Natal/RN.

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Curso de Nutrição do Centro Universitário
do Rio Grande Do Norte- UNI-RN, como
requisito obrigatório para obtenção do grau de
nutricionista.

Orientadora: Prof^a. MS. Juliana Padilha
Ramos Neves

NATAL-RN
2012

UNI-RN
BIBLIOTECA
RD: 36.252
Cód de Barre: M001969
Data: 18/04/13

612.39:618.2-083
S231a
2012
Ex.01

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Santos, Jordana Souza.

Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de gestantes da
Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro de Soledade II – Natal/RN /
Jordana Souza Santos. – Natal, 2012.

36f.

Orientador: Prof^a. Ms. Juliana Padilha Ramos Neves.

Monografia (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário do Rio
Grande do Norte.

1. Nutrição – Monografia. 2. Estado Nutricional - Gestantes – Monografia.
3. Hábitos Alimentares – Monografia. I. Neves, Juliana Padilha Ramos. II.
Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 612.39

JORDANA SOUZA SANTOS

Avaliação do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar de Gestantes
da Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro de Soledade II-
Natal/RN.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição
do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte-UNI-RN,
como requisito parcial à obtenção do grau de nutricionista.

Prof^a. MS. Juliana Padilha Ramos Neves
Orientadora

Prof^o.
Examinadora – UNI-RN

Prof^a.
Examinadora – UNI-RN

NATAL-RN
2012

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Ele ter me dado a vida e a saúde e por ter me permitido chegar a esta etapa da minha vida. A todos os que me apoiaram e incentivaram, especialmente a minha mãe, a minha irmã e a minha família.

A todos os professores e funcionários da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, em especial ao Professor Doutor António Gomes, pelo seu apoio e orientação. Aos meus colegas de curso, em especial aos da turma de Engenharia de Materiais, pelo seu companheirismo e amizade.

A todos os meus amigos, em especial aos da turma de Engenharia de Materiais, pelo seu apoio e incentivo. Aos meus familiares, em especial aos da família Teixeira, pelo seu amor e apoio.

A todos os meus professores e funcionários da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, em especial ao Professor Doutor António Gomes, pelo seu apoio e orientação. Aos meus colegas de curso, em especial aos da turma de Engenharia de Materiais, pelo seu companheirismo e amizade.

A todos os meus professores e funcionários da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, em especial ao Professor Doutor António Gomes, pelo seu apoio e orientação. Aos meus colegas de curso, em especial aos da turma de Engenharia de Materiais, pelo seu companheirismo e amizade.

A todos os meus professores e funcionários da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, em especial ao Professor Doutor António Gomes, pelo seu apoio e orientação. Aos meus colegas de curso, em especial aos da turma de Engenharia de Materiais, pelo seu companheirismo e amizade.

A todos os meus professores e funcionários da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, em especial ao Professor Doutor António Gomes, pelo seu apoio e orientação. Aos meus colegas de curso, em especial aos da turma de Engenharia de Materiais, pelo seu companheirismo e amizade.

Por fim, agradeço todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta obra. A todos os que acreditaram em mim e me apoiaram.

Ao meu espelho, minha fortaleza a mulher mais guerreira: Minha mainha: Florinete Teixeira.

"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis".

José de Alencar

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Ele ter me dado à graça de ter vencido mais uma etapa da minha vida, iluminado os meus caminhos e pensamentos nos momentos de dificuldade e aflição. Obrigada, senhor! Tú és maravilhoso e grandioso.

A minha mainha, Florinete, a pessoa que mais amo, meu exemplo de vida, que abriu mão de muitas coisas para tornar esse sonho possível!. Pelos momentos de dedicação, carinho e de palavras de apoio para que eu seguisse confiante em mais uma batalha da vida, vibrando com cada conquista. A ti mãe, serei eternamente grata pelo o que sou hoje. Essa vitória também é sua.

Ao meu futuro esposo Nelson, pelo apoio, paciência nos momentos de ausência e conforto nos momentos de angustia, deixando minha vida mais completa, elemento essencial para que eu continuasse prosseguindo nesse sonho.

Ao meu irmão Jardel, pela atenção e carinho que sempre teve comigo.

Aos meus familiares que de uma forma ou de outra contribuíram e torceram pela minha realização pessoal e profissional.

A minha querida professora Juliana, pela paciência, inteligência, orientação e apoio. Agradeço pela dedicação e os ensinamentos repassados durante essa etapa que fizeram de mim uma profissional.

A todos os professores que repassaram suas sabedorias durante esses quatro anos e que de alguma forma contribuíram para a minha vida profissional.

A nutricionista Goretti e aos funcionários da USF de Soledade II, que não mediram esforços para a realização desse sonho, fornecendo informações e espaço.

As amigas e colegas que fiz durante a graduação, quão especiais são e que ficarão para sempre em minha memória.

Por fim, agradeço todos àqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão dessa vitória. Aqueles que acreditaram em mim, muito obrigada!

“Ou eu encontro um caminho ou eu o faço.”

Philip Sidney

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
3.1 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA GESTAÇÃO	15
3.2 NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO	16
3.3 RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES	17
3.4 ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES X PROBLEMAS FETAIS	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE PESQUISA	20
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	20
4.3 MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.3.1 Dados antropométricos	20
4.3.2 Consumo alimentar	22
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1 ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES	23
5.2 CONSUMO ALIMENTAR DAS GESTANTES	25
5.3 ESTADO NUTRICIONAL X CONSUMO CALÓRICO	27
6 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICES	33
APÊNDICE A	34
APÊNDICE B	35
APÊNDICE C	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Avaliação nutricional de gestante segundo o IMC por semana gestacional (Atalah, 1997).	21
Figura 2	Distribuição das gestantes quanto a classificação do estado nutricional pré- gestacional.	23
Figura 3	Distribuição das gestantes quanto à classificação do IMC/idade gestacional.	24
Figura 4	Distribuição das gestantes quanto à relação da adequação do consumo calórico.	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação do IMC para adultos (OMS, 1996).	21
----------	--	----

Tabela 2	Relação do estado nutricional e consumo de...	26
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Médias da ingestão de macro e micronutrientes.	26
Tabela 2	Relação do estado nutricional e consumo calórico.	28

Palavras-chave: Gestante. Estado nutricional. Hábitos alimentares. Consumo calórico. Excesso de peso.

