

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITARIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE NUTRIÇÃO

BRUNA LORENA NASCIMENTO TAVARES DE MELO

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DE NATAL/RN**

NATAL/RN
2012

BRUNA LORENA NASCIMENTO TAVARES DE MELO

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DE NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
do RN, como requisito final para
obtenção do título de bacharel em
Nutrição.

Orientadora: Prof. Ms. Monique
Silveira Rosa

NATAL/RN
2012

BRUNA LORENA NASCIMENTO TAVARES DE MELO

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE GESTANTES ATENDIDAS NUMA UNIDADE
DE SAÚDE DE NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário do
RN como requisito final para obtenção do
título de bacharel em Nutrição.

Data da aprovação ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Monique Silveira Rosa
Orientadora

Prof. _____

Prof. _____

Aos meus pais, e a minha madrinha,
que juntos, me ajudaram em mais essa
conquista. A minha irmã, que sempre
me apoiou.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por todas as bênçãos e oportunidades que Ele cultivou em minha vida, e por nunca ter me deixado pensar em desistir desse sonho, por ter me dado forças para que eu conseguisse finalizar mais essa etapa da minha vida, mesmo diante de tantos obstáculos.

Agradeço aos meus pais por toda a dedicação, carinho e apoio que sempre tive ao longo dessa jornada, e de toda a minha vida, por me ensinarem e me darem o melhor exemplo, a melhor base onde construí meus valores e princípios, e principalmente por acreditarem em mim.

Agradeço a minha madrinha e tia, Ana, minha segunda mãe, que sempre esteve ao meu lado, ajudando na realização de mais essa conquista.

Agradeço a minha irmã Shirley, que sempre esteve ao meu lado, ajudando a enfrentar as dificuldades que surgiram ao longo no curso.

Agradeço a toda a minha família que sempre acreditou em mim, e principalmente pelo carinho e estímulo.

Agradeço a minha amiga Loamy, que esteve comigo enfrentando as dificuldades do curso, ultrapassando cada barreira e chegando hoje a vitória, nós conseguimos!

Obrigada a professora e Orientadora Monique Rosa, pela grande ajuda e incentivo, pela realização e concretização desse trabalho.

“Cultivar pequenas conquistas para que
as maiores nos venham naturalmente.”
(Padre Fábio de Melo)

RESUMO

A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais para manter a nutrição materna e garantir o adequado crescimento e desenvolvimento fetal. A avaliação nutricional individualizada no início do pré-natal é importante para estabelecer as necessidades de nutrientes nesse período e deve ser realizada continuamente ao longo da gravidez. Na rede básica, a avaliação nutricional das mulheres grávidas segue as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde. A correta avaliação do estado nutricional é de fundamental importância para que se possa intervir de modo adequado, a fim de propiciar orientações seguras à gestante as quais possam minimizar os riscos comuns a este período fisiológico. Tendo em vista o exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de gestantes atendidas numa unidade de saúde de Natal/RN em consultas de pré-natal. Participaram da pesquisa 49 gestantes em idades variadas e períodos gestacionais diferentes. Foi elaborado questionário para a coleta de dados, onde os mesmos foram adquiridos por perguntas diretas e alguns dos dados foram retirados do cartão do pré-natal, a partir dos dados obtidos, foi realizada a caracterização do público-alvo a partir das variáveis: idade gestacional, IMC gestacional como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), doença gestacional, quanto à paridade: primigesta ou múltipara, índice de anemia a partir dos níveis de Hb (Hemoglobina) segundo Duffy (1996), e a prática de atividade física. A partir dos dados obtidos, as gestantes pesquisadas estavam, em sua maioria no 2º trimestre representando 45%, 31% estavam no 3º trimestre e 24% no primeiro trimestre. Quanto ao IMC 20% gestantes apresentaram baixo peso, 35% estavam com peso adequado, 27% com sobrepeso e 18% com obesidade. De acordo com a paridade, 41% eram primigestas e 59% múltiparas. Quando questionado ao histórico familiar de doenças (HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); DM (Diabetes Mellitus); Câncer; AVC (Acidente Vascular Cerebral) e Infarto), 18% afirmaram que não há e 82% afirmaram que há histórico de doenças crônicas na família. Quando foi questionado se houve algum episódio de pico hipertensivo no período gestacional, 10% das entrevistadas afirmaram que sim, e destas, uma apresentou doença gestacional sendo essa o distúrbio hipertensivo específico da gravidez. Tratando-se da anemia, das 25 que apresentaram dados bioquímicos, apenas em uma gestante foi diagnosticado anemia. Em relação à prática de atividade física apenas, também, uma gestante praticava até então. Estes dados permitem reforçar a importância do acompanhamento do profissional nutricionista nas consultas de pré-natal, evidenciando ações educativas com abordagem nos hábitos alimentares e medidas profiláticas.

Palavras-chave: Gestantes. Avaliação nutricional. Gravidez. Pré-natal.

