

Fatores nutricionais e sociais de importância para o resultado da gestação, em mulheres em acompanhamento na rede de atenção primária de Juiz de Fora

Important nutritional and social factors to pregnancy outcomes in women followed at primary care network of Juiz de Fora

Bárbara Danelon Andrade¹, Ana Carolline Pereira Silva¹, Marcela Thiago Mendes dos Santos¹, Thais Campos¹, Sheila Cristina Potente Dutra Luquetti², Ana Paula Carlos Cândido³, Renata Maria Souza Oliveira⁴, Aline Silva de Aguiar Nemer⁵, Michele Pereira Netto⁶

DOI: 10.5935/2238-3182.20150069

RESUMO

Introdução: a gestação requer elevadas necessidades nutricionais e, devido à sua alta vulnerabilidade, várias condições podem interferir na evolução normal da gestação, por isso o seu acompanhamento médico é importante. **Objetivos:** avaliar o estado nutricional e de saúde, analisar o consumo alimentar e investigar o perfil socioeconômico de gestantes atendidas em Unidades de Saúde de Juiz de Fora (MG). **Métodos:** trata-se de estudo observacional descritivo. O acompanhamento longitudinal iniciou-se no terceiro trimestre da gestação e durou até o primeiro mês pós-parto. A coleta de dados foi realizada na rede de atenção primária de saúde, em oito unidades básicas das regiões oeste e sul de Juiz de Fora, por meio de aplicação de questionários e avaliação antropométrica. **Resultados:** participaram do estudo 111 mulheres; a maioria apresentava-se eutrófica antes da gestação; mais da metade iniciou o pré-natal até o terceiro mês de gestação e realizou mais que sete consultas no total. Verificou-se que 20% apresentavam anemia gestacional. A amostra foi predominantemente constituída de população de baixa renda - meio salário mínimo ou menos. A ingestão média de macronutrientes estava entre as faixas de recomendação, sendo adequada. Observou-se consumo de dietas inadequadas em relação aos micronutrientes cálcio, ferro e ácido fólico. **Conclusões:** as gestantes avaliadas tinham acesso aos serviços de pré-natal, porém notou-se falta de acompanhamento nutricional e de orientações em relação aos cuidados com a gestação.

Palavras-chave: Gestantes; Cuidado Pré-Natal; Estado Nutricional; Consumo de Alimentos; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Introduction: pregnancy requires elevated nutritional needs and, due to its high vulnerability, various conditions can interfere in the normal course of pregnancy; therefore, medical follow-up is important. **Objectives:** to evaluate the nutritional and health status, analyze food intake and investigate the socioeconomic profile of pregnant women attending the Juiz de Fora Health Units (MG). **Methods:** this was a descriptive observational study. The longitudinal monitoring began in the third trimester of pregnancy and lasted until the first postpartum month. Data collection was carried out in the network of primary health care in eight basic units in the western and southern regions of Juiz de Fora through questionnaires and anthropometric evaluations. **Results:** 111 women participated in the study; most were eutrophic before the pregnancy; more than half began the prenatal care up to the third month of pregnancy and attended to more than seven consultations in total. Gestational anemia was detected in 20% of women. The sample

¹Acadêmica do Curso de Nutrição do Instituto de Ciências Biológicas-ICB da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, MG – Brasil.

²Nutricionista. Doutora em Ciências: Fisiopatologia Clínica e Experimental. Professora Adjunta do Departamento de Nutrição/ICB da UFJF. Juiz de Fora, MG – Brasil.

³Nutricionista. Doutora em Ciências Biológicas. Professora Adjunta do departamento de Nutrição/ICB da UFJF. Juiz de Fora, MG – Brasil.

⁴Nutricionista. Doutora em Saúde. Professora Adjunta do departamento de nutrição/ICB da UFJF. Juiz de Fora, MG – Brasil.

⁵Nutricionista. Doutora em Patologia. Professora Adjunta do Departamento de Nutrição/ICB da UFJF. Juiz de Fora, MG – Brasil.

⁶Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Nutrição/ICB da UFJF. Juiz de Fora, MG – Brasil.

Suporte Financeiro: Apoio financeiro: PROEX (Pró-reitoria de extensão) e PROPEQ (Pró-reitoria de pesquisa) – Universidade Federal de Juiz de Fora – MG. Tipo de auxílio: Concessão de bolsas de iniciação científica e bolsa de extensão.