RESUMO

O período gestacional é uma fase na qual as exigências nutricionais são elevadas em comparação ao período antes da gestação. O acompanhamento nutricional deve ser, portanto, iniciado o mais precocemente possível. O cuidado com a alimentação na gestação tem papel decisivo para identificação do estado nutricional da gestante. Nessa fase, é importante a mãe ter uma alimentação equilibrada e balanceada, com proteínas, vitaminas. A maioria das dietas são qualitativamente insuficientes para o desenvolvimento normal fetal. O estado nutricional da mulher durante este período traz importantes repercussões à sua saúde e à sua capacidade de dar a luz e amamentar uma criança saudável. O objetivo desse estudo é avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de gestantes em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Quanto à classificação do estado nutricional pré-gestacional, 25% das gestantes tinham excesso de peso, 58% apresentavam eutróficas e 17% das gestantes estavam obesas. Em relação ao IMC gestacional/semana gestacional, utilizando a curva de Atalah et al. (1997), 50% das gestantes apresentavam peso adequado para idade gestacional. As demais gestantes apresentaram 17% de obesidade, 7% de baixo peso e 25% excesso de peso. A inadequação do IMC e o ganho de peso anormal ocasionam complicações, como por exemplo, diabetes e hipertensão. De acordo com o consumo calórico estimado através do R24 e comparado com suas necessidades calóricas ideais calculadas de forma individual, 50% delas tinha o consumo calórico abaixo do ideal, 8% tinha o consumo calórico equivalente à necessidade calórica ideal e 42% apresentavam o consumo superior ao ideal calculado. Uma alimentação inadequada durante a gestação propicia a mãe um aporte inadequado de nutrientes para que o feto tenha um crescimento normal. Portanto, o acompanhamento nutricional reforça a importância de serem instruídas a um estilo de vida saudável, prevenindo alterações irregulares e indesejáveis durante a gestação.

Palavras-chave: Gestantes. Estado nutricional. Hábitos alimentares. Consumo Calórico. Excesso de peso.

ABSTRACT

The gestation period is a phase in which the nutritional requirements are high compared to the period before pregnancy. The nutritional counseling should therefore be initiated as soon as possible. The diet care during pregnancy has a decisive role to identify the nutritional status of pregnant women. At this stage, it is important to have a mother and balanced diet balanced with protein, vitamins. Most diets are qualitatively insufficient for normal development of the fetus. The nutritional status of women during this period has important implications for their health and their ability to give birth and nurse a healthy child. The aim of this study is to assess the nutritional status and dietary intake of pregnant women in a Family Health Unit (FHU). Regarding the classification of nutritional status before pregnancy, 25% of women were overweight, 58% had normal weight and 17% of women were obese. In relation to gestational BMI / gestational week, using the curve Atallah et al. (1997), 50% of the women had adequate weight for gestational age. The remaining 17% of pregnant women were obese, 7% underweight and 25% overweight. The inadequacy of BMI and abnormal weight gain cause complications, such as diabetes and hypertension. According to the calorie intake estimated by the R24 and compared with their ideal caloric needs calculated individually, 50% of them had less than optimal caloric intake, 8% had caloric intake equivalent to the energy requirements and 42% had optimal consumption greater than the calculated optimal. A poor diet during pregnancy provides the mother with inadequate supply of nutrients to the fetus has a normal growth. Therefore, nutritional counseling reinforces the importance of being educated to a healthy lifestyle, preventing unwanted and irregular changes during pregnancy.

Keywords: Mom. Nutritional status. Eating habits. Caloric consumption. Overweight.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase marcada por várias mudanças. A presença de aspectos fisiológicos impostos pela gestação no organismo materno permite o diagnóstico da gravidez. Muitas mulheres vivenciam essa fase como única. A confirmação da gravidez gera expectativas e intensos cuidados com a criança que vai nascer (BAIÃO; DESLANDES, 2008).

A experiência de gestar leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a torna também suscetível a vários distúrbios emocionais (RAPHAEL-LEFF apud PICCININI et al., 2008). Assim, a gravidez pode tanto desencadear uma crise emocional para as gestantes como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido (ARAGÃO apud PICCININI et al., 2008). A maneira como a mulher lida com todas estas mudanças do período gestacional deverá influenciar fortemente a relação futura com a criança (MALDONADO apud PICCININI, 2008).

Com o aumento do sobrepeso na população brasileira, sobretudo em mulheres, tornam-se necessários o acompanhamento mais eficiente do ganho de peso durante a gestação e o atendimento nutricional não apenas para as gestantes com baixo peso, mas, também, para aquelas com sobrepeso pré-gestacional e risco de ganho excessivo de peso durante a gravidez (ENGSTROM; ANJOS apud SOUZA; NASCIMENTO, 2002). Alterações como o aumento do débito cardíaco, elevações de hormônios, ganho de peso, elevações nos níveis de colesterol e lipídios, são comuns em alguns períodos da gravidez (SOUZA; NASCIMENTO, 2002).

Fatores como idade, intervalo entre os partos menor que 1 ano, altura, peso e tabagismo ou complicações como desnutrição, infecções, obesidade e hipertensão, podem interferir no ciclo normal da gestação, aumentando o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, aborto espontâneo e mortalidade perinatal (JOB, 2010).

O cuidado com a alimentação na gestação tem papel decisivo para identificação do estado nutricional da gestante. Para algumas grávidas o ato de comer são acompanhados por práticas culturais, crenças e proibições. Com isso, alguns alimentos são evitados na dieta da gestante, quando considerados "fortes" e perigosos para a saúde do feto e da mãe (BAIÃO e DESLANDES, 2008).

A maioria das dietas são qualitativamente insuficientes para o desenvolvimento normal fetal. O atendimento nutricional no pré-natal com prática educativa e voltada para melhorar o estado nutricional materno pode diminuir a mortalidade neonatal e o baixo peso ao nascer (JOB, 2010). O ganho de peso adequado, a ingestão de energia e nutrientes, o fator emocional e o estilo de vida serão determinantes para o crescimento e desenvolvimento normais (VITOLLO, 2008, cap.5).

Nessa fase, é importante a mãe ter uma alimentação equilibrada e balanceada, com proteínas, vitaminas, por exemplo, a vitamina A essencial para o desenvolvimento fetal e reduz riscos de infecções; e minerais adequados, como o ferro e o cálcio, que ajudam na redução de anemias (SOUZA, 2002; SANTOS et al., 2006; JOB, 2010).

Este estudo parte do pressuposto que a alimentação não adequada da mãe e a privação alimentar durante a gravidez afeta diretamente o perfil nutricional da criança, gerando inclusive complicações fetais. Logo, se faz necessário investigar o estado nutricional e o consumo alimentar de gestantes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Bairro de Soledade II- Natal/RN.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar das gestantes da USF do Bairro de Soledade II- Natal/RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o estado nutricional das gestantes;
- Analisar quantitativamente a dieta consumida pelas gestantes;
- Comparar o consumo alimentar com o estado nutricional das gestantes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA GESTAÇÃO

A gravidez normal é acompanhada por alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas que afetam quase todas as funções orgânicas da gestante (LACERDA et al., 2008). A duração da gestação normal, dura em média 40 semanas, que são divididas em primeiro trimestre, segundo trimestre e terceiro trimestre.