ABSTRACT

Pregnancy causes physiological changes in the body of the woman, which generate increased need for essential nutrients to maintain maternal nutrition and ensure proper fetal growth and development. The individualized nutritional evaluation in early prenatal care is important to establish the nutrient requirements during this period and should be performed continuously throughout pregnancy. In the Public Health System, the nutritional evaluation of pregnant women following the guidelines recommended by the Brazilian Ministry of Health. The correct evaluation of nutritional status is crucial so that we can intervene in an appropriate manner in order to provide safe guidelines for pregnant women which can minimize risks common to this physiological period. In view of the foregoing, the present study aimed to evaluate the nutritional status of pregnant women attending in a health unit of Natal / RN at antenatal appointments. Participants were 49 pregnant women at different ages and different gestational periods. A questionnaire was developed for data collection, where they were acquired by direct questions and some of the data were taken from the antenatal card, from the data obtained was performed to characterize the target group from the variables: age gestational, pregnancy BMI, gestational disease, by parity: primiparous or multiparous, index anemia from Hb (Hemoglobin) and physical activity. From the data obtained, the pregnant women researched were mostly in the 2nd quarter representing 45%, then 31% were in the 3rd quarter and 24% in the first quarter. As for BMI 20% pregnant women were underweight, 35% were normal weight, 27% overweight and 18% with obesity. According to parity, 41% were primigravidae and 59% multiparae. When asked for family history of diseases (HAS (Systemic Arterial Hypertension), DM (Diabetes Mellitus); Cancer; AVC (stroke) and infarction), 18% said no and 82% said no history of chronic illness in the family. When asked if there was any episode of hypertensive peak during pregnancy, five of the respondents said yes. Just as only a pregnant woman also had gestational disease (HAS). Regarding physical activity only, a pregnant woman also practiced until then. In the case of anemia, of which 25 had biochemical data, only one pregnant woman was diagnosed with anemia. These data allow us to reinforce the importance of monitoring the professional nutritionist in prenatal appointments, highlighting educational actions approach to dietary habits and prophylactic measures.

Keywords: Pregnant women. Nutritional evaluation. Pregnancy. Prenatal care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 Gestação	11
3.2 Nutrição na Gestação	12
3.3 Avaliação Nutricional no Período Gestacional	13
4 METODOLOGIA	15
4.1 Caracterização da pesquisa	15
4.2 Descrição da amostra	15
4.3 Coleta dos dados	15
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES	23
REFERENCIAS	24
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	29
Apêndice B – Questionário utilizado para obtenção dos dados	31
Anexo1 – Tabela para avaliação do estado nutricional de gestantes segundo IMC	33

1 INTRODUÇÃO

A alimentação adequada é de fundamental importância, em qualquer período do ciclo vital, para a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde (BOOG,1999).

A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais para manter a nutrição materna e garantir o adequado crescimento e desenvolvimento fetal, uma vez que a única fonte de nutrientes do concepto é constituída pelas reservas nutricionais e ingestão alimentar da mãe (WILLIAMS, 2001).

A avaliação nutricional individualizada no início do pré-natal é importante para estabelecer as necessidades de nutrientes nesse período e deve ser realizada continuamente ao longo da gravidez (AZEVEDO, SAMPAIO, 2003).

No Brasil, a assistência pré-natal inclui o acompanhamento e o monitoramento de peso gestacional e prevê orientações nutricionais no período que compreende da gravidez à amamentação (BAIÃO, DESLANDES, 2006).

Se a ingestão dietética for insuficiente e os estoques de nutrientes da gestante estiverem baixos, o feto recorrerá às reservas pré-conceptuais para se suprir, ocasionando comprometimento materno-fetal (RODRÍGUEZ et al., 1996).

Em contrapartida o sobrepeso/obesidade da gestante é um importante fator de risco na medida em que possibilita o desenvolvimento de patologias durante a gestação, tais como a diabetes gestacional, as síndromes hipertensivas e a macrossomia, as quais podem originar complicações durante o parto (ROCAMORA, 2003).

Sendo assim, Williams (2001) caracteriza o perfil de morbidade da gestante pela dualidade de seu estado nutricional: de um lado, o baixo peso materno e a carência específica de micronutrientes, e, de outro, o sobrepeso e a obesidade, que muitas vezes associam-se ao desenvolvimento de diabetes gestacional e/ou síndrome hipertensiva da gravidez.

No entanto, é difícil determinar os fatores associados à variação do ganho ponderal na gestação entre as diferentes classificações do estado nutricional, devido a

diversos fatores que influenciam o período gestacional, como o peso pré-gravídico, a quantidade e composição do ganho de peso, o estágio da gravidez e o nível de atividade física (AZEVEDO, SAMPAIO, 2003; PADILHA et al, 2007).

Na rede básica, a avaliação nutricional das mulheres grávidas segue as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde, fazendo uso das medidas antropométricas de estatura e peso em dados isolados ou em combinação (BELARMINO et al., 2009).

A correta avaliação do estado nutricional é de fundamental importância para que se possa intervir de modo adequado, a fim de propiciar orientações seguras à gestante as quais possam minimizar os riscos comuns a este período fisiológico (LUCYK, 2006).

Sabendo a importância e o impacto que causa a nutrição no período gestacional, o presente trabalho buscou investigar a situação nutricional de gestantes com idades variadas através de questionário sem identificação da gestante e participação voluntária, obtendo dados do cartão do pré-natal e utilizando como referências os parâmetros bioquímicos relacionados à anemia (hemoglobina) e de IMC para gestantes, averiguando também fatores importantes como doença gestacional, histórico familiar de doenças e a prática de atividade física. Buscamos através dessas informações, avaliar o estado nutricional das gestantes atendidas em consulta de pré-natal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de gestantes atendidas numa unidade de saúde de Natal/RN em consultas de pré-natal.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população-alvo
- Verificar a ocorrência de gestantes com IMC inadequado.
- Observar casos de doenças gestacionais.
- Analisar o índice de anemia entre as gestantes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Gestação

A gravidez é considerada por muitos como o momento mais dramático em termos de transformações do organismo (SOARES; FORTUNATO; MOREIRA, 2002).

Durante o período gravídico ocorrem inúmeras conformações fisiológicas que atingem o sistema orgânico materno e as vias de metabolismo (VITOLLO, 2010).

As mudanças da gravidez são principalmente o resultado direto da interação de quatro fatores: as mudanças hormonalmente mediadas no colágeno e no músculo involuntário; o volume total do sangue aumentado com fluxo de sangue aumentado para o útero e os rins; o crescimento do feto resultando na conseqüente ampliação e deslocamento do útero; e finalmente o aumento do peso do corpo e mudanças adaptáveis no centro de gravidade e postura (POLDEN, MANTLE, 2002).

