



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MAYENNE MYRCEA QUINTINO PEREIRA VALENTE

**NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES
CORPORAIS EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE ITAITINGA-CE**

FORTALEZA-CE
2010

MAYENNE MYRCEA QUINTINO PEREIRA VALENTE

**NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES
CORPORAIS EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE ITAITINGA-CE**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e as políticas e práticas de saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

FORTALEZA-CE
2010

V249n Valente, Mayenne Myrcea Quintino Pereira

Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais em gestantes do município de Itaitinga-Ce / Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente . – Fortaleza-Ce, 2010.
79 f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Avaliação Nutricional 2. Cuidado Pré-Natal 3.
Diagnóstico de Enfermagem I. Moura, Escolástica Rejane
Ferreira (Orient.) II. Título.

CDD: 610.73

MAYENNE MYRCEA QUINTINO PEREIRA VALENTE

**NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: INGESTÃO MAIOR QUE AS NECESSIDADES
CORPORAIS EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE ITAITINGA-CE**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura
Universidade Federal do Ceará (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Maria Alix Leite Araujo
Universidade de Fortaleza (1^o Membro)

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará (2^o Membro)

Prof. Dr^a. Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará (Membro Suplente)

*D*edico este trabalho em primeiro lugar a Deus, razão da minha existência. Ao meu esposo Alcion, amor da minha vida; e aos meus pais, por todo amor, carinho e perseverança a mim oferecidos e por terem sempre confiado em meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela realização de mais um sonho. A tua fidelidade é grande e cumpreste mais uma promessa em minha vida. Muito obrigada meu Senhor!

Aos meus pais, José Onilton Pereira e Solange Quintino Pereira, participantes desta grande conquista e por sempre acreditarem em mim e estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis. Esta vitória é nossa! Amo vocês.

Ao meu esposo amado, Paulo Alcion Valente da Silva, pelo privilégio de estar ao seu lado e poder compartilhar da realização deste grande sonho. Agradeço-lhe por todo amor, dedicação, companheirismo, incentivo e perseverança que me deste nesta caminhada. Amo você!

À minha irmã, Mylla Chrystian Quintino Pereira, por toda compreensão e incentivo para a realização deste sonho. Muito obrigada! Você é muito especial!

Às amigas, Danielle Rosa Evangelista, Joyce Mazza Nunes e Marília Braga Marques, companheiras nos momentos bons e difíceis desta caminhada, pelo apoio, pelas trocas de conhecimentos e experiências, pelos trabalhos que realizamos, pelas alegrias que compartilhamos e por vossas amizades que são eternas. Vocês fazem parte desta conquista. Meu muito obrigada!

Aos amigos, Cláudio Régis Pitta de Sousa e Sylmara Carlos Brito dos Santos Pitta, pelos vossos esforços para que eu pudesse ter a oportunidade de concretizar este sonho. Obrigada pelo apoio.

À Prof^ª. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura, por ser uma orientadora maravilhosa, companheira, sempre disposta a ajudar e ensinar, pelas suas ricas contribuições, força, perseverança, estímulo, por sua presença no momento mais especial da minha vida, o meu casamento, e por ser um exemplo de mestre a ser seguido. Muito obrigada amada orientadora!

A todos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelas contribuições para o nosso aprimoramento e crescimento como profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itaitinga-CE, pela oportunidade, apoio e tempo que me disponibilizaram para a realização da pós-graduação. Muito obrigada!

Às gestantes participantes e grandes colaboradoras. Vocês foram indispensáveis para concretização deste trabalho.

"... e nunca considerem seu estudo como uma obrigação, mas sim como uma oportunidade invejável de aprender, sobre a influência libertadora da beleza no domínio do espírito, para seu lazer pessoal e para o proveito da humanidade à qual pertencerá o seu trabalho futuro..."

Albert Einstein

RESUMO

Estudo transversal, descritivo-exploratório, realizado em Itaitinga-CE, cujos objetivos foram identificar o perfil socioeconômico e obstétrico de gestantes; verificar a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem: “Nutrição desequilibrada - ingestão maior que as necessidades corporais” em gestantes; verificar as características definidoras e o fator relacionado ao referido diagnóstico; e descrever o poder preditivo e a acurácia das características definidoras e do fator relacionado ao diagnóstico. A amostra de 146 gestantes foi estabelecida por coeficiente de confiança de 95%, erro amostral de 5% e P de 50,0%. Os dados foram coletados de abril a setembro 2009. Foram organizados no *Excel*, versão 2003, analisados nos softwares *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0, *Predictive Analysis Software (PASW)* versão 18.0 e R versão 2.8.1. Foram calculadas frequências absolutas e percentuais das variáveis nominais. Para as variáveis quantitativas, foram apresentadas a média e o desvio padrão. Para verificação de independência entre variáveis nominais, foi aplicado o teste do Qui-quadrado de Pearson. Foram aplicados o teste da probabilidade exata de *Fisher* ou o teste de *Fisher-Freeman-Halton* quando pelo menos 25% das frequências esperadas foram inferiores a cinco. Para a magnitude de associação entre as variáveis nominais, foi calculada a *Odds Ratio (OR)*. Para análise de diferença de mediana, foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis*. Para verificação da acurácia das características definidoras, foram calculadas a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos. O projeto seguiu as recomendações da Resolução nº 196/96, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer nº 18/09. A idade média das gestantes foi de 24,34 anos, renda *per capita* média de R\$ 168,30, média de pessoas na família 3,99, 126 (86,3%) declararam união consensual/casada, 96 (65,8%) eram do lar, 77 (53,4%) tinham ensino fundamental. A paridade média foi 1,24, 60 (41,1%) eram nulíparas e 87 (57%) estavam no segundo trimestre da gestação. Vinte (13,0%) gestantes apresentavam baixo peso, 89 (61,0%) peso adequado, 23 (16,0%) sobrepeso e 14 (10,0%) obesidade. Na gestação, o baixo peso reduziu em 50,0%, o eutrofismo em 51,7% e aumentaram os casos de sobrepeso em 160,8% e de obesidade em 135,7%. Sete (4,8%) gestantes apresentaram dobra da pele do tríceps maior que 25 mm. Predominou o consumo de alimentos do grupo A, 141 (96,6%) gestantes eram sedentárias, 55 (32,3%) se alimentavam por sugestão interna além da fome, 80 (42,5%) pelo cumprimento do horário da refeição, 73 (42,0%) se alimentavam vendo televisão e 38 (26,0%) se alimentavam além das necessidades metabólicas. Houve associação estatisticamente significativa entre estado nutricional pré-gestacional e gestacional ($p=0,03463$); estado nutricional gestacional e idade ($p=0,001$), paridade ($p=0,026$) e idade gestacional ($p=0,002$). As características definidoras mais sensíveis foram sedentarismo (97,10%), alimentar-se em resposta a estímulos internos (86,98%), obesidade/sobrepeso e dobra da pele do tríceps (> 25 mm) (100%). Houve baixa especificidade, tendo alimentar-se em resposta a sugestões externas como a mais específica (70,13%). Houve associação estatisticamente significativa em: alimentar-se em resposta a sugestões internas além da fome ($p= 0,022$), sobrepeso/obesidade ($p= 0,000$) e dobra da pele do tríceps (> 25 mm) ($p= 0,014$).

Palavras-chave: Avaliação Nutricional. Cuidado Pré-Natal. Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

Cross-sectional, descriptive-exploratory study carried out in Itaitinga-CE-Brazil, with the objectives of: identify the socio-economic and obstetric profile of pregnant women; verify the prevalence of Nursing Diagnosis: "Imbalanced nutrition – more ingestion than body requirements" in pregnant women; verify the defining characteristics and the factor related to the referred diagnosis; and describe the predictive power and accuracy of defining characteristics and of the factor related to diagnosis. The sample of 146 pregnant women was established with a reliable degree of 95%, sample error of 5% and P of 50%. Data was collected from April to September 2009. They were organized in Excel, version 2003, analyzed in the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 16.0, Predictive Analysis Software (PASW) version 18.0 and R version 2.8.1. Absolute and percentage frequencies of nominal variables were calculated. For the quantitative variables, the mean and standard deviation were presented. For independence verification between nominal variables the Pearson's chi-square test was applied. Fisher exact probability test or Fisher-Freeman-Halton test were applied when at least 25% of expected frequencies were below five. For the magnitude of association between nominal variables, Odds Ratio (OR) was calculated. For the mean deviation analysis the Kruskal-Wallis test was applied. For accuracy verification of defining characteristics, sensibility, specificity and predictive values were calculated. The project followed the recommendations of Resolution n°. 196/96, and submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, according to the report n°. 18/09. Pregnant women average age was of 24.34 years, family income of R\$ 168.30, 3.99 people in the family 3.99, 126 (86.3%) reported common-law marriage /married, 96 (65.8%) were of home, 77 (53.4%) had fundamental education. Average parity was 1.24, 60 (41.1%) were nulliparas and 87 (57%) were in the second quarter of pregnancy. Twenty (13.0%) pregnant women presented low weight, 89 (61.0%) appropriate weight, 23 (16.0%) overweight and 14 (10.0%) obesity. In pregnancy, low weight was reduced in 50.0%, eutrofism in 51.7% and the cases of overweight increased in 160.8% and obesity in 135.7%. Seven (4.8%) pregnant women presented triceps skin fold thickness greater than 25 mm. The consumption of the food group A prevailed, 141 (96.6%) pregnant women were sedentary, 55 (32.3%) eat for internal suggestion besides hunger, 80 (42.5%) to follow the food schedule, 73 (42.0%) eat while watching television and 38 (26.0%) eat beyond metabolic requirements. There was statistically significant association between pre-gestational nutritional and gestational state ($p=0.03463$); gestational nutritional state and age ($p=0.001$), parity ($p=0.026$) and gestational age ($p=0.002$). The more sensitive defining characteristics were sedentary lifestyle (97.10%), eating in response to internal stimulation (86.98%), obesity/overweight and triceps skin fold thickness (> 25 mm) (100%). There was low specificity, eating in response to external stimulation as the most specific (70.13%). There was statistically significant association in: eating in response to internal stimulation besides hunger ($p=0.022$), overweight/obesity ($p=0.000$) and triceps skin fold thickness (> 25 mm) ($p=0.014$).

Keywords: Nutrition Assessment. Prenatal Care. Nursing Diagnosis.

LISTA DE TABELAS

1- Distribuição do número de gestantes segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Itaitinga-CE, abr./set.2009.....	40
2- Distribuição do número de gestantes segundo variáveis obstétricas. Itaitinga-CE, abr./set.2009.....	45
3- Distribuição do número de gestantes segundo classificação do estado nutricional pré-gestacional, gestacional e medidas da dobra da pele do tríceps. Itaitinga-CE, abr./set.2009.....	46
4- Distribuição do número de gestantes segundo alimentação diária habitual. Itaitinga-CE, abr./set.2009.....	50
5- Distribuição do número de gestantes segundo características definidoras e fator relacionado ao Diagnóstico de Enfermagem em estudo. Itaitinga-CE, abr./set.2009.....	54
6- Medidas de acurácia das características definidoras e do fator relacionado para o Diagnóstico de Enfermagem em estudo. Itaitinga-CE, abr./set.2009.....	58

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1- Figura da pirâmide alimentar	31
2- Gráfico 1. Comportamento do estado nutricional das mulheres no período pré-gestacional e gestacional. Itaitinga-CE, abr./set.2009.....	48

LISTA DE SIGLAS

IMC – Índice de Massa Corporal

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

IOM – *Institute of the Medicine*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SCIELO – [Scientific Electronic Library On-line](#)

MEDLINE – Medical Literature Analysis and retrieval System On-line

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

BDENF – Base de Dados de Enfermagem

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SISVAN – Sistema de Avaliação Nutricional e Alimentar

PNAISM – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

UBS – Unidade Básica de Saúde

CE – Ceará

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

IG – Idade Gestacional

DUM – Data da Última Menstruação

USG – Ultrassonografia Gestacional

G – Grama

Kg – Quilo

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

PASW – *Predictive Analysis SoftWare*

OR – *Odds Ratio*

VPP – Valor Preditivo Positivo

VPN – Valor Preditivo Negativo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COMEPE – Comitê de Ética em Pesquisa

UFC – Universidade Federal do Ceará

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 Políticas Públicas de Saúde no Pré-Natal.....	22
3.2 Importância dos Diagnósticos de Enfermagem para a Ciência da Enfermagem.....	24
3.3 Alimentação saudável como ação para a promoção da saúde.....	26
4 METODOLOGIA	
4.1 Tipo de estudo.....	34
4.2 Local do estudo.....	34
4.3 População e amostra.....	34
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão das gestantes.....	35
4.4 Coleta de dados.....	35
4.5 Organização dos dados para análise.....	39
4.6 Aspectos éticos.....	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 Perfil demográfico e socioeconômico das gestantes.....	40
5.2 Perfil obstétrico das gestantes.....	45
5.3 Classificação das gestantes segundo o estado nutricional pré-gestacional, gestacional e medidas da dobra da pele do tríceps.....	46
5.4 Perfil da alimentação diária habitual das gestantes.....	50
5.5 Características definidoras e fator relacionado ao Diagnóstico de Enfermagem em estudo.....	54
5.6 Medidas de acurácia das características definidoras e fator relacionado para o Diagnóstico de Enfermagem em estudo	58
6 CONCLUSÃO	60
7 REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	72
ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

O ganho de peso excessivo vem sendo um problema crescente evidenciado entre as mulheres, particularmente entre as gestantes. Este elevado crescimento vem sendo facilitado pelas mudanças comportamentais, pelo uso abusivo do álcool, pela dieta rica em alimentos industrializados, pela crescente taxa de inatividade física, que contribuem para um aumento de peso inadequado, acarretando a obesidade.

A obesidade é, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública em países desenvolvidos. Para alguns países em desenvolvimento, o aumento da prevalência da obesidade representa um problema emergente. Na última década, a prevalência de mulheres obesas cresceu rapidamente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive durante a gravidez (CNATTINGIUS et al., 1998).

As mulheres brasileiras apresentam elevadas taxas de obesidade, ou seja, Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30 Kg/m^2 . A prevalência de obesidade no país entre mulheres de 15-49 anos é estimada em 16%, variando de 12,8% na região Norte a 19,4% na região Sul. A região Nordeste teve uma prevalência de 14,5%. Sobre a prevalência de sobrepeso (IMC igual ou superior a 25 Kg/m^2), a estimativa neste mesmo grupo de mulheres foi de 43%, mais de 10 vezes superior a prevalência de baixo peso (IMC inferior $18,5 \text{ Kg/m}^2$). Prevalências elevadas de sobrepeso foram encontradas em todas as regiões brasileiras, variando entre 41,3%, na região Norte, a 45,1% na região Centro-Oeste. A região Nordeste teve uma prevalência de 40,6% (PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER - PNDS, 2006).

Tem se observado, no Brasil, um antagonismo de tendências temporais entre baixo peso (desnutrição) e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional no país, de modo que a obesidade vem sendo considerada um problema de saúde pública em diversos grupos etários e regiões, particularmente em mulheres (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; GUNDERSON; ABRAMS, 1999).

A gestação e seus eventos relacionados, como puerpério e lactação, são marcados por profundas mudanças que interferem na vida da mulher. As mais conhecidas são relacionadas ao corpo, à fisiologia e ao metabolismo. Dentre as modificações relacionadas ao ganho de peso gestacional, têm-se o aumento dos estoques maternos, o crescimento fetal, a expansão dos tecidos maternos (placenta, tecido adiposo e útero), o crescimento dos seios, o aumento de líquido extracelular e do volume sanguíneo e a formação de líquido amniótico. Em virtude destes fatores que já promovem um aumento ponderal fisiológico, faz-se necessário que o

enfermeiro durante a assistência pré-natal realize uma orientação nutricional que resulte em um ganho de peso gestacional satisfatório.

Estudos têm relatado que o sobrepeso durante a gravidez promove um efeito significativo no aumento das taxas de partos operatórios, como também na elevação do risco de resultados perinatais desfavoráveis, como maior prevalência de fetos macrossômicos, desproporção céfalo-pélvica, trauma, asfixia e morte perinatal (CNATTINGIUS et al., 1998; NUCCI et al., 2001). Além destas complicações, o ganho de peso excessivo pode elevar a ocorrência de retenção de peso pós-parto, maior associação com diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez (KAC, 2001; SEBIRE et al., 2001; YOUNG; WOODMANSEE, 2002).

A magnitude do ganho de peso na gravidez tem sido um tema controverso e os padrões nutricionais recomendados para a gestação têm sofrido mudanças (IOM, 1990; KAC, 2001; ABRAMS; ALTMAN; PICKETT, 2000). Em 1920, acreditava-se que o ganho de peso total deveria ficar em torno de 4 a 6 Kg. A partir de meados do século passado, a recomendação para o ganho de peso durante a gravidez vem aumentando consideravelmente, sempre com base no benefício potencial para a saúde fetal. Esse aumento de peso combinado com o baixo conhecimento sobre a relação entre ganho ponderal gestacional e resultados maternos-fetais, incentivou o *Institute of the Medicine* (IOM) a reexaminar as recomendações nutricionais das gestantes (IOM, 1990; ABRAMS; ALTMAN; PICKETT, 2000). Em 1990, este instituto publicou um documento recomendando que o ganho de peso durante a gravidez fosse de acordo com o estado nutricional pré-gestacional (IOM, 1990). Tais recomendações foram propostas com a finalidade de restabelecer os estoques de gordura corporal em mulheres desnutridas e minimizar os ganhos de gordura em mulheres obesas (LEDERMAN et al., 1997). Entretanto, embora amplamente adotadas, não foram universalmente aceitas (ABRAMS; ALTMAN; PICKETT, 2000). Atualmente, a atenção ao pré-natal no Brasil adota uma recomendação do Ministério da Saúde (MS) de que o aumento ponderal deve ser diferenciado de acordo com o estado nutricional pré-gestacional, em que mulheres que apresentam baixo peso devem ter um ganho ponderal de 12,5 a 18,0 Kg; para gestantes de peso adequado, esse ganho deve ser de 11,5 a 16,0 Kg; mulheres com sobrepeso, de 7,0 a 11,0 Kg; e gestantes obesas, de menos de 7,0 Kg (FEIG; NAYLOR, 1998; GUNDERSON; ABRAMS, 1999; IOM, 1990; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 1995; BRASIL, 2006a).

