

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

**CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**ANA CRISTINA SILVEIRA MARTINS**

**ESTADO NUTRICIONAL, FATORES OBSTÉTRICOS E  
SOCIOECONÔMICOS DE GESTANTES ACOMPANHADAS  
POR UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO  
DE PEQUENO PORTE**

Cuité/PB

2015

ANA CRISTINA SILVEIRA MARTINS

**ESTADO NUTRICIONAL, FATORES OBSTÉTRICOS E SOCIOECONÔMICOS DE  
GESTANTES ACOMPANHADAS POR UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição.

**Orientador (a):** Prof. Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso.

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M386e Martins, Ana Cristina Silveira.

Estado nutricional, fatores obstétricos e socioeconômicos de gestantes acompanhadas por unidades de saúde da família em um município de pequeno porte. / Ana Cristina Silveira Martins. – Cuité: CES, 2015.

50 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso.

1. Gravidez. 2. Estado nutricional - gestantes. 3. Fatores obstétricos. I. Título.

CDU 618.1/.2

ANA CRISTINA SILVEIRA MARTINS

ESTADO NUTRICIONAL, FATORES OBSTÉTRICOS E SOCIOECONÔMICOS DE  
GESTANTES ACOMPANHADAS POR UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM  
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Unidade Acadêmica de  
Saúde da Universidade Federal de  
Campina Grande, como requisito  
obrigatório para obtenção de título de  
Bacharel em Nutrição, com linha  
específica em Saúde Coletiva.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso  
Universidade Federal de Campina Grande  
Orientadora

---

Prof. Dra. Nilcimelly Rodrigues Donato  
Universidade Federal de Campina Grande  
Examinadora

---

Prof. Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima  
Universidade Federal de Campina Grande  
Examinadora

Cuité/PB

2015

**Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas da minha vida, aos meus amados pais Francisco Duarte Martins e Antônia Ceziana Silveira Martins por toda dedicação e luta na minha formação. Ao meu afilhado Robson Júnior, ao meu irmão Diogo Martins e os meus queridos tios, Isabel Cristina e Valentim Martins, e que juntamente com os meus pais estavam sempre apoiando e torcendo por mim, durante toda essa trajetória.**

## AGRADECIMENTOS

À Deus por ter permitido que tudo isso acontecesse, pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada. Grande e eterno orientador de todas as minhas conquistas.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso, que orientou este trabalho, refinando as ideias e apontando os atalhos do caminho a ser seguido, e, diga-se, nunca desacompanhada de sua humildade para com as orientações, que conquistou meu profundo respeito, tornando uma importantíssima referência profissional e humana.

A banca examinadora, Prof. Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima e Prof. Dra. Nilcimelly Rodrigues Donato pela disponibilidade na avaliação deste trabalho.

A todos os *professores* por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

Aos meus colegas Alan Ramos, Arthur Bezerra, Claudiana Nunes, Lais Martins, Jéssika Ventura e Viviany Chaves, que foram fundamentais na realização desta pesquisa/análise.

À todas as gestantes que dispuseram do seu tempo, para contribuir com a pesquisa.

À todos os funcionários da Secretária de Saúde do Município de Cuité e das Unidades Básicas de Saúde por terem abertos as portas para que pudéssemos realizar esta pesquisa.

A minha família, por sempre me darem forças para continuar a chegar até aqui.

Ao meu Avô Valdemar Teodoro e a minha bisavó Mãe Neguinha, que tanto acreditaram nesse sonho (in memoriam).

A Phillip Pimenta por todo companheirismo, paciência, apoio e sua capacidade de me trazer paz na correria do dia-a-dia.

As minhas amigas de Uiraúna, Cristiana Paula e Marizete Fernandes mesmo longe, sempre torceram por mim nessa jornada.

Ao meu eterno grupinho amigos/irmãos Claudiana Nunes, Erick Bernard Jonathan Figueiredo , Rita de cássia, Izabella Cristina e Iohrana Braz por todo companheiro, apoio e compreensão.

Ao meus amigos de Cuité Anselmo Lopes, Fabiana Dias, Dulce Alves, Ingrid Virginia, Myldrad Soares e Yara Dantas, que foram muito importantes na minha trajetória, tornaram-se famílias, nos momentos mais difíceis foram a vocês que me recorri.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Nutrição e Saúde Coletiva – Núcleo PENSO, sou grata por compartilharem seus conhecimentos, mas, principalmente, pela amizade e sorrisos que alegraram o meu dia a dia.

Por fim, agradeço a Universidade Federal de Campina Grande e a todos os funcionários do Centro de Educação e Saúde por ter aberto as portas para que eu conseguisse realizar meu sonho.

**Que os vossos esforços  
desafiem as impossibilidades,  
lembrai-vos de que as grandes  
coisas do homem foram  
conquistadas do que parecia  
impossível.**

**Charles Chapin**

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição do número de gestantes participantes do estudo por Unidade de Saúde da Família, Cuité, 2013.....	29
Tabela 2.	Renda familiar das Gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013. ....	30
Tabela 3.	Escolaridade das Gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013. ....	30
Tabela 4.	Distribuição do número de consultas de acordo com o período gestacional das Gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013. ....	32
Tabela 5.	Estado Nutricional Pré-Gestacional das gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013. ....	33
Tabela 6.	Estado Nutricional Gestacional das gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013. ....	35

## LISTA DE FIGURA

- Figura 1. Relação do Estado Nutricional Gestacional e da Escolaridade das Gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013. .... 36

## RESUMO

MARTINS, A. C. S. **Estado Nutricional, Fatores Obstétricos E Socioeconômicos De Gestantes Acompanhadas Por Unidades De Saúde Da Família Em Um Município De Pequeno Porte.** 2015. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2013.

O período gestacional é composto por 40 semanas, sendo este caracterizado como um fenômeno fisiológico, onde sua evolução, na maioria dos casos, acontece sem nenhuma intercorrência. Nesse estudo procurou-se avaliar o estado nutricional, os fatores obstétricos e socioeconômicos de gestantes acompanhadas por unidades de saúde da família em um município de pequeno porte. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal com 45 gestantes. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados questionários estruturados, o qual avaliou as gestantes acompanhadas pelas 5 Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, e que estavam cadastradas até o mês de agosto de 2013. Para a realização da Avaliação Nutricional das gestantes, utilizou-se a balança e o estadiômetro da própria USF. A análise estatística foi realizada no programa estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 13.0, a partir do qual foram construídas tabelas e quadros para análise dos resultados. Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas para Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob o número CAAE – 17112613.1.0000.5182. Os resultados comprovaram que as gestantes em sua maioria apresentaram idade entre 20 e 37 anos, 59,1% afirmaram ser casadas/união estável, 88,9 % moram em casa com alvenaria acabada, 88,9% possuíam renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos e 53,3% possuíam o ensino médio. Em relação ao número de consultas por semana gestacional, 2 gestantes que se encontravam no 3º trimestre só havia realizado 2 consultas ao longo de todo o período pré-natal. A prevalência encontrada tanto no Estado Nutricional Pré-Gestacional como do Estado Nutricional Gestacional foi de eutrofia, com 59,1% e 45,9%, respectivamente. Ao relacionar o estado nutricional com a escolaridade das gestantes não foi encontrada relação estatística significativa. Nesse caso, os dados nutricionais, obstétricos e socioeconômicos foram pertinentes porque possibilitou o desenho do cenário das gestantes assistidas nas 5 UBS deste município e o aporte para futuros planejamentos das políticas públicas voltadas aos determinantes, na promoção da saúde e uma melhor qualidade de vida a mulher em período pré-gestacional e gestacional desse

município. Considera-se imperativo, portanto, que os nutricionistas e os governantes locais sejam conhecedores dos resultados comprovados nessa pesquisa, a fim de planejar medidas preventivas com ênfase em hábitos saudáveis de alimentação com vistas a reduzir os riscos para o estado nutricional e morbimortalidade materno-fetal.

**Palavras-chaves:** Gravidez. Estado nutricional. Fatores obstétricos. Fatores socioeconômicos.

## **ABSTRACT**

**MARTINS, A. C S Nutritional status, obstetric and social-economic factors of the pregnant women assisted by family health units.** 2015. 49f. Term Paper (Degree in Nutrition)

The gestational period consists of 40 weeks and it is characterized as a physiological phenomenon, which his evolution in most cases, happens without any interference. This work sought to assess nutritional status, obstetric and social-economic factors, of the pregnant women assisted by Family Health Units (FHU) in a small town. It is an epidemiological cross-sectional study with 45 pregnant women and as data collection instruments were used structured questionnaires which assessed the pregnant women assisted by Family Health Units from Urban Zone of the municipality of Cuité-PB and were registered until the month of August 3013. To perform the Nutritional Evaluation of pregnant women, we used the scale and audiometer's own of the FHU. Statistical analysis was performed using in the Statistical Package for the Social Science (SPSS) program, version 13.0, from which tables and chats to analyse the results have been built. After the approval of the Ethics Committee and the Research in Humans Beings of the Alcides Carneiros' Hospital under number CAAE – 17112613.1.0000.5182. The results show that pregnant women have mostly aged between 2and 37 years, 59,1% reported being married/stable relationship 88,9% live in house of masonry and 88,9 had a family income between 1 and 2 minimum salaries. Accord to the education, 53,3% of the evaluated pregnant women have high school. Regarding the number of appointments by gestational week two pregnant women were on the 3rd trimester had only held two appointments throughout the prenatal care. The prevalence in both the Nutritional Status Pre-Gestational as the Nutritional Status Gestational was eutrophic with 59,1 and 45,9 respectively. By linking nutritional status with the pregnant women's education there was not significant statistical relationship. In this case, nutritional, obstetric and social-economic data were relevant because it enabled the design of the scenario of the pregnant women assisted in the 5 UBS of this municipality and the contribution to the future planning of public policies aimed at determining in health promotion, and better quality of life to the woman in gestational and pre-gestational period that

municipality. It is considered imperative, therefore, that nutritionists and local governments be knowledgeable of the results of this research, in order to plan preventive measures with an emphasis on healthy eating habits in order to reduce the risks to the nutritional status and maternal-fetal morbidity, Keywords.