No primeiro trimestre (1-12 semanas) o corpo da mulher faz um grande esforço para se adaptar ao embrião e a placenta que estão se desenvolvendo. Surgem alterações no sistema circulatório, como o aumento do volume sanguíneo, causando edema (inchaço), o aumento do tamanho dos seios é comum em muitas mulheres. Enjôos e vômitos são mais comuns durante o primeiro trimestre (ACCIOLLY; SUNDERS; LACERDA, 2005).

O segundo trimestre (13^a à 27^a semana) e o terceiro trimestre (27^a semana em diante), integram outra etapa para a gestante, em que o estilo de vida e fatores ambientais, afetam em grande parte o desenvolvimento normal do feto. A ingestão adequada de nutrientes nessa fase é de grande importância, tanto para o feto quanto para a mãe (ACCIOLLY; SUNDERS; LACERDA, 2005; VITOLO, 2008).

Algumas alterações podem aparecer no decorrer da gravidez, como alterações na postura, no trato gastrointestinal provocando prisão de ventre, alterações no paladar e olfato, causadas pela disfunção hormonal. Contudo, essas alterações fazem com que as mães se adaptem as alterações fisiológicas, metabólicas e nutricionais.

As alterações nutricionais mais comuns nas gestantes são o diabetes, que comumente aparece na gravidez, que se dá o nome de diabetes gestacional, definida como qualquer grau de intolerância à glicose; assim como também pode ocorrer a obesidade pré-gestacional, que pode induzir a hipertensão e contribuir para mais complicações (MATTAR et al., 2009; CUNHA et al., 2002).

Grávidas com alterações nutricionais têm mais riscos de apresentar, anemias, infecções e parasitoses, além de outras patologias. Por isso uma alimentação saudável é essencial nessa fase da mulher (ANDRADE, et al., 2004).

3.2. NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO

Má alimentação, especialmente durante a gravidez e a lactação, representa uma ameaça potencial à saúde materna e da criança. O estado nutricional da mulher durante este período traz importantes repercussões à sua saúde e à sua capacidade de dar a luz e amamentar uma criança saudável (JOB, 2010).

Na gestação as necessidades nutricionais aumentam. A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção à saúde nessa fase.

Segundo Nascimento e Souza (2002, p. 174):

Alguns nutrientes devem ser analisados quando se estuda a alimentação de gestantes, em virtude de serem os que têm maior probabilidade de consumo inadequado, pelo fato de não serem amplamente distribuídos nos alimentos e/ou por suas recomendações serem percentualmente muito maiores em comparação com os demais. Entre estes encontram-se cálcio, fósforo, retinol, vitamina C, folato e ferro.

O consumo de vários tipos de alimentos oferece uma variedade de nutrientes necessários para as demandas fisiológicas e uma alimentação adequada. O aumento do consumo de frutas, legumes e verduras com a redução de algumas gorduras, propicia a gestante menos riscos de complicações durante a gravidez (BROGNOLI, 2008).

Todos os nutrientes que a grávida consome são levados ao feto. A deficiência de alguns desses nutrientes podem afetar o crescimento e o desenvolvimento do bebê, assim como diminuir as reservas da mãe (CUNHA et al., 2002).

A alimentação adequada quantitativamente e qualitativamente, também interfere no leite que a mãe vai produzir, pois os nutrientes ingeridos pela mãe durante uma alimentação vão estar presentes no leite materno. Partindo do pressuposto que a mãe passa os nutrientes pelo leite materno, uma alimentação equilibrada e nutritiva fornece energia suficiente para o bebê, através do leite materno.

Durante a gestação não é indicado a privação de alguns alimentos, mesmo nas gestantes com sobrepeso, o indicado é evitar comidas com alto teor de gorduras (SOUZA; NASCIMENTO, 2002) e o acompanhamento nutricional nessa fase deve ser iniciado o quanto antes. Uma mãe bem orientada sobre questões alimentares

propicia a adequação das necessidades nutricionais para o período gestacional, além de contribuir para o aleitamento materno.

3.3 RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES

Durante a gravidez, as necessidades energéticas da mãe são aumentadas. Devido o aumento da taxa metabólica basal (TMB). A TMB aumenta para suportar o desenvolvimento fetal e as demandas energéticas. A adequação da ingestão energética interfere no ganho de peso da gestante.

Segundo Hytten e Leitch apud Vitolo (2008):

O custo energético de uma gestação completa, considerando-se 40 semanas gestacionais, ganho de peso de 12,5kg e peso do recém nascido de 3.000g, foi estimado em 80.000 calorias, das quais 35.000 são requisitadas para o depósito de 3,5kg de gordura e o restante, cerca de 36.000kcal, é destinado ao aumento do metabolismo basal da gestante.

O consumo de proteínas é de fundamental importância para o crescimento fetal. A recomendação de proteína para gestantes é de 60g/dia (VITOLLO, 2008), sendo alimentos com alto teor de proteína leite, ovos e carnes.

O cálcio durante a gestação sofre alterações devido às modificações hormonais presentes na gestação. As recomendações de cálcio para gestantes adultas é de 1.000mg/dia e para adolescentes é de 1.300mg/dia (IOM apud VITOLLO, 2008). Esses valores podem ser obtidos pela ingestão de 2 copos de leite, 30g de queijo e 150g de iogurte (VITOLLO, 2008). Outros alimentos que contêm cálcio são os vegetais e os feijões, porém sua absorção é mais lenta, sendo necessário o consumo diário para atingir o percentual recomendado.

Defeitos no tubo neural, complicações obstétricas, são causados pela deficiência do ácido fólico (folato), sendo suas fontes vegetais verdes-escuros, feijão preto, lentilha, laranja, abacate e ovo de galinha.

IOM apud Vitolo (2008):

Segundo as novas recomendações dietéticas, as mulheres em idade fértil devem consumir 400µg/dia de ácido fólico proveniente da suplementação e/ou alimentos fortificados além de uma dieta com fontes naturais de ácido fólico, e mulheres grávidas devem consumir 600µg/dia.

A deficiência de ferro acarreta problemas para o feto e para a mãe, como a desnutrição e a anemia. A anemia ferropriva é um indicador de deficiência nutricional que ocasiona risco para o nascimento de crianças prematuras (BROGNOLI et al., 2008). A alimentação das gestantes deve priorizar alimentos como carnes e vísceras, que são fontes de ferro. A recomendação de ferro é de 27mg/dia (TRUMBO apud VITOLO, 2008).