A assistência pré-natal deve incluir o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso gestacional e orientações nutricionais voltadas às mulheres no período que vai da

gravidez à amamentação, o que é atribuição de médicos e enfermeiros da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a). Portanto, o acompanhamento nutricional da gestante tem como principais objetivos estabelecer o estado nutricional, identificar fatores de risco, possibilitar interferências terapêuticas e profiláticas no sentido de corrigir distorções e promover a educação nutricional, elementos que são explorados na consulta de enfermagem. De acordo com Vargens e Araújo (1997), a Consulta de Enfermagem é um procedimento da assistência desenvolvido com base em princípios ou pressupostos teóricos filosóficos definidos, empregando metodologia própria e que, entre os profissionais de enfermagem, constitui a aplicação do processo de enfermagem, em que o enfermeiro irá determinar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem correspondentes.

A avaliação nutricional no início do pré-natal é importante para estabelecer as necessidades de nutrientes neste período e deve ser realizada continuamente por todo o período gestacional. Desta forma, a avaliação do padrão alimentar auxilia na detecção de ingestão inadequada e hábitos desfavoráveis. Todavia, os hábitos alimentares das mulheres, mesmo em estados fisiológicos de grande importância, sob o ponto de vista nutricional, tais como a gestação, puerpério e lactação, são permeados por crenças, prescrições e proibições (CHAMILCO, 2004).

Conforme Murrieta (2001), os processos de escolhas alimentares são o resultado da interação dialética entre as estruturas habituais do cotidiano, os ciclos ecológicos dos recursos naturais, a dinâmica política econômica dos mercados locais e regionais e as representações de classes e preferências individuais. Para Maciel (2001), não apenas se escolhe o que se come, mas também o quanto, onde, como, quando e com quem, constituindo práticas alimentares diversificadas que se relacionam às representações coletivas, ao imaginário social, as crenças de um grupo e as suas práticas sociais.

A cultura e as escolhas alimentares não devem ser entendidas somente segundo a racionalidade técnica-científica, mas também como formas explicativas e singulares de cada indivíduo e de cada grupo. Desta forma, é imprescindível que a capacidade, o potencial e o desejo de mudança sejam incorporados e considerados no encontro entre profissionais de saúde e usuários e que as intervenções possam oferecer flexibilidade a fim de possibilitar o equilíbrio nutricional, emocional e social e, principalmente, a compreensão dos indivíduos como sujeitos constituídos por um corpo não somente biológico, mas também simbólico (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Neste contexto, é importante mencionar que as orientações nutricionais devem ser realizadas de acordo com as possibilidades econômicas, sociais e culturais de cada paciente, o

que implica na necessidade de adequado preparo dos profissionais da área de saúde em relação ao assunto.

Os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, como atuante na assistência pré-natal, devem informar e estimular a alimentação saudável entre as mulheres, de modo que também percebam os benefícios do ganho ponderal satisfatório. Todavia, o enfermeiro deve se limitar as orientações gerais da alimentação saudável que compõem um núcleo de competência comum da atenção básica, sem jamais substituir o papel do nutricionista. Casos especiais, como a desnutrição severa, obesidade mórbida, ou outra patologia associada à gestação, que necessitam de um acompanhamento especializado, devem ser encaminhados ao profissional competente, no caso o nutricionista. Este integra os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), exercendo papel relevante no acompanhamento nutricional dos grupos prioritários da ESF.

Porém, para que o enfermeiro possa realizar uma conduta adequada, como o reconhecimento das gestantes a serem encaminhadas para um especialista, é necessário que tenha conhecimento dos parâmetros de avaliação nutricional recomendados para a assistência pré-natal e o preparo para exercer uma racionalidade clínica adequada das necessidades das gestantes, o que é possível mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Para Lopes e Araújo (2002), a SAE se consolida mediante a implementação de etapas interdependentes e complementares, que conduzem a organização do trabalho. Neste processo, o diagnóstico de enfermagem se constitui na análise profunda das necessidades básicas afetadas do cliente, configurando-se como uma atividade importante para a realização de uma assistência de enfermagem planejada, crítica e científica. A SAE é, portanto, valiosa, pois pode levar à visão global da condição de saúde da mulher e do conceito, favorecendo a continuidade e o direcionamento da assistência por meio de embasamento científico (WALDOW, 1988).

Para diagnosticar alterações no estado nutricional das gestantes, é preciso habilidade de raciocínio e julgamento clínico por parte do enfermeiro. Essas são características necessárias para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde, o que consiste no diagnóstico de enfermagem. Este proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável e, portanto, um mecanismo útil para estruturar o conhecimento da enfermagem, na tentativa da definição do papel e domínio do enfermeiro (CARPENITO-MOYET, 2008). A taxonomia de diagnósticos de enfermagem, reconhecida oficialmente no mundo e mais difundida no Brasil, é a *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA Internacional (2008).

Problemas de saúde quando classificados à luz de uma taxonomia possibilitam a utilização de uma linguagem padronizada para melhor comunicar os fenômenos de interesse da prática da enfermagem, além de orientar a tomada de decisão, seleção de intervenções de enfermagem individualizadas, documentação e avaliação do cuidado (PEREIRA; BACHION, 2005).

Diversos estudos focados no diagnóstico de enfermagem em gestantes de baixo e de alto risco têm sido desenvolvidos. Pereira e Bachion (2005) analisaram o perfil de diagnósticos de enfermagem em 11 gestantes em uma maternidade de baixo risco no Estado de Goiás, em que foram identificados 25 diagnósticos de enfermagem. Dentre estes, foram observadas três gestantes com o diagnóstico “Risco para Nutrição Desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”. Estudo realizado por Gouveia e Lopes (2004), com 71 gestantes de risco de um hospital de São Paulo, identificou 24 (33,8%) gestantes que possuíam o diagnóstico de enfermagem “Nutrição Desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”. Lacava e Barros (2004) realizaram estudo com 15 gestantes em um serviço de pré-natal em São Paulo, no qual foram encontrados 45 diagnósticos de enfermagem e destes cinco gestantes apresentaram o diagnóstico “Risco para Nutrição Desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”.

Também foram observados estudos sobre o estado nutricional em gestantes, principalmente na adolescência. Furlan et al. (2003) realizaram estudo com 300 gestantes adolescentes com a finalidade de avaliar o estado nutricional por meio do IMC pré-gestacional e IMC no final da gestação e sua associação com o tipo de parto e peso do recém-nascido, encontrando 34,7% das gestantes adolescentes com desvio nutricional no início da gestação, sendo 27,7% com desnutrição; 4% com sobrepeso e 3% obesas. Ao final da gestação, 54,3% estavam com IMC normal, 1,3% com desnutrição, 27% com sobrepeso e 17,3% com obesidade, demonstrando a importância e a necessidade do monitoramento do estado nutricional e de uma orientação nutricional no pré-natal. Barros et al. (2004), em outro estudo, investigou o consumo alimentar das gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro e encontrou uma relevante prevalência do consumo semanal de itens altamente concentrados em gorduras e calorias, como batata frita, pizza, salgadinhos e um menor consumo de suco, frutas e legumes, enfatizando a necessidade de uma orientação alimentar nesse grupo de gestantes durante a assistência pré-natal. Pesquisa realizada com 40 adolescentes de um Centro de Desenvolvimento Familiar de Fortaleza observou que 9 (22,5%) grávidas se encontravam em sobrepeso (BELARMINO et al., 2009).

Contudo, ainda se carecem de estudos que avaliem, em gestantes, o Diagnóstico de Enfermagem “Nutrição Desequilibrada: Ingestão maior que as necessidades corporais”, que consiste na ingestão de nutrientes que excede às necessidades metabólicas, tendo como características definidoras: dobra da pele do tríceps maior que 25 mm em mulheres; peso 20% acima do ideal para altura e compleição; ato de alimentar-se em resposta a sugestões externas; ato de alimentar-se em resposta a sugestões internas além da fome; atitude de alimentar-se em momentos que esteja realizando outras atividades; sedentarismo e ingestão de alimentos concentrados no final do dia; e como fator relacionado, alimentar-se além das necessidades metabólicas.

A decisão para realização deste estudo considerou a prática vivenciada pela autora em assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família. Observou-se por ocasião das consultas de enfermagem que um número significativo de gestantes apresentava aumento de peso acima do esperado. Apesar das orientações nutricionais realizadas, as gestantes continuavam obtendo aumento ponderal inadequado e isto motivou a investigação dos fatores envolvidos neste desequilíbrio nutricional. E, sabe-se que gestantes com alterações nutricionais podem apresentar, com maior frequência, infecções, parasitoses, hemopatias (anemias), síndromes hipertensivas, insuficiência placentária, maiores chances de hemorragia durante o parto e infecção puerperal, aumentando, dessa forma, as estatísticas de mortes perinatais (NEME, 2000).

O ganho de peso gestacional vem sendo foco atual de diversos estudos, não apenas pela crescente prevalência de seus distúrbios, mas, sobretudo, devido ao seu papel determinante no desfecho do parto e nascimento. Em geral, tem se observado que estudos sobre o peso gestacional têm apresentado uma tendência ao aumento do ganho de peso excessivo (CARMICHAEL; ABRAMS; SELVIN, 1997; SCHIEVE; COGSWELL; SCANLON, 1998; NUCCI et al., 2001; ANDRETO et al., 2006; STULBACH, 2003; AQUINO, 2004).

Por outro lado, pesquisa bibliográfica realizada, de janeiro de 1997 a maio de 2008, sobre artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados [Scientific Electronic Library On-line](#) (Scielo), *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), acerca dos diagnósticos de enfermagem em gestantes, encontrou 26 artigos, utilizando os descritores: diagnósticos de enfermagem e cuidado pré-natal associados. Destes, apenas 13 obedeceram ao critério de inclusão: ter o resumo na base de dados em idioma português, espanhol ou inglês. Desta

forma, o estudo ficou composto por sete artigos, uma vez que dos 13 selecionados, seis eram comuns às diferentes bases de dados, ou seja, se repetiram. Observa-se, portanto, um número ínfimo de trabalhos envolvendo a temática, enquanto uma das mais relevantes para a consolidação da prática da enfermagem na área do cuidado pré-natal (PEREIRA, 2008).

Diante do exposto, a relevância deste estudo consiste em pesquisar uma situação de saúde pública emergente, acrescentar conhecimentos ao desempenho do enfermeiro, especialmente aquele que atua na ESF e na assistência pré-natal, por meio de ações baseadas no diagnóstico de enfermagem, aspecto central da SAE. A identificação das características definidoras e o fator relacionado ao diagnóstico de enfermagem, variáveis associadas, serão relevantes para a implementação de ações planejadas, que diminuirão a sua prevalência e por consequência os riscos maternos e perinatais, proporcionando uma assistência pré-natal mais resolutiva e de qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o diagnóstico de Enfermagem: Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais em gestantes.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes participantes do estudo;
- Verificar a prevalência de gestantes com “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”;
- Verificar a proporção de ocorrência das características definidoras e o fator relacionado à “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais” presentes na população estudada.
- Descrever o poder preditivo e a acurácia das características definidoras e do fator relacionado para o diagnóstico de enfermagem em estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas públicas de saúde no pré-natal

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (OMS, 2000; ABOUZAHR; WARDLAW, 2001; GHOSH, 2001; GOODBURN; CAMPBELL, 2001).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo biomédico, hospitalocêntrico e tecnocrático (DAVIS-FLOYRD, 2001).

Infelizmente, o modelo biomédico ainda prevalece na assistência prestada às gestantes, necessitando-se, portanto, de um novo enfoque, que venha compreendê-la não somente em suas necessidades gineco-obstétricas, mas em um conjunto de aspectos que englobam questões psicológicas, sociais, sexuais, ambientais e culturais, realizando desta forma, um cuidado mais humanizado e holístico.

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), em 1984 (OSIS, 1998).

As bases filosóficas do PAISM introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa. A partir de critérios epidemiológicos que incorporavam a especificidade da condição feminina como determinante do processo saúde-doença, os profissionais de saúde deveriam ser capacitados para incorporar essa visão e estabelecerem novas práticas. Do ponto de vista conceitual, a operacionalização da ideia de integralidade foi o maior desafio, uma vez que exigia dos gestores e profissionais uma postura que extrapolava a capacitação técnica para responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. Essa nova atitude requeria que os profissionais se relacionassem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade no contexto de

subordinação das mulheres nos planos privado e público (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Desse modo, o PAISM apresentou um novo olhar na atenção à saúde da mulher, estimulando os serviços e gestores a pensarem de uma forma mais ampla sobre a questão. Nestas, quase duas décadas já passadas, a implantação do PAISM foi bastante diferenciada em todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Observa-se que, mesmo nos serviços que realizam o conjunto das atividades como preconizadas pelo PAISM, há questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Embora a assistência pré-natal se encontre sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento, permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o MS instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A humanização é imprescindível para que as ações de saúde sejam resolutivas, para a prestação de um serviço de qualidade a usuária, para o fortalecimento e reconhecimento dos seus direitos, rompendo com todas as frustrações e discriminações sofridas ao longo de sua história.

No plano operacional, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveriam concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Inclui-se, portanto, a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações, cuja realização é fundamental para esse acompanhamento, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

No entanto, o PHPN não menciona critérios sobre a avaliação nutricional durante a assistência pré-natal, ao contrário do estabelecido por Brasil (2006a) que orienta a avaliação dos hábitos alimentares das gestantes, a promoção de uma alimentação saudável, a avaliação e o acompanhamento do estado nutricional por meio do Sistema de Avaliação Nutricional e Alimentar (SISVAN), do ganho de peso gestacional, objetivando a promoção de um estado nutricional materno adequado durante todo o período gestacional e a detecção em tempo oportuno das gestantes em risco nutricional, para encaminhá-las ao serviço especializado.

Observa-se, portanto, uma negligência por parte do PHPN em não relatar critérios relacionados à avaliação nutricional na assistência pré-natal. Todavia, é oportuno ressaltar que as políticas públicas quando são implementadas são mais resistentes às modificações, devido às portarias e diretrizes estabelecidas que não podem ser alteradas com tanta maleabilidade como os manuais do Ministério da Saúde, que podem ser atualizados e incrementados com novos conhecimentos, sendo, logo, flexíveis às mudanças.

Além de todas as melhorias na atenção à saúde com o PHPN, o Ministério da Saúde propôs em 2003 a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde. Busca, portanto, desta forma, reconhecer os direitos humanos das mulheres, contextualizando não apenas sob o aspecto materno-infantil, como era compreendido anteriormente, mas obtendo um novo enfoque de forma holística.

3.2 Importância dos Diagnósticos de Enfermagem para a Ciência da Enfermagem

A Enfermagem brasileira, assim como a Enfermagem mundial, foi praticada em princípio por religiosos que prestavam assistência aos doentes e miseráveis por caridade nas Santas Casas. Portanto, neste período, os cuidados prestados aos pacientes eram de cunho religioso, por doação humana não tendo embasamento científico. A assistência era realizada sem o uso de uma metodologia de trabalho para orientar ações, ou seja, conforme as necessidades surgiam, as decisões eram tomadas (FOSCHIEIRA; VIEIRA, 2004).

Ao longo dos anos, a Enfermagem vem se desenvolvendo e neste contexto, vem passando por várias fases evolutivas, desde as civilizações mais antigas, nas quais as pessoas que prestavam cuidados aos doentes os faziam por caridade. Até os tempos atuais, cuja meta é a oferta de cuidados com base em evidências científicas.

No século XIX, com Florence Nightingale, foi trazido um novo enfoque para a Enfermagem com seu desenvolvimento científico. No Brasil, observou-se o nascimento da Enfermagem, quando Ana Néri, a primeira profissional, resolveu servir como voluntária na

Guerra do Paraguai. Como homenagem, em 1926, Carlos Chagas deu seu nome à primeira escola oficial brasileira de enfermagem de alto padrão. Outro importante marco foi com Wanda Aguiar Horta, uma vez que propôs uma assistência de enfermagem sistematizada (FOSCHIEIRA; VIEIRA, 2004).

A sistematização da assistência de enfermagem é um método organizado e científico que contribui para nortear a prática profissional. Possui como base ações sistemáticas e inter-relacionadas que visam atender às necessidades inerentes de cada indivíduo e tem como característica principal a avaliação sistemática dos cuidados de enfermagem (ALVES et al., 2006).

Esta assistência sistematizada vem sendo desenvolvida conforme o processo de enfermagem proposto na década de 1970, entendido como uma forma de organização dos cuidados de enfermagem e como uma alternativa para o alcance do status profissional do enfermeiro. Com a aprovação da lei nº 7498 do Exercício Profissional de Enfermagem em 1986, que estabeleceu como atribuição privativa do enfermeiro a prescrição de enfermagem, esse fato pode ser observado na literatura nacional na década de 1980, mediante os vários relatos sobre experiências de implantação do processo de enfermagem em instituições de saúde brasileiras (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

O processo de enfermagem é entendido como uma atividade deliberada, lógica e racional, através da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente e que compreende cinco componentes inter-relacionados: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (ROSSI; CASAGRANDE, 2001). Esta divisão é apenas didática, pois o processo somente pode ser compreendido e desenvolvido integralmente com suas etapas inter-relacionadas e recorrentes devido às mudanças contínuas que ocorrem com o paciente.