**Palavras-chaves:** Pregnancy. Nutritional Status. Obstetric Factors. Social-Economic Factors.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivo específico.....	18
<b>3</b>	<b>REFERÊNCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
3.1	Gestação.....	19
3.2	Fatores socioeconômicos e sua relação com a gestante.....	20
3.3	A importância do estado nutricional adequado para a gestante.....	21
3.4	Pré-natal na atenção básica no cuidado da saúde.....	24
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
4.1	Tipo de estudo.....	26
4.2	Crerios de inclusão e exclusão das gestantes na pesquisa.....	26
4.3	Coleta de dados.....	26
4.4	Análises de dados.....	27
4.5	Aspectos éticos.....	28
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
	Referências.....	40
	Apêndices.....	46

## 1 INTRODUÇÃO

O período gestacional é composto, em média, por 40 semanas, sendo caracterizado como um fenômeno fisiológico, onde sua evolução, na maioria dos casos, acontece sem nenhuma intercorrência. É um processo natural que requer a atenção da gestante como também da equipe multidisciplinar que a assiste em sua totalidade e individualidade, para lhe proporcionar durante esse período uma experiência de vida saudável mediante as mudanças que acontecerão em seu corpo, como também, pelas alterações fisiológicas, metabólicas e nutricionais (VITOLLO, 2008; BRASIL, 2012).

Este é um período que deve ser valorizado pelos profissionais para torná-lo mais efetivo, harmonioso e, conseqüentemente, organizado para atender as reais necessidades das gestantes. Ressalta-se ainda que, para garantir essa fase da vida é importante que seja vivenciada pela gestante de forma plena e saudável para que a mesma realize as consultas periódicas no pré-natal (BOSCO, 2010).

A atenção pré-natal busca acolher a mulher desde o início da gravidez, proporcionando um período gestacional com maior qualidade e aumentando as possibilidades do nascimento de uma criança saudável, conduzindo a um bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

É necessário entender que nesse período acontecem diversas ações que são desempenhadas durante a consulta de pré-natal, com destaque para a importância da avaliação do estado nutricional da gestante, a qual é avaliada de acordo com a Idade Gestacional. É relevante perceber que o ganho de peso durante o primeiro trimestre está relacionado com a manutenção do peso corporal da mulher, já no que diz respeito ao segundo e terceiro trimestres, está mais relacionado com o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional. O ganho de peso gestacional é um fator de extrema importância para ser observado durante o acompanhamento pré-natal, pois exerce forte relação com complicações no parto e retenção de peso no puerpério, o que poderá repercutir no peso do bebê ao nascer (BOSCO, 2010).

A alimentação deve ser saudável neste período tendo em vista a importância do consumo de nutrientes adequados para a formação do feto. As recomendações quanto aos cuidados com a alimentação vêm sendo discutidas e demonstradas na literatura e apresentada pelo Ministério da Saúde em seus manuais de pré-natal, construídos mediante reflexões e estudos na área (BRASIL, 2009; OLIVEIRA, 2001).

Tais discussões e reflexões serviram para aprimorar a consulta obstétrica, a qual inclui informações de peso, idade gestacional (IG), data provável do parto (DPP), altura uterina, ausculta cardíofetal ou batimentos cardíofetal (BCF) e o Índice de Massa Corpórea (IMC) que são informações importantes para detectar a presença de fatores de risco nesta fase (BRASIL, 2006).

Além dos fatores biológicos que interferem na gravidez é preciso considerar os fatores socioeconômicos e sócio demográficos, tendo em vista que estes exercem influência importante sobre o estado geral da gestação. Fatores como escolaridade, área de moradia, tipo de ocupação, renda e acesso a serviços de saúde devem ser observados para um melhor acompanhamento da mulher gestante (CHALEM et al., 2007; ACCIOLY, 2009).

Percebe-se que o pré-natal oportuniza a equipe de saúde coletar dados pertinentes que ajudarão a detectar os fatores intrínsecos e extrínsecos que podem afetar a saúde gestacional e revelar se o bebê está ou não se desenvolvendo dentro do padrão de normalidade, por causa das dimensões sociais e obstétricas que influenciam na gestação (SALGE et al., 2009).

A minha aproximação com a temática ocorreu inicialmente por uma experiência vivida numa pesquisa, na qual foram acompanhadas gestantes das cinco unidades de saúde da família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB. Um outro momento de aproximação e decisivo para a escolha do tema em estudo, foi ao longo do curso de bacharelado em Nutrição, durante a disciplina Saúde Coletiva e Ciclo de Vida, pela afinidade com os conteúdos relacionados, bem como a oportunidade no estágio de Saúde Coletiva de realizar assistência à gestantes. Essa experiência me fez perceber o importante papel do profissional nutricionista no contexto do cuidado a mulheres no período pré-gestacional e gestacional.

Além da minha aproximação com o tema, a decisão para investigação da temática, justifica-se pelo interesse em entender a distribuição do número de gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, a sua renda familiar, a distribuição do número de consultas de acordo com o período gestacional e o estado nutricional pré-gestacional e gestacional das mesmas. Objetivando a construção de um território, uma comunidade e uma maternidade mais saudável, onde a ética, a solidariedade, a justiça social e o respeito sejam valores realmente compartilhados entre as gestantes e a equipe multidisciplinar em saúde. Destaca-se ainda que, no Brasil, são

escassos os estudos sobre os determinantes reprodutivos e socioeconômicos e do estado nutricional durante a gravidez.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar o estado nutricional, os fatores obstétricos e socioeconômicos de gestantes acompanhadas por unidades de saúde da família em um município de pequeno porte.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Avaliar o estado nutricional pré-gestacional e gestacional segundo parâmetros antropométricos;
- Verificar a associação de fatores socioeconômicos e obstétricos sob o estado nutricional das gestantes;
- Identificar o número de consultas de pré-natal por período gestacional.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Gestação

A gravidez é um fenômeno fisiológico que ocasiona uma série de transformações no organismo da mãe. Um bom acompanhamento gestacional favorece o crescimento e o desenvolvimento do feto, mas também garante uma boa saúde à mãe, para que esta seja capaz de assegurar o ideal desenvolvimento do conceito até o fim da gestação (CANÇADO; PEREIRA; FERNANDES, 2009). Silva (2010), afirma que “a gestação é um processo fisiológico e natural, contudo a mulher apresenta uma série de modificações físicas e psicológicas”. Para Mendes (2014) a gestação é um período de grandes modificações emocionais e físicas durante o qual os sistemas do corpo são preparados para desempenhar o papel de sustentação e, eventualmente expelir o feto. A gestação é para durar 280 dias (aproximadamente 40 semanas) desde o primeiro dia do último período menstrual até a data do parto.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que gera, realmente, um maior estado de confiança na mulher. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, notadamente, no caso de gestantes adolescentes que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez.

Nesse sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher como um todo, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa (BRASIL, 2006).

Muitos dos sintomas físicos mascaram problemáticas subjacentes. Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante encorajar a mulher a falar de si. Essa abordagem é chamada de “entrevista centrada na pessoa”. Saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, pois essa habilidade pode ser crucial para a elaboração de um diagnóstico correto (BRASIL, 2006).

### **3.2 Fatores socioeconômicos e sua relação com a gestação**

Com base nos fatores socioeconômicos relacionados com o período gestacional, Dias e Teixeira (2010) apontaram o contexto econômico, histórico, político e cultural como importantes para analisarem a situação de gestação em todas as idades, especialmente, a gestação na adolescência que pode ser vista como um problema de saúde pública ou não, dependendo desses fatores.

Conforme Nascimento (2003) o baixo nível socioeconômico e o tempo de estudo estiveram associados ao risco de Baixo Peso ao Nascer (BPN), estando associado ao estado nutricional e a outros fatores determinantes da velocidade de crescimento intrauterino. O estudo aponta que esta relação pode se dá pelo menor interesse ou maior dificuldade de acesso a serviços de saúde.

É importante levar em consideração o fato de que mães com menor escolaridade, na maioria das vezes têm mais que três filhos quando comparadas com aquelas com maior escolaridade, tal fato pode estar associado a um menor intervalo interpartal, que pode estar predispondo estas crianças a riscos. Um intervalo menor que dois anos é extremamente prejudicial ao organismo materno e, conseqüentemente ao feto, por dificultar o restabelecimento das reservas nutricionais e impedir a recuperação das condições orgânicas alteradas pela gestação (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Convém ressaltar também que a renda é outro aspecto que tem sido frequentemente associada com a saúde, tanto no nível individual quanto no coletivo. Lima e Sampaio (2004) em um estudo descritivo sobre a influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido realizado em uma maternidade de Teresina (PI), durante o período de janeiro a maio de 2003, numa amostra de 277 gestantes em trabalho de parto e seus recém-nascidos, associando a renda familiar ao baixo peso, observaram que, mães com renda abaixo de um salário mínimo per capita tinham um maior percentual de crianças com peso menor que 3.000g.