A vitamina A é obtida facilmente por meio da alimentação. Alimentos de cor alaranjados são fontes de vitamina A, como laranja, cenoura, abóbora e mamão. A recomendação de vitamina A para gestantes é de 770µg/dia (VITOLO, 2008). A vitamina A tem papel importante na visão, manutenção da placenta e na função imune, além de determinar o estado nutricional das crianças, através do consumo de vitamina A da mãe.

Outras vitaminas merecem destaque durante a gravidez, como vitamina C, que participa da síntese de colágeno e a vitamina D essencial para a saúde da mãe e da criança. Esta última pode ser encontrada na gema de ovo, salmão e fígado, além de ser produzida pela exposição à luz solar. As vitaminas do complexo B, também são essenciais nessa fase (ISHISATO; SHIMO, 2001).

As fibras e a água merecem atenção especial, evitando a constipação e mantendo a gestante hidratada.

3.4 ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES X PROBLEMAS FETAIS

O período da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. O desajuste do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o desenvolvimento do recém-nascido, pois é nessa fase onde as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes para o crescimento fetal (FRANCESCHINI ET AL., 2005).

Antes da gravidez o estado nutricional da mulher pode alterar o processo normal da gestação. Gestantes que apresentam uma reserva inadequada de nutrientes, aliada a uma ingestão dietética insuficiente, poderão ter um comprometimento do crescimento fetal, e conseqüentemente, do peso ao nascer. Estudos realizados em nosso meio têm demonstrado que mulheres que iniciaram a

gravidez com peso inferior a 50kg apresentaram maior risco de gerarem crianças com baixo peso ao nascer (PINTO et al., 1996).

Alguns autores concluíram que fatores nutricionais imediatamente relacionados à gestação ou anteriores a ela têm grande importância na ocorrência de desnutrição intra-uterina (CASTILLO, 1996).

Gestante com ganho de peso insuficiente apresenta maior risco de gerar recém-nascido com peso inadequado, podendo comprometer o crescimento pós-natal, com um maior risco de morbidade no primeiro ano de vida. Também o ganho de peso gestacional excessivo não é benéfico ao recém-nascido, pois às vezes esse excedente serve apenas para deteriorar o estado nutricional materno (LIZO et al., 1998).

Outras variáveis tais como; idade gestacional, paridade, idade materna, patologias presentes na gravidez, alterações placentárias, condições sócio-econômico-culturais, hábito de fumar, alcoolismo e uso de drogas podem influenciar, direta ou indiretamente, o crescimento intrauterino e pós-natal (MILLER; MERRIT, 1999).

Outra variável relacionada ao peso ao nascer é a estatura materna. Mulheres com altura inferior a 1,50m apresentam maior probabilidade de gerarem filhos de baixo peso ao nascer, além do risco da desproporção céfalo-pélvica (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA 2005).

A desnutrição materna prejudica o crescimento fetal, em peso e altura, contribuindo para aumentar as taxas de morbimortalidade perinatais (SILVA et al., 2006). A identificação precoce de gestantes com inadequação no estado nutricional permite uma melhora do estado nutricional materno e tem impacto positivo nas condições ao nascer, podendo minimizar os índices de problemas fetais durante a gestação (ZAMBONATO et al., 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo é do tipo transversal, que segundo, Vieira e Hossene (2001), é feito para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e as suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1991).

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo da pesquisa é caracterizado pelas gestantes que fazem acompanhamento na USF do Bairro de Soledade II- Natal/RN. A amostra da pesquisa são as gestantes adultas que estiveram presentes no dia em que a pesquisadora coletou os dados (abril a maio de 2012) e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), foram esclarecidas quanto ao estudo e informadas de que suas identidades seriam preservadas. O total da amostra foi de 12 gestantes.

4.3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para coleta dos dados, foi utilizado um questionário (APÊNDICE C) elaborado pela própria pesquisadora contendo informações pessoais, dados antropométricos e um recordatório 24h (APÊNDICE B) para análise do consumo alimentar.

4.3.1 Dados antropométricos

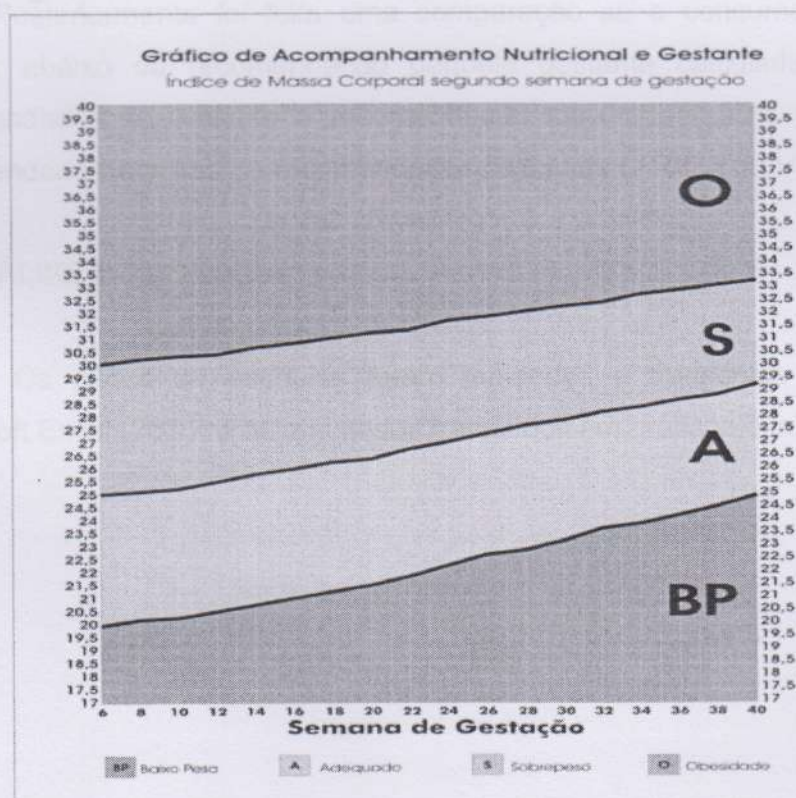
Foram registrados o peso pré- gestacional referido pelas mesmas, o peso gestacional atual, a altura e período gestacional. A partir desses dados foram calculados e analisados o IMC pré- gestacional segundo OMS (1996) representado

no quadro 1 e o IMC para idade gestacional segundo Atalah (1997) representado na figura 1 .

Quadro 1: Classificação do IMC para adultos.

IMC (Kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO
< 16	Magreza grau III
16 a 16,9	Magreza grau II
17 a 18, 4	Magreza grau I
18,5 a 24,9	Eutrofia
25 a 29,9	Excesso de peso
30 a 34,9	Obesidade grau I
35 a 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: OMS (1996)



Fonte: Atalah (1997)

Figura 1: Avaliação nutricional de gestante segundo o IMC por semana gestacional.