Neste estudo, dedicou-se a uma etapa imprescindível do processo de enfermagem: o diagnóstico de enfermagem. Este é definido de acordo com a NANDA, como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou processos vitais (NANDA INTERNACIONAL, 2008). É um instrumento de trabalho do enfermeiro, pois proporciona a este um plano de ação, que o aproxima de seu objeto de trabalho através de ações anteriormente refletidas, embasadas nos problemas detectados nos clientes e, portanto, desenvolvendo uma assistência de melhor qualidade.

O termo diagnóstico de enfermagem teve sua origem na década de 1950, contudo, somente na década seguinte, Faye Abdellah apresentou um sistema de classificação para a identificação de 21 problemas de enfermagem. A partir de então, iniciou-se um processo de

desenvolvimento de classificações e taxionomias para a enfermagem. Durante os anos de 1980, ampliou-se a discussão sobre a etapa do diagnóstico de enfermagem, como também, o interesse por sua aplicação. Os sistemas de classificação existentes foram sendo ampliados, e incorporaram outros termos considerados específicos para a área da enfermagem (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Em 2008, foi publicada pela NANDA Internacional a Taxionomia II, constituída de 13 domínios, 47 classes, 187 diagnósticos e sete eixos. Cada domínio é composto por classes, cada classe é composta por diagnósticos. Um eixo tem o propósito de dimensionar e especificar melhor a resposta humana em questão, ou seja, tem o objetivo de compor o enunciado do diagnóstico de enfermagem, especificando com fidedignidade as situações clínicas (BRAGA; CRUZ, 2003; NANDA INTERNACIONAL, 2008).

Através da pesquisa bibliográfica realizada de janeiro de 1997 a maio de 2008 sobre diagnósticos de enfermagem em gestantes, observou-se que os conteúdos abordados foram bastante diversificados, todavia a maior parte dos artigos objetivava apenas identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em gestantes em suas diversas peculiaridades. Porém, é necessário buscar estratégias e intervenções, bem como aprofundar conhecimentos em determinados diagnósticos, para que se possa proporcionar uma assistência mais condizente com as reais necessidades das clientes.

Por meio da revisão realizada, verificou-se quão pouco são os trabalhos que versam sobre “diagnósticos de enfermagem em gestantes”, o que foi fundamental para a identificação dos estudos já realizados, evitando injetar esforços em pesquisas ou evidências já exploradas.

Em virtude dessa escassez de estudos envolvendo diagnósticos de enfermagem em gestantes e particularmente voltados para “Nutrição desequilibrada: Ingestão maior que as necessidades corporais”, reiterou-se a relevância deste trabalho para a Enfermagem, marcadamente para as áreas de Saúde Pública e Obstétrica.

3.3 Alimentação saudável como ação para a promoção da saúde

Há um acentuado interesse mundial por melhorar a qualidade da nutrição e reduzir os gastos com saúde por meio da prevenção de doenças crônicas, da melhoria da qualidade e da expectativa de vida ativa. As políticas de saúde no Brasil referentes à alimentação e nutrição apresentam esta tendência e seguem as recomendações da estratégia global sobre dieta, atividade física e saúde, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2004). A estratégia recomenda aos países-membros a adoção de políticas que estimulem a alimentação saudável e a prática de atividade física, como forma de diminuir a ocorrência das

doenças crônicas não-transmissíveis causadas pela alimentação não-saudável e por estilos de vida sedentários (STRINGHETA et al., 2007).

Com a finalidade de promover uma alimentação saudável para a população brasileira, foi proposta pelo Ministério da Saúde uma política pública na área da alimentação e nutrição denominada Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Esta foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Portaria n° 710 do Ministério da Saúde, de 10 de junho de 1999 e tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos aceitos para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 1999). Para o alcance de seu propósito, a PNAN apresentou sete diretrizes: estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional do País; promoção de práticas alimentares saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição; desenvolvimento de linhas de investigação e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2005).

A edição das primeiras diretrizes alimentares oficiais do Brasil fez parte da estratégia de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2005). Consolida-se como elemento concreto de identidade brasileira para implementação das recomendações preconizadas pela OMS (WHO, 2004).

O Guia Alimentar para a população brasileira tem como propósito contribuir para a orientação de práticas alimentares que visem à promoção da saúde e à prevenção de doenças relacionadas à alimentação (BRASIL, 2006b). Este guia se baseia na noção de que a alimentação se dá em função do consumo de alimentos e não de nutrientes, ou seja, uma alimentação saudável deve ser baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural; e considera que todas as características como o gosto, a cor, a forma, o aroma e a textura dos alimentos precisam ser considerados na abordagem nutricional. O alimento como fonte de prazer e identidade cultural e familiar é também uma abordagem necessária para a promoção da saúde.

Na abordagem da promoção de modos de vida saudáveis, identificam-se duas dimensões: aquela que se propõe a estimular e incentivar práticas saudáveis, a alimentação saudável e a atividade física regular e, outra, que objetiva a inibição de hábitos e práticas prejudiciais à saúde como o consumo de tabaco e de álcool. A alimentação saudável tem início com a prática do aleitamento materno e se prolonga pela vida com adoção de bons

hábitos alimentares. Assim, a nutrição adequada de gestantes e crianças devem ser entendidas e enfatizadas como elemento estratégico de ação, com vistas à promoção da saúde também na vida adulta (BRASIL, 2006b).

Em geral, as escolhas alimentares são determinadas não tanto pela preferência e pelos hábitos, porém muito mais pelo sistema de produção e de abastecimento de alimentos. Se esses sistemas produzem alimentos que são inadequados ou inseguros e que aumentam os riscos de doenças, eles precisam ser mudados. O Estado, por intermédio de suas políticas públicas, tem a responsabilidade de fomentar mudanças sócio-ambientais, em âmbito coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis de indivíduos e famílias. Assim, é pressuposto da promoção da alimentação saudável ampliar e fomentar a autonomia decisória dos indivíduos e grupos, por meio do acesso à informação para a escolha e adoção de práticas alimentares (e de vida) saudáveis (BRASIL, 2006b). Assim, retorna-se a relevância do estudo, pois ao nomear as características definidoras e o fator relacionado à “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”, ter-se-á subsídio e argumentação consistente para promover a adoção de práticas alimentares saudáveis pelas gestantes do universo do estudo.

Uma alternativa de ação para a alimentação saudável deve favorecer, por exemplo, o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis. Supervalorizar ou mistificar determinados alimentos em função de suas características nutricionais ou funcionais também não deve constituir a prática da promoção da alimentação saudável. Alimentos nutricionalmente ricos devem ser valorizados e entrarão naturalmente na dieta adotada, sem que se precise mistificar uma ou mais de suas características, tendência esta muito explorada pela propaganda e publicidade de alimentos funcionais e complementos nutricionais (BRASIL, 2006b).

De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária. A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico, ou grupo deles isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e conseqüente manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

O ato da alimentação deve estar inserido no cotidiano das pessoas, como um evento agradável e de socialização. A estratégia para promoção da alimentação saudável também deve contemplar modificações históricas importantes, como o crescente consumo de

alimentos industrializados, pré-preparados ou prontos que respondem a uma demanda de praticidade (BRASIL, 2006b).

A PNAN apresenta interface com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006c) que tem como objetivo geral "promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais".

A estratégia para a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde relacionada à alimentação é o estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção e controle do tabagismo.

Portanto, a alimentação tem papel relevante para a saúde dos indivíduos, principalmente nas etapas da vida caracterizadas pelo aumento da demanda de energia e de nutrientes, como a gestação. Neste período ocorrem intenso e peculiar processo de formação de tecidos e grandes transformações orgânicas durante um curto espaço de tempo (PICCIANO *apud* BERLAMINO, 2007).

Na gravidez, a recomendação de ingestão diária é de 300 kcal/dia apenas no segundo e terceiro trimestres. Desta forma, a densidade nutritiva dos alimentos selecionados pela gestante é de fundamental importância para uma nutrição adequada (YAZLLE *apud* BERLAMINO, 2007, p.28). No entanto, Picciano (*apud* BERLAMINO, 2007, p.28) concluiu que um aumento da ingestão diária não superior a 100-150 kcal é compatível com um ganho de peso normal. Em toda gestação, a alimentação deve ser normal. Entretanto, como neste período os requisitos nutricionais estão aumentados, deve haver um pequeno aumento na quantidade diária de alimentos a ser consumida. Esta alimentação deve ser dividida em seis refeições diárias (CURITIBA, 2000).

Todavia, é importante enfatizar que uma investigação quanto aos hábitos alimentares deve acompanhar a avaliação do estado nutricional da gestante, uma vez que tem como objetivo a identificação de erros alimentares que possam prejudicar a saúde da mãe e do feto e direcionar o diagnóstico nutricional. Assim, o profissional pode fazer uso de técnicas e práticas comuns para esse tipo de investigação. A técnica da alimentação diária habitual, também conhecida como história dietética, (VITOLLO, 2003), questiona quanto aos alimentos mais comumente consumidos, isto é, aqueles que fazem parte da rotina diária, desde o café da

manhã até o momento de se deitar, tendo como base aquele que aparece pelo menos quatro vezes por semana.

Para entender melhor quais grupos de alimentos devem estar presentes na dieta, pode-se utilizar a pirâmide alimentar, que mostra de forma esquemática quais grupos de alimentos são necessários diariamente. Começando pela base da pirâmide, é nela que estão os alimentos ricos em carboidratos como pães, massas, cereais e arroz. Por estarem compreendidos no maior grupo de alimentos devem ser ingeridos em maiores quantidades durante o dia, pois são importantes fontes de energia. Logo acima da base estão os alimentos reguladores que são representados pelos grupos das frutas, verduras e legumes. São assim chamados porque são fontes de vitaminas, minerais e fibras que ajudam na regulação de várias reações do nosso corpo. No terceiro nível da pirâmide alimentar estão outros dois grupos de alimentos os quais fazem parte, em sua maioria, os de origem animal como leite e derivados, carne, frango e ovos. Além desses, estão nestes grupos os feijões, ervilhas e nozes. Todos esses alimentos são importantes fontes de proteína e minerais. O topo da pirâmide é representado pelos alimentos que devem ser usados com moderação, pois além de calóricos podem levar à obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes entre outras enfermidades. Neste grupo estão os óleos, manteigas e margarinas, açúcares e doces (PASSOS, 2002).

GRUPO A - O grupo dos pães, cereais, massas, tubérculos, raízes, farinhas, bolos, biscoitos, cereais matinais, arroz e feculentos: fontes de carboidratos, são chamados de alimentos energéticos, por fornecerem energia para o organismo. Pães, massas e biscoitos integrais são ainda regulares fonte de fibras, que ajudam no funcionamento do intestino.

GRUPO B - O grupo das frutas e das hortaliças (todas as verduras e legumes): fontes de vitaminas e sais minerais. São chamados de alimentos reguladores, porque atuam no funcionamento do organismo. Também possuem considerável quantidade de fibras.

GRUPO C - O grupo das carnes (carne bovina e suína, aves, peixes, ovos, miúdos e vísceras): fontes de proteínas, são chamados de alimentos construtores, por fornecer para o organismo o material para produção dos tecidos, enzimas e compostos do sistema de defesa. Além disso, são alimentos ricos em ferro e vitaminas B6 e B12.

GRUPO D - O grupo das leguminosas (feijão, soja, ervilha, lentilha, grão de bico e fava): fonte também de proteína, de origem vegetal, e de fibras.

GRUPO E - O grupo do leite e produtos lácteos (queijo, iogurte, creme de leite): são os maiores fornecedores de cálcio, mineral envolvido na formação dos ossos e dentes, na contração dos músculos do corpo e na ação do sistema nervoso. Além disso, possuem uma satisfatória quantidade de proteína de qualidade.

GRUPO F - O grupo das gorduras e açúcares (margarina, manteiga, banha e óleos vegetais e os chocolates, doces, mel, sorvetes e biscoitos recheados): são ricos em gordura e/ou açúcar. Devem ser consumidos em menor quantidade em relação aos outros grupos, porque esses alimentos já existem de forma natural na composição ou adicionados, em vários alimentos e preparações. Em excesso, contribuem para o aparecimento da obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes (MESQUITA, 2006).



Figura 1. Pirâmide Alimentar

Os padrões normais para uma dieta saudável incluem uma dieta adequada em proteínas, vitaminas, minerais e fibra alimentar. Não deve haver quantidades excessivas de calorias, gordura total, gordura saturada, colesterol, sódio e açúcares adicionados e álcool. Sendo assim, de uma alimentação saudável devem constar alimentos como: carnes, ovos, leite, feijão, cereais integrais, entre outros. Deve-se reduzir o consumo de gorduras, moderando-se especialmente o consumo de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol como manteiga, gordura de carne, gema de ovo, dentre outros. O consumo de bolos, sorvete, doces, conservas, embutidos (salsicha, linguiça, salame, etc.), temperos prontos, deve ser moderado (CURITIBA, 2000).

É importante comer alimentos ricos em ferro para combater a anemia, tão frequente na gravidez. Sugerem-se vísceras (fígado), carnes, feijão e vegetais verde-escuros (couve, brócolis, folhas de nabo e almeirão). A vitamina C favorece a absorção do ferro, sendo assim, é interessante ingerir durante as refeições frutas cítricas, laranja, limão em forma de suco ou sobremesa. Alimentos ricos em cálcio como leite e seus derivados, queijo, iogurtes, são

importantes para a formação dos ossos e dentes do feto. É recomendada uma ingestão de três a quatro xícaras por dia (CURITIBA, 2000).

Muitas vitaminas e minerais mostram uma redução lenta contínua à medida que avança a gestação, em suas concentrações plasmáticas. Uma dieta que tenha consideráveis fontes de alimentos de origem animal, principalmente carnes, e de cereais e vegetais, garante o suprimento adicional de vitaminas (PICCIANO *apud* BERLAMINO, 2007). Algumas vitaminas e sais minerais que comumente estão deficientes na dieta das gestantes, como vitaminas A, D e ácido fólico, entre outros, representam, muitas vezes, sérios riscos para saúde e do feto, justificando-se uma atenção maior, inclusive com indicação de suplementação de algumas vitaminas.

Dentre os suplementos vitamínicos recomendados durante a assistência pré-natal, estão o ácido fólico e o ferro. O ácido fólico é importante na formação do tubo neural, do trato urinário, sistema cardiovascular, além de proporcionar redução dos sintomas como náuseas e vômitos nas gestantes e diminuição de partos prematuros (CZEIZEL; DUDAS, 1992). Já o ferro, é importante no controle da anemia ferropriva e contribui para o desenvolvimento físico e mental do feto. Devem ser consumidos a partir da 20ª semana de gravidez e uma hora antes das refeições, mantendo a suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar e 5 mg de ácido fólico (BRASIL, 2006a). Além da suplementação vitamínica, recomenda-se também uma maior ingestão de alimentos do grupo C e do grupo D, alimentos ricos em ferro.

Outros minerais importantes e que devem ter um controle adequado durante o período gestacional estão o cálcio e o sódio. A deficiência do cálcio está associada à hipertensão gestacional. Além disso, pode haver aumento da mobilização do estoque de cálcio ósseo e da ocorrência de osteoporose pós-menopausa (YOON et al., 2000). Já o teor de sódio na dieta deve ser (< 2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio) para o controle da hipertensão arterial. Além da dieta hipossódica, a alimentação deve ser baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol (BRASIL, 2006a).

Outra patologia que merece um adequado controle da dieta é o diabetes gestacional, em que se observa hiperglicemia na gravidez (maior ou igual a 85 mg/dl= rastreamento positivo) (BRASIL, 2006a). Nestes casos é recomendada uma dieta hipoglicídica, com o uso de adoçantes, além da prática de atividade física, para diminuir a resistência da ação da insulina. Deve ser reduzido o consumo de alimentos do grupo F, que incluem os açúcares e as gorduras.

Para gestantes com sobrepeso/obesidade, foco deste estudo, a orientação deve ser de redução dos alimentos do grupo A, considerados energéticos, e aumento do consumo de alimentos do grupo B que incluem as frutas e as hortaliças. Não devem ser consumidos alimentos do grupo F, que incluem os açúcares e doces. Todavia, a dieta não deve ser rigorosa para não prejudicar a absorção de nutrientes, afetando o seu fornecimento ao feto.

Além de uma dieta equilibrada, é recomendável que a gestante realize atividade física regular para que ocorra um controle ponderal de forma satisfatória no período gestacional.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de estudo transversal, descritivo-exploratório. Rouquayrol e Almeida (2003) referem que um estudo é transversal quando a obtenção dos dados é realizada em um único momento no tempo, como se fora um corte transversal do evento, fenômeno ou processo em observação. Este possui uma característica importante que é a medida da prevalência. De acordo com Hulley *et al.* (2003), esta é definida como a proporção da população que tem uma determinada doença ou condição clínica em um determinado momento. É útil ao pesquisador, pois estima a probabilidade de ocorrência de um determinado fenômeno em uma população.

De acordo com Gil (2006), um estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre variáveis. Já o estudo exploratório tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. São desenvolvidos quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Itaitinga-CE, localizado na região metropolitana de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, nordeste brasileiro, distante 13 quilômetros da metrópole. Possui uma população de 31.808 habitantes, sendo a proporção de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) de 31,3% e possui uma cobertura populacional pela ESF de 100% (BRASIL, 2007).