Conforme a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), dos nascimentos ocorridos entre 2004 a 2009, 45,8% não foram planejados para aquele momento, havendo maiores dificuldades em planejar a fecundidade entre mulheres com menor escolaridade, negras e residentes em regiões menos favorecidas do

País. Assim, a realização das intenções reprodutivas se deu de modo diferente entre as mulheres, tendo em vista que sofrem influência das condições socioeconômicas (BRASIL, 2009).

Nesta mesma pesquisa, verificaram uma prevalência de 66,5% de gravidez referida como não planejada, ressaltaram que o estudo foi desenvolvido em área cuja população apresenta grande vulnerabilidade social e econômica, diferentemente dos dados da PNDS que abrange mulheres de todos os estratos sociais. As mulheres grávidas participantes desta pesquisa eram relativamente jovens, predominantemente negras, de baixa renda e de baixa escolaridade (BRASIL, 2009).

O MS considerou que os fatores socioeconômicos que envolvem idade, baixa escolaridade e baixa renda não impede a gestante ser tratada na unidade básica de saúde (UBS). Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência (BRASIL, 2006).

### **3.3 A importância do estado nutricional adequado para a gestante**

O estado nutricional adequado durante a gestação é consequência da qualidade da alimentação da gestante associada a fatores sociais, culturais e econômicos. Além de prevenir as carências nutricionais, as boas práticas alimentares propiciam todos os nutrientes necessários para a perfeita evolução da gestação e do bebê, e assegura as reservas biológicas necessárias ao parto, ao pós-parto e à lactação (SOUTER et. al., 2011; ACCIOLY, 2009).

O período pré-gestacional precisa ser enfatizado na saúde materna, e não apenas o período gestacional. Em 2009, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) divulgou que a prevalência de anemia entre as mulheres em idade reprodutiva dos 15 a 49 anos, não grávidas foi de 29,4%, consideraram valores de Hemoglobina/Hb abaixo de 12 g/dL. Nas macrorregiões, a maior prevalência encontrada foi na Região Nordeste, 39,1%, seguida pela Região Sudeste, com 28,5%. Dentre as gestantes, dados recentes do MS revelaram que até metade das gestantes brasileiras é anêmica, o que indica uma prevalência grave da doença (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal é essencial no acompanhamento da gestante e tem um papel fundamental no resultado obstétrico. Nesse contexto encontra-se inserida a assistência nutricional pré-natal, que é uma importante aliada no combate à alimentação inadequada, pois incentiva a adoção de hábitos alimentares saudáveis com vistas a melhorar o consumo de nutrientes essenciais à gestação, como o ferro, atuando de forma preventiva e terapêutica contra a anemia. Santos et al. (2013) comentaram nesse mesmo estudo que o risco de agravos à saúde da mãe e do seu filho é minimizado quando as gestantes têm acesso à informação e aos serviços de saúde.

No período gestacional é pertinente se iniciar a avaliação nutricional pelas medidas antropométricas, estas são recomendadas e empregadas para o acompanhamento nutricional de gestantes, devido à sua importância reconhecida na prevenção da morbimortalidade perinatal, prognóstico do desenvolvimento fetal e na promoção a saúde da mulher gestante. Este método apresenta características como fácil aplicabilidade, baixo custo e caráter pouco invasivo o que reforça a importância da antropometria na avaliação do estado nutricional de gestantes se destacando entre os diversos métodos de avaliação do estado nutricional realizado no pré-natal (PADILHA et al., 2007; NOCHIERI et al., 2008). A antropometria se baseia na medição das variações físicas e da composição corporal global, sendo aplicável em todas as fases do ciclo, o que possibilita que sejam detectados os distúrbios do estado nutricional como desnutrição, sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2004).

Vale salientar que, mesmo sendo implementadas medidas preventivas para minimizar os distúrbios nutricionais no período gestacional, a desnutrição materna gestacional ainda contribui com o índice elevado de morte infantil (UNICEF, 2014). A desnutrição vem de uma macroestrutura que envolve o papel da pobreza, privação, comportamentos alimentares errôneos e fatores socioeconômicos correlacionados (MONTEIRO et al., 2009).

Em contrapartida, é importante ressaltar que gestantes com sobrepeso ou obesidade apresentam riscos de 2 a 6 vezes maior de apresentar diabetes e hipertensão durante a gravidez, com sérias consequências para o feto, pois os níveis aumentados de glicose estimulam a produção de insulina pelo feto, o que resulta num aumento da lipogênese fetal e num depósito excessivo de gordura, resultando em um bebê obeso, considerado de risco. Outro ponto de perigo da obesidade materna é sua aparente associação ao nascimento de criança com

defeito no tubo neural, isso independe da condição materna do ácido fólico (VITOLLO, 2003).

O ganho de peso gestacional excessivo não é benéfico ao recém-nascido, pois às vezes esse excedente serve apenas para deteriorar o estado nutricional materno e, não necessariamente, é canalizado para o feto (ROCHA et al., 2005).

A obesidade caracteriza-se por distúrbio metabólico que conduz ao aumento de peso a valores acima da média para a altura, tendo como manifestação final o excesso do tecido adiposo (ANDRETO et al., 2006).

Esta patologia é um fator de risco para doenças crônicas e degenerativas. A prevalência de mulheres obesas tem crescido rapidamente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, inclusive durante a gestação, sendo considerado como um problema de saúde pública no Brasil (SANTOS; FERREIRA; NAVARRO, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) e o *Institute of Medicine* (IOM-EUA) recomendaram ganhos de peso gestacional diferenciado de acordo com o estado nutricional pré-gestacional, e mesmo a obesidade e o sobrepeso influenciando negativamente o estado geral da gravidez, estas recomendações orientam as mulheres que apresentam baixo peso a ter um ganho ponderal de 12,5 a 18,0 kg; gestantes de peso adequado de 11,5 a 16,0 kg; mulheres com sobrepeso de 7,0 a 11,0 kg; e gestantes obesas < 7,0 kg.

Em contrapartida, um estudo realizado por Carvalho e Figueiredo (2007) recomenda que o aumento total de peso durante a gestação deve ser entre 9 à 12 kg, e que um aumento de peso inferior à 7,5 kg, numa gestação a termo pode significar atraso do crescimento uterino, e um excessivo aumento em relação ao peso inicial, pode indicar desequilíbrio alimentar. Essas mesmas autoras relataram que um rápido aumento de peso de 1,5 kg numa semana, provavelmente indica retenção excessiva de líquidos, que deverá alertar para a possibilidade de se desenvolver um quadro de pré-eclâmpsia.

Graça (2010) demonstrou que durante vários anos, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* e outros grupos profissionais, recomendaram que o aumento ponderal durante a gestação devesse ser de 10 a 12 kg. Mas consta no Caderno de Atenção Integral à Saúde da Mulher/AISM, que se o valor do IMC for menor que 19 ou maior que 34 a gestante deve ser encaminhada para consulta médica. Estes são parâmetros oficiais que respalda o período pré-gestacional.

### 3.4 Pré-natal na atenção básica no cuidado da saúde

Pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Nesse período as mulheres devem ser acompanhadas a partir da gestação, de forma que lhes seja possível entre outras coisas realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas (XIMENES et al., 2008).

No pré-natal através dos procedimentos clínicos e educativos, toda a evolução da gestação é acompanhada, na qual promove a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Costa et al. (2009) definiu o pré-natal como um conjunto de fatores e ações que interagem, e o principal deles seria a humanização, ou seja, o respeito pela mulher.

Contudo, Carvalho e Figueiredo (2007), afirmaram que a vigilância pré-natal no atual contexto de cuidado de saúde primária, constitui uma preocupação fundamental para a melhoria do nível de cuidados prestados durante a gestação e puerpério, tendo como objetivo principal conseguir que cada gestação finalize com uma mãe e um filho saudável.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a atenção às gestantes deve se dar no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil, adotando-se medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e assistência neonatal.

Para atender esses requisitos a consulta obstétrica deve conter: o número de gestações; número de partos; número de abortamentos; número de filhos vivos; idade na primeira gestação; intervalo entre as gestações; grupo sanguíneo/Rh; número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g; mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos); mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos); natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu); recém-nascidos com icterícia,

transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo transfusões; intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar); complicações nos puerpérios (descrever) e história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame) e com relação gestação atual deve-se investigar a data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação (DUM); peso prévio e altura; sinais e sintomas na gestação em curso; hábitos alimentares; medicamentos usados na gestação; internação durante essa gestação; hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas; ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse); aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente e identificar gestantes com fraca rede de suporte social (BRASIL, 2009).