O período gestacional é composto por 40 semanas, sendo heterogêneo em seus aspectos fisiológicos, metabólicos e nutricionais (VITOLLO, 2010).

Na gestação não é apenas o útero que aumenta de volume para acompanhar o crescimento do bebê e os seios que se desenvolvem para possibilitar a amamentação. Todos os órgãos aceleram seu ritmo de funcionamento. As mudanças que ocorrem no corpo da mulher servem para abrigar e nutrir o feto (GUYTON, HALL, 2006).

O primeiro trimestre gestacional é caracterizado por grandes alterações biológicas devidas a intensa divisão celular que acontece nesse momento. A saúde do embrião vai depender da condição nutricional pré-gestacional da mãe, não somente quanto às suas reservas energéticas, mas também quanto às reservas de vitaminas, minerais e oligoelementos. Seria muito incoerente da natureza biológica se assim não fosse, pois nesse momento a mulher, pela nova fase hormonal, lida com manifestações de enjôo e vômitos que a submetem à privação alimentar, contudo não remetem a danos para o feto, ainda que essa mãe passe a biscoito e água e perca peso dentro dos limites avaliados adequados (VITOLLO, 2010).

O segundo e o terceiro trimestre agregam outra etapa para a gestante, em que o meio exterior vai desempenhar controle direto na condição nutricional do feto. O ganho de peso apropriado, o consumo de energia e nutrientes, o fator emocional e o modo de vida serão categóricos para o crescimento e o desenvolvimento natural do feto. São aproximadamente 28 semanas, período relativamente pequeno pela tamanha seriedade que assume quanto as condições de morbimortalidade maternal e fetal (VITOLO, 2010).

3.2 Nutrição na Gestação

A gestação é um período crítico durante o qual a nutrição materna é fator essencial na determinação da saúde da mãe e do bebê (ICHISATO; SHIMO, 2001).

A influência materna sobre o crescimento intra-uterino é tão significativa que o tamanho da criança ao nascer não se correlaciona bem com a estatura média dos pais, nem com o tamanho do mesmo indivíduo na idade adulta e sim, correlaciona-se melhor com as dimensões da mãe e provavelmente com a adequação do suprimento nutricional ao feto (FAÚNDES, *et al.*, 1988; EUCLYDES, 1997).

A gravidez determina alterações especiais à mulher em decorrência das necessidades calóricas, protéicas, minerais e vitamínicas do feto em desenvolvimento, e, claro, do ambiente fisiologicamente estável necessário para o processamento desses nutrientes (GHORAYEB, 2005).

O primeiro trimestre gestacional caracteriza-se por grandes modificações biológicas devidas a intensa divisão celular que ocorre nesse período. O estado nutricional materno tem sido avaliado principalmente para o peso da criança ao nascer, risco de defeitos no tubo neural (DTNs), e síndrome alcoólica fetal. O peso ao nascer é altamente correlacionado com mortalidade e morbidade infantil. Recém-nascidos que nascem pequenos para a idade gestacional (PIG) apresentam risco aumentado para adversidade na saúde e longo prazo tais como hipertensão, obesidade, intolerância à glicose e doença cardiovascular. Além do consumo dietético de uma mulher, outros fatores como qualidade do ar e pureza da água podem contribuir negativamente para a gravidez (MENNES *et al.*, 2005)

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 o desenvolvimento normais do feto. Por esse motivo, as disciplinas relacionadas aos hábitos de vida e à qualidade da assistência pré-natal da gestante vão ser responsáveis pelas consequências imediatas e futuras tanto para a mãe quanto para o feto (VITOLO, 2010).

O organismo de uma gestante normal e bem-nutrida experimenta uma série de adaptações fisiológicas que garantem o crescimento e o desenvolvimento do feto e asseguram as reservas biológicas necessárias ao parto, à recuperação pós-parto e à lactação. (Rev. Med. Minas Gerais, 2010)

3.3 Avaliação Nutricional no Período Gestacional

A avaliação nutricional da gestante é requisito dos mais importantes para a boa evolução da gravidez, devendo ser iniciada muito cedo, no pré-natal. O monitoramento do ganho de peso é o modo mais comum de se estimar o estado nutricional da mulher durante a gestação, pois o peso materno é sensível ao estresse nutricional durante a gravidez, além de este estar diretamente relacionado com o crescimento fetal quando comparado com outras medidas antropométricas. O hábito materno de fumar, de ingerir bebidas alcoólicas, o nível sócio-econômico-cultural deficiente e a falta de assistência pré-natal também são fatores que influenciam de maneira negativa na evolução da gravidez e conseqüentemente no desenvolvimento fetal (KRASOVEC & ANDERSON, 1991; NÊME, 1994; PECKENPAUGH & POLEMAN, 1997).

A associação entre o estado nutricional materno e o ganho de peso durante a gestação com a prevalência de patologias como diabetes, anemia, distúrbios hipertensivo da gravidez, infecções, já foi bem estabelecida (MCGANITY E COLS., 1999; WHORTHINGTON, 1997).

A curva do ganho de peso fetal pode ser um instrumento importante para o profissional que faz o acompanhamento da gestante. Ao dispor de dados sobre o peso estimado do feto pela ecografia solicitada pelo médico, o nutricionista pode avaliar se o

percentil (P) peso do feto está em acordo com os valores recomendados (entre P10 e P90). Se o valor estiver abaixo ou próximo do percentil 10, pode-se concluir que está ocorrendo retardo no crescimento intra-uterino; e, acima de P90, excluída a hipótese de hereditariedade, pode-se pensar em alteração dos níveis de glicemia ou diabetes gestacional. Esse recurso pode ser uma forma de sensibilizar a gestante para mudança comportamental que melhore o percentil de ganho de peso do bebê (VITOLLO, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva de corte transversal com abordagem quantitativa, fazendo parte do universo materno-infantil.