Recebido em: 25/03/2014

Aprovado em: 26/07/2015

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora. Instituto de Ciências Biológicas. Departamento de Nutrição Juiz de Fora, MG – Brasil

Autor correspondente: Michele Pereira Netto
E-mail: michele.netto@ufjf.edu.br

was predominantly made up of low-income women - half the minimum wage or less. The average intake of macronutrients was within the recommended ranges, being adequate. An inadequate diet consumption of the calcium, iron, and folic acid micronutrients was observed. Conclusions: the evaluated pregnant women had access to prenatal services. However, a lack of nutritional monitoring and provision of guidelines for pregnancy care were observed.

Key words: *Pregnant Women; Prenatal Care; Nutritional Status; Food Consumption; Postpartum Period.*

INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada por período de intenso crescimento e desenvolvimento da mãe e concepto, com elevadas necessidades nutricionais decorrentes de ajustes fisiológicos. Sua alta vulnerabilidade e as várias condições que podem interferir na sua evolução associam-se ao seu prognóstico.^{1,2}

A vigilância clínica durante o período gestacional é fundamental para promover, proteger e recuperar a saúde da gestante e do concepto.³ O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) implantado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2000, associou-se à melhoria progressiva dessa assistência.⁴ O número de consultas de pré-natal que resultaram em parto realizado no SUS aumentou de 1,2 consulta por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005.⁵

Existem alguns fatores de risco associados ao comprometimento do resultado da gestação. A idade materna é um deles, considerando-se risco as gestantes adolescentes ou com mais de 35 anos. O estado nutricional é determinado principalmente pela ingestão de micro e macronutrientes e, portanto, alterações como a desnutrição ou obesidade na gestação afetariam o crescimento fetal.⁶ A paridade também é fator de risco, especialmente quando associada à idade elevada ou ao excesso de peso. Estudos revelam que o aumento do índice de massa corpóreo (IMC) ocorre proporcionalmente ao número de filhos.⁷ O intervalo interpartal, quando é inferior a 24 meses ou superior a 60 meses, constitui outro fator para o comprometimento gestacional.⁸

As complicações na gravidez também estão relacionadas a fatores de risco. Sabe-se que doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias e anemia podem prejudicar tanto a saúde da mãe quanto do feto. O tabagismo e o uso de álcool afetam o crescimento e o desenvolvimento fetal, como observado⁹ com 150 puérperas, ressaltando

a influência dessas substâncias sobre o peso, comprimento e perímetro cefálico dos recém-nascidos.

Outro fator importante são as condições socioeconômicas. O nível de escolaridade, a ocupação, o estado civil e a renda pessoal e familiar são fatores que refletem diretamente na saúde das mulheres.¹⁰

A avaliação do consumo alimentar e da suplementação durante o processo gravídico são importantes para detectar déficits nutricionais e hábitos inadequados, com vista a adequar as necessidades de nutrientes nesse período e a evitar alterações no estado nutricional, permitindo um prognóstico favorável à saúde da mãe e filho.

O presente trabalho justifica-se pela abrangência no município de Juiz de Fora, compreendendo duas regiões, com valor amostral representativo. Além disso, obtém dados relevantes que podem subsidiar ações de intervenção e melhoria e ainda fomentar trabalhos que poderão beneficiar gestantes atendidas no serviço público de saúde.

Diante do elucidado anteriormente, o objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e de saúde, analisar o consumo alimentar e investigar o perfil socioeconômico de gestantes atendidas em unidades de saúde de Juiz de Fora (MG).

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional descritivo. O acompanhamento longitudinal consistiu de duas avaliações: a primeira, no terceiro trimestre da gestação; e a segunda no primeiro mês pós-parto, sendo que o intervalo entre as avaliações variou de acordo com a data inicial de inclusão no estudo. A coleta de dados foi realizada em todas as unidades básicas de saúde (UBS) das regiões oeste e sul do município de Juiz de Fora – MG, constituindo o total de oito unidades. O período de estudo foi de setembro de 2011 a fevereiro de 2013.

A amostra do estudo foi composta de 111 mulheres que foram convidadas a participar nos momentos que aguardavam algum procedimento na UBS, constituindo-se, portanto, de amostra de conveniência. Desta forma, considerou-se como critério de inclusão o aceite das grávidas e não houve critério de exclusão.

Na primeira etapa do estudo, as gestantes que concordaram em participar a partir do termo de consentimento livre e esclarecido responderam um questionário elaborado pelos pesquisadores, con-

tendo informações socioeconômicas (escolaridade materna, renda familiar, estado civil, entre outras), variáveis referentes à gestação (idade materna, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, intercorrências durante a gestação, IMC pré-gestacional, uso de tabaco e álcool durante a gestação, uso de suplementos na gestação, resultado de exame de sangue realizado no pré-natal, entre outras) e história obstétrica (paridade, intervalo interpartal, aborto, entre outras).

As intercorrências relatadas nos resultados como hipertensão arterial sistêmica, anemia, cardiopatias e diabetes mellitus foram referidas pelas próprias gestantes, de acordo com o diagnóstico médico realizado na unidade básica de saúde. Portanto, para tais informações, não foram requeridos neste estudo algum exame bioquímico ou aferição de pressão arterial sistêmica (PA).

A avaliação do estado nutricional levou em consideração as mensurações antropométricas de altura e peso pré-gestacional, aplicando-se o IMC obtido pela relação peso pré-gestacional (kg)/[altura (m)²]. Para a classificação utilizaram-se os parâmetros estabelecidos pelo Instituto de Medicina (IOM), que considera IMC < 19,8: baixo peso; entre 19,8 e 26,0: eutrofia; entre 26 e 29,0: pré-obeso ou sobrepeso; e acima de 29: obesidade.

Nesse primeiro encontro realizou-se o recordatório de 24 horas, utilizando um álbum fotográfico contendo figuras com alimentos frequentemente consumidos a fim de se obter informação mais precisa sobre a ingestão alimentar no dia anterior à entrevista. Posteriormente, os alimentos consumidos foram convertidos em gramas a partir da Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras. A composição química das dietas foi analisada em relação aos macronutrientes (carboidrato, proteína e lipídio), vitaminas (vitamina A e C e folato) e minerais (cálcio e ferro), adotando a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO) e Tabela de Composição de Alimentos – suporte para decisão nutricional.

O consumo médio das gestantes foi comparado às recomendações nutricionais. No caso dos macronutrientes, utilizou-se a AMDR; para micronutrientes, a Estimated Average Requirement (EAR) da Dietary Reference Intakes (DRIs).

Na segunda etapa, que ocorreu no primeiro mês pós-parto, as nutrizes foram avaliadas por meio de contato telefônico, sendo questionadas sobre o ga-

nho de peso total na gestação e o número de consultas totais durante o pré-natal. O número amostral foi reduzido a 85 pessoas nessa etapa, devido a perdas no contato com algumas mulheres e desistência do acompanhamento de outras.

Para análise dos dados, empregou-se estatística descritiva, como frequência, média e medidas de dispersão. Para tal, foi utilizado o software SPSS versão 15.0.

Este trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESULTADOS

Inicialmente, aceitaram participar do estudo 111 mulheres. Destas, 24,32% eram adolescentes, com idade ≤ 19 anos; e 11,71%, com 35 anos ou mais. A idade teve variabilidade entre 14 e 40 anos. O IMC pré-gestacional variou de 16,41 a 36,98 kg/m², com média de 24,23 ± 4,32 kg/m², sendo que mais da metade (53,33%) apresentava alterações no estado nutricional.

A maioria das mulheres era múltipara, entretanto, houve elevado percentual de primíparas. Observou-se na maioria dos casos intervalo interpartal inferior a 24 meses, considerado fator de risco para a gestação. Em contrapartida, 32,26% das mulheres apresentaram esse intervalo maior que 60 meses, o que também constitui fator de risco. Mais da metade das mulheres iniciou o pré-natal até o terceiro mês de gestação e realizou mais que sete consultas. A média do número total de consultas durante o pré-natal na população avaliada foi de 7,35 ± 2,56, com mínimo de uma e máximo de sete consultas (Tabela 1).

Os dados sobre o hemograma realizado no pré-natal, requerido na UBS, revelaram que 20% evidenciavam anemia gestacional, sem descrição de sua etiologia. A maioria das gestantes estava em uso de composto ferroso (92,8%) e complexo vitamínico (58,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis gestacionais de mulheres avaliadas em oito Unidades de Saúde das regiões Oeste e Sul de Juiz de Fora, MG, 2011-2012

Variáveis gestacionais	N	%
Idade materna		
≤ 19 anos	27	24,3
> 19 ≤ 30 anos	58	52,3
> 30 anos	26	23,4

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Variáveis gestacionais de mulheres avaliadas em oito Unidades de Saúde das regiões Oeste e Sul de Juiz de Fora, MG, 2011-2012

Variáveis gestacionais	N	%
IMC pré-gestacional¹		
Baixo peso	19	18,09
Eutrofia	49	46,67
Sobrepeso	20	19,04
Obesidade	17	16,2
Paridade		
Primíparas	49	44,1
Múltiparas	62	55,9
Abortos		
Sim	15	13,5
Não	96	86,5
Intervalo interpartal²		
≤ 24 meses	18	29,03
> 24 ≤ 60 meses	24	38,71
> 60 meses	20	32,26
Início do pré-natal		
Até o 3º mês	62	55,9
4º mês em diante	49	44,1
Número de consultas totais³		
< 7 consultas	32	37,6
≥ 7 consultas	53	62,4
Anemia na gestação		
Sim	105	94,6
Não	6	5,4
Anemia⁴		
Sim	21	20
Não	84	80
Crianças < 5 anos residentes no mesmo domicílio		
Sim	51	45,9
Não	60	54,1
Tabagismo na gestação		
Sim	15	13,5
Não	96	86,5
Uso de álcool na gestação		
Sim	17	15,3
Não	94	84,7
Exercício físico na gestação		
Sim	32	28,8
Não	79	71,2

¹ Seis mulheres não souberam informar seu peso pré-gestacional ou a altura, não sendo possível o cálculo do IMC pré-gestacional; ² excluídas as primíparas; ³ não há informação sobre o número de consultas totais de pré-natal de 26 mulheres, devido à ausência na segunda avaliação; ⁴ seis mulheres não se submeteram a exame de sangue.

Apesar do uso de álcool e tabaco ser fortemente desencorajado durante a gestação, parte das mulheres avaliadas confirmou consumir essas substâncias. A prática de exercício físico regular durante a gestação é recomendada, embora requeira alguns cuidados, contudo, baixo percentual de mulheres declarou realizar alguma atividade física nesse período (Tabela 1).

Como o segundo contato foi por meio de telefone e realizou-se no primeiro mês após o nascimento da criança, ocorreram algumas perdas de seguimento e o número amostral foi reduzido a 85 mulheres. Acredita-se que na maioria destas a principal causa foi a mudança no número de telefone referido pela mulher. Nesse momento questionou-se sobre o ganho de peso total na gestação. A média encontrada foi de 13,08 kg ± 6,42, sendo que houve gestantes com perda de peso de até 8 kg e outras com ganho de até 31,5 kg.

Na Tabela 2 estão descritas as variáveis socioeconômicas analisadas. Em relação à escolaridade materna e paterna, em ambos os casos a maioria apresentou baixa escolaridade (≤ 8 anos). Já a condição de trabalho atual, a relação foi contrária, ou seja, a minoria das mães trabalhava e cerca de 80% dos pais estavam empregados. Pode-se observar que a amostra avaliada é principalmente constituída de população de baixa renda, visto que grande parte das entrevistadas recebia até um salário mínimo.

Tabela 2 - Variáveis socioeconômicas de mulheres avaliadas em oito unidades de saúde das regiões Oeste e Sul de Juiz de Fora, MG, 2011-2012

Variáveis socioeconômicas	N	%
Escolaridade materna		
≤ 8 anos	58	52,25
> 8 anos	53	47,75
Condição de trabalho atual da mãe		
Empregada (formal e informal)	34	30,6
Desempregada	77	69,4
Estado Civil		
Casada (formal e informal)	70	63,1
Solteira	37	33,3
Separada	3	2,7
Viúva	1	0,9
Escolaridade paterna¹		
≤ 8 anos	61	58,1
> 8 anos	44	41,9

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Variáveis socioeconômicas de mulheres avaliadas em oito unidades de saúde das regiões Oeste e Sul de Juiz de Fora, MG, 2011-2012

Variáveis socioeconômicas	N	%
Condição de trabalho atual do pai²		
Empregado (formal e informal)	93	84,55
Desempregado	16	14,55
Aposentado	1	0,9
Renda familiar³		
< 1 salário mínimo	51	47,2
De 1 a 2 salários mínimos	36	33,3
De 2 a 3 salários mínimos	15	13,9
> 3 salários mínimos	6	5,6
Renda per capita⁴		
≤ ½ salário mínimo	61	57
> ½ salário mínimo	46	43

¹ Seis mulheres não souberam informar a escolaridade paterna; ² uma mulher não soube informar a condição de trabalho atual do pai; ³ três mulheres não souberam informar a renda familiar; ⁴ quatro mulheres não souberam informar a renda familiar ou o número de pessoas que dependem desta, impossibilitando o cálculo da renda per capita.

Algumas intercorrências, como cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, durante a gestação foram questionadas, contudo, mais da metade das mulheres declarou não sofrer qualquer irregularidade (59%). Parte das mulheres (28%) tinha algum outro tipo de intercorrência, como infecção urinária, sangramento, tonturas, contração ou depressão nesse período.

Na Figura 1, comparou-se a média da ingestão diária de macronutrientes de todas as gestantes avaliadas e as faixas de recomendação indicadas pela AMDR. Verificou-se que a ingestão média das gestantes para carboidrato, proteína e lipídio estava entre as faixas de recomendação, sendo, portanto, adequadas. Pode-se destacar ainda que, apesar do consumo de proteína e lipídio estar dentro da faixa recomendada, a média da ingestão de proteína estava próxima da faixa inferior, enquanto a média da ingestão lipídica encontrava-se mais próxima da faixa superior.

Em relação à ingestão de micronutrientes das gestantes avaliadas quando comparados às recomendações das DRIs, observou-se consumo de dietas inadequadas em relação aos minerais cálcio e ferro, com média de ingestão de 516,86 mg ± 379,89 e 9,02 mg ± 4,02, respectivamente. Comportamento semelhante foi apurado na média de ingestão de folato, 138,93 µg ± 98,02.

Quanto ao consumo das vitaminas A e C, verificou-se adequação da média de ingestão. A média de

consumo de vitamina A foi de 967,87 µg ± 3.608,06 e de vitamina C foi de 186,54 mg ± 284,29.

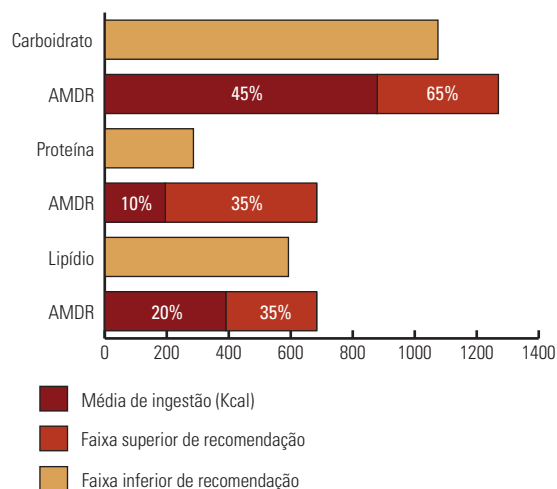


Figura 1 - Comparação entre a recomendação estabelecida pela AMDR e a média da ingestão diária de macronutrientes de mulheres avaliadas em oito unidades de saúde das regiões oeste e sul de Juiz de Fora – MG, 2011-2012.

DISCUSSÃO

A idade materna é fator de influência sobre o resultado da gestação. Neste estudo, parcela da amostra constituiu-se de gestantes adolescentes e mulheres com mais de 35 anos, sendo esses grupos vulneráveis a risco perinatal.¹¹ Em registros oficiais de 39.285 nascidos vivos em Fortaleza¹², a gravidez nos extremos da vida reprodutiva associou-se a acompanhamento pré-natal menos eficiente, prematuridade, anóxia e baixo peso.

Assim como a idade materna, o estado nutricional pré-gestacional também influencia no resultado da gestação. Grande parte das mulheres encontrava-se eutrófica, porém deve-se ressaltar que as demais da amostra apresentavam algum distúrbio nutricional, seja por déficit ou excesso. O estado nutricional materno inadequado tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, podendo comprometer o crescimento pós-natal, com alto risco de morbidade no primeiro ano de vida.^{1,13} O excesso de peso pode trazer consequências como o diabetes mellitus gestacional e/ou síndrome hipertensiva da gravidez, enquanto o baixo peso materno e carências específicas de micronutrientes podem resultar em anemia e déficit de vitamina A.¹⁴

Na amostra estudada, a maioria das mulheres tinha entre 20 e 35 anos de vida. Verificou-se elevado percentual de primíparas, o que pode ser explicado pelo fato dessa ser uma ótima faixa etária para a reprodução.

Entre as múltiparas, verificou-se que em quase um terço o intervalo interpartal foi igual ou inferior a 24 meses. Sabe-se que o intervalo curto entre partos é inadequado, já que se associa ao esgotamento das reservas maternas e ao conseqüente baixo peso ao nascer, prematuridade, mortalidade neonatal e infantil e desnutrição na infância.¹⁵

O início do pré-natal e o número total de consultas estão relacionados a melhores indicadores de saúde materno-infantil.¹⁶ Em Pelotas¹⁷, as mulheres com maior renda familiar frequentavam mais as consultas de pré-natal, realizando, ao final da gestação, mais consultas do que aquelas de baixa renda. A média de consultas de pré-natal obtida neste estudo está acima do que é preconizado pelo Ministério da Saúde⁵, que são de no mínimo seis. Esse fato contraria a afirmação do estudo em Pelotas, já que esta amostra refere-se às gestantes predominantemente de baixa renda.

Sabe-se que a anemia ferropriva é problema de saúde pública no Brasil e no mundo, atingindo principalmente as grávidas.¹⁸ Alguns fatores, como o baixo consumo dietético, baixas reservas e elevada necessidade, contribuem para a deficiência do ferro, resultando, assim, em anemia.^{19,20}

A prevalência de anemia encontrada nas gestantes deste estudo equivale a 20%, resultado superior ao achado por Hedrich *et al.*¹. Dessa forma, demonstra-se a importância de ações preventivas e de tratamento destinados a esse grupo, já que estão associadas às condições adversas como risco de morte materna, baixo peso ao nascer e partos prematuros.²¹

O Ministério da Saúde recomenda o uso de composto ferroso a partir do segundo trimestre até o terceiro mês pós-parto⁵, mesmo em mulheres sem anemia, de forma profilática, a fim de reduzir os riscos de intercorrências gestacionais e perinatais.²¹ A suplementação com composto ferroso foi relatada por 92,8% das mulheres, resultado este semelhante ao encontrado por Fonseca *et al.*²². Mesmo com a suplementação, verificou-se que parte das gestantes exibia anemia; o que pode decorrer da baixa adesão ao tratamento, inadequação da dose, baixa periodicidade de consumo e início tardio da profilaxia.¹⁹

O complexo vitamínico ou ácido fólico é indicado antes mesmo da gravidez, no período de 60 a 90 dias antes da concepção, mantendo-se seu uso durante o

primeiro trimestre da gestação.⁵ É evidente a importância do folato durante a fase de desenvolvimento e crescimento fetal, atuando na proliferação e diferenciação celular, síntese do DNA e RNA e contribuindo para a perfeita formação do tubo neural.

O percentual de gestantes que fizeram uso do ácido fólico correspondeu a 58,6%, valor bem abaixo do esperado, já que o ideal seria a total abrangência da suplementação recomendada, pois essa medicação é distribuída gratuitamente nas UBS.

O tabagismo exerce grande impacto no resultado da gestação. Segundo Vitolo², a nicotina, substância presente nos cigarros, promove uma série de alterações na fisiologia normal da gestação, reduzindo o fluxo sanguíneo da placenta e promovendo a vasoconstrição. Essas alterações podem afetar o crescimento fetal, aumentar o risco de prematuridade e mortalidade perinatal, além de prejudicar a adequada nutrição do feto. A prevalência de 13,5% de fumo entre as gestantes deste estudo reforça a importância de orientações no pré-natal que desestimulem essa prática.

Assim como o tabaco, o uso de bebidas alcoólicas é fortemente desencorajado, tendo como impacto direto a síndrome alcoólica fetal (SAF)²³, caracterizada por danos ao sistema nervoso central. Mesmo crianças que sofreram exposição pré-natal ao álcool e que não apresentam as características da SAF têm dificuldades comportamentais e emocionais que interferem no seu convívio social. No presente estudo, 15,3% das gestantes faziam uso do álcool, mais do dobro do encontrado no Rio de Janeiro com 433 puérperas.²⁴

A prática de exercício físico exerce influência sobre o ganho de peso materno e o crescimento fetal, além de estar associada à prevenção e controle de diversas doenças, contribuindo para o adequado desfecho gestacional.²⁵

Sabe-se que baixo número de mulheres pratica exercício físico durante a gestação, como exposto por Nochieri *et al.*¹⁴, que encontraram dados semelhantes, 18,5%. Esse fato foi confirmado neste estudo, que encontrou reduzida parcela de gestantes que realizaram algum tipo de exercício físico. O estímulo a essa prática durante o pré-natal pode contribuir para a mudança desses resultados.

O perfil socioeconômico delineia-se por população que se mantém predominantemente com menos da metade de um salário mínimo por mês, portanto, constituiu-se em amostra com nível socioeconômico desfavorável. Verifica-se que alto percentual de mulheres relatou estar desempregada, o que contribui para baixa renda

per capita e mais dependência financeira de seus familiares. Sabe-se que a população de baixa renda tem dificuldades de acesso a cuidados com a saúde, nutrição e lazer, prejudicando, de maneira geral, a gestação e o conceito. Dessa forma, o baixo poder aquisitivo pode agir influenciando o menor acesso aos alimentos em termos quantitativos e qualitativos, ocasionando o consumo de alimentos de alta densidade energética, que, por sua vez, são mais baratos¹⁴, contribuindo para ganho excessivo de peso na gestação.

Aliado à baixa condição econômica, há também predominância de baixa escolaridade. Essa associação pode dificultar o acesso a informações sobre cuidados com a gestação e o recém-nascido ou comprometer o entendimento sobre o que lhe é informado, ambos afetando a saúde do binômio mãe-filho.²⁶

A presença do companheiro pode apoiar psicológica e financeiramente a mulher durante o período gestacional.^{14,27} Observou-se neste trabalho que a maioria relatou ser casada, o que se constitui em aspecto positivo, já que mulheres não casadas têm mais possibilidade de provocar aborto²⁷ e iniciar o pré-natal e o aleitamento materno mais tarde.²⁸

Grande parte das gestantes informou ter crianças menores de cinco anos no domicílio. Este resultado é relevante, pois outra criança em ambiente de baixa condição socioeconômica pode ser prejudicial aos cuidados de saúde e nutrição, tanto para o recém-nascido quanto para a própria criança, já que poderão dividir os cuidados da família.⁸

A avaliação do consumo dietético durante o período gestacional é de fundamental importância, já que pode subsidiar futuras intervenções nutricionais, aprimorando, assim, a qualidade do atendimento e das orientações fornecidas. Para avaliar a ingestão calórica e de nutrientes neste estudo, utilizou-se o Recordatório de 24 horas. Embora não seja considerado o melhor método para avaliar a ingestão alimentar habitual do indivíduo, já que se refere a apenas um dia, possui vantagens, por ser aplicado em curto tempo e demandar baixo custo, além de ser o mais usado em pesquisas.

A média de ingestão de carboidratos neste estudo foi de aproximadamente 55% do valor calórico total, sendo considerado adequado segundo as recomendações para gestantes (AMDR). Semelhante a este resultado, Fazio *et al.*²⁹ verificaram que a proporção de carboidratos variou de 55 a 59%. No Rio de Janeiro³⁰, o consumo médio representou 65% do total energético, proporção esta maior do que a avaliada. Sabe-se que adequado consumo desse macronutriente duran-

te a gestação desempenha importante função para o crescimento fetal, uma vez que constitui a principal fonte de energia para a gestação. Portanto, o achado neste estudo é considerado positivo.

Em relação à proteína, observou-se que a média de ingestão das gestantes avaliadas aproximou-se da faixa inferior da recomendação (AMDR). Ressalta-se que esse nutriente desempenha funções essenciais na formação de tecidos fetais e maternos e sua deficiência está associada a retardo de crescimento intrauterino e desenvolvimento de pré-eclâmpsia.²

O fato de a média de consumo de lipídios estar próxima do limite superior da recomendação pode ser preocupante, já que a alimentação típica do brasileiro é, em geral, predominantemente rica em gorduras saturadas e trans, que são prejudiciais ao sistema cardiovascular e podem, ainda, propiciar ganho de peso excessivo durante a gestação. Este resultado foi semelhante ao encontrado no estudo desenvolvido em instituição filantrópica de São Paulo¹⁴, onde a ingestão lipídica também ficou próxima do limite máximo recomendado.

Em relação aos micronutrientes, verificou-se o consumo de dietas carentes em relação ao cálcio, ferro e folato pelas gestantes avaliadas neste estudo. Isto se confirma em pesquisa segundo a qual os distúrbios nutricionais apresentados pelas gestantes referem-se principalmente a esses micronutrientes.¹

A média da ingestão de cálcio neste estudo atingiu apenas a metade do que é recomendado segundo as DRIs. Este resultado está provavelmente relacionado à reduzida frequência e quantidade de consumo de alimentos fontes desse mineral, encontrado principalmente no leite e derivados.

Observou-se também que o ferro apresentou inadequação em todas as gestantes avaliadas. É indiscutível que há grande dificuldade de atingir a recomendação estabelecida para esse micronutriente, devido à alta necessidade do grupo. Apesar disso, mais de 90% das mulheres relataram fazer uso de suplemento de ferro, o que pode amenizar as possíveis deficiências nutricionais. Tratando-se da importância do folato no período gestacional, é preocupante que, além da ingestão dessa vitamina não atingir a recomendação, muitas mulheres não faziam uso de ácido fólico como suplemento, podendo, assim, aumentar os riscos da deficiência nessa população e trazer prejuízos à saúde do conceito.

Ocorreu adequação em relação às vitaminas A e C, o que pode ser explicado pelo alto consumo e fácil acesso de alimentos fontes dessas vitaminas, o que é confirmado por outros estudos.²⁹

Este estudo apresentou acompanhamento longitudinal e, devido a este fato, encontraram-se limitações principalmente em relação às perdas de seguimento e abandono. O contato telefônico com algumas mulheres foi perdido entre as avaliações, o que tornou o número amostral reduzido e sem continuidade de todos os dados coletados na primeira avaliação. Além disso, houve dificuldades de comunicação com as participantes, o que pode ter influência negativa sobre a confiabilidade dos dados relatados, já que o aumento do tempo entre os dois contatos pode causar certa confusão ou esquecimento do acontecido.

Baseado nos achados a respeito do perfil social e nutricional das mulheres assistidas neste estudo percebe-se a carência quanto à instrução sobre alimentação e sua importância nos períodos gestacional e pós-parto. Por isso, sugere-se aprimoramento e ampliação de políticas públicas voltadas para a alimentação desses grupos, que serão relevantes para mudanças nos padrões nutricionais e de saúde. Os dados obtidos podem subsidiar discussões para melhoria das ações destinadas a essa população.

CONCLUSÃO

A maioria das gestantes avaliadas recebia até um salário mínimo, foi às consultas pré-natais e estava em uso de complexo vitamínico e sulfato ferroso. Ainda assim, algumas delas manifestaram anemia gestacional e cerca de 10% continuaram consumindo álcool e tabaco durante a gestação. Em média, o ganho de peso gestacional foi satisfatório e a ingestão média de macronutrientes estava adequada. Entretanto, houve inadequação no consumo dos micronutrientes cálcio, ferro e folato.

Apesar do acesso aos serviços de pré-natal, notou-se que há falhas nesse sistema, como a falta de acompanhamento nutricional e de orientações em relação aos cuidados com a gestação e o pós-parto. Portanto, destaca-se a importância da inserção de profissionais que incentivem tais atividades e o aprimoramento de políticas públicas destinadas a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Hedrich A, Novello D, Ruviano L, Alves J, Quintiliano DA. Perfil alimentar, estado nutricional, de saúde e condições sócio-econômicas de gestantes assistidas por centros de saúde do município de Guarapuava-PR. *Rev Salus-Guarapuava*. 2007; 1(2):139-46.

2. Vitolo MR. *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
3. Malfatti CRM, Assunção AN, Moura R, Burgos MS, Ehle LD. Perfil das gestantes cadastradas nas equipes de saúde da família da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3):458-63.
4. Brasil, Ministério da Saúde. *Informações de saúde. Maternidade. Gestação. A importância do pré-natal*. [Citado em 2013 abr 23]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/gestacao/a-importancia-do-pre-natal>.
5. Brasil, Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Melo ASO, Assunção PL, Amorim MMR, Cardoso MAA. Determinantes do crescimento fetal e sua repercussão sobre o peso ao nascer. *Femina*. 2008; 36(11):683-9.
7. Ferreira RAB. *Influência da paridade sobre o Índice de Massa Corpórea de mulheres brasileiras [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.
8. Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Tomasi E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cad Saúde Pública*. 1993; 9(1):14-27.
9. Freire TM, Machado JC, Melo EV, Melo DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(7):376-81.
10. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(1):15-25.
11. Matheus M, Sala MA. Crescimento intra-uterino normal. In: Matheus M, Sala MA. *Aspectos obstétricos e perinatais*. São Paulo: Guanabara Koogan; 1992. p. 9-24.
12. Aragão FMX, Oliveira MCR. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2004; 1:1756-60.
13. Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002.
14. Nochieri ACM, Belmonte FAL, Assumpção MF, Leung MCA. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. *Mundo da Saúde*. 2008; 32(4):443-51.
15. Franceschini SCC, Priore SE, Pequeno NPF, Silva DG, Sigulem DM. Fatores de risco para o baixo peso ao nascerem gestantes de baixa renda. *Rev Nutr*. 2003; 16(2):171-9.
16. Kotelchuck M, Schwartz J, Anderka M, Finison KS. WIC participation and pregnancy outcomes: Massachusetts statewide evaluation project. *Am J Pub Health*. 1984; 74(1):1086-92.
17. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(3):487-92.
18. Bresani CC, Souza BAI, Batista Filho M, Figueiroa JN. Anemia e ferropeia em gestantes: dissensos de resultados de um estudo transversal. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007; 7(1):S15-22.
19. Vitolo MR, Boscaini C, Bortolini GA. Baixa escolaridade como fator limitante para o combate à anemia entre gestantes. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(6):331-9.

20. Silva LSV, Thiapó AP, Souza GG, Saunders C, Ramalho A. Micronutrientes na gestação e lactação. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7(3):237-44.
21. Paixão GPN, Sena CD, Santos TCS, Gomes NP, Carvalho MRS. A importância do uso do ácido fólico e sulfato ferroso em mulheres no ciclo gravídico - puerperal: revisão integrativa da literatura. *Rev APS.* 2012; 15(2):214-9.
22. Fonseca MRCC, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(2):205-12.
23. Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por 15 gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5):695-703.
24. Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(7):335-41.
25. Matsudo VKR, Matsudo SMM. Atividade física e esportiva na gravidez. In: Tedesco JJ, editor. *A grávida.* São Paulo: Atheneu; 2000, p.53-81.
26. Griz SMS, Barbosa CP, Silva ARA, Ribeiro MA, Menezes DC. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010; 15(2):179-83.
27. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Araujo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7(3):271-80.
28. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(3):313-8.
29. Fazio ES, Nomoura RMY, Dias MCG, Zugaib M. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(2):87-92.
30. Lacerda EMA, Kac G, Cunha CB, Leal MC. Consumo alimentar na gestação e no pós-parto segundo cor da pele no município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(6):985-94.