Desde o século passado o Brasil vem apresentando importantes avanços na Saúde Materno-Infantil a começar pela diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil. Mas, embora os óbitos referentes à fase neonatal venham mantendo coeficientes estáveis, percentualmente, em algumas regiões do país, apresentaram nítida tendência a aumento. Os fatores condicionantes do risco neonatal foi o baixo peso de nascimento (<2.500g) e o peso insuficiente ao nascer (2500 a 3000g) (LIMA; SAMPAIO, 2004). Destaca-se que a incidência mundial de baixo peso ao nascer se manteve em 15% de 2008 a 2012, apesar dos avanços do cuidado no pré-natal, segundo o Fundo das Nações Unidas (UNICEF, 2014).

Dentre vários fatores investigados na consulta obstétrica destacou-se a importância da idade materna na primeira gestação porque a imaturidade biológica também é um problema que precisa ser focado durante a educação em saúde das adolescentes, todavia, a jovem que resolve ser mãe antes da idade indicada muitas vezes desconhece que a imaturidade afeta seus sistemas e pode provocar o retardo de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer ou parto prematuro, estas são complicações provenientes da desproporção cefalopélvica impedindo a mulher trazer o filho à luz (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005).

Após registrar todas as informações pertinentes nessa consulta o profissional da saúde pode avaliar a influência de fatores obstétricos e socioeconômicos que altera o peso gestacional recomendado pelo MS. O peso sofrerá variação e oscilará entre 6 e 16 kg ao fim da gestação, o ganho máximo se dá entre a 12<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semana de gestação e o aumento semanal deve ser de 400 g no 2<sup>o</sup> e 300g no 3<sup>o</sup> trimestre (BRASIL, 2006).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, que faz parte de uma pesquisa de maior abrangência intitulada “*Estado Nutricional, anemia e prevalência de parasitoses intestinais em gestantes da cidade de Cuité – Paraíba*”, o qual avaliou as gestantes acompanhadas pelas cinco Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité, e que estavam cadastradas até o mês de agosto de 2013. Entende-se por estudo epidemiológico como um processo contínuo de acúmulo de conhecimentos, que tem por objetivo prover um acervo de evidências indiretas, cada vez mais consistentes. Já por estudo epidemiológico do tipo transversal, entende-se como um tipo de estudo que examina as pessoas em um determinado momento. Em que envolve um grupo de pessoas expostas e não expostas a determinados fatores de risco. No entanto, num estudo transversal a ideia central, é que a prevalência da doença deverá ser maior entre os expostos do que entre os não expostos (MENEZES, 2001).

### **4.2 Critérios de exclusão e inclusão das gestantes na pesquisa**

A pesquisa considerou como critérios de exclusão o fato da gestante possuir alguma doença hematológica, não possuir saúde mental preservada e/ou apresentar gestação gemelar.

Foram incluídas no estudo as gestantes que foram cadastradas até o mês de agosto de 2013 nas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB.

### **4.3 Coleta de dados**

Para a realização da coleta de dados estiveram envolvidos cinco acadêmicos dos Cursos de Nutrição e Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) campus Cuité/PB e todos participaram de um treinamento para aplicação dos questionários, assim como para aferição das medidas antropométricas.

Inicialmente as cinco Unidades de Saúde Família da zona urbana do Município de Cuité/PB foram visitadas pela equipe da pesquisa e foi solicitada a lista de gestantes que estavam cadastradas até o mês de agosto de 2013 para cada unidade.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a aplicação de um questionário estruturado (Apêndice A) contendo perguntas abertas e fechadas, as quais abrangiam diversos aspectos relacionados a gestação e que não serão todas analisadas para este estudo. A aplicação dos questionários foi realizada no próprio espaço físico da Estratégia de Saúde da Família, entre os meses de agosto e novembro de 2013. Optou-se realizar a pesquisa no dia reservado para a realização das consultas de pré-natal para facilitar a coleta. As gestantes eram abordadas e convidadas a participarem do estudo, no qual os discentes explicavam qual eram os objetivos da pesquisa e que elas não eram obrigadas a participarem, mas, caso aceitassem, teriam que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); para as gestantes maiores de idade (Apêndice B), e para as gestantes menores de idade; era necessário algum responsável legal assinar o TCLE (Apêndice C).

Para a realização da Avaliação Nutricional das gestantes, utilizou-se a balança e o estadiômetro da própria Unidade de Saúde da Família para aferição de peso e altura, respectivamente.

#### **4.4 Análise de dados**

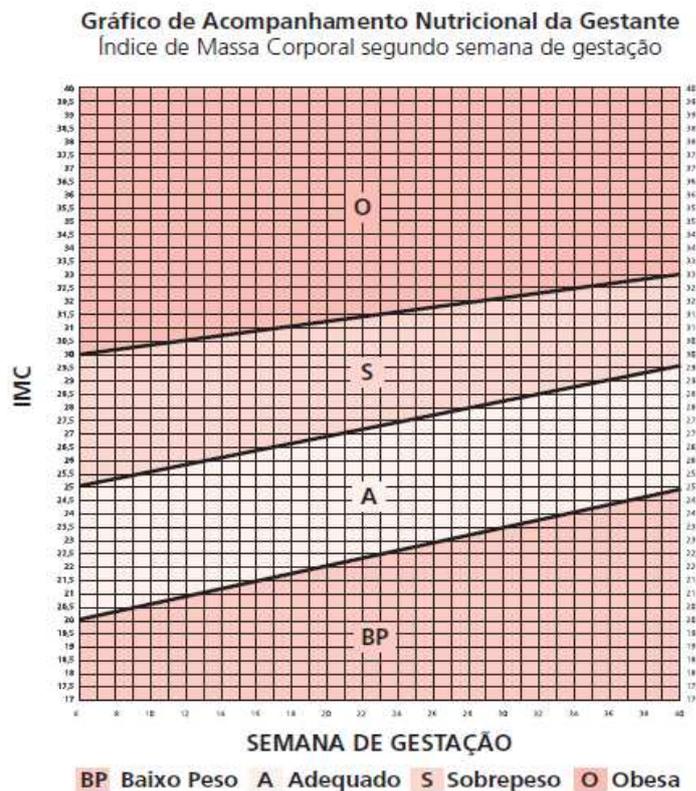
A presente pesquisa analisou os dados coletados no âmbito do estudo “Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité – Paraíba” que se refiram ao Estado Nutricional, as Condições Socioeconômicas e Obstétricas.

Todos os dados foram armazenados inicialmente no programa Microsoft Access, e posteriormente a análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 13.0, a partir da qual foram construídas tabelas e quadros para análise dos resultados.

Para construção de variáveis independentes foram adotadas informações sobre condições obstétricas, socioeconômicas e do Estado Nutricional das mães.

Para classificar o estado nutricional pré gestacional foi utilizada a

classificação do estado nutricional do Ministério da Saúde sobre baixo peso (IMC  $<18,5\text{kg/m}^2$ ), sobrepeso (IMC no intervalo de  $25,0 - 29,9\text{kg/m}^2$ ) e/ou obesidade (IMC  $\geq 30\text{kg/m}^2$ ) (BRASIL, 2012). Logo, para classificar o Estado nutricional das gestantes foi utilizada a Curva de IMC por semana gestacional, da OMS e adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).



Fonte: (Brasil, 2011)

#### 4.5 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisas para Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob número CAAE – 17112613.1.0000.5182. Seguindo as normas da resolução 466/CNS, diretriz esta que ressaltam a necessidade de revisão ética e científica das pesquisas envolvendo seres humanos, visando salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem estar do sujeito da pesquisa (BRASIL, 2013).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período da pesquisa, 66 gestantes eram acompanhadas pelas 5 (cinco) Unidades de Saúde da Família da zona urbana da Cidade de Cuité/PB, 45 destas aceitaram participar e se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa, representando 68,18% da população de gestantes do município no momento da pesquisa.

A distribuição das gestantes que participaram da pesquisa foi proporcional por Unidade Saúde da Família da zona urbana de Cuité, conforme tabela 1.

Tabela 1. Distribuição do número de gestantes participantes do estudo por Unidade de Saúde da Família, Cuité, 2013.

<b>Unidades de Saúde da Família do Município de Cuité</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
USF Raimunda Domingos de Moura	7	15,6
USF Luiza Dantas de Medeiros	10	22,2
USF Abílio Chacon Filho	8	17,8
USF Diomedes Lucas Carvalho	10	22,2
USF Ezequias Venâncio da Fonseca	10	22,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**Fonte:** própria

A média de idade das participantes foi de 24 anos, com 80% das gestantes com uma faixa etária entre 20 e 37 anos. Essa faixa etária, do ponto de vista reprodutivo é considerada ótima, pois o menor risco perinatal é observado quando a idade materna está compreendida entre 20 a 30 anos (ACCIOLY, 2009). Nessa mesma ótica, pesquisas revelaram que no Brasil, as mulheres com 35 anos representaram 7,6% das mães de nascidos vivos, em 1994; esse percentual passou para 8,6%, em 2000 e 10,1% em 2009 (BRASIL, 2011).

Quanto ao estado civil 59,1% das gestantes referiram serem casadas/união estável. Corroborando com os achados de um estudo realizado por Lima e Sampaio

(2004), no qual eles demonstram também que a maioria das gestantes (88,8%) possuía companheiro ou em união oficializada.

Dentre as 45 gestantes observou-se que 88,9 % moravam em domicílios com alvenaria acabada e 88,9% possuíam renda familiar entre um e dois salários mínimos, sendo classificadas como sendo baixa renda (Tabela 2).

Tabela 2. Renda familiar das Gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013.