A Secretaria de Saúde de Itaitinga é regulamentada pela Lei N ° 14, de 28 de abril de 1993, contando à época do estudo com 10 equipes da ESF (Ancuri, Ocupação, Barroão, Jabuti, Carapió, Riachão, Gereraú, Parque Santo Antonio, Sede II e Parque Dom Pedro).

4.3 População e amostra

A população foi constituída pelas gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do respectivo município no período de coleta de dados. No período da pesquisa, o município encontrava-se com 237 gestantes cadastradas.

O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula: $n = (z^2_{\alpha} \cdot P \cdot Q \cdot N) / [z^2_{\alpha} \cdot P \cdot Q + (N-1) \cdot E^2]$, sendo $Z_{\alpha} = 1,96$, considerando-se um coeficiente de confiança de 95%, $N = 237$ (população), E (erro aleatório) = 0,05 (5%), prevalência (P) = 50,0, totalizando um “n” amostral de 146. Esta prevalência foi definida e utilizada em virtude da ausência de conhecimento sobre a prevalência do diagnóstico de Enfermagem pesquisado em outros estudos com as mesmas semelhanças do que foi realizado. Todavia, foi observado estudo realizado por Gouveia e Lopes (2004) com 71 gestantes de risco de um hospital de São Paulo, em que foram identificadas 24 (33,8%) gestantes que possuíam o diagnóstico de enfermagem “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”.

A amostra foi obtida por conveniência de forma consecutiva, abrangendo seis UBS. Este tipo de amostragem é de especial valor e consiste no arrolamento de toda a população acessível em um período de tempo que seja longo o suficiente para incluir variações sazonais ou outras mudanças temporais relevantes à questão da pesquisa (HULLEY et al., 2003). No caso particular deste estudo, as gestantes foram recrutadas à medida que compareciam ao serviço de saúde e obedeciam aos critérios estabelecidos no estudo em um determinado intervalo de tempo.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão das gestantes

Foram incluídas na amostra gestantes de Itaitinga-CE que estivessem cadastradas no pré-natal e acompanhadas pelas equipes da ESF. Foram excluídas gestantes com menos de dois anos de menarca em virtude de se encontrarem em fase de crescimento e imaturidade biológica, o que torna inviável a aplicação do instrumento de avaliação nutricional selecionado para este estudo. Segundo o Ministério da Saúde, as gestantes que engravidaram com menos de dois anos após a menarca e, uma vez, tendo o seu estado nutricional avaliado pelo referido instrumento, provavelmente sejam classificadas como de baixo peso (BRASIL, 2006a). Também foram excluídas gestantes com condições patológicas que levassem ao aumento de peso gestacional, como Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), Diabetes Mellitus (DM), macrossomia fetal e polidrâmnio.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de abril a setembro de 2009, nas Unidades Básicas de Saúde já mencionadas. A UBS é compreendida como uma unidade de saúde reestruturada e/ou adaptada para o desenvolvimento de atividades conforme uma nova lógica de atenção em saúde, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da

população em sua área de abrangência, com enfoque na promoção da saúde e na prevenção de doenças, a incluir o indivíduo e família como agente coresponsável pelo processo saúde-doença. De acordo com Botazzo (1999), a UBS é responsável pelo acompanhamento programático de grupos etários prioritários (menores de um ano, gestantes, idosos, etc.) ou de portadores de doenças crônicas (como a hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, desnutrição, entre outras) e realiza a vigilância em saúde em seu território.

A coleta de dados ocorreu por ocasião da consulta de enfermagem ao pré-natal, momento em que foi aplicado, pela pesquisadora, o formulário para coleta dos dados socioeconômicos e clínico-obstétricos. Os dados socioeconômicos incluíram idade, escolaridade, renda familiar, ocupação e número de pessoas na família.

Para coleta de cada um dos dados obstétricos, descreve-se a seguir a dinâmica e parâmetros adotados.

Sobre a paridade foi perguntado à gestante o número de partos (filhos vivo/morto). A paridade foi entendida como o número de gestações que resultaram em nascidos vivos ou mortos, excluindo os casos de abortos e classificada em: nulípara (nenhum filho), primípara (um filho), secundípara (dois filhos), múltípara (três a quatro filhos), e grande múltípara (mais de quatro filhos).

O método para estimativa da Idade Gestacional (IG) foi a partir da Data da Última Menstruação (DUM), que correspondeu ao primeiro dia de sangramento menstrual referido pela mulher. Quando a DUM foi conhecida, utilizou-se o gestograma (disco): colocou-se a seta sobre o dia do mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observou o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual. Quando a DUM foi desconhecida, mas se conhecia o período do mês em que ela havia ocorrido: se o período fosse ao início do mês, considerou-se como DUM os dias 5, 15, 25, respectivamente. Procedeu-se à estimativa utilizando o gestograma. Quando a data e DUM foram desconhecidos: determinou-se basicamente pela Ultrassonografia Gestacional (USG) e pela medida da altura uterina, na qual se aplicou a regra de Mac Donald (idade gestacional correspondeu à altura uterina (cm) multiplicada por oito e dividida por sete) (BRASIL, 2006a).

Para a medida dos dados antropométricos de peso e altura, utilizou-se balança do tipo não digital, com subdivisão de 100 gramas (g) e capacidade máxima de mensuração de 150 Quilos (Kg). A escala para medição da altura foi fixa a balança, em haste vertical, com divisão de 0,5 cm e escala extensiva entre 95 e 1,95 cm.

Para a mensuração do peso, utilizaram-se os seguintes procedimentos:

- A balança foi destravada, zerada e calibrada, antes de cada pesagem;
- Orientação da gestante para que ficasse sem calçados, vestida com roupas leves, subisse na plataforma e ficasse em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;
- Deslocamento do marcador maior (Kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança inclinou-se para baixo, de modo a voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclinou-se para cima);
- Mobilização do marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que houve equilíbrio entre o peso da escala e o peso da gestante (o braço da balança permaneceu em linha reta e o cursor apontou para o ponto médio da escala);

Fez-se a leitura do peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerou-se o menor valor.

Para a medida da altura, utilizaram-se os seguintes procedimentos:

- Solicitação à gestante para que ficasse sem calçados, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo;
- Aproximação dos calcanhares, das nádegas e espáduas da haste vertical da balança;

A cabeça erguida de maneira que a borda inferior da órbita da face permanecesse no mesmo plano horizontal do meato do ouvido externo;

- Descida lentamente da haste vertical até a pressão suavemente do couro cabeludo da gestante;

Fez-se a leitura na escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerou-se o menor valor.

Após a coleta dos dados antropométricos, a gestante foi reconduzida para o consultório de enfermagem para continuidade ao procedimento de coleta de dados.

O peso pré-gestacional foi informado pela própria gestante para que fosse calculado o IMC pré-gestacional. De acordo com Raby, Atalah e Cumsille (1983), o estado nutricional pré-gravídico foi determinado pelo IMC, obtido pela relação peso (Kg) / [altura (m)²]. Para classificação das gestantes, foi utilizada a recomendação do *National Academy of Sciences do Institute of the Medicine*: baixo peso, IMC < 19,8; eutrofia, IMC de 19,8 a 26; sobrepeso, IMC de 26 a 29 e obesidade IMC > 29 (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES - IOM, 1992).

Outro dado aferido foi o da dobra da pele do tríceps, pelo uso de um adipômetro. O procedimento foi realizado da seguinte forma: inicialmente, foi definido um ponto médio

entre o ombro e o cotovelo de cada participante, posteriormente ao braço direito. Com uma caneta marcou-se o local delimitado por um sinal de cruz (+). Pinçou-se a pele ligeiramente acima do referido sinal e usou-se o adipômetro, colocando-o na interseção das linhas que formam a cruz. Distendeu-se adequadamente a pele, segurando-a entre o polegar e o indicador, afastando-a do músculo. Em seguida, fez-se a leitura da medida até o milímetro mais próximo e anotou-se o resultado. Realizaram-se mais duas medidas no mesmo local e anotou-se a média dos resultados caso fossem valores diferentes. Quando as medidas se repetiram, anotou-se este valor no formulário da pesquisa (GAYA, 2008).

Após a coleta dos dados obstétricos e antropométricos, efetuou-se a coleta dos dados clínicos referentes ao diagnóstico de enfermagem em estudo: “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”. O diagnóstico em análise foi determinado de acordo com a presença das características definidoras maiores: sobrepeso (peso 10% acima do ideal para altura e estrutura), obesidade (peso 20% acima do ideal para altura e estrutura), e dobra da pele do tríceps maior do que 25 mm. Conforme Carpenito-Moyet (2008), a presença de uma ou mais destas características definidoras é suficiente para estabelecer o diagnóstico em estudo. Portanto, durante o processo de raciocínio diagnóstico, quando uma gestante possuía diversas características definidoras menores e nenhuma característica definidora maior, estabelecia-se que o diagnóstico em estudo encontrava-se ausente e apenas a presença de pelo menos uma característica definidora maior, confirmava a presença do diagnóstico.

Outras perguntas foram realizadas de modo objetivo, com a intenção de nomear as demais características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem, tais como:

- A “técnica de alimentação diária habitual”, em que se aplicou para a identificação dos alimentos mais comumente consumidos na rotina diária de 24 horas e que se repetia pelo menos quatro vezes por semana no cardápio das participantes, para avaliar a ingestão de alimentos concentrados no final do dia;
- Sedentarismo: considerou-se sedentária a gestante que não praticava atividade física por pelo menos 30 minutos por dia, três a cinco vezes por semana (VIEIRA; SPROESSER, 2007);
- Alimenta-se em momentos que estivesse realizando outras atividades, extra refeições (assistindo à televisão, estudando, trabalhando, afazeres domésticos);
- Alimenta-se em resposta a sugestões internas além da fome (ansiedade, estresse, preocupação);

- Alimenta-se em resposta a sugestões externas (horário padrão da refeição, situação social, evento social);
- Alimenta-se além das necessidades metabólicas (mesmo sem estar com fome ou continua a alimentar-se após sensação de completude).

4.5 Organização dos dados para análise

Os dados foram organizados e tabulados no programa *Excel*, versão 2003. Para análise, foi utilizado os softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0, *Predictive Analysis SoftWare* (PASW) versão 18.0 e R versão 2.8.1. Na análise exploratória, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis nominais. No caso de variáveis quantitativas, foram apresentados a média e o desvio padrão. Para verificação de independência entre variáveis nominais, foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson. Entretanto, quando pelo menos 25% das frequências esperadas foram inferiores a cinco, foram aplicados o teste da probabilidade exata de Fisher ou o teste de Fisher-Freeman-Halton na dependência do número de caselas da tabela. Na análise da magnitude de associação entre as variáveis nominais, foi calculada a Odds Ratio (OR) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Para análise de diferença de mediana foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Para verificação da acurácia das características definidoras, foram calculadas a sensibilidade, especificidade e os Valores Preditivos Positivo (VPP) e Negativo (VPN).

4.6 Aspectos éticos

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que delimita as diretrizes das pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2003). Cada participante foi informada quanto aos objetivos, à justificativa e aos procedimentos da pesquisa, desconfortos e benefícios à sua saúde, a liberdade de solicitar qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, ao livre arbítrio de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado pré-natal. Uma vez aceitando participar, cada gestante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE), da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme o protocolo nº18/09 (ANEXO A).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Distribuição do número de gestantes, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Itaitinga-CE, abr./set., 2009.

Variáveis (n=146)	Nº	%
Idade (em anos) X= 24,34; S= 6,43		
14 – 19	43	30,0
20 – 35	94	64,0
36 – 39	9	6,0
Renda familiar (em salários mínimos) X= 671,54; S= 466,85		
Sem rendimento	1	0,7
Até ½	13	9,0
> 1/2 – 1	57	39,0
> 1 – 2	45	30,8
> 2 – 3	14	9,6
> 3 – 4	11	7,5
> 4 – 5	5	3,4
Número de pessoas na família X= 3,99; S= 2,06		
1	1	0,7
2-3	71	48,6
4-6	58	39,7
7-11	16	11,0
Condição de união		
União consensual ou casada	126	86,3
Solteira ou sem companheiro	20	13,7
Ocupação		
Atividades do Lar	96	65,8
Estudante	19	13,0
Trabalho fora de casa (vendedora (6), doméstica (6), costureira (4), professora (3), agricultora (2) e outros (10))	31	21,2
Escolaridade		
Analfabeta	1	0,7
Alfabetizada	10	6,8
Ensino Fundamental (Incompleto – n= 71; Completo – n= 7)	77	53,4
Ensino Médio (Incompleto – n= 26; Completo – n= 28)	54	37,0
Superior (Incompleto – n= 2; Completo – n= 1)	3	2,1

A idade das gestantes entrevistadas variou de 14 a 39 anos, com média de 24,34 anos e desvio padrão de 6,43 anos. Portanto, o perfil dominante das gestantes participantes do estudo delineia-se como uma população adulta jovem e adulta (20-35 anos) e do ponto de vista reprodutivo a média de idade é considerada de baixo risco (COSTA; GOTLIEB, 1998). Todavia, é importante enfatizar a significativa porcentagem de gestantes adolescentes encontrada na amostra, ou seja, 43 (30%). Sabe-se que mães adolescentes, em geral, são fisiologicamente imaturas para suportar o estresse da gravidez e o risco é especialmente maior quando a gestação acontece em menos de dois anos após a menarca (STORY, 1990). Além

disso, a gestante adolescente tem menor ganho de peso e é questionado se esta compete com o feto pelos nutrientes, em prol do seu próprio crescimento (SCHOLL; HEDIGER; ANCES, 1990). Por outro lado, em estudo de Belarmino et al. (2009) com 40 gestantes adolescentes no Município de Fortaleza foi verificado sobrepeso em 9 (22,5%). Outro estudo com 99 gestantes adolescentes acompanhadas em uma maternidade de referência em Fortaleza, observou que 5 (5,1%) das gestantes apresentavam sobrepeso/obesidade (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003). Furlan et al. (2003), em um estudo com 558 gestantes adolescentes em São Paulo, encontraram que 133 (44,3%) das gestantes estavam com sobrepeso/obesidade. Portanto, todos estes autores aqui apresentados detectaram sobrepeso e obesidade em gestantes adolescentes, sendo este risco nutricional um fator complicador da gravidez na adolescência. Logo, a discussão sobre a nutrição em gestantes adolescentes se polariza, uma vez que tanto a nutrição desequilibrada para mais ou para menos se fazem presentes nesse grupo.

Estudos se mostraram concordantes com a média de idade das gestantes encontrada nesta amostra pesquisada. Stulbach et al. (2007), por exemplo, em um estudo de coorte prospectivo realizado com 141 gestantes atendidas em um serviço de pré-natal de baixo risco no município de São Paulo, que atende à população de baixa condição socioeconômica, encontrou a maioria das gestantes na faixa etária entre 20 e 30 anos. Melo et al. (2007), estudando uma coorte de 115 gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB, verificaram média de idade de 24 anos. Em outro estudo com 219 gestantes atendidas em uma Instituição Filantrópica em São Paulo, a média das gestantes analisadas foi de 24,3 anos (NOCHIERE et al., 2008).

A análise de diferença de idade por estado nutricional mostrou que gestantes com sobrepeso/obesidade apresentaram idade maior quando comparadas a gestantes com peso normal ou baixo peso ($p = 0,001$). De fato, observou-se um aumento da idade à medida que o estado nutricional passava de baixo peso para o sobrepeso.

Portanto, cabem as equipes da ESF que ao promoverem ações de envolvimento comunitário, ações educativas nas escolas, nas associações de moradores e na própria consulta de planejamento familiar, voltadas à gravidez segura, focar o aspecto nutricional, orientando sobre a prevenção e/ou controle da nutrição desequilibrada.

Com relação à renda familiar, houve uma variação de zero a R\$ 2.300,00, com uma média de R\$ 671,54 e um desvio padrão de 466,85, preponderando a renda de R\$ 465,00, ou seja, de um salário mínimo vigente no período do estudo. A respeito do número de pessoas na família, este variou de um a 11, com média de 3,99 pessoas e desvio padrão de 2,06.

Observa-se, portanto, uma renda média per capita de R\$ 168,30. A renda familiar média das gestantes estudadas mostrou-se semelhante à renda familiar média mensal encontrada, em 2006, na pesquisa sobre as condições das mulheres em idade fértil (15-49 anos) no Brasil, em que se observou uma renda média domiciliar no Nordeste, de R\$ 651,24 (PNDS, 2006). Porém, a renda per capita média mostrou-se abaixo da média detectada no mesmo estudo, no Nordeste, ou seja, a per capita foi de R\$ 191,88. Segundo o Ataliba (2006), o Ceará possui a 4ª menor renda média familiar per capita do país (R\$ 239,58), sendo a média da região Nordeste de R\$ 244,39 e do Brasil R\$ 427,15. Informa também que o rendimento familiar per capita no Estado cresceu 7,29% entre 2004 e 2005, passando de R\$ 223,31 para R\$ 239,58. Esse resultado foi mais elevado que o incremento verificado para o Nordeste (6,09%) e o Brasil (7,01%), colocando o Ceará em 10º lugar no *ranking* de aumento da renda per capita média no país. Em 2005, as famílias consideradas pobres ganhavam R\$ 76,08 (inferior a metade do salário mínimo) por membro, conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Em 2002, essa renda era de R\$ 73,81, ou seja, houve um incremento de 3,08% em três anos. Porém, de 2004 para 2005, praticamente ficou inalterada, (0,05%), abaixo do Nordestino (3,24%) e do nacional (2,56%). Já a renda média familiar per capita dos não pobres no Ceará é de R\$ 477,18, inferior aos números do Nordeste (R\$ 492,79) e do Brasil (R\$ 631,07). Neste estudo não foi identificada diferença estatística significativa entre renda e os diferentes estados nutricionais das gestantes ($p= 0,928$). Esse achado encontra justificativa em Andreto et al. (2006) ao referirem que as gestantes com baixo poder aquisitivo teriam também menos acesso aos alimentos em termos quantitativo, todavia consumiriam alimentos mais calóricos, por serem mais baratos, mantendo estado nutricional desequilibrado para mais.