4.2 Descrição da amostra

Foi entrevistado um grupo de 49 gestantes em idades variadas e períodos gestacionais diferentes de uma unidade de saúde de Natal-RN, que aguardavam atendimento ambulatorial do pré-natal. Todas participaram de maneira voluntária, e autorizando a utilização de seus dados através do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1), além de todas as gestantes serem cadastradas no SISPRENATAL.

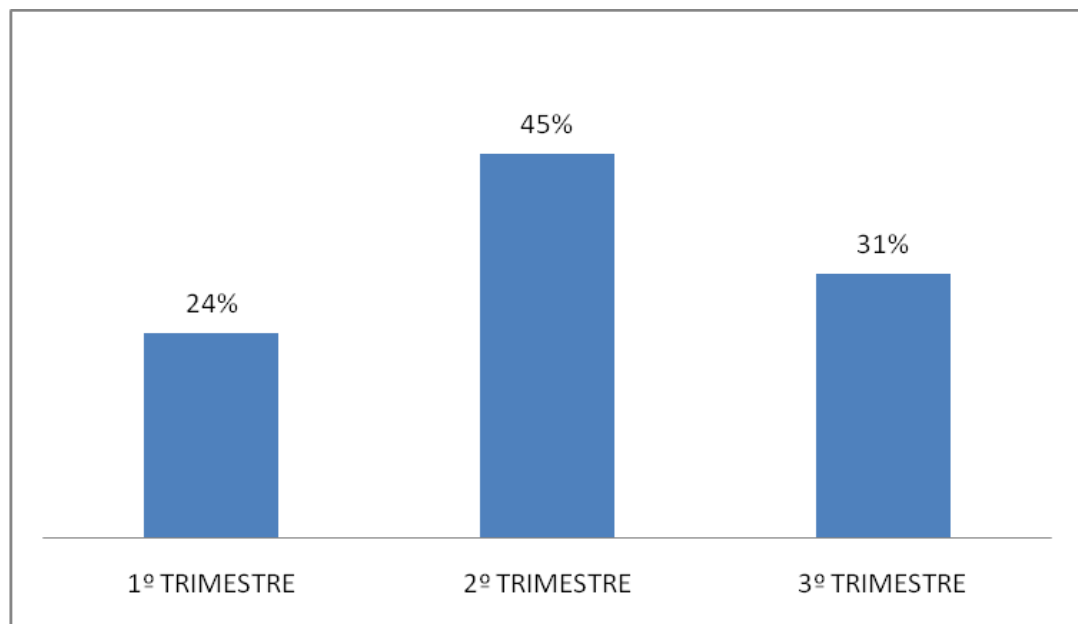
4.3 Coleta dos dados

Foi elaborado questionário (apêndice 2) para a coleta de dados das gestantes, alguns dos dados foram retirados do cartão do pré-natal, já o peso e altura foram aferidos na sala de preparo da unidade, pelas técnicas de enfermagem, onde todas as gestantes que foram atendidas passaram pela mesma previamente. Os dados foram coletados no período de 19 a 26 de setembro de 2012. A partir dos dados obtidos pelo questionário, foi feita a caracterização da população-alvo segundo as variáveis: idade da gestante, idade gestacional, IMC gestacional (para a identificação do IMC, utilizou-se o método de Atalah et al., (1997)), doença gestacional, quanto à paridade: primigesta ou multípara, índice de anemia a partir dos níveis de Hb (Hemoglobina) segundo Duffy (1996), onde o nível de hemoglobina menor que 10,5g/dL no período gestacional é constituído o diagnóstico de anemia em gestantes e a prática de atividade física. A partir destas variáveis foi possível obter os seguintes dados, capazes de identificar o perfil das gestantes atendidas e acompanhadas em consultas de pré-natal na rede básica de saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das gestantes que participaram do estudo a maioria estava no 2º trimestre de gestação, representando 45% do total, em seguida, representando 31% as gestantes que estavam no 3º trimestre, e representando 24% do total, as gestantes do primeiro trimestre, como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 – Percentual de gestantes classificadas de acordo com a idade gestacional

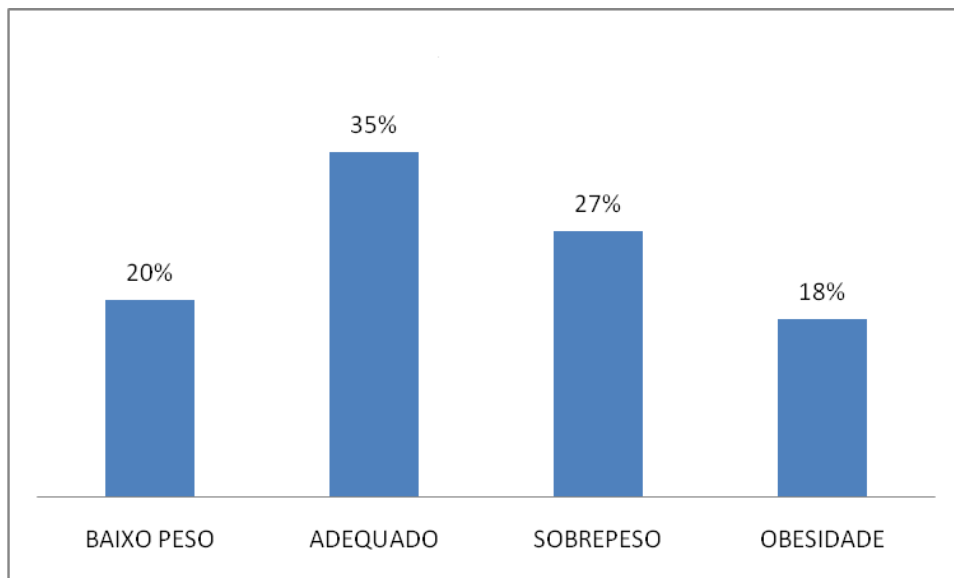


Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Segundo VITOLO (2010), o primeiro trimestre gestacional caracteriza-se por grandes alterações biológicas, já o segundo e o terceiro trimestre agregam outra fase para a gestante, em que o meio externo vai exercer influência direta na qualidade nutricional do feto.