4.3.2 Consumo alimentar

O método de avaliação do consumo alimentar foi o recordatório 24h. No recordatório 24h, pergunta-se ao paciente o que foi ingerido nas últimas 24 horas (JOB, 2010). Este método apresenta muitas vantagens: é rápido, relativamente barato e pode ser aplicado em pessoas não alfabetizadas.

As informações obtidas através do R24 de cada gestante foram analisadas através da tabela Tucunduva (2012), por meio dessa, foram analisados e tabulados o valor calórico e os valores de macro e micronutrientes, em seguida foi feito as médias dos valores obtidos do consumo de todas as gestantes.

Para a estimativa de necessidade calórica total pré-gestacional, foi utilizada a recomendação da RDA (1989) onde: $VCT = \text{peso ideal pré-gestacional} \times 36 \text{ kcal}$ e com adicional de 300 kcal/dia para gestantes que se encontravam no 2º e 3º trimestre. O peso ideal pré-gestacional foi cálculo utilizando a média de eutrofia do IMC (22 Kg/m^2) multiplicado pela altura².

Posteriormente foi feita uma comparação se o consumo referido no R24 estava: abaixo da recomendação daquela gestante calculada ($<95\%$ do VCT recomendado); equivalente à recomendação calculada ($\geq 95\%$ e $\leq 105\%$ do VCT recomendado); e acima da recomendação calculada ($>105\%$ do VCT recomendado).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram tabulados e transcritos para o programa Microsoft Excel (2010) e os resultados traduzidos em gráficos e tabelas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para cálculo e tabulação dos resultados, foi necessário estratificar a amostra das 12 gestantes de acordo com o trimestre gestacional que se encontravam. Desta forma, a amostra ficou distribuída da seguinte forma: 2 no primeiro trimestre, 7 no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre.

5.1 ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES

Quanto à classificação do estado nutricional pré-gestacional (figura 2), 25% (n=3) das gestantes tinham excesso de peso, 58% (n=7) apresentavam eutróficas e 17% (n=2) das gestantes estavam obesas.

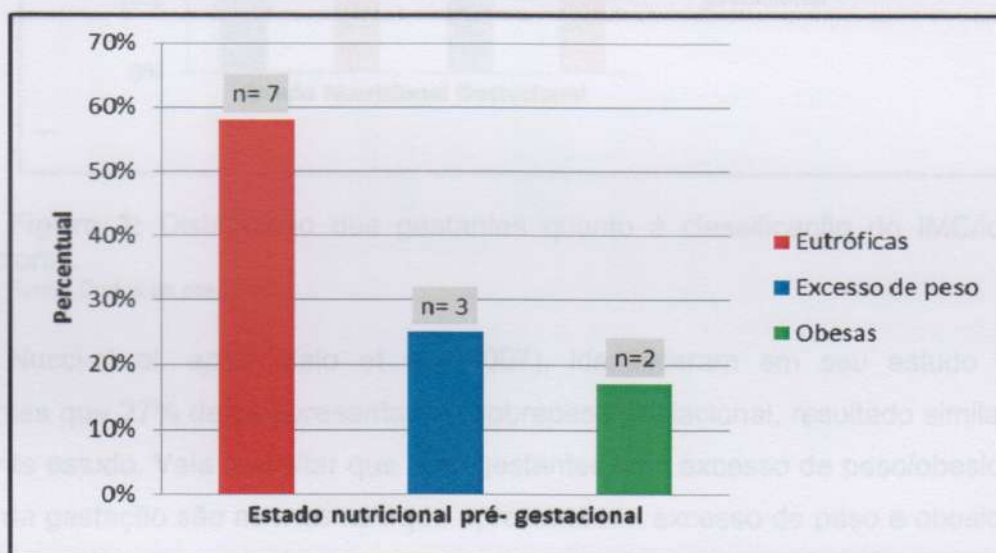


Figura 2: Distribuição das gestantes quanto à classificação do estado nutricional pré-gestacional.

Fonte: Dados da pesquisa

Pode-se observar que 5 gestantes estavam com sobrepeso/obesidade e segundo afirma Padilha et al. (2007), mulheres com excesso de peso pré-gestacional apresentam riscos de desenvolver síndrome hipertensiva da gravidez (SHG), como também diabetes gestacional (DG), assim o IMC pré-gestacional inadequado atua como principal marcador para irregularidades na gestação e no baixo peso do recém nascido.

Em relação ao IMC gestacional/semana gestacional (figura 3), utilizando a curva de Atalah et al. (1997), 50% das gestantes apresentavam peso adequado para idade gestacional. As demais gestantes apresentaram 17% de obesidade, 7% de baixo peso e 25% excesso de peso.

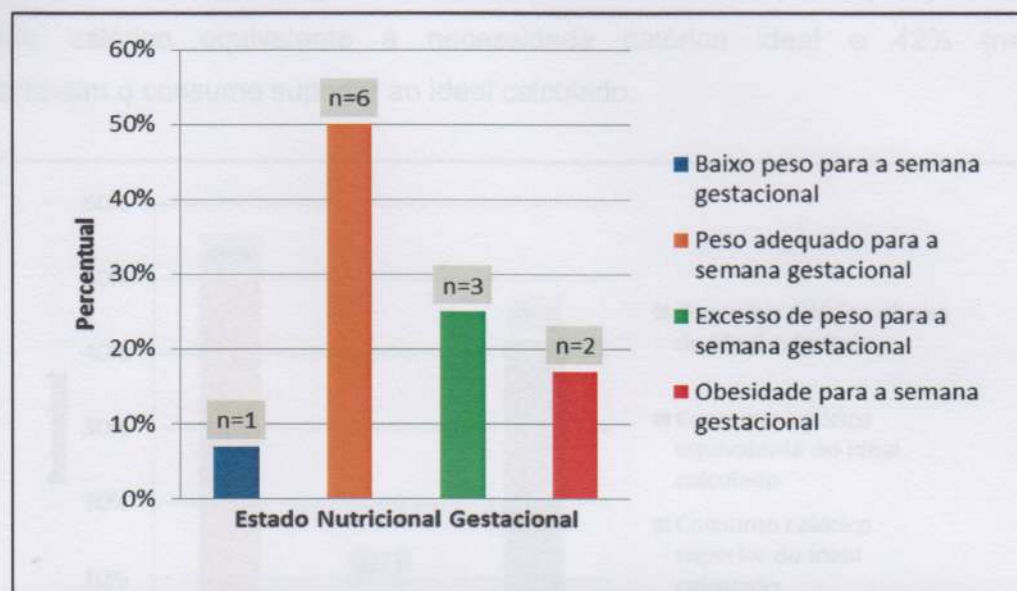


Figura 3: Distribuição das gestantes quanto à classificação do IMC/idade gestacional.