Na prática clínica deste estudo, cuja clientela possui um baixo poder aquisitivo, o consumo de alimentos hipercalóricos e de baixo valor nutricional, como por exemplo, os açúcares, não tiveram uma prevalência significativa. Todavia, houve um baixo consumo de alimentos recomendados para as gestantes, como as frutas e as verduras, que exigem um poder aquisitivo maior. Logo, a orientação nutricional de acordo com as condições do poder aquisitivo das gestantes se faz necessária para que venham a consumir uma alimentação saudável compatível com a sua realidade socioeconômica.

Nos últimos 40 anos, aconteceram importantes mudanças nos domicílios brasileiros, tanto em termos de tamanho quanto de composição. Isto é reflexo da queda da fecundidade e das transformações nas formas de organização das famílias, assim como da expansão da

oferta ou disponibilização de domicílios (ALVES; CAVENAGHI, 2005). Vários trabalhos têm mostrado aumento no número de mulheres assumindo a responsabilidade pelo domicílio, mudanças nas relações de gênero, do aumento de separações e divórcios e de algumas alterações na forma de se perguntar pela chefia no domicílio (BERQUÓ, 1998; BRUSCHINI, 1989; MEDEIROS; OSÓRIO, 2001; ARRIAGADA, 2007; JELIN, 2007). A contínua queda da fecundidade mesmo após ter alcançado níveis baixos, é em grande parte responsável pela diminuição do número de componentes nos domicílios, que passou de 4,1 pessoas em média para 3,40 semelhantes ao encontrado na PNDS (2006).

Sobre a ocupação, obteve-se uma predominância de gestantes que se dedicavam às atividades do lar, representada por 96 (65,8%); 19 (13,0%) das gestantes estudavam; e as demais, ou seja, 29 (19,8%) trabalhavam fora de casa, como vendedora, doméstica, costureira, professora, agricultora e outros. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com 277 gestantes atendidas em trabalho de parto em uma maternidade no Piauí, em que se observou que 75,8% das gestantes se dedicavam às atividades do lar (LIMA; SAMPAIO, 2004). A PNDS (2006) mostrou que 50,7% das mulheres pesquisadas em idade fértil (15.575 mulheres) não trabalhavam. Esse resultado pode guardar relação com a baixa escolaridade, bem como com a baixa renda familiar, mantendo esse ciclo vicioso de baixa escolaridade – baixo acesso ao trabalho formal – baixa renda. Trazendo para o objeto de estudo, questionou-se: mulheres dedicadas somente às atividades do lar teriam mais facilidade de consumir mais alimentos e, assim, terem um risco maior de nutrição desequilibrada por uma maior ingestão? Ou, uma vez se mantendo tão somente com a renda do companheiro, teria uma escassez de alimentos ou uma ingestão hipercalórica pelo baixo custo da mesma? No grupo pesquisado não houve associação estatística significativa entre ocupação e estado nutricional ($p=0,467$).

Quanto à situação conjugal, 126 (86,3%) gestantes eram casadas ou viviam em união consensual, correspondendo a mais da metade da amostra. Resultados semelhantes foram relatados em estudo de Belarmino et al. (2009), realizado com 40 gestantes adolescentes, em que 24 (60%) eram casadas ou viviam em união consensual. No estudo de Stulbach et al. (2007), observou-se também que das 141 gestantes participantes, 106 (75,7%) moravam com companheiro. Outro estudo observou-se que gestantes que não possuíam companheiro ganharam em média 2,3 Kg a mais em relação às gestantes que residiam com seus companheiros. Uma possível explicação para o resultado neste estudo seria o fato de a ausência do companheiro indicar um apoio psicossocial inadequado (KONNO; BENÍCIO; BARROS, 2007). Estudo realizado com 547 gestantes observou o efeito do apoio psicossocial

inadequado no ganho de peso gestacional (OLSON; STRAWDERMAN, 2003). A presença do companheiro é um aspecto relevante para a gestante, pois o fato de ser mãe solteira pode ser negativo sob o ponto de vista psicológico, possibilitando, geralmente, menor estabilidade econômica para a família, podendo se constituir em um fator de risco para o baixo peso ao nascer (LIMA; SAMPAIO, 2004). Ademais, a ausência do companheiro poderia ocasionar a baixa autoestima, permitindo a ansiedade da gestante por maior consumo alimentar alheia ao ganho de peso e a autoimagem; ou a uma anorexia? Poderia ocorrer uma situação ou outra? No grupo pesquisado não houve associação estatística significativa entre situação conjugal e estado nutricional ($p= 0,070$).

A escolaridade variou desde o analfabetismo ao ensino superior completo, predominando o ensino fundamental incompleto entre 71 (48,6%) das gestantes analisadas. Resultados semelhantes foram verificados em estudo com 110 gestantes, em que 59% tinham apenas o ensino fundamental incompleto (NASCIMENTO; SOUZA, 2002). Diverge do encontrado na amostra, o estudo de Nochieri et al. (2008), realizado com 219 gestantes atendidas em consulta de pré-natal em uma instituição filantrópica de São Paulo, no qual 62,1% das gestantes tinham ensino médio, sendo 45,2% destas o ensino médio completo. Stulbach et al. (2007) observaram que gestantes com maior escolaridade tenderam a ganhar mais peso no segundo ($p= 0,013$) e no terceiro trimestres de gestação ($p= 0,007$). Outro estudo ao comparar gestantes de maior escolaridade (> 4 anos) com menor escolaridade (< 4 anos) encontrou que as primeiras ganharam 1,9 Kg a mais no final da gestação, indicando que na população estudada a escolaridade possivelmente seja um marcador de melhor acesso aos alimentos (KONNO; BENÍCIO; BARROS, 2007). Hickey (2000), em uma revisão de literatura sobre fatores demográficos e psicossociais associados ao ganho de peso gestacional, concluiu que há uma associação direta entre escolaridade e ganhos ponderais gravídicos. Neste estudo não foi identificada associação entre o nível de escolaridade e estado nutricional gestacional ($p= 0,341$).

Tabela 2. Distribuição do número de gestantes, segundo variáveis obstétricas. Itatitinga-CE, abr./set., 2009.

Variáveis (n=146)	Nº.	%
Paridade X= 1,24; S= 1,52		
Nenhum (Nulípara)	60	41,1
1 (Primípara)	39	26,7
2 (Secundípara)	25	17,1
3-4 (Multípara)	14	9,5
5-7 (Grande Multípara)	8	5,6
Aborto X= 0,19; S= 0,48		
0	124	84,9
1	16	11,0
2	6	4,1
Idade Gestacional X= 21s8d; S= 60,05		
Trimestre da Gestação		
Primeiro (8s4d – 13s6d)	29	20,0
Segundo (14s – 28s6d)	83	57,0
Terceiro (29s – 40s)	34	23,0

A média de paridade foi de 1,24, sendo a porcentagem predominante de gestantes nulíparas (41,1%). Com relação à história de aborto, a média encontrada foi de 0,19. Lima e Sampaio (2004) encontraram achados semelhantes, em que 39% de 277 gestantes estudadas eram nulíparas. A associação do ganho ponderal com a paridade foi encontrada em estudo de Konno, Benício e Barros (2007) com uma coorte de 215 gestantes atendidas em um serviço público no município de São Paulo, no qual observaram que as primíparas apresentaram um ganho ponderal superior ao das multíparas (em média 2,4 Kg a mais), resultado também encontrado por Olson e Strawderman (2003). Neste estudo foi identificado um aumento da paridade com respectivo aumento do estado nutricional, ou seja, gestantes com maior paridade apresentavam sobrepeso / obesidade ($p= 0,026$).

Houve predominância de gestantes no 2º trimestre da gestação, ou seja, 83 (57%) se encontravam entre a 14ª e a 28ª semanas de gestação e observou-se que o estado nutricional apresentou aumento significativo com o aumento da idade gestacional ($p= 0,002$), ou seja, a atenção do enfermeiro e o autocuidado da gestante no sentido de garantir um estado nutricional adequado deve ser enfatizada nessa fase da gestação.

Tabela 3. Distribuição do número de gestantes, segundo classificação do estado nutricional pré-gestacional, gestacional e medidas da dobra da pele do tríceps. Itaitinga-CE, abr./set., 2009.

Variáveis (N= 146)	Nº.	%
Estado nutricional pré-gestacional IMC: X= 23,67; S= 4,13		
Baixo Peso (IMC < 19,8) < IMC no estudo= 16,44	20	13,0
Eutrófico (IMC > 19,8 – 26,0)	89	61,0
Sobrepeso (IMC > 26,0 - 29,0)	23	16,0
Obesidade (IMC > 29,0) > IMC no estudo= 38,00	14	10,0
Estado nutricional gestacional IMC: X= 26,10; S= 4,41		
Baixo Peso (IMC < 19,8) < IMC no estudo= 17,80	10	6,90
Eutrófico (IMC > 19,8 – 26,0)	43	29,5
Sobrepeso (IMC > 26,0 - 29,0)	60	41,0
Obesidade (IMC > 29,0) > IMC no estudo= 37,00	33	22,6
Medidas da dobra do tríceps (em mm) X= 15,19; S= 4,65		
Até 25 (< medida no estudo= 8,0)	139	95,2
>25 (> medida no estudo= 30,0)	7	4,8

O IMC mostrou que, embora 89 (61%) das gestantes tenham iniciado a gravidez com estado nutricional eutrófico, 57 (39%) delas apresentaram risco nutricional, sendo que 20 (13%) apresentavam baixo peso, 23 (16%) sobrepeso e 14 (10%) estavam obesas. A média de IMC pré-gestacional foi de 23,67 kg/m².

O IMC médio encontrado no período gestacional foi de 26,10 Kg/m² com um desvio padrão de 4,41 Kg/m², demonstrando a ocorrência de ganho de peso excessivo entre as gestantes.

Com relação à dobra da pele do tríceps, um dos critérios para definição do diagnóstico de enfermagem em estudo, esta variou de 8 a 30 mm, apresentando uma média de 15,19 mm. Observou-se alteração (>25mm), parâmetro que estabelece característica definidora do diagnóstico de enfermagem pesquisado, em 7 (4,8%) das gestantes analisadas.

Nesse contexto, pesquisa sobre a avaliação de ganho de peso na gestação, realizada em seis capitais brasileiras, encontrou aproximadamente 28% das mulheres iniciando a gravidez em situação de sobrepeso/obesidade e 6% com baixo peso. Embora tenha sido encontrada maior frequência de sobrepeso/obesidade nas capitais mais industrializadas (Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro), as capitais localizadas no Nordeste (Fortaleza e Salvador) também apresentaram maiores prevalências de sobrepeso/obesidade do que baixo peso (NUCCI et al., 2001). Outros estudos, como de Melo et al. (2007) e Assunção et al. (2007), apresentaram prevalências semelhantes ao encontrado na amostra, (27% e 28%, respectivamente). Diverge do encontrado na amostra, os achados de Lima e Sampaio (2004) em estudo realizado no Piauí, e por Aquino (2004) no Distrito Federal (14,4% e 17%, respectivamente). Todavia, é importante ressaltar que, estes estudos mencionados, exceto o de

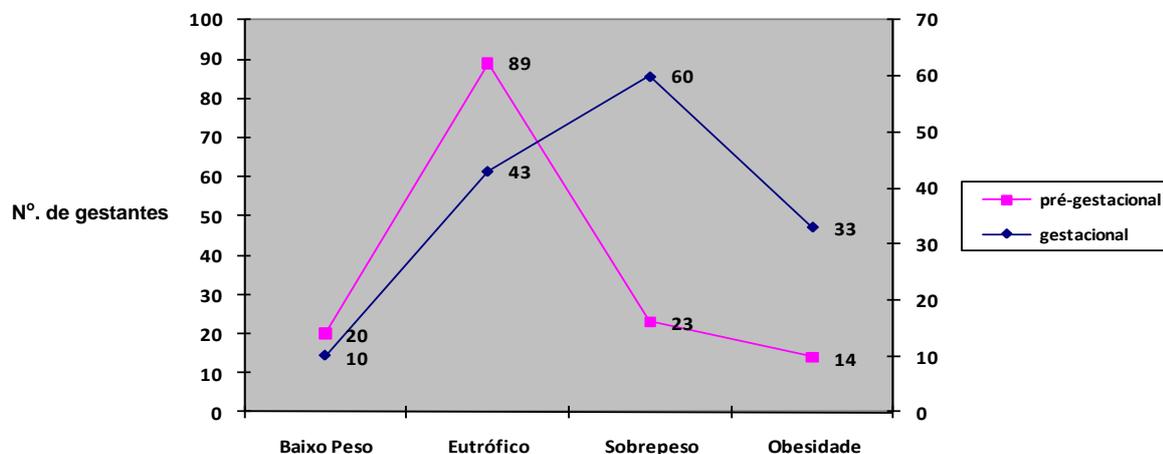
Nucci et al. (2007), utilizaram para a classificação do estado nutricional materno, os critérios utilizados por Atalah et al. (1997), também adotados pelo Ministério da Saúde.

Analisando os resultados, observa-se uma similaridade entre os achados em diferentes regiões do país, denotando que a desnutrição que antes era um problema nutricional predominante, vai sendo substituída pelo sobrepeso/obesidade, um problema de saúde pública emergente não apenas nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Corroborando esta transição nutricional uma dieta rica em carboidratos e lipídios, bem como valores culturais. Conforme Melo et al. (2007), ainda é senso comum que toda e qualquer gestante deve dobrar o seu aporte calórico e que o ganho ponderal ideal deve ser em torno de 12 Kg, independente do estado nutricional inicial da gestante.

Todavia, o IOM (1990) recomenda que o ganho de peso durante a gestação apresente como limite superior de ganho ponderal semanal no segundo e terceiro trimestres os valores de 0,58 Kg, 0,53 Kg, e 0,39 Kg para gestantes com estado nutricional inicial de baixo peso, eutrofia e sobrepeso/obesidade, respectivamente. Já o MS que utiliza os critérios de Atalah et al. (1997) estabelece como ganho de peso semanal médio no segundo e terceiro trimestre os valores 0,5 Kg, 0,4 Kg e 0,3 Kg para gestantes com estado nutricional inicial de baixo peso, eutrofia e sobrepeso/obesidade, respectivamente.

Para melhor visualização e análise comparativa dos estados nutricionais pré-gestacional e gestacional, construiu-se o Gráfico 1.

Gráfico 1. Comportamento do estado nutricional das mulheres nos períodos pré-gestacional e gestacional. Itaitinga-CE, abr./set., 2009.



Teste de Fisher- Freeman-Halton ($p=0,03463$)

De acordo com o gráfico, no estado pré-gestacional há maior concentração de gestantes com baixo peso (20) e peso eutrófico (80); já no estado gestacional há maior concentração de gestantes com excesso de peso, sobrepeso (60) e obesidade (33). Houve redução do baixo peso (em 50%), mas também redução do número de gestantes eutróficas (51,7%). O que aumentou de forma mais acentuada foram os casos de sobrepeso (60) quando comparados ao estado nutricional pré-gestacional (23), ou seja, (160,8%); já os casos de obesidade (33) comparados ao estado nutricional pré-gestacional (14) representaram um aumento de (135,7%).

Portanto, o Gráfico 1 revela o comportamento do risco nutricional entre as duas fases analisadas, sinalizando para a necessidade de uma atenção sistemática e de qualidade do enfermeiro nessa área do cuidado, nos períodos pré-gestacional e gestacional.

Obteve-se, portanto, que o diagnóstico de enfermagem em estudo: “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais” esteve presente em 100 (68,4%) das gestantes da amostra. Essa prevalência é preocupante, pois reflete a necessidade de um melhor monitoramento do ganho ponderal e uma adequada orientação alimentar para proporcionar um ganho de peso adequado durante o período gestacional.

Este ganho ponderal excessivo tem sido reportado em vários estudos. Pesquisa realizada com 120.531 gestantes de cinco estados norte-americanos participantes do programa *Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children* (WIC) relatou que a

proporção de mulheres que ganharam peso acima do recomendado aumentou de 41,5% para 43,7%, havendo, portanto, um aumento do ganho de peso durante a gravidez, entre os anos de 1990 e 1996 (SCHIEVE; CUGSWELL; SCANLON, 1998). Outro estudo com mulheres americanas observou que aproximadamente 35% das gestantes apresentaram ganhos ponderais superiores aos recomendados pelo IOM, principalmente as eutróficas e as com sobrepeso (PARKER; ABRAMS, 1993).

Estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), avaliando o perfil dos orçamentos familiares no Brasil encontrou que o baixo peso, sobrepeso e obesidade, no Brasil, foram respectivamente, (5,2%), (40,0%) e (13,1%); no Ceará, (5,7%), (37,8%) e (11,0%); em Fortaleza, (4,7%), (36,5%) e (11,4%) e na Região Metropolitana de Fortaleza, o qual pertence o município em estudo, (4,7%), (39,3%) e (11,8%), respectivamente (IBGE, 2003). Estes dados demonstram a transição nutricional que não somente o Brasil, mas o mundo como um todo vem passando, sendo hoje o sobrepeso/obesidade um problema emergente de saúde pública, em diversos grupos etários, particularmente nas mulheres. Pode corroborar o aumento do sobrepeso/obesidade no país, a melhora do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é uma medida criada pela Organização das Nações Unidas e bastante utilizada para comparar o nível de desenvolvimento entre países.