Renda Familiar	N	%
<b>Baixa Renda *</b>	40	88,9
<b>Média Renda **</b>	2	4,4
<b>Alta Renda***</b>	3	6,7
<b>Total das Gestantes</b>	45	100

Fonte: Própria

Considerou-se \*Baixa renda (1 a 2 salários mínimos), \*\*Média renda (3 a 4 salários mínimos) e \*\*\*Alta renda (5 ou mais salários mínimos).

Com relação à escolaridade, 53,3% das gestantes avaliadas possuíam o ensino médio, ou seja, um pouco mais da metade da amostra está classificada como sendo de Média Escolaridade conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Escolaridade das Gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013.

<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Baixa Escolaridade*	13	28,9
Média Escolaridade**	24	53,3
Alta Escolaridade****	8	17,8
<b>Total</b>	45	100

Fonte: própria

\*Considerou-se \*Baixa Escolaridade (nenhuma, alfabetizada e fundamental), \*\*Média Escolaridade (Ensino médio) e \*\*\*Alta Escolaridade (Ensino Superior).

Pesquisas comprovaram relações entre gestação e o baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconômico (MENDES, 2010; ANDRETO et al, 2006). Foi encontrado que, gestantes com baixo poder aquisitivo teriam também menos acesso aos alimentos em termos quantitativos, apesar de consumiriam alimentos mais calóricos, por serem mais baratos (ANDRETO et al, 2006).

Em contrapartida, a maior escolaridade está relacionada com a participação da mulher no mercado de trabalho e outros espaços públicos, com o desenvolvimento nas responsabilidades no sustento da família, seja complementando ou sendo a principal provedora, o que é considerado como fator que influencia no adiamento da maternidade (PARADA; TONETE, 2009).

Foi possível observar que em relação ao número de partos, 48,9% (n=22) das gestantes eram primigestas, ou seja, quase metade das mulheres estudadas estava em sua primeira gestação. Encontrou-se também que 37,8% (n=17), 4,4 % (n =2) e 8,9 % (n=4) tiveram 1, 2 e 3 partos, respectivamente.

Destaca-se que neste estudo, participaram gestantes em diferentes estágios gestacionais, para esta classificação utilizou-se como sendo 1°. Trimestre, aquelas que se encontravam entre 1<sup>a</sup> a 13<sup>a</sup> semanas de gestação, 2°. Trimestre entre 14<sup>a</sup> e 26<sup>a</sup> semanas e 3°. Trimestre, aquelas com mais de 27<sup>a</sup> semanas até ao fim da gestação (LOWDERMILK; PERRY, 2008). Para esta classificação houve uma perda de 12 mulheres devido ao fato dos seus respectivos questionários encontrarem-se sem resposta para esta questão. Portanto, o número de participantes com informação de período gestacional foi de 33, onde 9 gestantes estavam no primeiro trimestre, 7 no segundo e 17 no terceiro trimestre.

Em relação ao número de consultas por semana gestacional pode ser observado na Tabela 4, que das 9, 7 e 17 gestantes que se encontravam no 1° trimestre, 2° trimestre e 3° trimestre, a maioria delas, realizaram 1, 2 e 4 consultas pré-natal, respectivamente. Destaca-se que 2 gestantes que se encontravam do 3° trimestre só haviam realizado 2 consultas ao longo de todo o período pré-natal.

Tabela 4. Distribuição do número de consultas de acordo com o período gestacional das Gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013.

Número de Consultas	1° TRIMESTRE		2° TRIMESTRE		3° TRIMESTRE	
	N	%	N	%	N	%
1 Consulta	5	55,6	0	0	0	0
2 Consultas	3	33,3	3	42,9	2	11,8
3 Consultas	1	11,1	2	28,6	1	5,9
4 Consultas	0	0	2	28,6	3	17,6
5 Consultas	0	0	0	0	3	17,6
6 Consultas	0	0	0	0	5	29,4
7 Consultas	0	0	0	0	2	11,8
8 Consultas	0	0	0	0	1	5,9
<b>Total</b>	9	100	7	100	17	100

Fonte: própria

No entanto, recomenda-se que as consultas de pré-natal sejam realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Sendo necessário iniciar precocemente (no primeiro trimestre) e regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos (BRASIL, 2012).

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas mensalmente até a 28<sup>a</sup> semana, quinzenalmente, da 28<sup>a</sup> até a 36<sup>a</sup> semana e semanalmente, da 36<sup>a</sup> até a 41<sup>a</sup> semana (BRASIL, 2012).

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto (BRASIL, 2012).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (2011) vêm ocorrendo um aumento no número de consultas pré-natal por mulher que realizaram o parto no

SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005 (BRASIL, 2011). Quanto à perda dos 12 questionários não respondidos devidamente, estes entram para os dados subnotificados e o motivo pelo qual não responderam ao questionário não foi revelado.

Os indicadores do SISPRENATAL (2002) demonstram que somente 9,43% das gestantes brasileiras realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta puerperal. A atenção ao parto e nascimento ainda é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e pela prática abusiva da cesariana (BRASIL, 2011).

Segundo Cunha et al. (2009), no mundo, a cada ano, ocorrem 120 milhões de gravidez, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações, durante a gravidez ou parto, e mais de 50 milhões sofrem de enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas à gravidez, fato que pode ser minimizado caso a gestante realize o número recomendado de consultas de pré-natal.

Em relação ao Estado Nutricional pré-gestacional das mulheres participantes deste estudo, foi observado que 59,1% (n= 26) das mulheres encontravam-se em eutrofia e 20,5% (n=9) em sobrepeso conforme visto na Tabela 5.

Tabela 5. Estado Nutricional Pré-Gestacional das gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013.

<b>Estado Nutricional Pré-Gestacional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Eutrófico	26	59,1
Sobrepeso	9	20,5
Obesidade	3	6,8
Baixo Peso	6	13,6
<b>Total*</b>	<b>44*</b>	<b>100</b>

**Fonte:** própria

\*Para esta informação um dos questionários encontrava-se em branco e por isso o número de gestantes para esta variável é de 44 gestantes.

Padilha et al., (2007) demonstrou que 68,2 % das mulheres de seu estudo estavam eutróficas e 19,9 % possuíam sobrepeso. No período pré-gestacional, o sobrepeso é um fator agravante, pois pode aumentar 54% o risco de diagnóstico de

hipertensão e o risco de aparecimento de diabetes mellitus quando comparadas com mulheres eutróficas (CORREIA et al., 2011). Para Merlino et al. (2006) o ganho inadequado de peso durante a gestação pode comprometer o crescimento do feto, o peso adequado ao nascer, além de aumentar o risco de prematuridade. A Organização Mundial de Saúde - OMS (2003) relata a hipótese de que tanto o retardo no crescimento intrauterino quanto a macrosomia podem contribuir para o desenvolvimento de obesidade, hipertensão arterial, resistência insulínica, síndrome metabólica e morbimortalidade cardiovascular na vida adulta.

Segundo a Fundação do Conselho Internacional de Alimento (2003) o atendimento das demandas nutricionais maternas tem influência no adequado ganho ponderal gestacional e no resultado obstétrico que se expressa no peso ao nascimento e na idade gestacional ao nascer.

No Brasil, foi indicado que o peso pré-gestacional e ganho ponderal durante a gestação correlacionam-se positivamente com o crescimento fetal (ROCHA et al., 2005).

Ainda nesta mesma ótica, a OMS considerou que mulheres que iniciam a gravidez com Índice de Massa Corporal (IMC) na faixa de normalidade (18,5 - 24,9kg/m<sup>2</sup>) e têm ingestão energética que supra as necessidades nutricionais requisitadas durante a fase gestacional, permite um o ganho de peso ideal e um desenvolvimento e crescimento adequados do concepto (BRASIL, 2005).

Destaca-se que mesmo as gestantes que apresentem diagnóstico antropométrico pré-gravídico de eutrofia, estas devem receber atenção dos Programas de Atenção Pré-natal da mesma forma que as que apresentam distúrbios nutricionais, pois faz-se necessário manter o seu estado de saúde e nutrição adequado no transcorrer da gravidez para garantir o desenvolvimento e crescimento fetal satisfatório.

Com relação ao estado nutricional gestacional das mulheres participantes encontrou-se que 45,9% das gestantes estavam eutróficas como observado na tabela 6. Para esta variável 8 questionários não apresentaram resposta. Por essa razão, o total de gestantes pesquisadas para esta variável foi de 37.

Tabela 6. Estado Nutricional Gestacional das gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013.

<b>Estado Nutricional Gestacional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Eutrófico	17	45,9
Sobrepeso	6	16,2
Obesidade	5	13,5
Baixo Peso	9	24,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Fonte:** própria

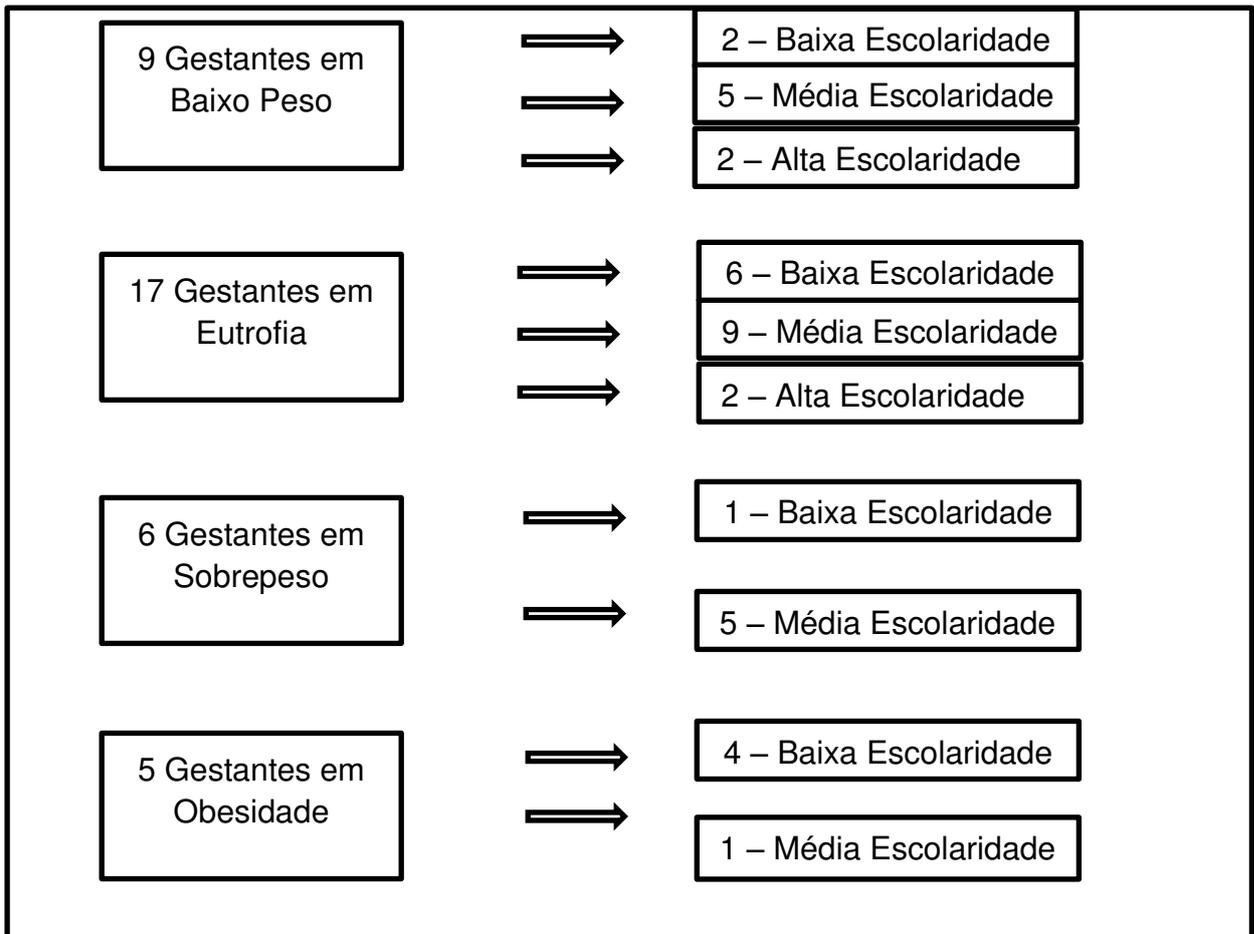
Foi observado que 54,1% das gestantes estudadas apresentam algum tipo de distúrbio nutricional, seja sobrepeso, obesidade ou baixo peso, revelando-se um percentual elevado de gestantes que necessitam de uma atenção nutricional específica. Destaca-se a importância do cuidado alimentar e nutricional durante o pré-natal para o alcance de índices de estado nutricional de eutrofia. Cabe frisar que a alimentação adequada é fundamental na vida de todos, mas, para as gestantes é ainda mais importante, já que não afeta só a ela, mas também o feto, que é completamente dependente da mãe.

Vale salientar que entre as gestantes que se encontram em baixo peso, 24,4% (n=9), é importante destacar as consequências desse distúrbio nutricional em relação a vida do bebê, pois ele pode apresentar problemas no crescimento e baixo peso, além de uma queda na imunidade, maior risco para doenças e menor crescimento (SPINATO et al., 2014).

Spinato et al (2014) relata que o adequado suporte nutricional durante toda a gestação é fundamental para o desenvolvimento embrionário fetal e a prevenção de comorbidades na vida futura. A alimentação adequada traz benefícios para a mãe – evitando problemas como hipertensão e diabetes, que podem ser evitados durante a gestação com o controle alimentar – e para o desenvolvimento e maturação do bebê.

Foi possível relacionar o estado nutricional com a escolaridade das gestantes, no entanto não se encontrou relação estatística significativa, sendo possível apenas descrever o achado conforme a Figura 1.

Figura 1 – Relação do Estado Nutricional Gestacional e da Escolaridade das Gestantes acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Cuité/PB, 2013.



Fonte: própria

Mesmo este estudo não encontrando relação estatística entre escolaridade e estado nutricional gestacional, Hickey (2003) ao comparar as gestantes de maior escolaridade ( $\geq 4$  anos) com aquelas de menor escolaridade ( $< 4$  anos), constatou que as primeiras ganhavam 1,9 kg a mais no final da gestação, o que pelo entendimento do autor, a escolaridade possivelmente seja um marcador de acesso aos alimentos. Ou seja, mesmo não havendo relação estatística, o binômio escolaridade-estado nutricional gestacional deve ser observado. Até por que outro estudo associou o ganho de peso durante a gestação com a escolaridade e os ganhos ponderais gravídicos (KONNO; BENICIO; BARROS, 2007).

Benício *et al.* (1985) evidenciaram que a quantidade de anos de frequência à escola não interferiu no peso de nascimento, provavelmente por 98,1% das mulheres terem frequentado a escola por oito ou mais anos. Contraditório a isso, Silva *et al.* (1998), Haidar *et al.* (2001) e Meis *et al.* (1997) verificaram que aquelas mães que frequentaram por mais de oito anos a escola, tem na maior escolaridade um fator protetor para a ocorrência de baixo peso de nascimento, destacado por Meller e Santos (2009).

Por isso, o Ministério da Saúde recomenda que o monitoramento a gestante de alto risco deve se iniciar pela classificação de risco que é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento (BRASIL, 2012).

A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde precisa continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde (BRASIL, 2012).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo reuniu gestantes acompanhadas pelas 5 UBS do município de Cuité/PB, partindo do pressuposto de avaliar os fatores obstétricos, socioeconômicos e estado nutricional das gestantes cadastradas no mês de agosto de 2013.

Com relação à distribuição do número de gestantes participantes do estudo por Unidade Básica de Saúde obteve-se um público alvo proporcional por UBS. A média de idade das participantes foi ótima do ponto de vista reprodutivo, 80% das gestantes tinha 24 anos, ou seja, elas estavam fora do risco perinatal.

Em relação às variáveis: renda familiar 88,9% possuíam baixa renda; nível de escolaridade obteve-se 24 gestantes com nível médio representando 53,3%, a maioria delas possui nível médio.

No que diz respeito ao período gestacional e número de consulta de pré-natal, 5 gestantes representam 29,4% no 3º trimestre de gestação que realizaram 6 consultas. Este é um dado preocupante porque 17 gestantes estavam no 3º trimestre do período gestacional, porém, a maioria não realizou o número mínimo de consulta pré-natal recomendado pelo MS.

No estado nutricional pré-gestacional das 44 gestantes, 26 estavam dentro do estado Eutrófico, e 18 gestantes estavam expostas ao risco ou complicações durante a gestação, parto e pós-parto.

No estado nutricional gestacional de 37 gestantes participantes, 17 estavam dentro do estado nutricional eutrófico com 45,9% do todo, logo 20 gestantes estavam expostas ao risco ou complicações materno-fetal.

Com base nesses achados de elevado percentual de gestantes com má nutrição, percebe-se que, o estudo não demonstrou relação estatística significativa do estado nutricional com a escolaridade, o que difere de todos os outros estudos demonstrados na literatura.

As informações contidas neste estudo são importantes para orientar as medidas necessárias que visam reduzir os riscos para o estado nutricional e morbimortalidade materno-fetal. Esses dados nutricionais, obstétricos e socioeconômicos desenham o cenário onde vivem as gestantes assistidas nas 5 UBS deste município.

Considera-se importante que a sociedade e os governantes sejam conhecedores desta pesquisa. Nesse entendimento, o presente estudo oferece dados para o governo local planejar medidas como subsídios para a construção de políticas públicas voltadas aos determinantes, na promoção da saúde e uma melhor qualidade de vida a mulher em período pré-gestacional e gestacional desse município.

## REFERÊNCIAS

ANDRETO, L. M et al. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.10, n.3, p.352-360, set. 2006.

BENÍCIO, M. H et al. Análise multivariada de fatores de risco para o baixo peso ao nascer em nascidos vivos no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. v.19, (s/n.), p.311-320, 1985.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: MS (Série G. Estatística e Informação em Saúde). 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 10 de julho. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Publicada resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html)>. Acesso em: 30 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Vigilância Alimentar e Nutricional - orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e a informação em serviços de saúde**. Brasília: MS; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto de atenção básica**. 2003.  
Disponível em:<<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 11 nov. 2015

\_\_\_\_\_. **Guia de Preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do pré-natal, parto, puerpério e criança – SISPRENATAL WEB**. 2002.  
Disponível em:<[www.saude.gov.br/sisprenatal](http://www.saude.gov.br/sisprenatal)>. Acesso em: 29 nov.2015.

BOSCO, S. M. D. **Terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Editora Atheneu. p.22. 2010.

CANÇADO, I. A. C; PEREIRA, F. M; FERNANDES, R. M. Avaliação do conhecimento em nutrição de gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Pará de Minas – MG. **SynThesis Revista Digital FAPAM**. n.1, p.13. 2009.

CARVALHO, I. M. F. R. R; FIGUEIREDO, M. P. **"Manual de Apoio à Saúde Materna"**. Lisboa, 2º Ceplesmo do ESEMFR. 2007.

CHALEM, E et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.177-186. 2007

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. 2006. Disponível em:<[https://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/LivroConsea\\_DocumentoReferencia.pdf](https://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/LivroConsea_DocumentoReferencia.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2015.

CORREIA, L. L et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.16 n1, p.133-45. 2011

COSTA, C. E. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascidos vivos. **Rev Saúde Pública**. v.32, n.4. 1992.

COSTA, G. D et al. **Pré-natal conjunto de fatores e ações que interagem na humanização**. 2009.

CUNHA, M. A et al. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.1, p.9. 2009.

DIAS, A. C. G; TEIXEIRA, M. A. P. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. **Paidéia**. v.45, n.20, p.123-131. 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Relatório da situação da infância**. [página na Internet]. Lowbirthweight. 2014. Disponível em: <<http://www.data.unicef.org/nutrition/low-birthweight>>. Acesso em: 20 set. 2015.

GRAÇA, L. M. **Medicina Materno-Fetal**. 4º Edição. 2010.

GOLDENBERG, P; FIGUEIREDO, M. C. T; SILVA, R. S. G. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. SaúdePúbl**. v.21, n.4, p.1077-86. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001100006>>. Acesso em: 23 maio. 2015.

H Aidar, F. H; OLIVEIRA, U. F; NASCIMENTO, L. F. C. Maternal educational level: correlation with obstetric indicators. **Cad Saude Publica**. v.17, n.4, p.1025-1029. 2001.

Haidar et al. Maternal educational level: correlation with obstetric indicators. **Cad Saude Publica**. v.17, n.4, p.1025-1029. 2001.

Hickey, C. A. Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. **Am J Clin Nutr**. v.71, (5 Supl), p.1364S-70S. 2003.

KONNO, S. C; BENICIO, M. H. D'A; BARROS, A. J. D. Fatores associados à evolução ponderal de gestantes: uma análise multinível. **Rev. Saúde Pública**. v.41, n.6, São Paulo Dec. 2007.

Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000600015>>. Acesso em: 10 de junho.2015.

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. Saude Mater. Infant.** Recife. v.4, n.3. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000300005>

LOWDERMILK, D. L; PERRY, S. E. “**Enfermagem na Maternidade**”. 7° Edição. 2008.

MONTEIRO, C. A et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev Saude Publica.** v.43, n.1, p.35-43. 2009.

MEIS, P. J et al. Factors associated with term low birth weight in Cardiff, Wales. **Pædiatric and Perinatal Epidemiology.** v.11, (s/n) p.287-297, 1997.

MELLER, T, C; SANTOS, L. C. A Influência do Estado Nutricional da Gestante na Saúde do Recém-Nascido. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v.13, n.1, p.31-40. 2009.

MERLINO, A et al. Impact of weight loss between pregnancies on recurrent preterm birth. **Am J Obstet Gynecol.** v.195, n.3, p.818-21. 2006.

MENDES, M. **Obstetrícia essencial.** 2° Edição. 2014.

MENDES, B. R. A influencia da escolaridade na gravidez não planejada em adolescentes. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.** Corinto. 2010.

MENEZES, A. M. B. **Noções Básicas de Epidemiologia.** Editora Revinter, 2001. 184 p

NASCIMENTO, L. F. C. Pregnants profile in prenatal and perinatal stages: comparative study between public and private health services in Guaratinguetá, São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.3, n.2, p.187-194. 2003.

NOCHIERI, A. C. M. et al. **Perfil Nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 32, n. 4, p.443-451. 2008.

OLIVEIRA, A. C. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. **Gênero, Saúde Reprodutiva e Trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho.** Rio de Janeiro, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2003). **Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control: a guide for managers.** Geneva. 2003. Disponível em:<<http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br> 4/04/14>. Acesso em: 20 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2001). Necessidades de energia e de proteínas. São Paulo: Roca; 2001.

PADILHA, P. C et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.29, n.10, p.511-18, 2007

PARADA, C. M. G. L; TONETE, V. L. P. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v.13, n.2, p.385-92. 2009.

ROCHA, D. S et al. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p.481-489. 2005.

SANTOS, M. C. C; FERREIRA, A. M. V; NAVARRO, F. **Avaliação do IMC.** 2007.

SANTOS, M. M et al. Atenção nutricional e ganho de peso gestacional em adolescentes: uma abordagem quantiqualitativa. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.18, n.3, p.789-802. 2013.

SALGE, C. A. K. M et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** v.11, n. 3, p.642-6. 2009. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

SILVA, M. J. E. "O papel da Enfermagem em Medicina Materno-Fetal". In Luís Mendes Graça. (Coord.). *Medicina Materno-Fetal.* 4º Edição. p.163. 2010.

SILVA, A. A. M et al. Trends in low birth weight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15-year interval in Ribeirão Preto, Brazil. **WHO Bulletin.** v.76, (s.n.), p.73-84, 1998.

SOUTER, I; BALTAGI, LM; KULETA, D et al. **Mulheres, peso e fertilidade: O efeito do índice de massa corporal sobre o resultado da superovulação/ciclos de inseminação intra-uterina.** *FertilSteril.* v.95, n.3, p.1042-7. 2011.

SPINATO, G et al. **Nutrição na gestação.** *Anais de medicina.* v.1, n.1. 2014.

VITOLLO, R. M. **Nutrição da gestação ao envelhecimento.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2008.

VITOLLO, R. M. **Nutrição da Gestação à Adolescência.** 1 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Autores Editores, 2003.

XIMENES et al. Pré-natal é o período anterior ao nascimento. p.595-562. 2008.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

### ESTADO NUTRICIONAL, ANEMIA E PREVALÊNCIA DE PARASITÓSES INTESTINAIS EM GESTANTES DA CIDADE DE CUITÉ - PARAÍBA.

#### MÓDULO 1. INFORMAÇÕES INICIAIS:

**I0.** Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Nº QUEST: \_\_\_\_\_

**I1.** Equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES SOBRE A GESTANTE – Coleta do Cartão e diretamente com a gestante

**I2.** Nome: \_\_\_\_\_ **I3.** Idade: \_\_\_\_\_

**I4.** Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **I5.** Data de cadastro no SISPRENATAL: \_\_\_\_\_

**I6.** Alfabetizada: ( ) Sim ( ) Não **I7.** Estudos: ( ) Nenhum ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior

**I8.** Estado Civil/União: ( ) Casada ( ) Estável ( ) Solteira ( ) Outro \_\_\_\_\_

#### **I9. Antecedentes Familiares:**

Gemelares ( ) Sim ( ) Não Diabetes ( ) Sim ( ) Não Hipertensão( ) Sim ( ) Não

Má formação ( ) Sim ( ) Não Outros ( ) Sim ( ) Não

#### **I10. Antecedentes pessoais:**

Infecção Urinária ( ) Sim ( ) Não Infertilidade ( ) Sim ( ) Não Cardiopatia ( ) Sim ( ) Não

Diabetes ( ) Sim ( ) Não Hipertensão ( ) Sim ( ) Não Má formação ( ) Sim

( ) Não Cirurg. Pélvica uterina ( ) Sim ( ) Não Outros ( ) Sim ( ) Não

#### **I11. Antecedentes Obstétricos:**

**I11A.** Número de gestações: \_\_\_\_\_ **I11B.** Número de abortos: \_\_\_\_\_ **I11C.** Números de partos: \_\_\_\_\_

**I12.** Número de partos vaginais: \_\_\_\_\_ **I11A.** Número de partos Cesáreos: \_\_\_\_\_

**I13.** Data do término da última gestação: \_\_\_\_\_

**I14.** Algum RN pesou menos de 2.5Kg? ( ) Sim ( ) Não **I13A.** Nascimento com maior peso: \_\_\_\_\_

#### **Gravidez atual:**

**I15.** Peso antes de engravidar: \_\_\_\_\_ **I15A.** Estatura: \_\_\_\_\_ **I15B.** IMC pré-gestacional: \_\_\_\_\_

**I16.** D.U.M. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **I17.** D.P.P. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **Exames de rotina:**

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH						
Hb/Ht						
Glicemia de jejum						
VDRL						
Urina						
Anti-HIV						
HBsAg						
Toxoplasmose						
Combs. indireto						
Parasitológico						
Outros						

#### **Ultra-sonografia**

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

**I18.** Suplementação de ferro: ( ) sim ( ) não **I18A.** Última vez que recebeu o suplemento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- I19.** Suplementação de ácido fólico: ( ) sim ( ) não **I19A.** Última vez que recebeu o suplemento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**I20.** Está utilizando algum medicamento atualmente? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ **I20.A.** Quem indicou? \_\_\_\_\_  
**I21.** Data da última consulta de pré-natal: \_\_\_\_\_ **I22.** Idade Gestacional na última consulta: \_\_\_\_\_  
**I23.** Número de consultas pré-natal até o momento: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9  
**I24.** Valor da pressão arterial da última consulta: \_\_\_\_\_

## **MÓDULO 2. INFORMAÇÕES SOCIOECONOMICAS E DO DOMICÍLIO:**

- S1.** Renda Familiar: ( ) Até 1 Salário Mínimo ( ) de 1 a 2 Salários Mínimos  
 ( ) Mais de 3 até 4 Salários Mínimos ( ) Mais de 5 Salários Mínimos.  
**S2.** Qual sua ocupação/profissão: \_\_\_\_\_ **S3.** Está trabalhando? ( ) Sim ( ) Não  
**S3.** Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_  
 Crianças- 0 a 12 Fem \_\_\_\_ Mas \_\_\_\_ Adolescentes- 13 a 20 Fem \_\_\_\_ Mas \_\_\_\_  
 Adultos- 21 a 60 Fem \_\_\_\_ Mas \_\_\_\_ Idosos mais de 60 anos Fem \_\_\_\_ Mas \_\_\_\_  
**S4.** Número de cômodos da casa? Total \_\_\_\_\_ ( ) Banheiro dentro de casa ( ) Banheiro fora de casa  
 ( ) Não possui.  
**S5.** Tipo de moradia: ( ) Alvenaria sem reboco ( ) Alvenaria com reboco ( ) Taipa  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
**S6.** Tipo de piso: ( ) Cimento ( ) Barro/terra batida ( ) Cerâmica ( ) Misto ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
**S7.** Tipo de cobertura: ( ) Telha ( ) Laje ( ) Mista ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
**S8.** Tipo de esgotamento sanitário: ( ) Rede pública coletora de esgoto ( ) Fossa séptica  
 ( ) Fossa negra ou rudimentar ( ) Vala ( ) não tem ( ) outro: \_\_\_\_\_  
**S9.** A água utilizada no domicílio é proveniente de: (Pode marcar mais de uma alternativa)  
 ( ) Rede pública ( ) Cisterna na própria casa ( ) Poço artesiano na própria casa  
 ( ) Busca água fora – Especifique: \_\_\_\_\_ Distância aprox. da casa: \_\_\_\_\_ metros  
**S10.** A água utilizada para beber é: ( ) Tratada ( ) Filtrada ( ) Coada ( ) Fervida ( ) Clorada  
 ( ) Sem tratamento ( ) NSI  
**S11.** Qual o destino do lixo? ( ) Joga no mato ( ) Queima ( ) Enterra ( ) Usa como adubo  
 ( ) É coletado ( ) NSI  
**S12.** Cria algum animal: ( ) sim ( ) não **S12A.** Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_  
**S13.** Você recebe benefício do Programa Bolsa Família: ( ) sim ( ) não Desde quando? \_\_\_\_\_

## **MÓDULO 3. CONHECIMENTO SOBRE PARASITOSE**

- V1.** Sabe definir parasitose? Sim ( ) Não ( ) **V1A.** E verminose? Sim ( ) Não ( ) **V1B.**  
 O que seria? \_\_\_\_\_  
**V2.** Apresentou alguma parasitose na gravidez? Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
**V3.** Procurou o médico? Sim ( ) Não ( ) O médico prescreveu algum medicamento? Sim ( ) Não ( )  
 Qual? \_\_\_\_\_  
**V4.** Utilizou algum tratamento alternativo para parasitose? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_  
**V5.** Saber dizer como ocorre à contaminação por parasitos/vermes? Sim ( )  
 Não ( ) Como? \_\_\_\_\_ **V6.** Você conhece os sintomas de uma parasitose?  
 Sim ( )  
 Não ( ) Quais? \_\_\_\_\_  
**V7.** Tem o costume de lavar as mãos após utilizar o banheiro? Sim ( ) Não ( )  
**V8.** Você se alimenta de carne mal passada? Sim ( ) Não ( )  
**V9.** Você se alimenta de algum alimento cru (vegetais, hortaliças e frutas)? Sim ( ) Não ( )  
 Qual? \_\_\_\_\_  
**V10.** Sabe como lavar hortaliças e frutas? Sim ( ) Não ( ) Se sim, como? \_\_\_\_\_  
**V11.** Tem hábito de andar descalço? ( ) Sim ( ) Não

## **MÓDULO IV. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:**

**X1.** Peso: \_\_\_\_\_ **X1A:** Altura: \_\_\_\_\_ **X1B.** IMC: \_\_\_\_\_  
**X2.** Estado Nutricional: \_\_\_\_\_ **X3.** Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ **X4.**  
Presença de edemas: ( ) sim ( ) não onde: \_\_\_\_\_  
**X5.** Constipação: ( ) sim ( ) não **X6.** Diarreia: ( ) sim ( ) não  
**X7.** Uso de suplementos: ( ) sim ( ) não Quais: \_\_\_\_\_  
**X8.** Como é obtido o suplemento: ( ) comprado ( ) dado pelo posto de saúde  
**X9.** Apresenta desejo de comer “coisas” estranhas: ( ) sim ( ) não Se sim, o quê? \_\_\_\_\_  
**X10.** Está apresentando um desses sintomas: ( ) fraqueza ( ) sono ( ) indisposição ( ) desmaios ( ) mal-estar

## APÊNDICE 2 – TCLE PARA AS GESTANTES MAIORES DE IDADE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité - Paraíba”, que visa determinar o perfil socioeconômico, nutricional e a prevalência de parasitoses intestinais e anemia em gestantes assistidas no pré-natal no Programa de Saúde da Família do município de Cuité.

O objetivo desse trabalho é registrar informações acerca da prevalência de enteroparasitoses, e de anemia durante o curso gestacional e determinar o perfil nutricional e socioeconômico dos sujeitos da pesquisa. Para a realização do trabalho, ao voluntário só caberá à autorização para: aplicação de questionários, coleta de amostra fecal, coleta de informações no prontuário, análise de resultado de exames hemogramas e avaliação de medidas antropométricas. A coleta de amostra fecal será realizada pela voluntária, na qual será orientada sobre o procedimento padrão de coleta, já que isto envolve risco de contaminação pessoal e ambiental. Os dados serão utilizados para aplicação de medidas educativas como orientação nutricional e de medidas higiênico-sanitárias. Além disso, gestantes com exames de fezes positivos e/ou com anemia serão encaminhadas para tratamento antiparasitário e/ou antianêmico para o médico responsável. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e é assegurado o sigilo sobre sua participação, de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados serão divulgados somente como apanhado estatístico do conjunto de dados obtidos, sem correlação com a identificação pessoal de nenhuma das gestantes. Você poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico.

A equipe de pesquisadores agradece sua participação.  
Cordialmente,

Endereço para contato e esclarecimento de dúvidas:

Unidade Acadêmica de Saúde  
Centro de Educação e Saúde  
Universidade Federal de Campina Grande  
Olho D'Água da Bica s/n - Cuité-PB  
CEP: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900/1982

Endereço eletrônico:

vanessabarbosa@ufcg.edu.br  
CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa  
com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas,  
s/n, São José. Campina Grande- PB.  
Telefone: (83) 2101-5545

Aluno entrevistador- -----

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa “Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité - Paraíba” e concordo em participar.



Assinatura Dactiloscópica  
Sujeito da pesquisa n° \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado

## APÊNDICE 2 – TCLE PARA AS GESTANTES MENORES DE IDADE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Menor de 18 anos)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité - Paraíba”, que visa determinar o perfil socioeconômico, nutricional e a prevalência de parasitoses intestinais e anemia em gestantes assistidas no pré-natal no Programa de Saúde da Família do município de Cuité.

O objetivo desse trabalho é registrar informações acerca da prevalência de enteroparasitoses, e de anemia durante o curso gestacional e determinar o perfil nutricional e socioeconômico dos sujeitos da pesquisa. Para a realização do trabalho, ao voluntário só caberá a autorização para: aplicação de questionários, coleta de amostra fecal, coleta de informações no prontuário, análise de resultado de exames hemogramas e avaliação de medidas antropométricas. A coleta de amostra fecal será realizada pela voluntária, na qual será orientada sobre o procedimento padrão de coleta, já que isto envolve risco de contaminação pessoal e ambiental. Os dados serão utilizados para aplicação de medidas educativas como orientação nutricional e de medidas higiênico-sanitárias. Além disso, gestantes com exames de fezes positivos e/ou com anemia serão encaminhadas para tratamento antiparasitário e/ou antianêmico para o médico responsável. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e é assegurado o sigilo sobre sua participação, de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados serão divulgados somente como apanhado estatístico do conjunto de dados obtidos, sem correlação com a identificação pessoal de nenhuma das gestantes. Você poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico.

A equipe de pesquisadores agradece sua participação. Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Aluno entrevistador

Endereço para contato e esclarecimento de dúvidas:

Unidade Acadêmica de Saúde  
Centro de Educação e Saúde  
Universidade Federal de Campina Grande  
Olho D'Água da Bica s/n - Cuité-PB  
CEP: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900/1982  
Endereço eletrônico: vanessabarbosa@ufcg.edu.br  
CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ anos na Pesquisa “Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité - Paraíba”.

\_\_\_\_\_

Assinatura dactiloscópica  
Responsável legal

Assinatura do Responsável Legal

Sujeito da pesquisa nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura dactiloscópica  
Participante menor de idade