Fonte: Dados da pesquisa

Nucci et al. *apud* Melo et al. (2007), identificaram em seu estudo com gestantes que 27% delas apresentavam sobrepeso gestacional, resultado similar ao presente estudo. Vale ressaltar que as 5 gestantes com excesso de peso/obesidade antes da gestação são as mesmas que apresentaram excesso de peso e obesidade durante a gestação. E uma gestante que era eutrófica antes da gestação apresentou hiperêmese gravídica, ocasionando baixo peso gestacional.

Em relação ao ganho de peso durante a gestação por trimestre, seguindo a recomendação IOM (2009), 6 gestantes encontravam-se com o ganho de peso ideal durante a gestação, 5 encontravam-se com o ganho de peso elevado para a gestação e apenas 1 gestante encontra-se com o peso baixo para a gestação.

5.2 CONSUMO ALIMENTAR DAS GESTANTES

De acordo com o consumo calórico estimado por meio do R24 e comparado com suas necessidades calóricas ideais calculadas de forma individual (figura 4), 50% (n=6) delas tinha o consumo calórico abaixo do ideal, 8% (n=1) tinha o consumo calórico equivalente à necessidade calórica ideal e 42% (n=5) apresentavam o consumo superior ao ideal calculado.

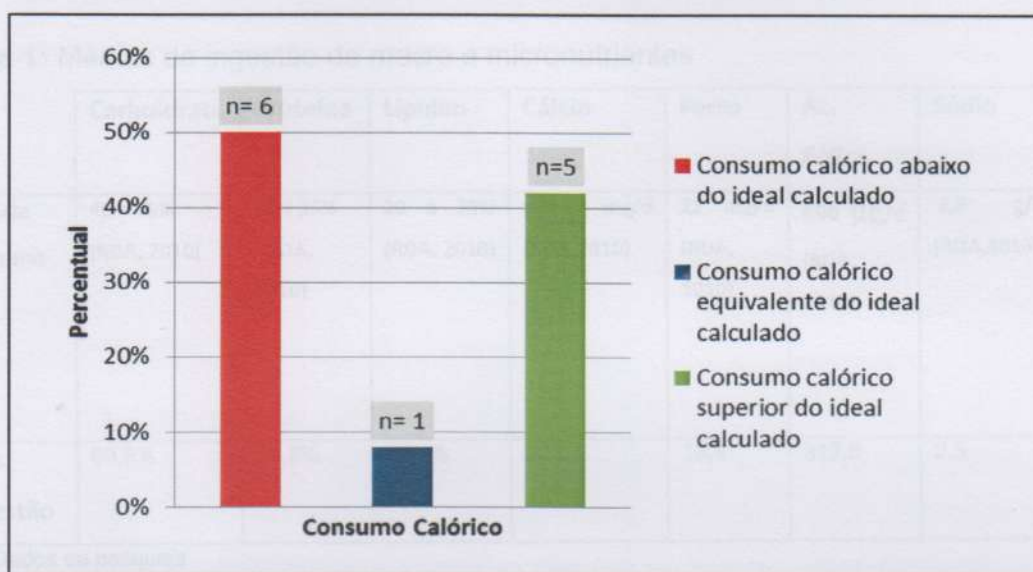


Figura 4: Distribuição das gestantes quanto à relação da adequação do consumo calórico

Fonte: Dados da pesquisa

Apesar de 50% das gestantes apresentarem o consumo calórico abaixo do ideal calculado, apenas 1 delas apresentou baixo peso gestacional.

O consumo insuficiente ou excessivo de alimentos, como foi o caso da prevalência deste resultado, segundo Barros (1992), é uma das possíveis razões para a variabilidade de ganho de peso durante a gestação, muito embora tenha que se considerar as variações fisiológicas como a retenção de líquidos, a multiparidade e a presença de patologias como diabetes, hipertensão e outras. A motivação para o controle de peso pode resultar no aumento da frequência de pequenos lanches em substituição as principais refeições (FONSECA et al., 1998).

Autores sugerem que as mulheres quando grávidas aumentem e incluam alimentos em sua dieta habitual e/ou modifiquem seus hábitos alimentares, seja pelo

aumento do apetite inerente às mudanças biológicas de seu corpo, seja por preocupação com o fato de estarem grávidas e com o nascimento de um bebê saudável (COELHO, 1995; HERMANSON & STORY, 2000 *apud* BARROS, 2002).

O consumo de macro e micronutrientes também verificado através do R24 apresentou as seguintes médias (tabela 1): 60,8% de ingestão de carboidratos, 14,8% de proteínas, 24,4% de lipídeos, 535,7 mg cálcio, 15,4 mg ferro, 312,8 µg ácido fólico, 2,5 g de sódio.

Tabela 1: Médias da ingestão de macro e micronutrientes

	Carboidrato	Proteína	Lipídeo	Cálcio	Ferro	Ác. Fólico	Sódio
Referência de consumo	45 a 65% (RDA, 2010)	10 a 35% (RDA, 2010)	20 a 35% (RDA, 2010)	800 mg/d (RDA,2010)	22 mg/d (RDA, 2010)	600 µg/d (RDA, 2010)	2,3 g/dia (RDA,2010)
Médias da ingestão	60,8%	14,8%	24,4%	535,7	15,4	312,8	2,5

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando descritivamente a média de consumo dos macronutrientes, estes apresentaram-se dentro das recomendações, segundo a RDA (2010). Entretanto, é preocupante que a média de consumo do cálcio, ferro e ácido fólico tenham se mostrado abaixo das recomendações e o consumo médio de sódio mostrou-se superior a RDA.

Durante a gestação, ocorre um aumento na demanda materna de cálcio, que deve estar disponível para atender o processo de mineralização ósseo fetal. Em geral, o aumento na ingestão de cálcio não é recomendado para as gestantes, exceto para os grupos considerados de risco como gestantes adolescentes, populações com dietas pobres neste nutriente e mulheres com risco de desenvolver hipertensão gravídica (VILLAR; BELIZÁN, 2000).

Segundo Bastos (1992) as recomendações adequadas de ferro durante a gestação não são alcançadas por meio da dieta habitual e a sua suplementação é quase que obrigatória durante a gestação. A anemia por deficiência de ferro em

gestantes leva a um risco 2 a 3 vezes maior de ocorrer à prematuridade e o baixo peso ao nascer (STORY; ALTON, 1995).

Uma pesquisa feita com gestantes em 2010 também encontrou assim como no presente estudo, um alto consumo de sódio, ultrapassando a RDA, com uma média de ingestão de 4,07g, resultado ainda superior ao aqui encontrado (AGUIAR et al., 2010). O alto consumo de sódio em gestantes é fator de risco para hipertensão e pré-eclâmpsia. A FAO/WHO (2003) ainda reforça esta afirmação colocando que o consumo de sódio superior a 5g tem associação com o risco de desencadeamento de doenças crônicas.