Segundo ATLAS (2002), todos os estados brasileiros e o Distrito Federal melhoraram o IDH de 1991 a 2000 e o Ceará, que ocupava a 23ª colocação entre as 27 unidades da Federação, foi o estado que mais elevou seu índice, passando para a 19ª posição.

Estudo realizado na região metropolitana de Recife-PE observou ganho de peso de 240 gestantes de baixa renda e encontrou que o ganho de peso aumentou conforme o estado nutricional inicial das gestantes (25,4% de baixo peso e 26,2% de sobrepeso/obesidade), variando entre 31% para as mães desnutridas a 60,3%, no caso das mulheres com sobrepeso/obesidade (ANDRETO et al., 2006). Outro estudo realizado por Stulbach et al. (2007) mostrou que no início da gestação 21% das gestantes eram desnutridas e 24% apresentavam sobrepeso ou obesidade segundo níveis críticos de IMC propostos por Atalah et al. (1997). Todavia, observou-se um ganho de peso excessivo em relação ao recomendado pelo IOM em cerca de 37% das gestantes avaliadas na coorte.

Outro aspecto relevante que deve ser discutido é a ausência de uma padronização para a avaliação do aspecto nutricional das gestantes na assistência pré-natal. Observou-se que autores utilizaram o *Institute of the Medicine* (IOM, 1990), outros o método de Atalah et al. (1997). Estas metodologias tão diversas, conforme refere Silveira e Santos (2004), dificultam

a comparação dos resultados dos estudos, bem como uma variação no grau de confiabilidade dos achados.

Não há superioridade de nenhum dos métodos. Todavia, recomenda-se o uso do IOM (1990), tomando por base Furlan et al. (2003), os quais ressaltam que a maioria das publicações considera tal método como coeficiente padrão por não necessitar de tabelas de referência e por permitir a comparação em diferentes países.

Tabela 4. Distribuição do número de gestantes, segundo alimentação diária habitual. Itaitinga-CE, abr./set., 2009.

Refeições	Grupo A*		Grupo B*		Grupo C*		Grupo D*		Grupo E*		Grupo F*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Café da manhã	117	81,9	24	16,8	6	4,2	-	-	52	36,4	-	-
Almoço	196	137,2	64	44,8	67	46,6	108	75,6	-	-	5	3,4
Lanche da tarde	78	54,6	40	27,9	-	-	-	-	15	10,5	3	2,1
Jantar	109	76,2	16	11,2	45	31,5	64	44,8	15	10,5	-	-

* Classificação segundo os grupos de alimentos da pirâmide alimentar

Grupo A: pão, arroz, cereais e massas; Grupo B: vegetais e frutas; Grupo C: carnes, aves, peixes e ovos; Grupo D: feijão e nozes; Grupo E: leite, iogurte e queijo; Grupo F: gorduras, óleos e doces

Para facilitar a compreensão da análise da Tabela 4, ressalta-se que a alimentação diária habitual corresponde àqueles alimentos que fazem parte da rotina diária do indivíduo, desde o café da manhã até o deitar-se, tendo como base o alimento consumido pelo menos quatro vezes por semana (VITOLLO, 2003).

No café da manhã, observou-se predominância no consumo de alimentos dos grupos A, E e B. Os alimentos do grupo A eram consumidos por 117 (81,9%) das gestantes, o grupo E era consumido por 52 (36,4%) das gestantes, abrangendo os alimentos fornecedores de cálcio; e o grupo B esteve presente em 24 (16,8%) das gestantes e são fontes de vitaminas e sais minerais. Já os do grupo C, fonte de proteína, ferro e vitamina B6, foram consumidos somente por 6 (4,2%) das gestantes.

A respeito do grupo de alimentos consumidos pelas gestantes no almoço, observou-se maior frequência nos grupos A, D, C e B. Os alimentos do grupo A, considerados alimentos energéticos e que compõem a base da pirâmide alimentar, estiveram presentes em 196 (137,2%) das gestantes. O grupo D, que abrange alimentos ricos em proteína de origem vegetal e fibra, foi consumido por 108 (75,6%), o grupo C por 67 (46,6%) e o grupo B por 64 (44,8%) das gestantes. Todavia, o grupo F, que incluem as gorduras e os açúcares, esteve

presente em somente 3,4% da amostra. No lanche da tarde, observou-se o consumo de alimentos dos grupos A, B, E e F. O grupo A esteve presente em 78 (54,6%) gestantes, predominante em comparação as demais grupos. O grupo B e E ocorreu consumo em 40 (27,9%) e 15 (10,5%) das gestantes, respectivamente. A respeito do grupo F houve uma frequência de apenas 3 (2,1%) das gestantes. No jantar, o consumo de alimentos do grupo A foi de 109 (76,2%), do grupo D de 64 (44,8%) e do grupo C de 45 (31,5%) das gestantes. Alimentos dos grupos B e E, obtiveram uma frequência de 16 (11,2%) e 15 (10,5%) das gestantes, respectivamente.

Observou-se um elevado consumo de alimentos do grupo A, predominante em todas as refeições. São alimentos que compõem a base da pirâmide alimentar, fontes de carboidratos, que devem ser consumidos em maior quantidade em relação aos demais grupos, todavia, com moderação, principalmente por gestantes com sobrepeso/obesidade por serem altamente energéticos. Este elevado consumo de alimentos do grupo A pode ser um fator corroborador da significativa prevalência de sobrepeso/obesidade encontrado na amostra. Todavia, encontrou-se pouca variedade nos tipos de alimentos consumidos. No café da manhã, observaram-se os seguintes alimentos: pão (62,3%) e biscoito (19,6%); no almoço: arroz (97,3%) e macarrão (39,9%); no lanche da tarde: biscoito (30,1%) e pão (24,5%); e no jantar: arroz (42%), macarrão (16,8%), massas (2,7%) e biscoitos (2,1%). Acompanhavam outros alimentos pertencentes a outros grupos no café da manhã, como: café (85,4%), não incluído em nenhum grupo da pirâmide alimentar; leite (36,4%) grupo E; frutas (11,9%) grupo B; sucos (4,9%) grupo B e ovo (4,2%) grupo C. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Azevedo e Sampaio (2003) que observaram no desjejum de gestantes adolescentes café e pão com margarina ou biscoito com margarina, sendo algumas vezes acrescido do leite. Constatou-se que 10,1% das gestantes não consumiam frutas e 63,7% consumiam em quantidades insuficientes (cerca de uma fruta ou um copo de suco por dia).

Já o grupo B, apresentou-se relativamente baixo o consumo de frutas e principalmente de hortaliças (12,6%). Isto é um dado preocupante, pois as frutas e as hortaliças são fontes ideais de vitaminas, minerais e fibras que ajudam na regulação de várias reações do organismo, no crescimento e desenvolvimento do feto, devendo ter o consumo aumentado durante o período gestacional. Além disso, muitas vitaminas e sais minerais mostram uma redução lenta e contínua à medida que avança a gestação, em suas concentrações plasmáticas (PICCIANO *apud* BELARMINO, 2007).

Evidências científicas também mostram que alimentos de origem vegetal, principalmente frutas, leguminosas e verduras, se consumidos de forma regular e em

quantidades apropriadas, são fatores de proteção contra várias doenças relacionadas à alimentação, contribuindo também para a manutenção de um peso saudável (BRASIL, 2006a).

No almoço e jantar alguns grupos de alimentos (A, C, D) obtiveram uma maior frequência, demonstrando que muitas gestantes costumam comer, basicamente, os mesmos alimentos, apresentando desta forma, uma dieta monótona ou repetida e pouco variada. No almoço são consumidos os seguintes alimentos: grupo A - arroz (97,3%) e macarrão (39,9%); grupo B - suco (32,2%) e verdura (12,6%); grupo C - frango (27,3%), carne (7,7%), ovo (6,2%) e peixe (2,7%); grupo D - feijão (75,6%); grupo F - doces (3,4%). No jantar, encontrou-se no grupo A - arroz (42%) e macarrão (16,8%); grupo B - suco (9,1%); grupo C - frango (14,7%) e carne (7%); grupo E - leite (10,5%).

Merece destaque o baixo consumo de fígado - 11 (7,7%), quando se sabe ser uma víscera rica em ferro e que deve compor a alimentação de gestantes pelo menos uma vez por semana para combater a anemia, tão frequente na gravidez (CURITIBA, 2000). Estes achados são concordantes com o encontrado por Azevedo e Sampaio (2003) que observaram que no almoço das gestantes havia sempre arroz, feijão, macarrão e um tipo de carne, sendo a bovina e a de frango as mais consumidas. O jantar, quando não repetia o almoço, era composto de pão com margarina e café ou pão com margarina e café com leite.

A alimentação monótona ou pouco diversificada, com poucos alimentos de origem animal, aumenta o risco de deficiência de ferro (anemia ferropriva), que retarda o desenvolvimento físico e mental (BRASIL, 2006a).

Estes resultados encontram-se de acordo com as mudanças referidas no padrão da alimentação da população brasileira urbana nos últimos anos, destacando-se o aumento no consumo de carnes, massas, doces, gorduras e a diminuição de legumes, verduras e frutas na dieta (COSTA et al., 2005).

Resultados semelhantes foram detectados nos estudos de Barros et al. (2004), Azevedo e Sampaio (2003) sobre o consumo alimentar de gestantes adolescentes. Exceto um fato observado neste estudo, que foi o pequeno consumo de alimentos do grupo F, que incluem os açúcares e as gorduras, que teve uma prevalência de apenas 8 (5,5%). Barros et al. (2004) em estudo com 1180 mães adolescentes de maternidades do município do Rio de Janeiro observaram que a frequência do consumo de alimentos menos nutritivos é mais elevada entre gestantes com menos de 15 anos de idade do que entre as que têm idade superior.

A literatura refere que uma alimentação pouco variada pode guardar relação com condições socioeconômicas desfavoráveis, pois quanto menor a renda ou o poder de compra menor o acesso aos alimentos (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000). Todavia, apesar da forte e indiscutível influência da renda, hábitos alimentares, conhecimentos sobre a alimentação e nutrição também interferem na escolha e composição da alimentação diária, principalmente em uma fase tão delicada como é a gestação (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

A alimentação das gestantes foi avaliada com a finalidade de se obter uma noção do padrão alimentar das gestantes que estavam sendo atendidas na ESF, bem como se as mesmas seguiam as orientações realizadas nas consultas de pré-natais e principalmente, para analisar a presença da característica definidora do diagnóstico em estudo: ingestão de alimentos concentrados no final do dia.

Através dos achados se observou que as gestantes tiveram uma predominância de alimentos do grupo A no final do dia, considerados alimentos energéticos e fornecedores de carboidratos e um baixo consumo de alimentos do grupo B, que incluem as frutas e as hortaliças. Portanto, encontrou-se na amostra uma ingestão de alimentos concentrados no final do dia.

No final do dia, as gestantes devem obter uma alimentação menos calórica, pois praticamente não há um gasto energético com as atividades diárias e nem laborais. Estes resultados permitem recomendar que os enfermeiros das ESF criem estratégias para promover uma alimentação mais saudável, adequada, realizada de acordo com as possibilidades econômicas, sociais e culturais de cada gestante, para que estas venham adquirir um ganho ponderal satisfatório no período gestacional.

Tabela 5. Distribuição do número de gestantes, segundo características definidoras e fator relacionado ao Diagnóstico de Enfermagem em estudo. Itaitinga-CE, abr./set., 2009.

Características definidoras e fator relacionado*	Nº	%
Atividade física (praticada ≥ 30min e ≥ 3 vezes por semana)		
Sim (caminhada – n=3; bicicleta – n=2)	5	3,4
Não	141	96,6
Alimenta-se em resposta a sugestões internas além da fome		
Ansiedade	21	12,3
Estresse	13	7,7
Preocupação	21	12,3
Nenhum	115	67,7
Alimenta-se em resposta a sugestões externas		
Horário Padrão da Refeição	80	42,5
Situação social	67	35,7
Evento social	9	4,8
Nenhum	32	17,0
Associa o ato de alimentar-se com outras atividades		
Televisão	73	42,0
Afazeres domésticos	29	16,6
Trabalho	7	4,0
Estudo	6	3,4
Não associa a atividades	59	34,0
Alimenta-se além das necessidades metabólicas (mesmo sem fome ou contínua a alimentar-se após sensação de completude)*		
Não	108	74,0
Sim	38	26,0

As características definidoras e o fator relacionado ao diagnóstico de enfermagem: “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”, apresentados na Tabela 6 não o definem por si mesmo, todavia reforçam a presença deste.

Com relação à característica definidora: sedentarismo, esta foi avaliada pela atividade física praticada entre as gestantes. Considerou-se sedentária a gestante que não praticasse atividade física pelo menos por 30 minutos, 3 a 5 vezes por semana (VIEIRA; SPROESSER, 2007).

Entende-se por atividade física qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso (CASPERSEN; KRISKA; DEARWATER, 1994).

De acordo com a Tabela 5, observou-se que predominou a inatividade física, presente em 141 (96,6%) gestantes. Das 5 (3,4%) que realizavam atividade física, a caminhada foi a mais referida, com uma frequência de cinco vezes por semana. Para ser ativo pela prática da caminhada deve-se gastar mais de 1500 Kcal e caminhar mais de 15 Km durante a semana (BRASIL, 2001). Resultado similar foi encontrado em estudo de coorte realizado no Rio de Janeiro por Bicalho (2006), que verificou uma prevalência de 98,1% de gestantes sedentárias. Corroborando estes dados, estudo de base populacional com 4471

gestantes realizado em Pelotas, por Domingues; Barros (2007), encontraram uma baixa prevalência de gestantes que realizavam atividade física, equivalendo a 10,4% das mulheres no início da gestação, 8,5% no segundo trimestre e 6,5% no terceiro, sendo a caminhada responsável por 77,5% da atividade física realizada.

Estudo transversal conduzido na Jordânia, em 2005, acompanhando 400 gestantes na 20ª semana, verificou que as atividades domésticas e subir escadas foram as principais atividades físicas realizadas. Tem-se, portanto, que apesar das diferenças culturais, o comportamento das mulheres durante a gravidez em relação à atividade física são semelhantes.

Observa-se, portanto, que tanto em estudos nacionais quanto internacionais, o sedentarismo é prevalente entre as gestantes. Segundo Haas et al. (2005), as mulheres sedentárias apresentam um considerável declínio do condicionamento físico durante a gravidez. Além disso, a ausência de atividade física regularmente exerce influência sobre o ganho ponderal materno e o crescimento fetal e a sua prática está associada à prevenção e ao controle de diversas doenças, como o diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia, proporcionando efeitos benéficos em desfechos gestacionais (CUILIN et al., 2006; CLAPP et al., 2000; BATISTA et al., 2003).

Já foi demonstrado que um programa de exercícios realizado três vezes por semana durante a segunda metade da gravidez parece colaborar na redução da intensidade das dores lombares, aumentando a flexibilidade da coluna (GARSHASBI; FAGHIH ZADEH, 2005). Além disso, a realização de atividade física contribui para a diminuição da pressão arterial, melhora a resistência insulínica, melhora a resistência física, a autoestima, aumenta bem-estar, melhora autoimagem, diminui a depressão, dentre outros benefícios (BRASIL, 2001).

Logo, entende-se que a prática de atividade física produz benefícios para a gestante. Todavia, existem algumas contra-indicações de exercício durante a gravidez, podendo ser estas: absolutas, incluem a doença miocárdica descompensada, insuficiência cardíaca congestiva, tromboflebite, embolia pulmonar recente, doença infecciosa aguda, risco de parto prematuro, sangramento uterino, isoimunização grave, doença hipertensiva descompensada, suspeita de estresse fetal e paciente sem acompanhamento pré-natal; e relativas, como a hipertensão essencial, anemia, doenças tireoidianas, diabetes mellitus descompensado, obesidade mórbida e histórico de sedentarismo extremo (BENNEL, 2001, p.674-99).

A alta prevalência de sedentarismo encontrada (96,6%) neste estudo, bem como em outros trabalhos, leva a refletir sobre a importância dos profissionais da ESF, como outros responsáveis pela assistência pré-natal, que é preciso um maior estímulo às gestantes para que

venham a desenvolver atividade física. Todavia, os profissionais precisam receber um treinamento adequado para saber como orientá-las a ter uma atividade física planejada, sistematizada, de forma que venham melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

Este treinamento pode ser realizado através de parcerias com outros profissionais da área da saúde, como os educadores físicos, que fazem parte do NASF e que podem orientar os enfermeiros que realizam a assistência pré-natal, a como realizar a orientação de suas gestantes para que venham ter uma atividade física regular. Além disso, o próprio enfermeiro pode desenvolver práticas de educação em saúde, como caminhadas programadas com as gestantes quinzenal/mensal, para que as mesmas venham ter um estímulo real para a prática de atividade física.

Isto já vem sendo feito com outros grupos estratégicos da atenção primária, como por exemplo, os hipertensos, diabéticos e outros segmentos expostos a doenças crônicas. Esta atividade física sistemática iniciou-se com o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física- “Agita Brasil”, que é uma iniciativa do Ministério da Saúde estabelecido pela Portaria n.º 1893, de 15 de outubro de 2001, que visa incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física, chamando a atenção para a sua importância como fator predominante de proteção à saúde, no intuito de envolvê-la na prática de tais atividades. A proposta do “Agita Brasil” é alterar os hábitos de vida das pessoas com a incorporação da prática regular de pelo menos trinta minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana, se possível todos, de intensidade moderada, como estratégia de melhoria da qualidade de vida e redução de risco de doença crônica não transmissível (BRASIL, 2001). Todavia, observa-se uma carência de programas direcionados às gestantes.