Da amostra total (49) gestantes, 20% (10) apresentam baixo peso, 35% (17) apresentaram peso adequado, 27% (13) apresentam sobrepeso e 18% (9) apresentaram obesidade (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Classificação das gestantes de acordo com o índice de Massa Corporal (IMC).



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

O IMC ajustado para a idade gestacional (anexo 1), como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), variou entre baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade.

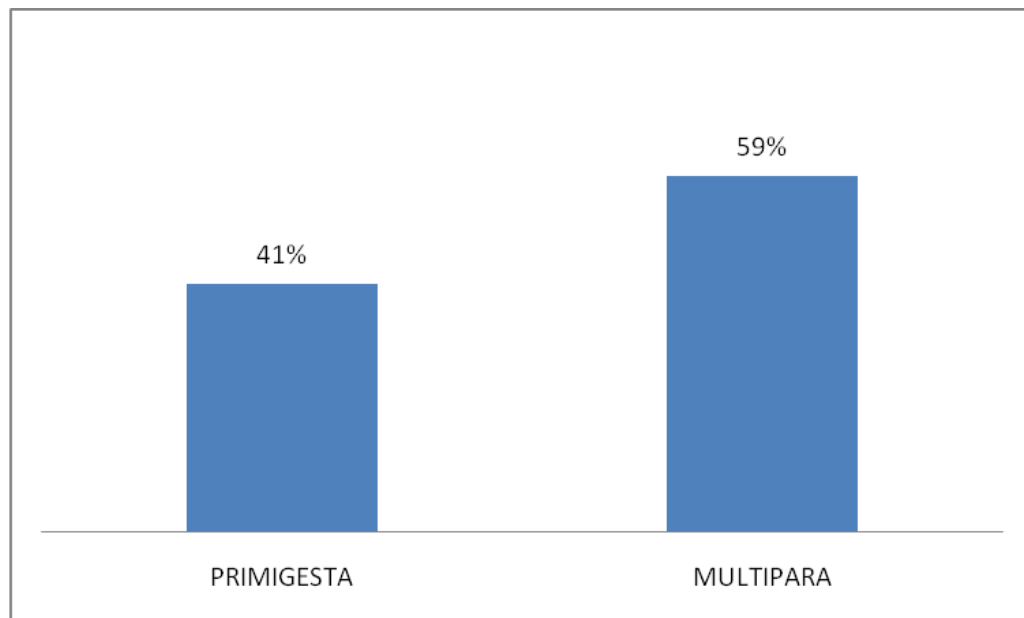
Este fato condiz com a mudança nutricional observada no Brasil nos últimos anos: dados do Ministério da Saúde admitem que a população adulta vem exibindo prevalência de excesso de peso. Sendo este, o mesmo resultado descoberto por PINHEIRO, (2004) em seu estudo, havendo aumento de 70% na prevalência de obesidade entre mulheres em todas as faixas etárias.

Diante da epidemia mundial de obesidade, vem sendo notado uma crescente prevalência da obesidade também em mulheres em período reprodutivo e um aumento do ganho de peso na gestação. Nos EUA, dados do NHANES 2003-2004 apontam que

28,9% das mulheres em período fértil (20 a 39 anos) têm Índice de Massa Corpórea (IMC) $> 30 \text{ kg/m}^2$. No Brasil, dentre as mulheres, dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) ministrados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) mostram presença de excesso de peso (IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$) em 24,9%, 36% e 45,7% nas faixas etárias de 18-24, 25-34 e 35-44 anos, concomitantemente. A gestação está inclusa na lista dos fatores clássicos desencadeantes da obesidade. E o começo ou manutenção da obesidade nesta etapa está adjunto a numerosos riscos maternos e fetais (ABESO, 2007).

Quanto a paridade 41% eram primigestas, ou seja, estavam em sua primeira gestação, e o restante, representado 59% eram multiparas, estas estavam da segunda gestação em diante (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Classificação das gestantes quanto à paridade.



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

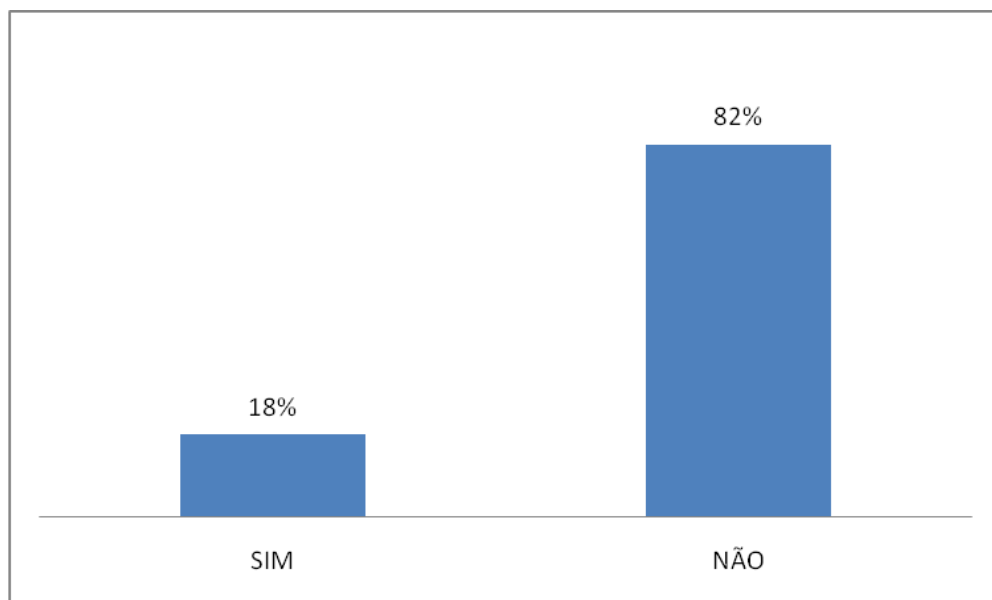
VITOLO (2010), relata que quanto maior a paridade, maior é a obesidade em mulheres, revelando que a multiparidade facilita o aumento de adiposidade.

Um estudo de SELIGMAN E COLS (2006), com gestantes, mostrou que maior IMC foi associado à maior paridade.

No estudo de ROSA et al, (2011) com 440 mulheres, atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentou o mesmo resultado, onde a prevalência de sobrepeso e obesidade de acordo com as características reprodutivas das mulheres estudadas foi adjunto de maior paridade.

Quando questionado sobre histórico familiar de doenças, 18% das gestantes afirmaram que há histórico de doenças na família, sendo HAS e DM as mais relatadas, respectivamente, enquanto 82% afirmaram que não há histórico familiar de doenças (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Percentual de gestantes que apresentam histórico familiar de doenças.

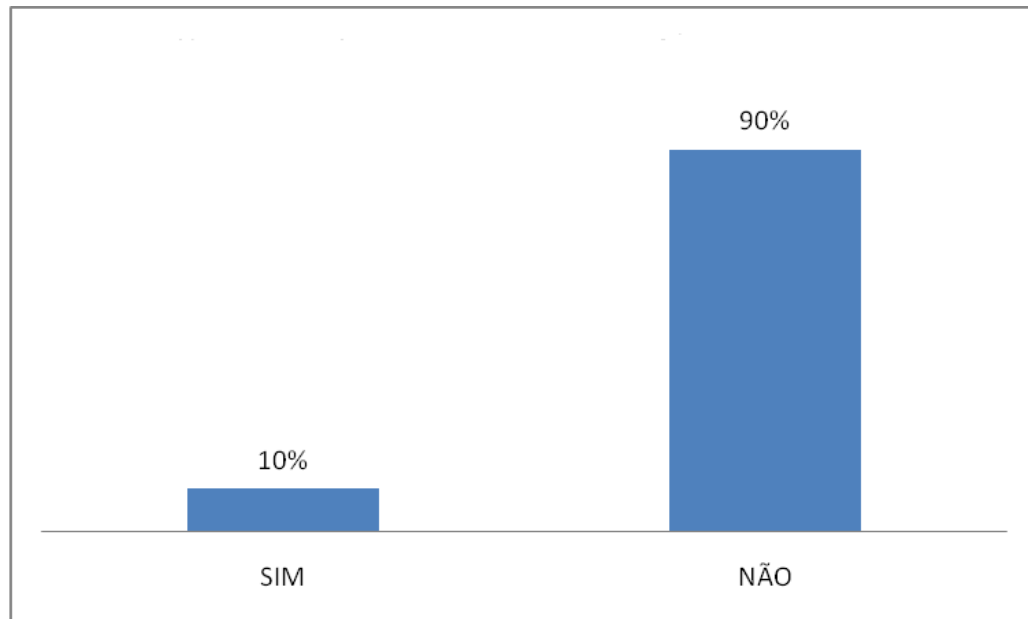


Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Segundo VITOLO (2010), diversas condições podem intervir na evolução normal da gestação, e também fatores de risco como idade, paridade, peso, altura, tabagismo e álcool, ou complicações como anemia, desnutrição, obesidade, hipertensão e suas complicações, diabetes, cardiopatias e outras menos comuns.

Tratando-se da alteração da pressão arterial, 10% das gestantes que participaram do estudo, afirmaram que houve alteração da mesma (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Percentual de gestantes que apresentaram alteração da pressão arterial no período gestacional.



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Segundo Araújo et. al (2007), a hipertensão materna pode ser a principal razão clínica do desencadeamento do parto prematuro, apresentando associação significativa com o nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso. A causa possível deve-se a má perfusão placentária acarretada pela vaso constrição e pelo deficiente desenvolvimento placentário. A hipertensão materna contribui para o grande número de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional encontrada.

Já quando questionado sobre doença gestacional, apenas uma gestante apresentou doença gestacional, sendo esta denominada por distúrbio hipertensivo específico da gravidez (DHEG).

Segundo o Ministério da Saúde (1991), a hipertensão arterial está entre as causas clínicas mais comuns durante o período gestacional.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é o distúrbio mais comum na gestação. O diagnóstico da DHEG se faz por volta da 24^a (vigésima quarta) semana de Gestação (ANGONES E POLATO, 2007).

Esta patologia caracteriza-se por hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema, sendo estes chamados de tríade da DHEG. Classifica-se a DHEG em duas formas básicas: pré-eclâmpsia (forma não convulsiva marcado pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação) e eclâmpsia, que é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (ANGONES E POLATO, 2007).

Com relação à prevalência de anemia, da amostra total de gestantes, apenas 25 (51%) apresentaram exames bioquímicos, destas, apenas 1 (4%) gestante apresentou anemia.

Segundo Duffy (1996), foi sugerido que o nível de hemoglobina abaixo de 10,5g/dL em qualquer trimestre já é constituído o diagnóstico de anemia em gestantes.

A Organização Mundial de Saúde estima que a prevalência de anemia em países subdesenvolvidos seja de 52% e de 23% nos países desenvolvidos (OMS, 2001).

De todas as 49 voluntárias da pesquisa, apenas 1 relatou que pratica atividade física, caminha por volta de 30 a 40 minutos, durante 5 vezes na semana.

De acordo ANDRADE E LOPES (2005), atividade física na gravidez tem sido indicada para mulheres normais após avaliação cardiológica, estabelecendo-se o risco na gravidez com a realização de exercícios de preparo ao parto, mostrando à mulher as indicações e as contra-indicações do exercício aeróbico nos diferentes trimestres da gravidez para facilitar o parto normal.

O acompanhamento nutricional durante o pré-natal é de extrema importância, a fim de detectar os padrões inadequados, como foi mostrado no estudo, onde a maioria das gestantes encontram-se com IMC inadequado, casos de doenças como a DHEG ou anemia, onde o acompanhamento nutricional pode influenciar numa qualidade de vida melhor para essas gestantes, como mostra Barros et al., (2004) e

Soares (1990) em suas pesquisas que quando as gestantes recebem orientações sobre a nutrição ocorre melhora do seu estado nutricional.

6 CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES

A população-alvo encontra-se no 2º trimestre gestacional, multíparas, com faixa etária compreendida entre 15 e 44 anos, com média de idade de 25 anos.

A incidência de gestantes com IMC inadequado foi de 65%, variando entre baixo-peso, sobrepeso e obesidade.

Se tratando de doença gestacional, apenas um caso foi encontrado, sendo esse denominado como Distúrbio Hipertensivo Específico da Gravidez (DHEG).

Quanto ao índice de anemia, apenas uma gestante, também, apresentou anemia no período gestacional presente.

A partir dos dados obtidos conclui-se que as gestantes atendidas na unidade de saúde das Quintas possuem perfil diversificado. A falta de orientação nutricional a essas gestantes pode vir a comprometer sua saúde e a do feto, sendo de fundamental importância a intervenção do profissional nutricionista, também, neste período de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006.

BOOG, M. C. F. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde**. CAD Saúde Pública, 1999; 15(2): 139-47.

WILLIAMS S.R. **Nutrição durante a gravidez e lactação**. In: Williams SR. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. 6a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

AZEVEDO D.V., SAMPAIO H.A.C. **Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviços de assistência pré-natal**. Rev. Nutr. 2003;16(3):273-80.

BAIÃO M.R., Deslandes SF. **Alimentação na gestação e puerpério**. Rev. Nutr. 2006;19(2):245-53.

RODRIGUEZ, S., BRANCO, A. et al. **Prevalência de anemia nutricional em mulheres em idade fértil**. Pesquisa Nacional de Nutrição, 1996.

ROCAMORA, J. A. I.; BRAVO, M.; MEJIAS, A. et al. **Valor nutricional da dieta das grávidas saudáveis**. Nutricon Hospital, 2003.

WILLIAMS, S. R. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. 6ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

PADILHA P.C. et al. **Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2007;29(10):511-8.

BELARMINO, G. O.; MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, N. C.; FREITAS, G. L. **Risco nutricional entre gestantes adolescentes**. Acta. Paul. Enferm. vol.22 no.2 São Paulo, 2009.

LUCYK, J. M.; **Perfil antropométrico, consumo alimentar e concentração de hemoglobina em gestantes atendidas no hospital universitário de Brasília. Brasília**, 2006.

VITOLO, M. R.; **Nutrição: da Gestação ao Envelhecimento**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.

GUYTON, C. A. HALL, E. J. **Fisiologia Humana**. 11 edição. Rio de Janeiro: editora Elsevier, 2006.

POLDEN, M. MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002.

ICHISATO, S. M. T; SHIMO, A. K. K. **Aleitamento materno e as crenças alimentares**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, sept. 2001.

KRASOVEC, K.; ANDERSON, M. A. **Maternal Nutrition and Pregnancy Outcomes**. Washington: Pan American Health Organization, 1991. 203 p.

NÊME, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. 996 p.

PECKENPAUGH, N.; POLEMAN, C. **Nutrição: essência e dietoterapia**. 7.ed. São Paulo: Roca, 1997. 589 p.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T. and CORSO, A. C. T. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. *Rev. Nutr.* [online]. 2004, vol.17, n.4, pp. 523-533. ISSN 1415-5273.

BARROS, D. C.; PEREIRA, R. A.; GAMA, S. G. N. e LEAL, M. C. **O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro.** *Cad. Saúde Pública* [online]., vol.20, 2004.

SOARES L. **Avaliação do Estado Nutricional na Gestação: experiência com aplicação do gráfico de Rosso numa população de gestantes.** Ver. Científica 1990 julho/dezembro; 9(2):28-33.

MELO, M. E. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO.** 2007.

SOARES, S; FORTUNATO, S; MOREIRA, A. L.. **Adaptações Morfofuncionais na Mulher Grávida.** Porto – Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Serviço de Fisiologia, 2002. Disponível em : <http://fisiologia.med.up.pt/Textos_Apoio/outros/AdaptFisiolGrav.pdf>. Acesso em 22 ago 2012.

POLDEN, M; MANTLE, E. J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia.** São Paulo: Santos, 2002. p. 26-40.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactante: base científica para uma alimentação adequada.** Viçosa: Jard, 1997. 461 p.

FAÚNDES, A. [*et al.*] **Estudos de Diversas Formas de Avaliação do Peso Materno como Indicadores do Peso do Recém-Nascido.** *Femina: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, v.10, n. 9, p. 199-204, set. 1988.

GHORAYEB, N.; **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.** Vol 15 .3ª Ed. 2005

McGANITY, W.J.; DAWSON, E.B.; VAN HOOK, J.W. Maternal nutrition. In: SHILS, M.E. **Modem Nutrition in Health and Disease.** 9. Ed., Baltimore: Willians & Wilkins, p.811-838, 1999.

HAAS J.S, JACKSON R;A, FUENTES A. E, et al: **Changes in the health status of women during and after pregnancy.** *Gen Intern Med* 20: 45-51, 2005.

POLDEN, M.; MANTLE, E. J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia.** São Paulo: Santos, 2002. p. 26-40.

STEPHENSON, R. G.; LINDA, J. O'Connor. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia.** 2.ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 153-167.

ARAÚJO, F. ; TANAKA, C. A. A. **Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. Cadernos de saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 23, n. 12, dezembro, 2007.

APÊNDICE

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DE NATAL-RN**

Pesquisador (es) : Acd. Bruna Lorena Nascimento Tavares de Melo (Curso de nutrição – UNI-RN), Ms. Monique Silveira Rosa (docente do curso de nutrição – UNI-RN)

Com o objetivo de avaliar o estado nutricional de gestantes, em uma determinada unidade de saúde no município de Natal/RN, a fim de servir como subsídio para futuras condutas profissionais na atenção à gestante.

Riscos: Os riscos possíveis associados à participação podem ser considerados mínimos, tendo em vista que o paciente não será submetido a procedimentos invasivos como: coleta de sangue, ingestão de alimentos ou substâncias que possam lhes trazer algum malefício.

Benefícios: Informar a população à importância do estado nutricional, bem como as suas vantagens; além de contribuir para a formação de conhecimento acadêmico relacionado à Ciência da Nutrição, onde muitos deles fornecerão subsídios para desenvolvimento de condutas nutricionais.

Confidencialidade: Os registros serão guardados e somente os pesquisadores da equipe terão acesso a estas informações. A participação no estudo será mantida confidencial até o limite permitido por lei. O Comitê de Ética do Centro

Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) poderá inspecionar e copiar registros pertinentes à pesquisa que contenham informações identificadoras, entretanto qualquer relatório ou publicação que resultar dos trabalhos científicos produzidos nesse projeto, a identificação do paciente não será revelada.

Participação Voluntária: Não há penalidade para alguém que decida não participar dos estudos provenientes deste projeto, como também poderá desistir em qualquer momento, por quais quer motivos.

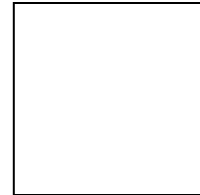
Orientador da Pesquisa: Prof^ª. Monique Silveira Rosa

Aluna: Bruna Lorena Nascimento Tavares de Melo

Assim, caso você concorde em participar deste estudo torna-se necessário que assine a seguir, permitindo, desta forma a realização da entrevista.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do responsável pelo estudo



Apêndice B – Questionário utilizado para obtenção dos dados.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
OBTENÇÃO DOS DADOS DAS GESTANTES – MATERNIDADE DAS QUINTAS



DATA: ____/____/____

DADOS DA GESTANTE

TEMPO GESTACIONAL

DUM: ____/____/____ Em semanas: _____

PESO (kg)

Pré-gestacional: _____ Peso gestacional: _____

Nº DE GESTAÇÃO: _____

ALTURA (m): _____

IDADE DA GESTANTE (anos): _____

P/A: Durante a gestação houve caso/episódio de HAS? Sim () Não ()

DOENÇA GESTACIONAL

() SIM () NÃO

Se sim, qual/ quais? _____

HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇAS:

() HAS () AVC

() DIABETES () INFARTO

() CÂNCER OUTRAS: _____

DADOS BIOQUÍMICOS

HB: _____

PRÁTICA A.F.? Sim () Não ()

Se sim, qual/quais: _____ Frequência: _____

ANEXO

Anexo1 – Tabela para avaliação do estado nutricional de gestantes segundo IMC.

Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC<	Adequado (A) IMC entre	Sobrepeso (S) IMC entre	Obesidade (O) IMC>
06	19,9	20,0 a 24,9	25,0 a 30,0	30,1
08	20,1	20,2 a 25,0	25,1 a 30,1	30,2
10	20,2	20,3 a 25,2	25,3 a 30,2	30,3
11	20,3	20,4 a 25,3	25,4 a 30,3	30,4
12	20,4	20,5 a 25,4	25,5 a 30,3	30,4
13	20,6	20,7 a 25,6	25,7 a 30,4	30,5
14	20,7	20,8 a 25,7	25,8 a 30,5	30,6
15	20,8	20,9 a 25,8	25,9 a 30,6	30,7
16	21,0	21,1 a 25,9	26,0 a 30,7	30,8
17	21,1	21,2 a 26,0	26,10 a 30,8	30,9
18	21,2	21,3 a 36,1	26,2 a 30,9	31,0
19	21,4	21,5 a 26,2	26,3 a 30,9	31,0
20	21,5	21,6 a 26,3	26,4 a 31,0	31,1
21	21,7	21,8 a 26,4	26,5 a 31,1	31,2
22	21,8	21,9 a 26,6	26,7 a 31,2	31,3
23	22,0	22,1 a 26,8	26,9 a 31,3	31,4
24	22,2	22,3 a 26,9	27,0 a 31,5	31,6
25	22,4	22,5 a 27,0	27,1 a 31,6	31,7
26	22,6	22,7 a 27,2	27,3 a 31,7	31,8
27	22,7	22,8 a 27,3	27,4 a 31,8	31,9
28	22,9	23,0 a 27,5	27,6 a 31,9	32,0
29	23,1	23,2 a 27,6	27,7 a 32,0	32,1
30	23,3	23,4 a 27,8	27,9 a 32,1	32,2
31	23,4	23,5 a 27,9	28,0 a 32,2	32,3
32	23,6	23,7 a 28,0	28,1 a 32,3	32,4
33	23,8	23,9 a 28,1	28,2 a 32,4	32,5
34	23,9	24,0 a 28,3	28,4 a 32,5	32,6
35	24,1	24,2 a 28,4	28,5 a 32,6	32,7
36	24,2	24,3 a 28,5	28,6 a 32,7	32,8
37	24,4	24,5 a 28,7	28,8 a 32,8	32,9
38	24,5	24,6 a 28,8	28,9 a 32,9	33,0
39	24,7	24,8 a 28,9	29,0 a 33,0	33,1
40	24,9	25,0 a 29,1	29,2 a 33,1	33,2
41	25,0	25,1 a 29,2	29,3 a 33,2	33,3
42	25,0	25,1 a 29,2	29,3 a 33,2	33,3

Fonte: Atalah, E. e cols., 1997.