Sobre o baixo consumo de ácido fólico aqui encontrado, um resultado similar também ocorreu no estudo de Ribeiro et al. (2003), onde 51,3% de suas gestantes apresentaram deficiência de ácido fólico (ingestão abaixo de 600 µg/dia). A importância do ácido fólico na gestação se dá na prevenção de defeitos ligados ao nascimento e complicações comuns à gravidez, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer e anemia. Defeitos no tubo neural, complicações obstétricas, são causados pela deficiência do ácido fólico (VITOLLO, 2008).

Cavalli et al., (2009) relata que as complicações observadas nos sistemas orgânicos em decorrência da pré-eclâmpsia podem explicar a alta incidência de mortalidade e morbidade fetal e materna, o que faz da doença uma das principais causas de morte materna no Brasil (37% das causas de morte obstétricas diretas).

Um estudo feito por Montovaneli; Auler (2009) mostrou que gestantes atendidas em uma unidade de saúde da família (USF) apresentaram um consumo médio de 3,9 g/dia de ácido fólico, e ainda mostrou que nenhuma gestante apresentou consumo equivalente à recomendação.

5.3 ESTADO NUTRICIONAL X CONSUMO CALÓRICO

A relação do estado nutricional das gestantes com o consumo calórico estimado através do R24 foi classificado em: abaixo do recomendado, equivalente ao recomendado e acima do recomendado. Os resultados estão representados na tabela 2.

Tabela 2: Relação do estado nutricional e consumo calórico.

Ingestão Calórica (R24)			
Estado Nutricional	* Abaixo do recomendado	** Equivalente ao recomendado	*** Acima do recomendado
Baixo Peso			1
Adequado	2	1	3
Excesso de peso	3		
Obesidade	1		1

Fonte: Dados da pesquisa

(*) <95% das calorias recomendadas; (**) $\geq 95\%$ e $\leq 105\%$ das calorias recomendadas; (***) >105% das calorias recomendadas

Pode-se observar que os resultados são controversos. Aquela única gestante com baixo peso e que relatou hiperêmese gravídica apresentou um consumo calórico acima do recomendado. E metade das gestantes (n=6) apresentaram consumo calórico abaixo do recomendado, entretanto nenhuma mostrou baixo peso estando todas entre peso adequado e obesidade. Ou seja, não há relação proporcional entre consumo calórico e estado nutricional gestacional. Uma das hipóteses lançada a este resultado é o tipo de ferramenta utilizada para análise do consumo, pois segundo Bonomo (2000), o R24 apesar de ser um método muito utilizado, há significativas margens de erros: o método é dependente da memória do indivíduo, pode ser que a ingestão do dia anterior seja atípica e não represente os hábitos alimentares, não permite englobar a sazonalidade, não inclui a variação diária, a ingestão real pode ser omitida, e existe uma tendência de subestimação do tamanho da porção, à medida que a porção cresce. Para uma análise mais aprofundada seria necessário outro instrumento que aponte à ingestão de macro e micronutrientes de maneira mais fidedigna.

6 CONCLUSÃO

✓ Pode-se observar que a maioria das gestantes entrevistadas apresentava o estado nutricional pré-gestacional adequado. Porém as que apresentavam excesso de peso pré-gestacional permaneceram também durante a gestação.

✓ O consumo alimentar da maioria das gestantes apresentou abaixo do recomendando, o que não indica que este consumo tem um aporte ideal de nutrientes, notando que uma maioria apresentou excesso de peso durante a gestação e apenas uma gestante apresentou baixo peso gestacional.

✓ O consumo de macronutrientes estava de acordo com o recomendado, os micronutrientes ferro, cálcio e ácido fólico apresentou abaixo do recomendado e apenas o sódio apresentou acima do recomendado, o que pode indicar risco para desenvolver hipertensão entre outras complicações durante a gravidez.

O prognóstico do estado nutricional pré-gestacional e o estado nutricional materno pode interferir no processo normal da gestação. A inadequação do IMC gestacional tem impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, da mesma forma que o ganho de peso anormal ocasiona complicações, como por exemplo, diabetes e hipertensão.

A ausência de conhecimento sobre uma alimentação saudável pelas gestantes reflete inteiramente nas suas escolhas dietéticas, que podem estar influenciadas por fatores como aumento do apetite, paladar acentuado, condições socioeconômicas e influências locais. Uma alimentação adequada durante a gestação propicia a mãe um aporte adequado de nutrientes para que o feto tenha um crescimento normal, como também a gestante tenha redução de riscos como, por exemplo, parto prematuro.

Portanto, o acompanhamento nutricional reforça a importância de serem instituídas a um estilo de vida saudável, prevenindo alterações irregulares e indesejáveis durante a gestação.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR et al., **Ingestão de sal e sódio por gestantes: um fator de risco para pré-eclâmpsia?** Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará, 2010.
- ANDRADE et al., Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 Anos: Estudo Controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.26 no.9 Rio de Janeiro Oct. 2004.
- ANDERSON L.M.P. H, Et al. **Nutrição.** Rio de Janeiro: Guanabara S.A 17º ed, 2008.
- BAIÃO, M. R; DESLANDES, S. F. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(11):2633-2642, nov, 2008.
- BAIÃO, M. R ; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev. Nutr., Campinas**, 19(2): 245-253, mar./abr., 2006.
- BONOMO. E. Obesidade e anemia carencial na adolescência : simpósio. - São Paulo : **Instituto Danone**, 2000.
- BORTOLETTO, C. C. P. **Nutrição da Gestante.** Disponível em: <http://www.nutricaoogestante.com.br/nutricao_gestacao.html>
- BROGNOLI et al. Gestação- Anemia Ferropriva, Deficiência de Folato x Fortificação Alimentar- Gestation- Iron Deficiency Anemia, Folate Deficiency x Food Fortification. **Cadernos da Escola de Saúde e Nutrição.** Nº1. 2008.
- CAVALLI R.C et al., Predição de pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, p. 1-4., jan. 2009.
- CASTILLO, E.D. Desnutrição considerações desnutrição materna no útero. **Ginec.Obstet.med**,1996
- CELAFISCS- Centro De Estudos Do Laboratório De Aptidão Física De São Caetano Do Sul. **Questionário de Hábitos Alimentares- 2010.**
- CUNHA, et al. Gestação na Adolescência: Relação com Baixo Peso ao Nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.24 no.8 Rio de Janeiro Sept. 2002.
- CUPPARI. L. **Nutrição nas doenças crônicas não - transmissíveis.** São Paulo: Manole, 2009.
- FAO/WHO- Worldhealth organization diet, nutritionandthe preventionof chronic diseases: **reportof a joint expert consultation.** Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2003.