A respeito de outra característica definidora: alimentar-se em resposta a estímulos internos além da fome, observou-se que foi predominante na amostra a não correlação a nenhuma sugestão interna (67,7%). Em menor frequência, alimentavam-se igualmente em resposta à ansiedade e à preocupação (12,3%). O estresse esteve presente em 13 (7,7%) das gestantes.

Com relação a sugestões externas, obteve-se que, principalmente, as gestantes são estimuladas a alimentar-se, devido ao cumprimento do horário padrão da refeição (42,5%), bem como em virtude de uma situação social (35,7%). O fator evento social esteve presente em 9 (4,8%) das gestantes. Estudo realizado por Baião e Deslandes (2008) com 18 gestantes e 8 puérperas para avaliar as práticas alimentares na gravidez, encontrou que as adolescentes grávidas que não estavam estudando ou trabalhando não tinham horário para comer, principalmente por que dormiam e acordavam muito tarde. As demais mulheres procuravam

seguir horários considerados “normais” para o café da manhã, almoço e jantar, sendo este habitualmente substituído por lanches. Além disso, o “comer em casa” e o “comer fora de casa” tinham motivações e significações distintas. No geral, o primeiro era interpretado como o espaço privado, parte da rotina diária, associado ao trabalho, às obrigações e à monotonia alimentar. O segundo representava o espaço público destinado ao prazer, conforme também foi observado por Casotti (2002).

Com relação à situação social, observou-se que compartilhar a refeição com familiares e amigos constituía uma alternativa de lazer. Nesses encontros, as famílias costumavam fazer “comidas” mais elaboradas e com maior valor social. Todos estes fatores contribuíam para um maior estímulo alimentar. Outro estudo realizado por Olson e Stranwderman (2003) encontrou associação positiva entre ganho de peso excessivo e maior apoio de família e amigos durante a gestação, podendo de fato haver alguma associação entre estes fatores.

Sobre a associação da alimentação com outras atividades, encontrou-se que 73 (42,0%) gestantes se alimentavam concomitante a assistir à televisão, 59 (34,0%) não associavam a nenhuma atividade, 29 (16,6%) se alimentavam no momento que realizavam os afazeres domésticos e em menor prevalência ao trabalho (4%) e ao estudo (3,4%). Baião e Deslandes (2008) relatam também a associação da alimentação com a televisão. Para as gestantes avaliadas em seu estudo, comer e assistir à televisão eram duas atividades quase inseparáveis, difícil de “abrir mão” de uma em função da outra. Além de poucas oportunidades de lazer, a televisão tornava o ato de comer mais prazeroso, principalmente porque a “comida” era pouco atrativa.

Segundo Nogueira (2010), alimentar-se assistindo à televisão ou realizando qualquer outra atividade concomitantemente faz com que não se tenha percepção do quanto se está comendo, o que leva a um consumo maior do que o habitual, além do que a distração e o baixo envolvimento com o ato de alimentar-se reduz a sensação de saciedade percebida no sistema nervoso central. Ademais, Almeida, Nascimento e Quaioti (2002) em estudo sobre os anúncios televisivos brasileiros detectaram que a categoria alimentos foi a mais veiculada, representando 27,47% de todas as propagandas, e do total dos anúncios alimentícios, quase 60% eram representados por gorduras, óleos, açúcares e doces com a completa ausência de frutas e vegetais.

Quando questionadas sobre a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, 108 (74%) gestantes responderam que não se alimentavam. Todavia, é importante destacar que Baião e Deslandes (2008) em seu estudo observaram que as gestantes

não tinham noção das quantidades que comiam devido à oscilação da ingesta de alimentos durante a gravidez. Eles observaram que esta oscilação era ocasionada por diversos fatores, como alteração do apetite, enjôo e vômitos, nervosismo, conflitos e crises com familiares e/ou companheiro, medo do futuro, situação financeira precária, dentre outros. Era comum acontecer de uma gestante passar um dia inteiro sem comer ou comer exageradamente em decorrência de seu estado emocional.

Tabela 6. Medidas de acurácia das características definidoras e do fator relacionado para o Diagnóstico de Enfermagem em estudo. Itaitinga-CE, abr./set., 2009.

Características Definidoras e Fator Relacionado	Diagnóstico de Enfermagem			S	E	VPP	VPN	Estatísticas
	Presente	Ausente	Total					
Sedentarismo								
Presente	67	73	140	97,10	5,19	47,86	66,67	p= 0, 684** OR= 1,840 IC 95%= 0.280-14,97
Ausente	2	4	6					
Total	69	77	146					
Alimenta-se em resposta a sugestões internas além da fome								
Presente	60	55	115	86,96	28,57	52,17	70,97	p= 0, 022* OR= 2,667 IC 95%= 1,131- 6,286
Ausente	9	22	31					
Total	69	77	146					
Alimenta-se em resposta a sugestões externas								
Presente	16	23	39	23,19	70,13	41,03	50,47	p= 0, 362* OR= 0,709 IC 95%= 0,337- 1,489
Ausente	53	54	107					
Total	69	77	146					
Associa o ato de alimentar-se com outras atividades								
Presente	23	36	59	33,33	53,25	38,98	47,13	p= 0, 099* OR= 0,569 IC 95%= 0,291- 1,115
Ausente	46	41	87					
Total	69	77	146					
Alimenta-se além das necessidades metabólicas								
Presente	49	59	108	71,01	23,38	45,37	47,37	p= 0, 441* OR= 0,747 IC 95%= 0,356- 1,568
Ausente	20	18	38					
Total	69	77	146					
Obesidade/Sobrepeso								
Presente	69	0	69	100,0	-	-	-	p= 0, 000*
Ausente	0	77	77					
Total	69	77	146					
Dobra da pele do tríceps > 25 mm								
Presente	69	70	139	100,0	9,09	49,64	-	p= 0, 014**
Ausente	0	7	7					
Total	69	77	146					

* Teste Qui-Quadrado (χ^2); ** Teste Exato de Fischer; OR= Odds Ratio; S – Sensibilidade; E – Especificidade; VPP – Valor Preditivo Positivo; VPN – Valor Preditivo Negativo

De acordo com a Tabela 6, as características definidoras mais sensíveis foram sedentarismo (97,10%), alimentar-se em resposta a estímulos internos (86,98%),

obesidade/sobrepeso e dobra da pele do tríceps ($> 25\text{mm}$) com 100% de sensibilidade. A sensibilidade mede a capacidade do teste em identificar corretamente determinada característica em estudo entre aqueles que o possuem (HULLEY et al., 2003). Porém, houve uma baixa especificidade, tendo alimentar-se em resposta a sugestões externas como a característica definidora mais específica (70,13%).

Segundo o mesmo autor, a especificidade mede a capacidade do teste em excluir corretamente aqueles que não possuem a característica em estudo. Em geral, os Valores Preditivos Positivo (VPP) e Negativo (VPN) foram baixos. O VPP é usado para ajudar a prever qual a probabilidade de se ter uma determinada característica em estudo se o resultado do teste for positivo e o VPN prevê a possibilidade de não se ter a característica investigada se o resultado do teste for negativo (HULLEY et al., 2003).

Houve associação estatisticamente significativa somente em: alimentar-se em resposta a sugestões internas além da fome ($p= 0,022$), sobrepeso/obesidade ($p= 0,000$) e dobra da pele do tríceps ($> 25\text{mm}$) ($p= 0,014$). Estas duas últimas características definidoras já eram esperadas, por terem sido utilizadas como parâmetros para presença do diagnóstico de enfermagem em estudo. Nas demais características definidoras e fator relacionado não houve associação.

6 CONCLUSÃO

O ganho de peso excessivo vem sendo um problema crescente evidenciado entre as mulheres, particularmente entre as gestantes. Este elevado crescimento vem sendo facilitado pelas mudanças comportamentais, pela dieta rica em alimentos hipercalóricos, pela crescente taxa de sedentarismo, que contribuem para um aumento de peso inadequado, ocasionando a obesidade. A obesidade é atualmente um problema emergente de saúde pública, que vem aumentando significativamente durante a gravidez. Estes fatores contribuem para o aumento da prevalência de um diagnóstico de enfermagem importante e preocupante na gravidez: “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais”.

Os resultados neste estudo demonstram que as gestantes tinham um perfil adulto jovem e adulto (20-35 anos), o que do ponto de vista reprodutivo, é considerado de baixo risco. Todavia, observou-se uma significativa porcentagem de gestantes adolescentes, o que requer uma maior atenção dos serviços de saúde em parceria com as escolas, comunidades, para que sejam desenvolvidas estratégias para redução da gravidez na adolescência.

Além do problema da gravidez na adolescência, constatou-se que gestantes com sobrepeso/obesidade apresentaram idade maior quando comparadas a gestantes com peso normal ou baixo peso, o que requer uma maior atenção nas gestantes de maior idade. As participantes possuíam um baixo poder aquisitivo, o que contribuía para uma dieta monótona, com elevado consumo de alimentos energéticos (grupo A), pobre em frutas e hortaliças (grupo B), portanto, inadequada, para o período gestacional. Recomenda-se, portanto, que os enfermeiros das ESF criem estratégias para promover uma alimentação mais saudável, adequada, realizada de acordo com as possibilidades econômicas, sociais e culturais de cada gestante, para que estas venham a adquirir um ganho ponderal satisfatório no período gestacional.

Predominaram na amostra a condição de união consensual ou casada, gestantes dedicadas às atividades do lar e com baixa escolaridade. Com relação ao aspecto obstétrico, foi predominante as nulíparas e o segundo trimestre da gestação. Todavia, merece ser enfatizado o cuidado que deve ser realizado às gestantes com maior paridade, pois se encontrou que a multiparidade está associada a um maior sobrepeso/obesidade, bem como também a gestantes com maior idade gestacional, o que requer uma maior atenção do enfermeiro.

Sobre o aspecto nutricional, no estado pré-gestacional, 20 (13,0%) apresentavam baixo peso, 89 (61,0%) peso adequado, 23 (16,0%) sobrepeso e 14 (10,0%) obesidade. Durante o período gestacional, houve uma redução do baixo peso em (50,0%) das gestantes,

do número de eutróficas em (51,7%) e houve um aumento significativo dos casos de sobrepeso (160,8%) e obesidade (135,7%). Estes dados revelam o comportamento do risco nutricional entre as duas fases analisadas, sinalizando para a necessidade de uma atenção sistemática e de qualidade do enfermeiro nessa área do cuidado, nos períodos pré-gestacional e gestacional.

Com relação às características definidoras e fator relacionado do diagnóstico de enfermagem em estudo, predominou o sedentarismo entre as gestantes, a não correlação a nenhuma sugestão interna, alimentar-se para o cumprimento do horário padrão da refeição, alimentar-se concomitantemente à televisão e não alimentar-se além das necessidades metabólicas.

Ocorreu associação estatisticamente significativa entre o estado nutricional pré-gestacional e gestacional, entre o estado nutricional gestacional e as seguintes variáveis: idade, paridade, idade gestacional. As características definidoras mais sensíveis foram sedentarismo, alimentar-se em resposta a estímulos internos, obesidade/sobrepeso e dobra da pele do tríceps. Houve uma baixa especificidade, tendo alimentar-se em resposta a sugestões externas como a característica definidora mais específica. Houve associação estatisticamente significativa somente em: alimentar-se em resposta a sugestões internas além da fome, sobrepeso/obesidade e dobra da pele do tríceps (> 25mm). Estas duas últimas características definidoras já eram esperadas, por terem sido utilizadas como parâmetros para presença do diagnóstico de enfermagem em estudo. Nas demais características definidoras e fator relacionado não houve associação.

Obteve-se, portanto, que o diagnóstico de enfermagem em estudo: “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais” esteve presente em 100 (68,4%) das gestantes, segundo os critérios adotados no estudo. Essa prevalência reforça a necessidade do monitoramento do ganho ponderal e uma adequada orientação alimentar para proporcionar um ganho de peso adequado durante o período gestacional.

Dentre as limitações enfrentadas no estudo, as principais foram: escassez literária sobre este diagnóstico em estudo em gestantes, a ausência de uma padronização para a avaliação do aspecto nutricional entre os autores, o que dificulta a comparação dos achados com outros autores e ter usado o processo da Carpenito-Moyet (2008) para avaliação da presença do diagnóstico, pois a autora baseia-se na presença de características definidoras maiores, para o estabelecimento do diagnóstico e atualmente vem sendo utilizadas algumas medidas de acurácias e alguns testes estatísticos para o estabelecimento da presença do diagnóstico de enfermagem.

Sugere-se que estudos futuros possam ser realizados tomando como objeto de investigação este diagnóstico de enfermagem ainda pouco explorado, de modo a superar as limitações apresentadas neste estudo, com amostras mais representativas, com estudos longitudinais, com uma padronização da avaliação nutricional e que possam explicar as associações encontradas neste estudo.

Conclui-se que as gestantes necessitam de um melhor monitoramento do ganho ponderal, de uma orientação alimentar mais eficaz, de um maior incentivo para a prática de atividade física e de uma maior atenção por parte dos enfermeiros durante a consulta pré-natal, para que possam reduzir as características definidoras e o fator relacionado à nutrição desequilibrada com a maior ingesta em gestantes.

7 REFERÊNCIAS

ABOUZahr, C.; Wardlaw, T. La mortalidad materna al término de una década: hay indicios de progreso? **Bull. World. Health. Organ.**, v.79, p.561-568, 2001.

ABRAMS, B.; ALTMAN, S. L.; PICKETT, K.E. Pregnancy weight gain: still controversial. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.71, p. 1233S-1241S, 2000.

ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C. B. D.; QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev. Saúde. Pública.**, v.36, n.3, p.353-355, 2002.

ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Questões conceituais e metodológicas relativas a domicílio, família e condições habitacionais. **Papeles de Población**, v.43, p.105-131, 2005.

ALVES, V.M.; MOURA, Z.A.; PALMEIRA, I.L.T.; LOPES, M.V.de. OLIVEIRA. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. **Acta. Paul. Enferm.**, v.19, n.1, p.70-75, 2006.

ANDRETO, L. M.; SOUZA, A. I.; FIGUEIROA, J. N.; CABRAL-FILHO, J. E. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde. Pública.**, v.22, n.11, p.2401-2409, 2006.

AQUINO, K. K. N. C. **Determinantes do ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas nos serviços públicos de pré-natal do Distrito Federal.** 2004. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

ARRAIGADA, I. Transformaciones familiares y políticas de bienestar em América Latina. In: ARRAIGADA, I. (Org.). **Famílias y políticas públicas em América Latina: uma historia de desencuentros.** Santiago de Chile: Cepal, 2007.

ATALAH, E.; CASTILLO, C. L.; CASTRO, R. S.; AMPARO, A. P. Propuesta de um Nuevo estandar de evaluación nutricional de embarazadas. **Rev. Med. Chile.**, v.125, p.1429-1436, 1997.

ATALIBA, F. Renda familiar per capita é a 4ª menor. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 23 set.2006. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=369139>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

ATLAS: Ceará é Estado que mais elevou o IDH. **O Povo**, Fortaleza, 31 dez.2002. Disponível em: <http://www.fiec.org.br/artigos/social/ceara_e_estado_que_mais_elevou_idh.htm>. Acesso em: 20 jan. 2010.

AZEVEDO, D. V.; SAMPAIO, H. A. C. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16, n.3, p.273-280, 2003.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n.2, p.245-253, 2006.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2408>. Acesso em: 23 jan.2010.

BARROS, D. C.; PEREIRA, R. A.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.**, v.20, n.1, p.121-129, 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública.**, v.19. Suppl. 1, p.181-191, 2003.

BATISTA, D. C.; CHIARA, V. L.; GUGELMIN, S. A.; MARTINS, P. D. Physical activity and pregnancy: non-athletic pregnant women`s health and fetal growth. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant.**, v.3, p.151-8, 2003.

BELARMINO, G. O. **Avaliação nutricional de gestantes adolescentes**. 2007. 48 f. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

BELARMINO, G. O.; MOURA, E.R.F.; OLIVEIRA, N. C.; FREITAS, G. L. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta. Paul. Enferm.**, v.22, n.2, p.169-175, 2009.

BENNEL, K. The female athlete. In: BRUKNER, P.; KHAN, K. **Clinical sports medicine**. 2. ed. Sidney: McGraw-Hill, 2001. p.674-99.

BERQUÓ, E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: NOVAIS, F.; SCHWARCZ, L. **História da vida privada no Brasil**: contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

BICALHO, E. de. S. **Fatores associados à prática de atividade física no primeiro trimestre em uma coorte de gestantes do Município do Rio de Janeiro**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. I

BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde**: a porta de entrada do sistema revisitada. Bauru: Edusc, 1999.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. de. A. L. M. da. A Taxionomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev Latinoam. Enferm.**, v.11, n.2, p.240-244, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 1999. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=91&word=>>. Acesso em: 14 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS nº196/96 e outras)**. 3. ed. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <<http://portal.sa%fade.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687-2006-anexo1.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Itaitinga**. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/ceara/Itaitinga.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

BRUSCHINI, M. C. Uma abordagem sociológica da família. **Rev. Bras. Est. População**, v. 6, n. 1, p.1-24, 1989.

CARMICHAEL, S.; ABRAMS, B.; SELVIN, S. The pattern of maternal weight gain in women with good pregnancy outcomes. **Am. J. Public. Health.**, v.87, p.1984-1988, 1997.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Manual de Diagnósticos de enfermagem**. 11. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

CASOTTI, L. **À mesa com a família**: um estudo do comportamento do consumidor de alimentos. Rio de Janeiro, RJ: Mauad, 2002.

CASPERSEN, C. J.; KRISKA, A. M.; DEARWATER, S. R. Physical activity epidemiology as applied to elderly populations. **Baillieres Clin. Rheumatol.**, v.8, p.7-27, 1994.

CHAMILCO, R. A. S. **Práticas culturais das parteiras tradicionais na assistência gravídico-puerperal**: um estudo etnográfico. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CLAPP, J. F.; KIM, H.; BURCIU, B.; LOPEZ, B. Beginning regular exercise in early pregnancy: effect on fetoplacental growth. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.183, p.1484-1488, 2000.

CNATTINGIUS, S.; BERGSTON, R.; LIPWORTH, L.; KRAMER, M.S. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. **N. Engl. J. Med.**, v.338, p.147-152, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução de nº196 de 1996. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: < [http:// conselho.saude.gov.br](http://conselho.saude.gov.br) >. Acesso em: 5 dez. 2008.

COSTA, C. E.; GOTLIEB, S. I. D. Pequeno para a idade gestacional: fator de risco para a mortalidade neonatal. **Rev. Saúde. Pública.**, v. 3, p. 217-224, 1998.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, C. A. S. T.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.; MOURA, M.S.Q.; SOUZA, K. E. P.; ASSIS, D. R. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal. Feira de Santana- Bahia. **Rev. Baiana. Saúde. Pública.**, v. 29, n. 2, p. 300-312, 2005.

CUILIN, Z.; CAREN, G.S.; JOANN, E.M.; FRANK, B.H. A prospective study of pregravid physical activity and sedentary behaviors in relation to the risk for gestational diabetes mellitus. **Arch. Intern. Med.**, v.166, p.543-548, 2006.

CURITIBA. **Pré-Natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido**. 2. ed. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2000.

CZEIZEL, A. E.; DUDAS, I. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. **N. Eng. J. Med.**, v. 327, n.2, p.1832-1835, 1992.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic humanistic and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v.48, S33-S52, 2001.

DOMINGUES, M. R.; BARROS, A. J. D. Atividade física de lazer entre as gestantes da coorte de nascimentos de Pelotas de 2004. **Rev. Saúde. Pública.**, v.41, p.173-180, 2007.

FEIG, D. S.; NAYLOR, C. D. Eating for two: are guidelines for weight gain during pregnancy too liberal? **Lancet.**, v.351, n.9108, p.1054-1055, 1998.

FOSHIEIRA, F.; VIEIRA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepções dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v.6, n.2, p.189-198, 2004.

FURLAN, J. P.; GUAZZELLI, C. A. F.; PAPA, A. C. S.; QUINTINO, M. P.; SOARES, R.V.P.; MATTAR, R. A Influência do Estado Nutricional da Adolescente Grávida sobre o Tipo de Parto e o Peso do Recém-nascido. **RBGO.**, v.25, n.9, p.625-630, 2003.

GARSHASBI, A.; FAGHIH ZADDEH, S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v.88, p.271-275, 2005.

GAYA, A. **Indicadores de saúde e de Desempenho Esportivo em Crianças e Jovens**. Disponível em:< <http://www.cefides.udesc.br>>. Acesso em: 23 maio 2008.

GHOSH, M. K. Maternal mortality. **J. Reprod. Med.**, v.46, p.427-433, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2006.

GOODBURN, E.; CAMPBELL, O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. **BMJ.**, v.322, p.917-920, 2001.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.12, n.2, p.175-182, 2004.

GUNDERSON, E. P.; ABRAMS, B. Epidemiology of gestational weight gain and body weight changes after pregnancy. **Epidemiol. Rev.**, v.21, n.2, p.261-274, 1999.

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

HICKEY, C. A. Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.71, Supl 5, p.1364-1370, 2000.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, D.G.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos familiares 2002-2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/defaultt ab.shtm>>. Acesso em: 9 jan. 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (Estados Unidos). **Nutrition during pregnancy**. Washington, DC, 1990. Disponível em: <<http://www.iom.edu/>>. Acesso em: 18 May 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (Estados Unidos). **Nutrition during pregnancy and lactation: an implementation guide**. Washington, DC, 1992. Disponível em: <<http://www.iom.edu/>>. Acesso em: 18 May 2010.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JELIN, E. Las familias latinoamericanas em El marco de las transformaciones globales. In: ARRAIGADA, I. (Org.). **Familias y políticas públicas em América Latina: Una historia de desencuentros**. Santiago de Chile: Cepal, 2007.

KAC, G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão a literatura. **Cad. Saúde. Pública.**, v.17, p.455-466, 2001.

KONNO, S. C.; BENÍCIO, M. H. D` AQUINO.; BARROS, A. J. D. Fatores associados à evolução ponderal de gestantes: uma análise multinível. **Rev. Saúde. Pública.**, v.41, n.6, p.995-1002, 2007.

LACAVAL, R. M. V. B.; BARROS, S. M. O. Diagnósticos de enfermagem na assistência a gestantes. **Acta. Paul. Enferm.**, v.17, n.1, p.9-17, 2004.

LEDERMAN, S. A.; PAXTON, A.; HEYMSFIELD, S. B.; WANG, J.; THORNTON, J.; PIERSON JUNIOR, R.N. Body fat and water changes during pregnancy in women with different body weight and weight gain. **Obstet Gynecol.**, v.90, p.483-488, 1997.

LIMA, G. S. P.; SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infantil.**, v.4, n.3, p.253-261, 2004.

LOPES, M. V. de. O.; ARAÚJO, T. L. F. Diagnósticos de enfermagem de ordem física em mulheres com angina pectoris. **Rev. Rene**, v.1, n.1, p.14-19, 2002.

MACIEL, M. E. Cultura e alimentação ou o que tem a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarim? **Horizontes Antropológicos**, v.7, n.16, p.145-156, 2001.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Arranjos domiciliares nucleares no Brasil**: classificação e evolução de 1977 a 1998. Brasília: Desafios do Desenvolvimento, 2001.

MELO, A. S. O.; ASSUNÇÃO, P. L.; GONDIM, S. S. R.; CARVALHO, D. F.; AMORIM, M.M.R.; BENÍCIO, M.H. D`A.; CARDOSO, M.A.A. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.2, p.249-257, 2007.

MESQUITA, J. H. Entendendo a pirâmide alimentar. **Folha do meio ambiente online**, 2006. Disponível em: <<http://www.folhadomeio.com.br/publix/fma/folha/2006/10/nutri173.html>>. Acesso em: 20 dez. 2006.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil entre 1988-1996. In: MONTEIRO, C.A. (ORG.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.359-370.

MURRIETA, R. S. S. Dialética do sabor: alimentação, ecologia e vida cotidiana em comunidades ribeirinhas da Ilha de Ituqui, Baixo Amazonas, Pará. **Rev. Antropol.**, v.44, n.2, p.40-88, 2001.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definição e classificação 2007-2008. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

NASCIMENTO, E.; SOUZA, S. B. Avaliação da dieta de gestantes com sobrepeso. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.15, n.2, p.173-179, 2002.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo, SP: Sarvier, 2000.

NOCHIERE, A. C. M.; ASSUMPCÃO, M. F.; BELMONTE, F. A. L.; LEUNG, M. C. A. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.32, n.4, p.443-451, 2008.

NOGUEIRA, P. C. Reeducação alimentar. **Sanavita**. Disponível em: <<http://www.sanavita.com.br/padrao.aspx?artigo.aspx?idcontent=341&idContentSection=225>>. Acesso em: 23 jan.2010.

NUCCI, L. B.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B. B.; FUCHS, S. C.; FLECK, E. T.; BRITTO, M. M. S. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Rev. Saúde. Pública.**, v.35, p.502-507, 2001.

NUCCI, L. B.; DUNCAN, B. B.; MENGUE, S.S.; BRANCHTEIN, L.; SCHIMIDT, M.I.; FLECK, E.T. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. **Cad. Saúde. Pública.**, v.17, p.1367-1374, 2001.

OLSON, C. M.; STRAWDERMAN, M. S. Modifiable behavioral factors in a biopsychosocial model predict inadequate and excessive gestational weight gain. **J. Am. Diet. Assoc.**, v.103, n.1, p.48-54, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Making pregnancy safer: a health sector strategy for reducing maternal and e perinatal morbidity and mortality**. Geneva, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global strategy on diet, physical activity and health: fifty-seventh World Health Assembly**. Geneva, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em: 10 July 2005.

OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**,v.14, Suppl., p. 25-32, 1998.

PARKER, J.D.; ABRAMS, B. Differences in postpartum weight retention between black and white mothers. **Obstet. Gynecol.**, v.81, n.5, p.768-774, 1993.

PASSOS, M. D. **Como usar a pirâmide alimentar**. 2002. Disponível em: <http://www.gastronomiabrasil.com/Nutricao_e_Saude/Outubro_2002.htm>. Acesso em: 15 dez. 2006.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.6, p.659-664, 2005.

PEREIRA, M. M. Q. **Diagnósticos de enfermagem no cuidado pré-natal: um estudo de revisão**. 2008. 36 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

PESQUISA Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

PICCIANO, M. F. Embarazo y lactancia *apud* BELARMINO, G.O. **Avaliação nutricional de gestantes adolescentes**. 2007. 48 f. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

POLETTI, O. H.; BARRIOS, L.; CREMONTE, S. E.; ELIZALDE, A.; BLUVSTEIN, S.; ELIZALDE, M.M. **Antropometria materna y factores de riesgo para peso bajo, talla baja y prematuridad del recién nacido**. Corrientes: Universidad Nacional Del Nordeste, 2000. (Comunicaciones Científicas y Tecnológicas).

RABY, E.; ATALAH, E.; CUMSILLE, F. Relacion entre el peso del recién nacido y variables nutricionales y biodemográficas maternas. **Rev. Chil. Nutr.**, v.13, p.17-24, 1983.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p. 39-46, 2001.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. A. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SCHIEVE, L. A.; COGSWELL, M. E.; SCANLON, K. S. Trends in pregnancy weight gain within and outside ranges recommended by the Institute of Medicine in a WIC population. **Matern. Child. Health J.**, v.2, p.111-116, 1998.

SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L.; ANCES, I.G. Maternal growth during pregnancy and decreased infant birth weight. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.51, n.5, p.790-793, 1990.

SEBIRE, N. J.; JOLLY, M.; HARRIS, J. P.; WADSWORTH, J.; JOFFE, M.; BEARD, R. W, et al. maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, v.25, p.1175-1183, 2001.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T.di.G.do. The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. **Cad. Saúde Pública.**, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública.**, v.20, p.1160-1168, 2004.

STORY, M. E. D. **Nutrition management of the pregnant adolescent**: a practical reference guide. Washington, DC: National Clearinghouse, 1990.

STULBACH, T.E. **Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em um serviço público de pré-natal de baixo risco**. 2003. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

STULBACH, T. E.; BENÍCIO, M. H. A.; ANDREZZA, R.; KONO, S. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. **Rev. Bras. Epidemiologia.**, v.10, n.1, p.99-108, 2007.

STRINGHETA, P. C.; OLIVEIRA, T. T. de.; GOMES, R. C.; AMARAL, M. da. P. H. do.; CARVALHO, A. F. de.; VILELA, M. A. P. Políticas de Saúde e alegações de propriedades

funcionais e de saúde para alimentos no Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, v.43, n.2, p.181-194, 2007.

VIEIRA, M. L. C.; SPROESSER, A. J. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arg. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, set. 2007.

VITOLO, M. R. **Nutrição da gestação à adolescência**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

VARGENS, O. M. C.; ARAÚJO, L. M. Consulta de enfermagem ginecológica: relatando uma experiência. **Rev. Enfermagem UERJ.**, v.5, n.1, p.367-372, 1997.

WALDOW, V. R. Processo de enfermagem: teoria e prática. **Rev. Gauch. Enfermagem.**, v.9, n.1, p.14-22, 1988.

YAZLLE, M. E. H. D. Nutrição na gestação e lactação *apud* BELARMINO, G.O. **Avaliação nutricional de gestantes adolescentes**. 2007. 48f. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

YOON, B. K.; LEE, J. W.; CHOI, D. S.; ROH, C. R.; LEE, J. H. Change in biochemical bone markers during pregnancy and puerperium. **J. Korean Med. Sci.**, v.15, n.2, p.189-193, 2000.

YOUNG, T. R.; WOODMANSEE, B. Factores that are associated with cesarean delivery in a large private practice: the importance of prepregnancy body mass index and weight gain. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.187, p.312-320, 2002.

ZELAYA, M. B.; GODOY, A. C.; ESPERANZA, L. M. Estado nutricional en El embarazo y peso del recién nacido. **Rev. Posgrado de La Via Cátedra de Medicina**, v.125, p.1-6, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

I. Dados demográficos e socioeconômicos

1. Idade: _____ anos 1 ___
2. Estado civil: 1 () solteira ou sem companheiro 2 () casada ou em união consensual 2 ___
3. Escolaridade: 3 ___
- 1 () Analfabeto 5 () Ensino Médio Incompleto
- 2 () Alfabetizado 6 () Ensino Médio Completo
- 3 () Ensino Fundamental Incompleto 7 () Superior Incompleto
- 4 () Ensino Fundamental Completo 8 () Superior Completo
4. Renda Familiar: _____ reais 4 ___
5. N° de pessoas da família: _____ 5 ___
6. Ocupação: _____ 6 ___

II. Dados clínicos e obstétricos

7. Gesta: _____ 7 ___
8. Paridade: _____ 8 ___
9. Aborto: _____ 9 ___
10. Idade Gestacional: _____ 10 ___
11. Estatura: _____ m 11 ___
12. Peso (pré-gestacional): _____ Kg 12 ___
13. IMC (pré-gestacional): _____ Kg/ m² 13 ___
14. Peso: _____ Kg 14 ___
15. IMC: _____ Kg/ m² 15 ___
16. Dobra da pele do tríceps: _____ mm 16 ___

III. Dados referentes ao Diagnóstico de Enfermagem

17. Você pratica alguma atividade física? 17 ___
- 1 () sim 2 () não

18. Se sim, qual dentre estas atividades você pratica? 18_____

1 () caminhada 2 () musculação 3 () aeróbica 4 () hidroginástica 5 () outra

19. Com que frequência você pratica? 19_____

1 () 1x semana 2 () 2x semana 3 () 3x semana 4 () 4x semana 5 () 5x semana

20. Durante quanto tempo: _____ minutos 20_____

21. Associado a quais atividades você costuma alimentar-se? 21_____

1 () assistindo à televisão 2 () estudando 3 () trabalhando 4 () afazeres domésticos

5 () nenhum

22. Quais destes sintomas estimulam você a comer além da fome? 22_____

1 () ansiedade 2 () estresse 3 () preocupação 4 () nenhum

23. Em quais situações você costuma alimentar-se mesmo sem estar com fome? 23_____

1 () horário padrão da refeição 2 () situação social 3 () evento social 4 () nenhum

24. Você costuma alimenta-se mesmo na ausência de fome ou além de já satisfeito 24_____
as suas necessidades?

1 () sim 2 () não

REFEIÇÃO	ALIMENTOS	FREQUÊNCIA
CAFÉ DA MANHÃ		
ALMOÇO		
LANCHE DA TARDE		
JANTAR		

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente, estudante do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo sobre nutrição de gestantes. Este tem a finalidade de conhecer as causas do aumento de peso durante o pré-natal e, assim, ajudá-las a evitar que isso ocorra, sendo um benefício a participação das mesmas no estudo ao reconhecerem os riscos da má nutrição na gestação. Para tanto, convido você para fazer parte desse estudo, contribuindo com informações que me serão passadas em uma entrevista e em dados que irei obter durante o seu atendimento, por ocasião da consulta de enfermagem no pré-natal.

Na referida consulta será realizada a entrevista e durante seu exame também estarei anotando as informações que interessam ao estudo como o seu peso e altura.

Tanto na entrevista quanto na consulta de enfermagem, a participante não correrá nenhum risco e tampouco nenhum constrangimento. Em qualquer momento, poderá ter o direito e a liberdade de se negar a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como a continuidade do seu atendimento pré-natal. Garantimos que você poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas, bem como a todas as informações resultantes dele. Os registros apresentados serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

A sua participação no estudo será voluntária, não havendo nenhum tipo de pagamento aos participantes da pesquisa. Seu nome e nada que possa lhe identificar será revelado, garantindo-lhe o sigilo e anonimato de todas as informações referidas.

Após a devida compreensão dos aspectos ligados ao estudo e retiradas todas as dúvidas existentes, você deverá assinar duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permanecendo uma via com você e outra comigo.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelo telefone: (85) 32785194 ou pelo endereço Rua Mário Alencar Araripe, 522, Água Fria. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará no endereço Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo, telefone (85) 33668338.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO ou DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Título da pesquisa: Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais em gestantes do município de Itaitinga-CE.

Fortaleza,

(Assinatura ou digital) d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo <hr/> Nome do profissional que aplicou o TCLE
Assinatura da Testemunha	

DADOS DO VOLUNTÁRIO:

Endereço:

Telefone:

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do COMEPE

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 25/09

Fortaleza, 20 de fevereiro de 2009

Protocolo COMEPE nº 18/ 09

Pesquisador responsável: Mayenne Myrcea Quintino Pereira

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais em gestantes de Itaitinga-CE”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 19 de fevereiro de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