FORTUNATO, D.M.N., MAZZA, R. P. D., SANTOS, N. S., SILVA, M. **Determinação da qualidade da alimentação de gestantes de baixo nível de escolaridade** – UFBA. In: Congresso Brasileiro de Microbiologia, Salvador-Ba. 1999.

FONSECA, V.M et al., Fatores associados á obesidade. **Rev. Saúde Pública**, 32 (6), 1998.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991. p. 46.

GRINFELD, H. **Consumo nocivo de álcool durante a gravidez**. Rio de Janeiro, 2009.

GRANADA, G.G; SULZBACH, M; BECKENKAMP, J. Perfil alimentar das gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família do Menino Deus do município de Santa Cruz do Sul. **Cinergis – Vol 8, n. 2**, p. 13-20 Jul/Dez, 2007 .

ICHISATO, S. M. T; SHIMO, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 setembro-outubro; 9(5):70-6.

JOB, H. G. C. Nutrição na Gestação. **Revista Racine**. Disponível em: <<http://files.espacodabelezacarliana.webnode.pt>> Acesso em: 24 set. 2011

LACERDA, E. M. A; ACIOLLY, E.; SAUNDERS, C. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

LIZO C.L.P; AZEVEDO Z; ARONSON E; SEGRE C.A.M. Relação entre ganho de peso materno e peso do recém-nascido. **J Pediatr**. 1998.

MATTAR et al. Obesidade e gravidez- Obesity and pregnancy. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009; 31(3):107-10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n3/a01v31n3.pdf>> Acesso em: 24 set. 2011

MAGALHÃES, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos?. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2006; 28(8): 446-52.

MILLER, H.C; MERRITT, R.T. **Crescimento fetal em humanos**. Chicago, Ano Editores de Livros Médicos, 1999.

MONTOVANELI L; AULER F. Consumo Alimentar de Gestantes Adolescentes Cadastradas na Unidade Básica de Saúde de Mandaguaçu-PR. **Saúde e Pesquisa, Vol. 2, No 3** (2009).

MS- MINSITÉRIO DA SAÚDE- ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER. **Gestação de Alto Risco- Manual Técnico**. 3 ed. Brasília, 2000.

MS- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição**.

Guia alimentar para a população brasileira. Série A . Normas e Manuais Técnicos, 2006.

PADILHA et al., Síndrome Hipertensiva da Gravidez. Um problema de saúde pública. **Rev Saúde Pública.** Santa Catarina, 2007.

PICCININI et al. Gestação e a Constituição da Maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008..

RAMALHO, A; SAUNDERS, C; LIMA H, T. Ingestão dietética de folato em gestantes do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.2 no.3 Recife Sept./Dec. 2002.

SANTOS, A. C. **A relação entre Nutrição Materna e Desenvolvimento Fetal.** Disponível em: <<http://www.anutricionista.com/alimentacao-na-gestacao.html>>

SANTOS et al. Orientação Nutricional No Pré-Natal Em Serviços Públicos De Saúde No Município De Ribeirão Preto: O Discurso E A Prática Assistencia. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 setembro-outubro; 14(5).

SOUZA, S. B; NASCIMENTO. E. Avaliação da dieta de gestantes com sobrepeso. **Rev. Nutr., Campinas**, 15(2):173-179, maio/ago., 2002.

SLATER et al. Validação de Questionários de Frequência Alimentar - QFA: considerações metodológicas. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 6, Nº 3, 2003.

STORY, M & ALTON, I. 1995. Nutritional issues and adolescent pregnancy. **Nutrition. Today**, 30(4): 142-151.

TUCUNDUVA, S.P. **Planilha Eletrônica de composição de alimentos Excel.** Brasil, 2012.

TRUGO,N. Regulação de Micronutrientes em Mulheres Grávidas e Lactentes do Rio de Janeiro. **Arch latinoam Nutr.** 47 (2 supl 1) : 30-4.Rio de Janeiro, 1997.

TIRAPEGUI, J; **Nutrição: Fundamentos e aspectos atuais.** São Paulo: Atheneu, 2000.

VITOLO, M. R.**Nutrição da gestação ao envelhecimento.** Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

VIEIRA, S.; HOSSENE, W.S. **Metodologia Científica para a área da Saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VILLAR, J. & BELIZÁN, J. M., 2000. Same nutrient, different hypotheses: disparities in trials of calcium a supplementation during pregnancy. **American Journal of Clinical Nutrition**, 71 (suppl): 1375S-9S.

ZAMBONATO AMK et al. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Rev Saúde Pública.** 2004

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Antes de ser entrevistado sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo.

Desde logo, fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma.

Assinatura:
Jordana Souza Santos - (064 95139827)
Profª Esp. Juliana P. Ramos Neves

Este projeto tem como objetivo avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar das gestantes atendidas na Unidade de Saúde da Família (USF).

O preenchimento deste questionário não requer nenhum conhecimento prévio em nutrição ou qualquer outra área.

Instituição: Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN

APÊNDICES

De acordo com a Lei nº 13.026/2014, que altera a Lei nº 11.122/2005, que institui o Sistema Nacional de Registro de Profissionais de Saúde, o Conselho Nacional de Registro de Profissionais de Saúde (CNRPS) é o órgão responsável por regular e supervisionar o exercício profissional das categorias de profissionais de saúde, bem como a sua formação e a sua atuação.

Assinatura do(s) participante(s): _____ Nº PG: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a):



Nº PG: _____

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Atenciosamente,
Jordana Souza Santos- (084-96139827)
Profª. Esp. Juliana P. Ramos Neves

Esse estudo tem como objetivo avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar das gestantes atendidas na Unidade de Saúde da Família (USF).

O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

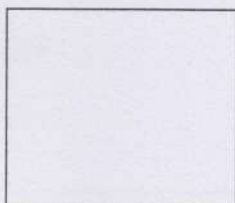
Instituição: Centro Universitário do Rio Grande do Norte- UNI-RN

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa "Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar das Gestantes atendidas na USF de Soledade II" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Jordana Souza Santos sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Assinatura do sujeito ou responsável: _____, nº RG _____.

Digital do sujeito:



Nº RG: _____

APÊNDICE B- RECORDATÓRIO 24 HORAS

RECORDATÓRIO 24 HORAS- R 24

CAFÉ DA MANHÃ	
COLAÇÃO	
ALMOÇO	
LANCHE	
JANTAR	
CEIA	

APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO PARA DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Nome:
Peso pré-gestacional:
Altura:
IMC pré-gestacional:
Peso atual:
IMC gestacional:
Semanas de gestação: