

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

LAYSE CHRISTINE ARAUJO SILVA

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em unidades básicas de saúde da zona urbana, no município de Monteiro/PB

Cuité/PB

2015

LAYSE CHRISTINE ARAUJO SILVA

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em unidades básicas de saúde da zona urbana, no município de Monteiro/PB

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
Orientadora: Prof. Dr^a. Nilcimelly Rodrigues Donato

Cuité/PB

2015

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

S586g Silva, Layse Christine Araújo.

Gestação na adolescência: perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em unidades básicas de saúde da zona urbana, no município de Monteiro - PB. / Layse Christine Araújo Silva. – Cuité: CES, 2015.

78 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Nilcimelly Rodrigues Donato.

1. Gestantes adolescentes. 2. Perfil nutricional. 3. Perfil socioeconômico. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.1/2

LAYSE CHRISTINE ARAUJO SILVA

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em unidades básicas de saúde da zona urbana, no município de Monteiro/PB

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.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Nilcimelly Rodrigues Donato
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Profa. Msc. Marília Frazão Tavares de Melo
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Profa. Msc. Mayara Queiroga Barbosa
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Cuité/PB

2015

Ao meu doce amigo e companheiro o Espírito Santo de Deus, que me agracia com sua maravilhosa presença e me enche de sabedoria, sem Ele não haveria realizações. À minha amada mãe Edna Araújo, por sempre me impulsionar a dar o melhor de mim e ser o exemplo de uma profissional com olhar sensível e acolhedor com todo Ser.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Antes de expressar os meus sentimentos e minha eterna gratidão a todos que contribuíram na execução desse projeto. Início com um versículo que justifica a realização dos meus projetos pessoais.

“Peça a Deus que abençoe seus planos, e eles darão certo”.
(Provérbios 16.3)

Sou grata:

Ao meu **Deus** pai que abençoou os meus planos e me agraciou com o Seu maravilhoso Espírito Santo, me guiando e ampliando o meu entendimento, trazendo força e a paz que excede todo entendimento, me presenteando com pessoas maravilhosas dispostas a ajudar e incentivar. Toda honra a Ele.

À meus **pais**, Edna e Valter, que não mediram esforços para realizar os meus sonhos. E investiram no meu crescimento pessoal.

À minha **família** por todo o amor plantado em mim. Em especial a minha avó materna, Terezinha por todo cuidado e apoio, à minha avó paterna Assunção (*in memoriam*) pelo incentivo ao estudo quando ainda pequena e exemplo de um Ser humano digno. À minha tia, Cristina que contribui e foi essencial de todas as formas para a realização dos meus sonhos, à minha tia Eliane pelo exemplo de pessoa e profissional batalhadora, ao meu tio Cristiano e sua esposa Margarida por todo zelo e por me acolherem como filha. Aos meus primos, Kamila, Lucas, Felipe, Junior, Nilson, Kaique, por serem mais que primos e apoiarem em minhas conquistas. Ao meu irmão Matheus, por toda paciência e ajuda em minha vida acadêmica.

À minha **família-Cuité**, Dani, Gabi e Laysa, que o coração escolheu e que são extremamente importantes na minha vida. Que me apoiaram em todos os projetos sonhados, e com esse não foi diferente. Foram com elas que eu vivi durante esses 5 anos as melhores fases e juntas aprendemos a arte do cuidar, compartilhar, confiar e do tornar independente.

Às **minhas amigas de curso e para toda a vida**, Luiza minha best, pelo o companheirismo, cumplicidade, apoio e por todos os anos de amizade verdadeira a

qual pude compartilhar bons momentos; Jéssica, pela orientação e incentivo, por dividir histórias inesquecíveis; e as minhas amigas Amanda, Dani Dias, Laiane, Carol Mesquita, Carol Moreira, Morgana e Flaviany pela companhia e partilha de uma mesmo ideal, ser Nutricionista.

Aos **amigos que a vida me presenteou**, em especial, Dayane (Fifi), Israel, Rayan Gilvan, Diego, Juliete e Amanda-best, que me apoiaram com palavras positivas e colaboraram na construção desse trabalho. Ao meu amigo e Nutricionista Anael pela amizade de anos, pelo sábio auxílio e olhar profissional na produção desse projeto.

À **Instituição UFCG** por me proporcionar um excelente corpo docente do curso de Nutrição, composto por eficientes e admiráveis profissionais, os quais foram essenciais para a construção do meu saber e de uma nova visão. Em especial, **minha querida orientadora** Nilcimelly (Melly), por ter aceitado me instruir e me apoiar na produção desse trabalho. E as professoras Marília e Mayara que gentilmente aceitaram participar como membras da **banca examinadora** e colaborarem nesse trabalho.

À **secretária da atenção Básica de Monteiro e enfermeiras** das Unidades de Saúde por abrirem as portas, e mostrarem disponibilidade para a realização dessa pesquisa.

Às **gestantes** adolescentes que aceitaram participar desse estudo e não recusaram informações.

Aos meus **colegas da turma 2010.1** e todos os **amigos da UFCG**, que contribuíram de alguma forma para a realização desse projeto.

Aos **amigos irmãos** que conheci na igreja, que sempre acreditaram no meu potencial e me presentearam com palavras de ânimo.

Meu muito Obrigada!

“Nada transforma a vida de uma mulher como a maternidade.
É o momento de crescer para ver o crescimento”.

Camila Harumi

RESUMO

SILVA, L. C. A. **GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em unidades básicas de saúde da zona urbana, no município de Monteiro/PB.** 2015. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

A gestação na adolescência tem sido alvo de intervenção de saúde pública, não só nos países pobres como também nos desenvolvidos. As adolescentes que engravidam apresentam risco particular de deficiências nutricionais devido as necessidades elevadas de nutrientes, estes adequados para suportar o seu crescimento, gestação e desenvolvimento fetal, ocasionando um desequilíbrio nutricional. Porém os riscos não se restringem apenas as condições de saúde materno-infantil como também sérios agravantes psíquicos e sociais relacionados principalmente a incrementos da pobreza. Diante disso, objetivou-se analisar o perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde do município de Monteiro, PB. Participaram desse estudo 11 gestantes com idade entre 10 a 19 anos que realizavam suas consultas de pré-natal nas unidades básicas de saúde da zona urbana. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, com a utilização de um questionário socioeconômico, inquérito de frequência alimentar e métodos antropométricos. Os resultados indicaram que as gestantes estudadas tinham em média $16,4 \pm 1,69$ anos de idade, primigestas, 36% das gestantes eram solteiras assim como 36% eram casadas, possuíam baixa renda, 57% apresentavam apenas o ensino fundamental em decorrência de reprovações e interrupção dos estudos, e 74% afirmaram receber orientações sobre alimentação no ato do pré-natal. Quanto ao estado nutricional, a maioria das adolescentes iniciou a gestação com peso adequado 63,64%, ocorrendo mudanças no IMC gestacional variando entre o baixo peso e sobrepeso, expondo a inadequação no ganho de peso. Notou-se uma maior frequência no consumo de cereais (72,2%) e carnes (45,5%) e ingestão de café (54,5%) e suco de fruta (54,5%), e a eventual frequência semanal no consumo de frutas, vegetais, salgadinhos e refrigerantes. A partir dos resultados conclui-se que os fatores socioeconômicos estão diretamente associados ao estado nutricional em que o

público estudado se encontra, visto as alterações do seu EN e possivelmente no seu consumo. Desse modo é fundamental a realização de novos estudos sob essa temática, abrangendo a relação do consumo de forma mais detalhada e sua relação com os fatores externos.

Palavras chaves: Gestantes adolescentes. Perfil nutricional. Perfil socioeconômico.

ABSTRACT

SILVA, L. C. A. **PREGNANCY IN ADOLESCENCE: nutritional and socioeconomic profile of pregnant adolescents attended in basic health units in the urban area, the city of Monteiro / PB.** 2015. 78F. Work Course Conclusion (Undergraduate Nutrition)-Federal University of Campina Grande, Cuité, 2014.

The teenage pregnancy has been the subject of public health intervention, not only in poor countries but also in developed ones. The teenagers who become pregnant have particular risk of nutritional deficiencies due to high nutrient requirements, in short, teenage mothers do not provide the proper foods to support their growth, gestation and fetal growth, causing a nutritional imbalance. But the risks are not restricted to the conditions of maternal and child health as well as serious psychological and social aggravating primarily related to increases in poverty. The research objective was to analyze the nutritional and socioeconomic profile of pregnant adolescents attended at Basic Health Units in the city of Monteiro, PB. Participants were 11 pregnant women aged 10 to 19 years old who performed their prenatal consultations in selected basic units of health. The data were collected through interviews, with the use of a socioeconomic questionnaire survey of feeding frequency and anthropometric methods. The results indicated that the pregnant women studied had an average of 16.4 ± 1.69 years old, first pregnancy, 36% of the women were single and / or married, had low income, 57% had only primary education as a result of failures and interruption of studies, and reported receiving dietary guidelines in the prenatal act. Regarding nutritional study, most teens started pregnancy with adequate weight, occurring changes in pregnancy BMI ranging from underweight and overweight, exposing the inadequacy in weight gain. It was noted more frequently in the consumption of meat (45,5%) and cereals (72.2%) and ingestion of coffee (54,5%) and fruit juice (54.5%), and the possible use of the weekly frequency fruit, vegetables, snacks and soft drinks. Concluding that socioeconomic factors are directly associated with the nutritional status of the studied public is, as the changes in its EN and possibly in their consumption. Thus it is essential to carry out further studies on this subject, covering the ratio of consumption in more detail and its relation to external factors.

Keywords: Pregnant adolescents. Nutritional profile. Socioeconomic profile

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Ganho de peso (Kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional. | 35 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição da frequência de variáveis relacionadas a obstetrícia e acesso à saúde das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).39
- Tabela 2** - Distribuição da frequência do nível e situação escolar das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).45
- Tabela 3** - Distribuição da frequência de acordo com a situação de ganho de peso gestacional das mães adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).48
- Tabela 4** - Distribuição da frequência dos hábitos alimentares das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).50
- Tabela 5** - Distribuição de frequência semanal do consumo e ingestão de líquidos das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).51
- Tabela 6** - Distribuição da frequência do fracionamento das refeições das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).52
- Tabela 7** - Associação do estado nutricional (avaliado pelo IMC) atual das gestantes estudadas e a renda familiar, Monteiro, PB, 2015.53

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Frequência das gestantes que receberam ou não orientação sobre a alimentação adequada. Fonte: Próprio Autor, 2015.....40
- Gráfico 2** - Classificação da amostra segundo o estado civil. Fonte: Próprio Autor, 2015.41
- Gráfico 3** - Classificação da amostra segundo a moradia. Fonte: Próprio Autor, 2015.42
- Gráfico 4** - Classificação da amostra segundo o número de pessoas que moram com a gestante. Fonte: Próprio Autor, 2015.....43
- Gráfico 5** - Classificação da amostra segundo a renda familiar. Fonte: Próprio Autor, 2015..43
- Gráfico 6** - Característica da amostra segundo o IMC pré-gestacional. Fonte: Próprio Autor, 2015..46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPN – Baixo Peso ao Nascer

DUM - Data da Última Menstruação

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

EM- Estado Nutricional

GPG – Ganho de peso gestacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

ION – Institute of Medicine

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento

SAN- Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 18 |
| 2 OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 20 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS | 20 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 21 |
| 3.1 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: ÍNDICES DEMOGRÁFICOS NO BR E NE ... | 21 |
| 3.1.1 Consumo alimentar de mães adolescentes | 23 |
| 3.1.2 Estado nutricional de gestantes adolescentes | 23 |
| 3.1.3 Necessidades Nutricionais na gestação durante a adolescência | 25 |
| 3.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | 26 |
| 3.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM GESTANTES ADOLESCENTES | 27 |
| 3.3 FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À ALIMENTAÇÃO | 28 |
| 4 METODOLOGIA | 31 |
| 4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA | 31 |
| 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA | 31 |
| 4.2.1 Critérios de inclusão | 31 |
| 4.2.2 Critérios de exclusão | 32 |
| 4.3 COLETAS DE DADOS | 32 |
| 4.3.1 Estado nutricional | 32 |
| 4.3.1.1 <i>Antropometria</i> | 33 |
| 4.3.1.2 <i>Inquérito alimentar</i> | 33 |
| 4.3.2 Aspectos socioeconômicos e obstétricos | 34 |
| 4.6 PREPARAÇÃO DOS DADOS | 34 |
| 4.6.1 Estado Nutricional | 34 |
| 4.6.1.1 <i>Índice de massa corporal (IMC):</i> | 34 |
| 4.6.1.3 <i>Ganho de peso gestacional (GPG)</i> | 35 |
| 4.6.1.4 <i>Consumo alimentar</i> | 35 |
| 4.6.2 Dados socioeconômicos e obstétricos | 36 |
| 4.7 ANÁLISE DOS DADOS | 36 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS | 36 |

| | |
|---|----|
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 38 |
| 5.1 PERFIL DA AMOSTRA..... | 38 |
| 5.1.1 Dados obstétricos e de acesso à saúde | 38 |
| 5.1.2 Análise socioeconômica das gestantes adolescentes | 40 |
| 5.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL..... | 45 |
| 5.2.1 Análise antropométrica | 45 |
| 5.2.2 Análise do consumo alimentar | 48 |
| 5.3 AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO ESTADO NUTRICIONAL E RENDA DAS GESTANTES..... | 52 |
| 6 CONCLUSÃO | 54 |
| REFERÊNCIAS | 56 |
| APÊNDICE | 64 |
| ANEXO | 75 |

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa evolutiva característica ao ser humano, que encerra todo processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Cronologicamente, a adolescência corresponde ao período de 10 a 19 anos de idade, ocorrendo profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais. Nesse período há uma elevada demanda nutricional, e vários fatores podem influenciar de maneira direta e indiretamente nas escolhas e hábitos alimentares, tais como, influência exercida pela mídia, valores socioculturais, imagem corporal, convivência sociais, situação financeira, familiar e disponibilidade de alimentos (EISENSTEIN, 2005; VITOLO, 2008; BERTIN, 2008).

Segundo Yazlle (2006) a gravidez nesse grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar sequelas negativas para as adolescentes e para seus filhos. Comparado com filhos de mulheres adultas, os filhos de mães adolescentes tem maior índice de baixo peso ao nascimento, mortalidade infantil aumentada e pior desenvolvimento. Além disso, torna-se um problema extremamente relevante uma vez que vem aumentando sua incidência e apresenta uma série de repercussões como abandono escolar e vulnerabilidade nutricional.

O prognóstico gestacional recebe influência do estado nutricional materno antes e durante a gestação. Pois as boas condições do meio uterino irão favorecer o desenvolvimento fetal adequado. O período gestacional é uma fase em que as necessidades nutricionais estão elevadas, decorrentes a ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes. A inadequação do estado nutricional tem grande impacto na saúde materno- infantil (GUERRA; HEYDE; MULINARI, 2007).

O Ministério da Saúde (2000) instituiu que em uma rotina de pré-natal o estado nutricional deve ser avaliado. A gestante deverá ser pesada, a altura deve ser aferida, informada da idade gestacional, a pulsação avaliada, a pressão e a respiração registradas além de serem analisados exames bioquímicos.

Quando se trata de gestantes adolescentes, o risco nutricional é considerado maior em razão de seus hábitos alimentares, pelo fato de omitirem ou substituírem refeições principais por lanches ou por consumirem maior quantidade de guloseimas e alimentos com alta densidade calórica, por apresentarem baixa ingestão de frutas e hortaliças e por estar mais pré-dispostas à compulsão alimentar (SILVA, 2005).

Tendo em vista os diversos fatores que influenciam o resultado obstétrico entre as gestantes adolescentes, as condições socioeconômicas têm sido enfatizadas em estudos que inter-relacionam a renda e escolha dos alimentos, interferindo assim no estado nutricional. O estado nutricional de um indivíduo é resultado de seu posicionamento e de seu grupo na estrutura social de produção (ASSIS, 2007).

A literatura refere que condições socioeconômicas desfavoráveis produzem resultados não positivos na saúde da população em geral, e, quanto maior a renda, maior o poder de compra e acesso a uma alimentação variada. Considerando que, gestantes com baixo poder aquisitivo teriam menos acesso aos alimentos em termos quantitativos, optando por alimentos mais calóricos, por serem mais baratos (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000; ANDRETO et al. 2006).

A vista disso, o questionamento que norteia esse estudo corresponde à importância do conhecimento do perfil nutricional de gestantes adolescentes, por apresentarem risco nutricional devido seus hábitos alimentares, integrando a visão do perfil socioeconômico como parecer favorável ou não para uma gestação de qualidade. Dessa forma o estudo propõe analisar o perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde do município de Monteiro na Paraíba. O presente trabalho contribuirá para escolha de estratégias de intervenção, por parte dos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde, no município de Monteiro, PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar questionário socioeconômico com as gestantes adolescentes;
- Realizar avaliação nutricional, por meio de métodos antropométrico e dietético;
- Classificar o estado nutricional das gestantes adolescentes;
- Caracterizar as condições socioeconômicas da população estudada;
- Comparar o estado nutricional gestacional e a renda das gestantes adolescentes atendidas nas UBS da cidade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: ÍNDICES DEMOGRÁFICOS NO BR E NE

Adolescente é aquele indivíduo que se encontra posicionado entre a faixa etária de 10 a 19 anos de idade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), período esse caracterizado por rápidas transformações, fisiológicas, psicológicas e cognitivas que provocam separação da infância à vida adulta, ou que apresente idade cronológica de 12 a 18 anos como define o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990; EISENSTEIN, 2005).

A gestação é vista como uma fase de intensas mudanças fisiológicas que acontecem no organismo, gerando necessidades aumentadas de nutrientes essenciais, possibilitando o crescimento, desenvolvimento do feto, e garantindo a composição corporal materna (WILLIAMIS, 2001; FRANCESCHINI et al., 2004).

A ocorrência simultânea dessas duas fases podem gerar riscos que não se restringem apenas as condições de saúde materno-infantil, como baixo peso ao nascer, complicações no parto, mortalidade neonatal, como também sérios agravantes psíquicos e sociais relacionados principalmente a acréscimos da pobreza, o abandono escolar e a precária inserção no mercado de trabalho (WILLIAMIS, 2001; OLIVEIRA et al., 2011).

A iniciação sexual está cada vez mais precoce, impulsionado pela imposição social que levam crianças e adolescentes a ingressarem rapidamente na vida adulta, mesmo que não estejam preparados psicologicamente, trazendo consigo diversas consequências, entre elas a gravidez precoce, que envolve sérios agravos, tanto para as adolescentes envolvidas, quanto para os seus filhos que nascerão e seus familiares (DOMINGOS 2010; COSTA; SENA; DIAS, 2011).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que em 2012, no Brasil foram registrados percentuais de 19,7 para um filho nascido vivo e 41,0 para dois ou mais nascidos vivos de mães menores de 20 anos. Na região Nordeste os dados revelam um percentual de 9,8 para um filho nascido vivo e 2,5 para dois ou mais nascidos vivos de mãe adolescentes, classificando como região de maiores índices de gravidez precoce quando comparado às demais regiões brasileiras (IBGE, 2012a).

Segundo dados do DataSUS no ano de 2013 a região Nordeste apresentou um número de 1851 óbitos fetais entre mães com idades de 15 a 19 anos e 143 óbitos fetais na idade de 10 a 14 anos. Já o índice de nascidos vivos foi de 171, 494 crianças oriundas de mães adolescentes. Para Moço (2008), cerca de 20% das crianças que nascem no país, são originadas de mães adolescentes, onde a maioria delas não tem condição financeira e nem emocionais para lidar com a maternidade (BRASIL, 2013a).

Esse assunto tem sido alvo de intervenção de saúde pública, não só nos países pobres como também nos desenvolvidos. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Portal Saúde, 2012), as diversas ações desenvolvidas dentro da escola, como orientações sobre métodos contraceptivos e distribuição de camisinhas têm contribuído para uma queda no número de partos realizados entre as jovens de 10 a 19 anos de idades, entretanto a gravidez pode ser uma opção e estar incluída, em projetos de vida de adolescentes do sexo feminino e compartilhadas com adolescentes homens, podendo ser revelada como elemento reorganizador da vida. Para Domingos (2010) “O reconhecimento de que a gravidez pode expressar o desejo dos jovens não significa retirar a importância das políticas de contracepção para ambos”, ou seja, assegurar que a escolha deve acontecer no momento desejado e planejado pelos os adolescentes.

3.1.1 Consumo Alimentar de Mães Adolescentes

A grande maioria dos adolescentes apresentam hábitos alimentares pouco saudáveis, que corresponde ao consumo irregular de refeições, excesso de lanches (*fastfood*, refeições rápidas), além de dietas da moda e o costume de pular refeições. Eles mostram pouca preocupação com os hábitos alimentares atuais e o risco futuro de doenças, derivadas de uma má alimentação. Uma nutrição inadequada nessa fase pode ser causada por uma variabilidade de fatores, os quais se observam a instabilidade emocional, o desejo obsessivo pelo o corpo “perfeito” imposto pela mídia e a instabilidade geral no estilo de vida (SILVA, 2005; STANG, 2010).

As adolescentes que engravidam apresentam risco particular de deficiências nutricionais devido as necessidades elevadas de nutrientes. Em síntese as mães adolescentes não fornecem os alimentos adequados para suportar o seu

crescimento, gestação e crescimento fetal, ocasionando um desequilíbrio nutricional, uma vez que os grupos de alimentos são desconsiderados, encontrando excesso no total de energia, gordura saturada, açúcar, sal e uma redução em alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras (FAGEM, 2005; STANG, 2010; BARCHISNK, 2010).

Em um estudo realizado com gestantes adolescentes no município de Fortaleza- CE foi observado o consumo alimentar de 40 gestantes de faixa etária de 10 a 19 anos, as mesmas foram indagadas sobre o consumo de alimentos que se repetiam pelo menos quatro vezes por semana, categorizados nos seis grupos de alimentos que compõe a pirâmide alimentar. Como resultado grande parte das gestantes consumiam alimentos ricos em carboidratos e gorduras em todas as refeições, enquanto pequena parte das gestantes consumia vegetais e frutas pelos menos em duas refeições ao dia (BERLAMINO, 2009).

A falta de conhecimento sobre a alimentação saudável reflete uma prática alimentar inapropriada, influenciada pelo paladar acentuado, apetite aumentado, disponibilidade do alimento e influências culturais. Dessa forma, é interessante que nesta fase tenha um estímulo e acompanhamento, para que a alimentação da gestante seja completa, incluindo fontes adequadas de energia, proteína, ferro, cálcio, ácido fólico, zinco, e outros nutrientes como vitaminas do complexo B e vitamina C (FRANCESCHINI, 2004).

3.1.2 Estado nutricional de gestantes adolescentes

O estado nutricional das gestantes é um dos fatores que influenciam o resultado obstétrico. O ganho de peso pode estar relacionado a paridade, peso pré-gestacional para idade, idade gestacional, uso de álcool e tabagismo. Aquelas gestantes que apresentam idade ginecológica menor que dois anos tendem a ganhar menos peso que as gestantes adultas, destarte o peso pré-gestacional e a estatura materna influenciam o peso ao nascer, o que é observado não só em gestantes adultas como também adolescentes (SAUNDERS; BESSA, 2009).

Durante a gestação normal, o ganho de peso é um componente essencial do crescimento e desenvolvimento normal da mãe e do feto, sendo considerado um indicador importante para uma avaliação do adequado suprimento de energia. Os elementos de ganho de peso são o feto, a placenta, o líquido amniótico, o útero, o tecido mamário aumentado e os componentes sanguíneos dilatados (SILVA, 2005).

Segundo Vitolo (2008) a condição socioeconômica pode interferir na análise do estado nutricional, pois o diagnóstico de baixo peso ou desnutrição deve ser considerado com cautela, isso porque algumas mulheres podem ser magras de origem constitucional e não apresentar risco de desnutrição materna, permanecendo sujeitas a mesma recomendação de ganho de peso de uma gestante eutrófica. Já para aquelas gestantes eutróficas, porém limítrofes para o sobrepeso e com histórico familiar com risco de excesso de peso, devem receber cuidados dobrados durante a gestação.

Um ganho de peso insuficiente pode estar relacionado ao maior risco de retardo de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal. Já o ganho de peso excessivo pode estar associado a diabetes gestacional, dificuldades no parto e risco para o feto no período perinatal (BERLAMINO, 2009).

Gestantes adolescentes com idade ginecológica menor que dois anos apresentam um risco maior de terem bebês com baixo peso ao nascer (BPN), além da baixa idade materna a literatura relata que mulheres com o Índice de Massa corporal (IMC) compatível com baixo peso pré-gestacional tendem também a ter filhos com baixo peso ao nascer em comparação àquelas que apresentam o mesmo ganho de peso, mas que são classificadas em outra escala do IMC (AQUINO-CUNHA et al., 2002; SAUNDERS; BESSA, 2009).

O ganho de peso deve ser maior para a adolescente do que para a adulta, relacionando a um crescimento fetal intrauterino e peso ao nascer ótimo. O fato das gestantes adolescentes terem que apresentar um ganho de peso maior é explicado pela condição da mulher imatura não ser capaz de armazenar, sob o estresse físico imposto pela gravidez, reforçando a hipótese da competição por nutrientes pela mãe que está em fase de crescimento e pelo o feto, registrando a cetonúria típica em gestantes de 10 a 16 anos de idade (KASSAR, 2005; SAUNDERS; BESSA, 2009).

Diante do exposto, a avaliação do estado nutricional materno é essencial para identificar riscos durante e pós-gestação. O monitoramento nutricional possui impacto positivo na saúde materno-infantil, além de ser um importante elemento na prevenção da morbidade e mortalidade perinatal, como também um prognóstico da situação de saúde da criança nos primeiros anos de vida e na promoção da saúde da mulher (BERLAMINO, 2009).

3.1.3 Necessidades Nutricionais na gestação durante a adolescência

Quando se trata da nutrição de adolescentes os cuidados devem ser maiores e especiais, em virtude das características e singularidades nessa fase da vida. A gestante adolescente necessita de um aporte maior de nutrientes, e essas necessidades vão depender de uma série de fatores como velocidade de crescimento e maturação, idade ginecológica, peso pré-gestacional, hábitos alimentares, condições clínicas e estilo de vida dentre outros (NEVES, 2002; FRANCESCHINI et al. 2004).

Já é sabido que na gestação a oferta energética deverá ser maior a fim de garantir a formação e manutenção dos tecidos maternos e fetais. Na mãe adolescente o suprimento deve ser totalmente garantido para que não haja prejuízo no próprio crescimento. De tal modo as recomendações energéticas variam de acordo com o peso pré-gestacional, quantidade e composição do ganho de peso, estágio gestacional, nível de atividade física (FRANCESCHINI et al. 2004).

Se houver restrição calórica durante a gestação poderá afetar a estatura das adolescentes, além de ocasionar consequências negativas ao bebê. Já em grávidas com obesidade, é aumentada a incidência de complicações hipertensivas, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e macrossomia fetal (FAGEN, 2005; BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Dessa forma, as adolescentes que apresentam baixo peso pré-gestacional devem receber uma maior oferta calórica, de forma a compensar o déficit de peso existente, enquanto que aquelas que apresentam sobrepeso ou obesidade devem ter um maior controle do consumo de alimentos, de forma a evitar um agravamento do quadro (FRANCESCHINI et al. 2004).

É importante também destacar o consumo adequado de proteínas, uma vez que serão utilizadas pelo o feto e usadas para a formação de anexos fetais, como: placenta, membranas e líquido amniótico e crescimento de tecido materno. É comum a gestante adolescente apresentar adequação na ingestão protéica, entretanto pode apresenta baixa ingestão calórica, o que na prática levará à utilização dessa proteína como fonte energética, constituindo um possível risco nutricional para a gestação (FRANCESCHINI et al. 2004; YAZLLE, 2006).

Destaca-se também, que as necessidades em termos de nutrientes e minerais são maiores para gestantes adolescentes, comparadas às gestantes

adultas, como as vitaminas B1, B2, niacina e vitamina D, já para as vitaminas A, E, B12 e ácido fólico não há diferenças. Em relação aos minerais há uma maior necessidade de cálcio e fósforo. Para o ferro, magnésio, iodo e zinco não existem diferenças significativas entre os grupos de gestantes adolescentes e adultas (VITOLLO, 2008).

3.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A assistência ao pré-natal tem sido reconhecida como algo prioritário na atenção materno-infantil. Em 1983, no Brasil foi introduzido o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM),* que destacava o pré-natal pelo o impacto no resultado perinatal (TREVISAN et al. 2002).

Em 2000 o Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569 institui o Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que possui como objetivo “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002).

É dever da equipe de saúde que ao entrar em contato com uma mulher gestante, é necessário buscar compreender os inúmeros significados da gestação para aquela mulher ou para a sua família. A atenção pré-natal pode ser a única oportunidade de uma mulher gestante receber assistência médica, caracterizando em exercício de medicina preventiva, proporcionando a preservação da saúde física, mental, e identificando alterações advindas da própria gravidez que possam causar algum efeito nocivo para o bebê (BRASIL, 2000).

A principal finalidade da assistência pré-natal é acolher a mulher no início da gravidez, período esse marcado por mudanças físicas e emocionais, mas para cada gestante esse período é diferenciado. Todas as transformações vivenciadas podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou curiosidade (BRASIL, 2000).

A periodicidade do pré-natal deve ser adequada para cada gestante, de modo particular, ou seja, gestantes com um risco maior devem ser acompanhadas mais de

*Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher: O ministério de Saúde considera como umas das prioridades para este governo, a saúde da mulher. O programa incorpora o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive a responsabilidade do estado com os aspectos da saúde reprodutiva. Abrangendo princípios e diretrizes que norteiam o compromisso com a implementação de ações de saúde e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

perto. O PHPN do Ministério da saúde estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de 6 consultas, de preferência uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último. De início, o acompanhamento permite a realização de ações preventivas, de diagnóstico mais precoce e de ações de promoção à saúde (BRASIL, 2006).

3.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM GESTANTES ADOLESCENTES

O diagnóstico nutricional em gestantes é resultado de um conjunto de métodos, entre eles a avaliação antropométrica, alimentar, bioquímica e clínica, os quais dependem do profissional para serem interpretados e da utilização das diretrizes recomendadas (VITOLLO, 2008).

Para a avaliação nutricional da gestante adolescente é necessário coletar dados como, idade cronológica e ginecológica, estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso gestacional- GPG, sinais clínicos de má nutrição, índices hematológicos, atividade física, uso de medicamentos, presença de doenças crônicas ou infecções e avaliações dietéticas. Todos esses dados serão recolhidos em consultas de pré-natal, que devem ocorrer imediatamente após a confirmação de gravidez, sendo preconizados pelo Ministério da Saúde, assegurando dessa forma o bem-estar materno e neonatal (SAUNDERS; BESSA, 2009).

Inicialmente recomenda-se a obtenção do peso pré-gestacional, ou inicial, aferição do peso atual, estatura materna e o cálculo da idade gestacional, através das medidas antropométricas que é o meio mais acessível, não invasivo, rápido e recomendado para avaliar o estado nutricional, que deverá ser determinado pelo IMC, sendo este um indicador que apresenta alta correlação com o grau de reserva corporal, o qual poderá envolver a utilização de curvas que consideram idade gestacional, peso e altura (IMC). De acordo com esses dados, as faixas observadas nas curvas padronizadas para a avaliação da gestação, indicam o estado nutricional atual da gestante (VITOLLO, 2008).

As gestantes são classificadas como de baixo peso ($IMC < 19,8 \text{ kg/m}^2$), peso adequado (IMC entre $19,8$ e 26 kg/m^2), sobrepeso (IMC entre 26 e 29 kg/m^2) e obesidade ($>IMC 29 \text{ kg/m}^2$), mas esta classificação não é utilizada especificamente para gestantes adolescentes devido ao crescimento e imaturidade biológica

presentes nessa fase, no entanto poderá ser utilizada caso a adolescente tenha engravidado dois ou mais anos após a menarca, já aquela que engravidou menos de dois anos após a menarca, provavelmente serão classificadas como de baixo peso, sendo necessária a mensuração da altura em todas as consultas (BRASIL, 2008).

O IMC por semana gestacional proposto por *Atalah* (1997) permite o diagnóstico nutricional em qualquer momento do pré-natal, o qual possibilita um monitoramento do Estado Nutricional. É previsto o ganho de peso até o final da gestação, desse modo para esse fim é utilizado um método complementar ao IMC que adota o ganho de peso por idade gestacional preconizado pelo o Institute of Medicine (ION) (ENGSTROM, 2007).

Outros métodos como, avaliações bioquímicas, laboratoriais e clínicas também são de interesse para obtenção de um resultado concreto e verídico do estado nutricional da gestante. Como também a avaliação dietética, que se trata de um método capaz de avaliar os hábitos alimentares da gestante, identificando os erros alimentares através de algumas técnicas como, alimentação diária habitual, recordatório de 24 horas, inquérito de frequência e registros alimentares (SAUNDERS; BESSA, 2009).

3.3 FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À ALIMENTAÇÃO

A alimentação pode ser analisada sob várias perspectivas, que são complementares e independentes, entre elas está a perspectiva econômica “que tem relação entre a oferta e a demanda, o abastecimento, os preços e a renda da família, constituindo os principais componentes”, e a perspectiva social, voltada para as “associações entre a alimentação e a organização social do trabalho, a diferenciação social do consumo, os ritmos e estilos de vida” (OLIVEIRA; THEBAUD-MONY, 1997).

Foi realizado um estudo no Brasil, avaliando a população da região Nordeste e Sudeste, o qual buscou explorar os padrões de consumo alimentar associando a fatores socioeconômicos, demográficos e atividade física. Diante da análise exposta, concluíram que os fatores ligados a problemas de saúde que a população vem adquirindo não surgem apenas na inexistência de nutrientes, porém age de forma combinada com outros fatores. Sendo o padrão alimentar em grande parte

determinado pelas condições socioeconômicas. Dessa forma os pesquisadores destacam que:

Os padrões de consumo permitem entendimento de construções sociais, ecologicamente determinadas, e orientadas ao provimento de condições de reprodução de populações [...] É da natureza dos padrões de consumo alimentar a sua maior ou menor capacidade de geração (ou não) da saúde, pois padrão de consumo de alimentos, mais que a ausência específica de nutrientes na dieta, expressa situações reais de disponibilidade de alimentos e de condições diferenciadas de inserção ou não das populações nos diferentes cenários sociais (SICHERI; CASTRO. MOURA, 2003).

Em outro estudo ocorreu com as famílias da região considerada mais pobre, no município de Duques de Caxias, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, estimando a prevalência de segurança alimentar e sua associação com indicadores socioeconômicos, avaliando condições de saneamento básico, renda familiar mensal per capita, número de pessoas por domicílio, escolaridade do chefe da família e classificação socioeconômica. Como resultado, 53,8% dos domicílios sofriam de insegurança alimentar em diferentes graus, atribuindo e associando especificamente a fatores como analfabetismo, número elevados de pessoas que moravam no domicílio e renda mensal per capita menor que $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo, porém a medida que a renda familiar aumentava a proporção de famílias em segurança alimentar também aumentavam (SALLES-COSTA et al., 2008).

O primeiro momento em que a alimentação e nutrição foram introduzidas na agenda pública em diferentes situações políticas, econômicas e históricas, foi através da publicação do livro *Geografia da Fome*, de Josué de Castro, relatando a preocupação de que a fome não é somente uma questão biológica, mas social (BRASIL, 2008).

Oliveira (2010) relata que as principais causas de insegurança alimentar nos países de renda alta são as disparidades relacionadas a etnias, sexo, renda e educação. Já nos países de renda baixa e média baixa, relaciona-se a deficiência nas instituições, a baixa tecnologia empregada na agricultura e a baixa produtividade. Ele destaca que:

Quando existe expansão da atividade econômica, por exemplo, existe um aumento do consumo. Quando existe recessão, o consumo diminui. Esses fatores afetam o comportamento do consumidor de diversas formas, podendo conduzir ao adiamento da compra ou substituição de produtos por outros mais baratos do que habitualmente comprados.

O consumo alimentar não pode ser explicado apenas no contexto de produção ou no contexto das necessidades nutricionais, tornando-se algo complexo, pois envolve vários membros que compõe a cadeia alimentar. Para Oliveira e Thebaud-Mony (1997, p. 7) “Os modelos de consumo de hoje são marcados pela desigualdade, indo desde a insuficiência até o desperdício, gerando novos desequilíbrios nutricionais”.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo foi de caráter descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa. Os estudos descritivos descrevem a realidade, porém não é destinado a explicá-la ou nela intervir. Já o corte transversal visualiza a situação de uma população em um determinado tempo, o qual possibilita uma análise de associação elencando fatores que podem estar associado ou não aos desfechos existentes na população. A abordagem quantitativa tem como característica permitir um enfoque pontual, focalizado e estruturado, utilizando dados quantitativos (TANAKA; MELO, 2001; ARAGÃO, 2011).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

As unidade básicas de saúde (UBS), selecionadas para o estudo, foram todas aquelas pertencentes a zona urbana da cidade de Monteiro- PB.

O município de Monteiro está localizado na microrregião do Cariri Ocidental paraibano, semi-árido nordestino. De acordo com o censo do IBGE (2012b), o número de habitantes corresponde a 31.330. No ano de 2012 foram 453 nascidos vivos (BRASIL, 2012), sendo o percentual de nascidos vivos de mães adolescentes de idade até 19 anos, 23,8% no município. Entretanto no período de 2013 o número de nascidos vivos de mães com idades de 15 a 19 anos foi de 155 nascidos (BRASIL, 2013b).

A pesquisa foi realizada com 11 gestantes adolescentes com idade de 10 a 19 anos, selecionadas aleatoriamente e atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Monteiro, no período de Janeiro e Fevereiro de 2015.

4.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas as gestantes adolescentes, com faixa etária menor ou igual a 19 anos, atendidas nas UBSs selecionadas, que consentiram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

destinados a responsável pelas menores de 18 anos (Apêndice A) e maiores de idade a partir de 18 anos (Apêndice B).

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as gestantes com idade superior ou igual a 20 anos, as que não realizavam suas consultas nas UBSs eleitas, que não apresentaram dados no cartão da gestante ou que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

4.3 COLETAS DE DADOS

Inicialmente, para a realização da pesquisa, contactou-se a gestora responsável pelas Unidades Básicas de Saúde, a mesma foi devidamente esclarecida sobre o foco do trabalho e solicitada a sua autorização para que a pesquisa acontecesse. Logo, as enfermeiras responsáveis pelas UBSs foram contactadas sobre a pesquisa de forma a obter subsídios favoráveis.

As gestantes adolescentes foram recrutadas durante o pré-natal ou eram convidadas pelos comunitários a participarem da pesquisa a comparecerem em sua unidade básica juntamente com o cartão da gestante em dias e horários pré-estabelecidos, ou participarem da pesquisa no seu domicílio como preferirem.

4.3.1 Estado nutricional

Para a coleta de dados referentes a avaliação do perfil nutricional, foram utilizados métodos direto **, sendo a antropometria destacada como a medida do tamanho corporal e suas proporções utilizando índices e indicadores do estado nutricional. E o método indireto**** representado pelo o questionário de frequência de consumo alimentar quantitativo, usado para avaliação do padrão alimentar na presente fase.

* ** Métodos direto: São aqueles que exploram as manifestações biológicas do organismo humano, por meio de análises antropométricas, bioquímicas e clínicas (LOPES; OLIVEIRA; BLEIL, 2008).

**** Métodos indiretos: São aqueles que poderão ser determinantes da situação de nutrição e alimentação dos indivíduos, por meio de dados de consumo alimentar, estatísticas vitais e socioeconômicas (LOPES; OLIVEIRA; BLEIL, 2008).

4.3.1.1 Antropometria

Para a obtenção dos dados antropométricos, utilizaram-se dois métodos os quais eram adequados de acordo com o local onde era realizada a pesquisa.

Em primeira instância, para as gestantes recrutadas na própria unidade de saúde, os dados como o peso pré-gestacional, altura, data da última menstruação e peso atual, foram coletados a partir do cartão das gestantes e confirmados no dia de acordo com o preconizado pelo o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2008). Os dados foram fixados em uma ficha de avaliação nutricional (Apêndice C).

Para mensuração do peso foi utilizada uma balança mecânica, tipo plataforma, com capacidade de 160 kg e sensibilidade de 100 g das próprias UBSs. As gestantes vestiam roupas leves, sem calçados e sem nenhum tipo de adornos. As mesmas ficavam em pé sobre a balança como os pés unidos e aconselhadas a manter o olhar para o horizonte. Já para a estatura foi utilizado o antropometro fixo a balança, de altura máxima de 2 m e precisão de 1 mm, as gestantes eram instruídas a manter uma posição ereta, com os pés descalços e unidos, olhando para o horizonte (BRASIL, 2008).

Em segunda instância, para as gestantes que preferiram seu domicílio para a realização da pesquisa, foi solicitado o cartão da gestante para a coleta dos dados anteriormente citados, e aferido o peso a partir de uma balança digital portátil de capacidade 200 kg e para aferição da altura, foi utilizada uma fita métrica, com as mesmas instruções preconizadas pelo o SISVAN (BRASIL, 2008) e anteriormente citadas.

4.3.1.2 Inquérito alimentar

Foi aplicado um questionário de frequência de consumo alimentar (adaptado RETICENA; MENDONÇA, 2011), na própria UBS ou no domicílio das gestantes participantes da pesquisa. O inquérito alimentar (Apêndice D) classificou o consumo de grupos alimentares de acordo com o número de vezes que eram consumidos na semana (1 a 2 vezes por semana, 3 a 4 vezes, 5 ou mais, às vezes, nunca), do mesmo modo foi classificado o consumo de líquidos.

Além disso, as gestantes foram interrogadas a responder se haviam recebido orientações em relação a alimentação adequada e fracionamento das refeições.

4.3.2 Aspectos socioeconômicos e obstétricos

Foram recolhidos também dados do público alvo, por meio de um questionário socioeconômico (Apêndice E) adaptado do estudo “Avaliação do consumo alimentar de gestantes Adolescentes de um serviço de saúde do município de Criciúma, SC” (BARCHINSK, 2010), identificando os aspectos sociais como, estado civil, renda familiar, condições de moradia, escolaridade, e os dados obstétricos o qual auxiliou a elucidar o perfil socioeconômico e as condições que justificam o estado nutricional das gestantes.

4.6 PREPARAÇÃO DOS DADOS

4.6.1 Estado Nutricional

O estado nutricional das gestantes adolescentes foi analisado mediante os parâmetros propostos pela literatura científica.

4.6.1.1 Índice de Massa Corporal (IMC):

Segundo o Ministério da Saúde (2008b) o Índice de Massa Corporal (IMC), ou Índice de *Quetelet*, é um índice simples de peso/estatura utilizado para classificação do estado nutricional. Para o cálculo, o peso pré- gestacional (até a 13^a semana de IG) e/ou atual (\geq 14^a semana de IG) em quilogramas (Kg) foi dividido pela estatura em metros quadrado (m^2), resultando em um valor expresso em kg/m^2 .

As gestantes adolescentes tiveram seu IMC pré-gestacional e gestacional classificado conforme os pontos de corte proposto pelos SISVAN (2008) e a tabela *Atalah et al.* (1997), o qual avalia o estado nutricional de acordo com IMC ajustado para a idade gestacional -IG (Anexo A). Foram classificadas como Baixo peso, Peso normal, Sobrepeso e Obesidade.

4.6.1.2 Semana gestacional

A idade gestacional foi calculada, utilizando como dado o 1º dia do último período menstrual normal (DUM), como o Ministério da Saúde (2008) recomenda: em caso da DUM ser conhecida, é preciso contar no calendário o número de semanas a partir do 1º dia da DUM até a data da consulta. Porém no caso da DUM ser desconhecida, avaliar o mês provável e considerar 5, 15, ou 25 se a DUM ocorreu no início, meio ou final do mês.

Após o cálculo de arredondado da semana gestacional foi realizado da seguinte forma: 1, 2, 3 dias, foram consideradas o número de semanas completas e 4, 5, 6, foram considerados a semana seguinte. No entanto foi julgado como primeiro trimestre gestacional até a 13ª semana, segundo trimestre da 14ª até a 27ª e o terceiro trimestre da 28ª até a 42ª semana gestacional (BRASIL, 2008).

4. 6.1.3 Ganho de peso gestacional (GPG)

O GPG foi obtido através da subtração do peso pré-gestacional com o peso atual. O valor achado utilizou o IMC pré-gestacional ou a situação nutricional inicial para a definição do ganho de peso recomendada para cada trimestre da gestação, proposto pelo o *Institute of Medicine* (2009) (Quadro 1):

Quadro 1 - Ganho de peso (Kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional.

| Estado Nutricional inicial (IMC) | Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre | Ganho de peso (kg) semanal no 2º e 3º trimestre | Ganho de peso (kg) total na gestação |
|----------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Baixo Peso | – | 510 (440 a 580g) | 12,5- 18,0 |
| Adequado | – | 420 (350 a 500g) | 11,5- 16,0 |
| Sobrepeso | – | 280 (230 a 330g) | 7,0- 11,5 |
| Obesidade | – | 220 (170 a 270) | 5- 9 |

Fonte: IOM, 2009.

4.6.1.4 Consumo alimentar

Após o inquérito realizado com as gestantes a respeito da frequência de determinados alimentos consumidos, os dados foram tabulados e quantificados de acordo com a frequência que determinado alimento ou grupo alimentar era

consumido semanalmente. Do mesmo modo ocorreu para as variáveis, fracionamento das refeições.

4.6.2 Dados socioeconômicos e obstétricos

Os dados descritivos foram registrados em planilhas no formato do Microsoft Office Excel, a fim de formar um banco de dados.

Em relação aos dados socioeconômicos as gestantes adolescentes foram classificadas quanto ao seu estado civil, o tipo de moradia, número de pessoas com a qual dividia a moradia, renda familiar, escolaridade e abandono escolar.

Para os dados obstétricos as gestantes foram analisadas em relação a idade que engravidou pela primeira vez, sua idade gestacional, quantidade de consultas realizadas, e se haviam recebido ou não alguma orientação sobre alimentação saudável durante as consultas. As mesmas também foram classificadas como em primíparas e múltíparas, e caso fossem múltíparas respondiam questões como via de parto e histórico de prematuridade.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta e o preparo dos dados descritivos, todos os resultados foram analisados, utilizando o programa Microsoft Excel (2010), sendo os mesmos expressos em frequências, desvio padrão, e apresentados por meio de tabelas e gráficos de acordo com as variáveis.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi devidamente encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 466-12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o mesmo aprovado com o número e processo CAAE 39142114.8.0000.5575 (Anexo B).

As participantes da pesquisa foram informadas de todos os aspectos que envolvem o estudo e convidadas a participarem voluntariamente. Mediante ao esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi destinado aos responsáveis pela adolescente caso esta fosse

menor de idade (Apêndice A) ou destinado a mesma, caso fosse maior de idade (Apêndice B), e procurou ser claro e objetivo, garantindo o anonimato e sigilo quanto às informações pessoais fornecidas. O TCLE foi apresentado em duas vias, os quais foram lidos pela pesquisadora, e somente após afirmação de total compreensão do seu conteúdo e concordância em participar desta pesquisa que foi tomada a assinatura do entrevistado ou do representante legal. Para tanto também foi elaborado um termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) para as participantes, o qual informava em linguagem clara e acessível sobre os objetivos da pesquisa, a opção voluntária em participar e os benefícios que o estudo poderia trazer bem como os mínimos riscos advindos do estudo. Além disso, foi apresentado um termo de compromisso da pesquisadora, o qual relatava cumprir as normas da Resolução 466/2012 do CNS em todas as fases da pesquisa (Apêndice G).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DA AMOSTRA

As Unidades Básicas de Saúde do município de Monteiro realizam o pré-natal de gestantes pertencentes ao território abrangente. A amostra analisada compreendeu apenas gestantes com idade de 10 a 19 anos em que consentiram participar da pesquisa, totalizando 11 (onze) gestantes, com idade média de $16,4 \pm 1,69$ anos.

5.1.1 Dados obstétricos e de acesso à saúde

Quanto aos aspectos obstétricos, podemos verificar, conforme a Tabela 1, que a idade da menarca, ou seja, idade da primeira menstruação ocorreu em grande proporção em uma idade inferior a 10 anos. Com relação a idade em que as mesmas engravidaram pela primeira vez encontra-se em uma escala entre 14 aos 17 anos.

A idade das adolescentes analisadas ficou um pouco abaixo da média quando comparado aos demais estudos similares. Como exemplo, o estudo realizado na Maternidade do Hospital das Clínicas da UFPR, por Oliveira (2003), onde a média de idade das gestantes correspondia a 17,2, o mesmo acontece com relação aos estudos de Furlan et al. (2003) e de Montovaneli e Auler (2009), onde obtiveram média 17,8 e 17,4 respectivamente.

Bouzas e Miranda (2004), demonstraram em seu estudo que gestantes com idades inferiores a 15 anos associado a uma idade ginecológica menor ou igual a dois anos, podem estar relacionado a um maior risco na gestação, por poderem ainda está em processo de crescimento.

Quanto a condição de primiparidade ou multiparidade, constatou-se uma predominância de gestantes que estavam esperando o primeiro filho (99,91% - n= 10) (Tabela 1). Este resultado assemelha-se a outros estudos, onde as adolescentes se encontravam no curso da primeira gestação (CIANPO; DANELUZZI; RICCO, 2000; COSTA et al., 2002; OLIVEIRA, 2003).

Quanto a idade gestacional a maior proporção (54,55% - n= 6) localiza-se na faixa do segundo trimestre. Entretanto a média da IG variou em torno de $23,26 \pm 7,78$, classificando com uma amostra heterogênea em relação ao tempo da

gestação. Tendo em vista que o ganho de peso, o consumo alimentar e as necessidades nutricionais se diferem entre os trimestres de gestação, essa característica heterogênea poderá influenciar alguns resultados antropométricos e de análise dietética (NOCHIERI et al. 2008).

A frequência ao serviço pré-natal se apresentou de forma dispersa, visto que as mães se encontravam em trimestres variados. O número de consultas variou de 3 a 4. Observando que a maioria das gestantes está no segundo trimestre, o número achado de consultas está perto da faixa recomendada pelo Ministério da Saúde. Alguns autores avaliando a influência do pré-natal no resultado gestacional encontraram um número de frequência de consultas de pré-natal maior entre as adolescentes, reduzindo os índices de morbi-mortalidade no período perinatal (CIAMPO, 2000; NEVES, 2002; BERLAMNO, 2009). O atendimento pré-natal têm condições de um auxílio precioso para as adolescentes grávidas, de tal forma que as conduzam a uma gestação dentro dos parâmetros de normalidade.

Tabela 1- Distribuição da frequência de variáveis relacionadas a obstetrícia e acesso à saúde das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).

| Variáveis | N | % |
|---|----------|----------|
| Idade da Menarca | | |
| <10 anos de idade | 7 | 63,64 |
| 10 anos de idade | 4 | 36,36 |
| > 10 anos de idade | 0 | 0,00 |
| Idade que engravidou pela primeira vez | | |
| 10 a 11anos | 0 | 0,00 |
| 12 a 13 anos | 1 | 9,09 |
| 14 a 15 anos | 4 | 36,36 |
| 16 a 17 anos | 4 | 36,36 |
| 18 a 19 anos | 2 | 18,18 |
| Número de Gestações | | |
| Primigesta | 10 | 90,91 |
| Multigesta | 1 | 9,09 |
| Trimestre da Gestação | | |
| 1º trimestre | 2 | 18,18 |

| | | |
|--|---|-------|
| 2º trimestre | 6 | 54,55 |
| 3º trimestre | 3 | 27,27 |
| Número de consultas Pré-natais realizadas | | |
| Uma | 2 | 18,18 |
| Duas | 1 | 9,09 |
| Três | 4 | 36,36 |
| Quatro | 4 | 36,36 |
| Cinco | 0 | 0,00 |
| 6 ou > 6 | 0 | 0,00 |

Fonte: Dados coletados nas UBSs de Monteiro, Brasil, entre janeiro e fevereiro, 2015.

Referente ao questionamento sobre a orientação quanto a importância da alimentação adequada para aquela fase, a maioria das gestantes relataram que foram informadas no ato do pré-natal, enquanto pequena parte afirmaram não ter conhecimento (Gráfico 1).

Tais resultados são corroborados pelos dados da pesquisa de Reticena e Mendonça (2012), em que 63,7% afirmaram saber da importância alimentar e 52% referiram ter recebido informação nutricional durante as consultas de pré-natal. É necessário que durante a gestação seja feito um acompanhamento nutricional individualizado, para se estabelecer as necessidades de nutrientes nesse período e realizar orientações nutricionais conforme cada diagnóstico (BERLAMINO, 2009).

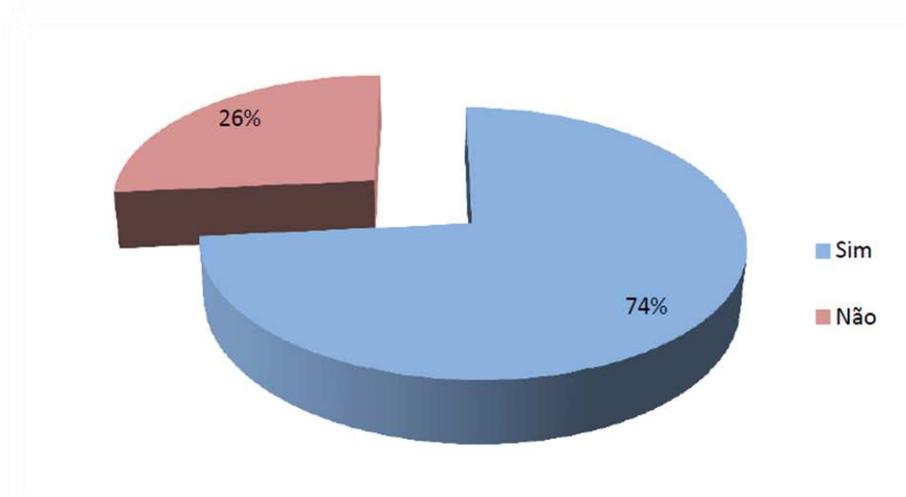


Gráfico 1- Frequência das gestantes que receberam ou não orientação sobre a alimentação adequada. Fonte: Próprio Autor (2015).

5.1.2 Análise socioeconômica das gestantes adolescentes

Sabe-se que as condições sociais interagem com as condições fisiológicas de um indivíduo, e que o nível de sobrevivência também está fortemente associado a fatores socioeconômicos, ambientais e culturais devido a repercussão que os mesmos causam nas condições de vida de uma população (FORMIGA; RAMOS, 2002).

Destarte, foram analisadas algumas variáveis que retratam a situação socioeconômica do público em questão. Por meio do Gráfico 2 é retratado o percentual do estado civil das gestantes, observando que as mesmas foram caracterizadas solteiras (36% - n: 4) e casadas (36% - n:4) e as demais (28% - n:3) em união estável. Em alguns estudos semelhantes essa variável se torna dividida entre uma maior prevalência de mães solteiras como mostra o estudo de Costa (2002), em que mais de 60% eram solteiras e moravam com as famílias, apontando que há uma instabilidade social e econômica da adolescente diante da gravidez. Entretanto há estudos que indicam uma maior incidência de adolescentes casadas ou que viviam em união consensual (CIAMPO, 2000; OLIVEIRA, 2003; BERLAMINO et al., 2009; BARROS; NICOLAU. 2013; BARCHINSK, 2010). Para Esteves (2005), o apoio e a presença do companheiro durante a gestação oferecem uma maior segurança à adolescente, além de diminuir os riscos de aborto durante esse período.

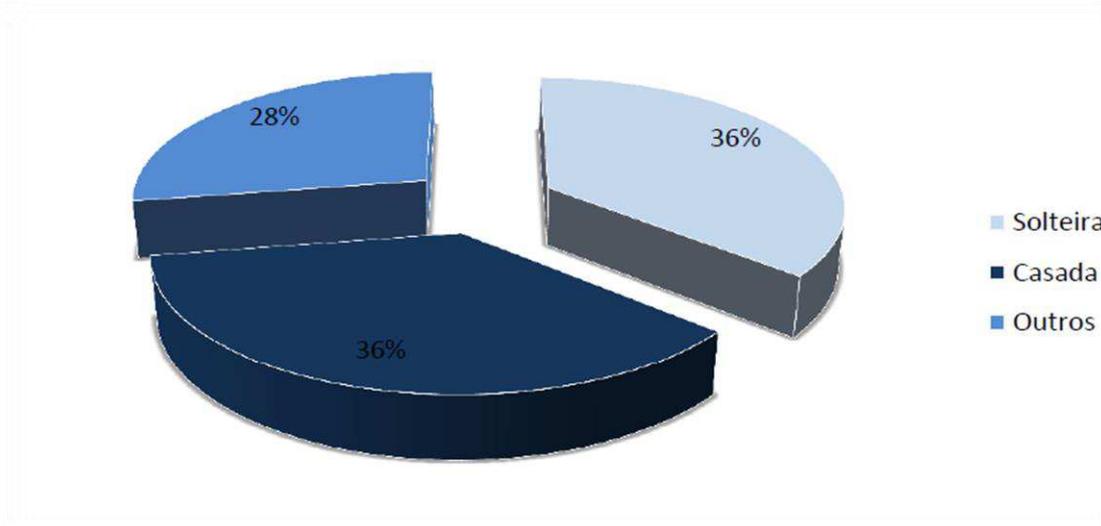


Gráfico 2- Classificação da amostra segundo o estado civil. Fonte: Próprio Autor (2015).

O Gráfico 3 analisa a situação de moradia das gestantes, onde foi constatado que grande parte relatou residir em casa alugada. Tal achado diferencia de um estudo realizado com gestantes adolescentes atendidas no centro de saúde de Criciúma, SC, por Barchinski (2010), em que 80% das adolescentes estudadas residiam em casa própria. Todavia há divergências consideráveis em meios sociais e econômicos entre os locais em que aconteceram os estudos, não acarretando desse modo em uma diferença significativa.

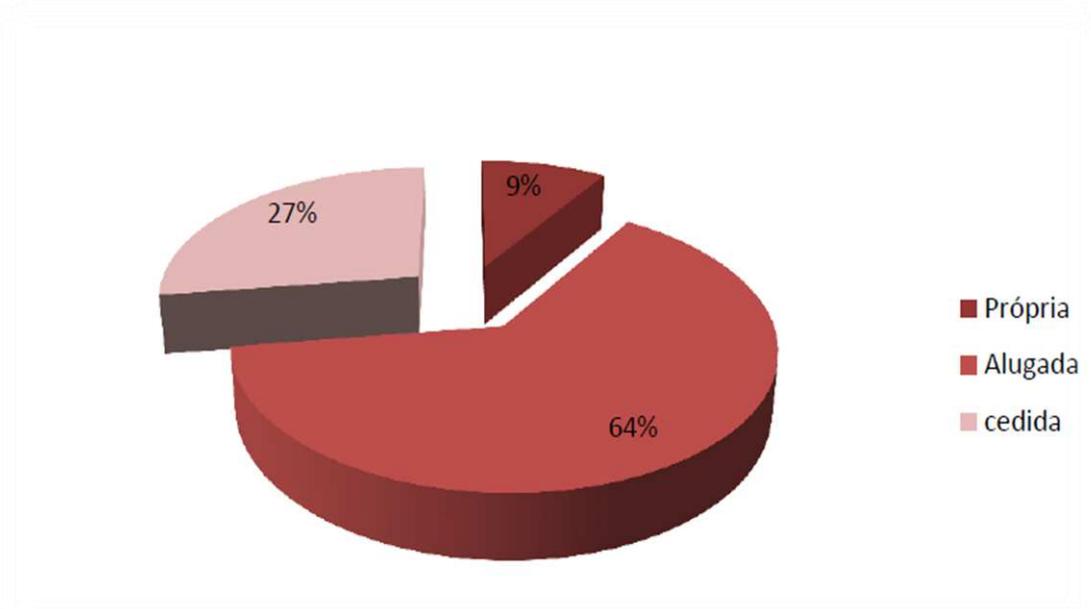


Gráfico 3- Classificação da amostra segundo a moradia. Fonte: Próprio Autor, 2015.

Quanto ao número de pessoa que residem com as adolescentes, observou-se que as gestantes dividiam a mesma casa em uma escala maior de 3 (três) a 4 (quatro) pessoas (Gráfico 4).

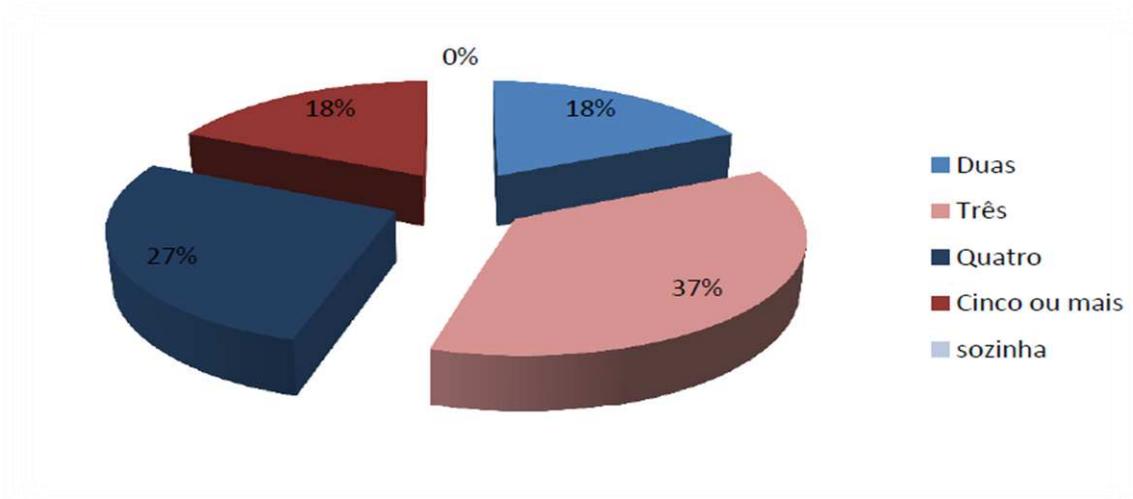


Gráfico 4- Classificação da amostra segundo o número de pessoas que moram com a gestante. Fonte: Próprio Autor(2015).

A distribuição das gestantes segundo a renda familiar, conforme o Gráfico5, demonstrou que a maioria 64% das gestantes apresentava renda familiar de até 1 salário mínimo (R\$ 788,00), seguidas de 27% que não possuíam nenhuma renda, resultados que destacam que o nível econômico das gestantes é extremamente precário. Tal achado é semelhante ao estudo de Barreto (2011), cujo objetivo era identificar fatores que influenciavam a gestação na adolescência, revelando que 55% das gestantes sobreviviam com um salário mínimo e 45% com dois salários mínimos.

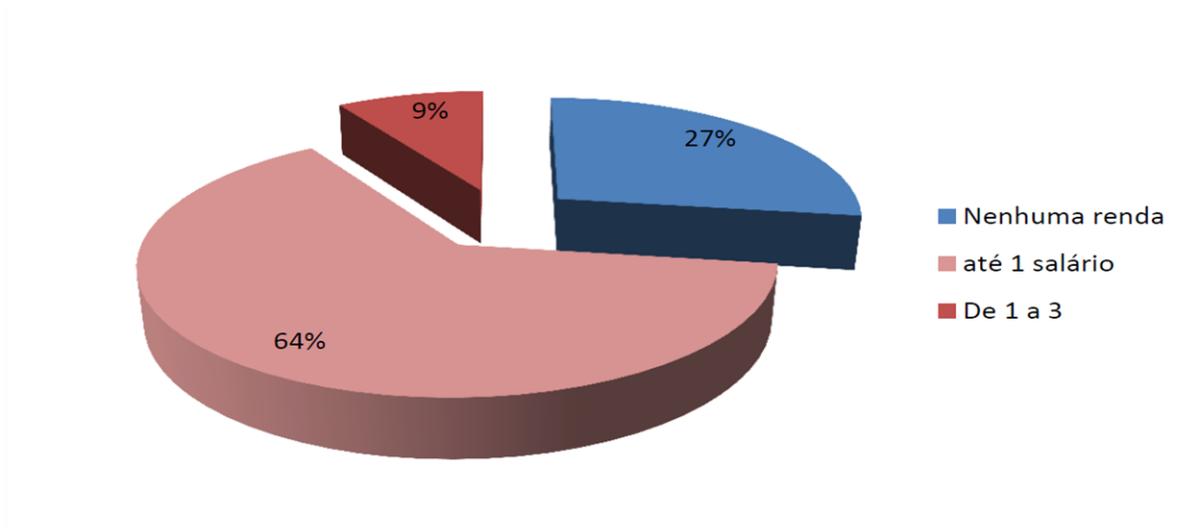


Gráfico 5- Classificação da amostra segundo a renda familiar. Fonte: Próprio Autor (2015).

Estudos declararam que o número de casos de gravidez na adolescência diminuía a medida que a renda familiar per capita aumentava. Afirmando que a taxa de fecundidade é inversamente proporcional à renda das adolescentes como também sua escolaridade (BARALDI, 2007; FERROS; LOPES, 2012).

A situação escolar das adolescentes estudadas é bastante deficiente, visto que grande parte (54%) possui apenas o ensino fundamental completo, caracterizando-as em um nível de baixa escolaridade em decorrência a situações de reprovações e interrupção dos estudos, além de considerar que a conclusão do ensino fundamental implica em 8(oito) anos de estudo, ou seja, o nível de escolaridade das mães desse estudo está dissociado da idade recomendada. Na pesquisa feita por Barchinski (2010), averiguou-se que 82,5% das adolescentes haviam parado de estudar, corroborando com os achados da nossa pesquisa. Em outro estudo realizado na Bahia com dados do Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos de Feira de Santana, com mães adolescentes de 10 a 19 anos, foi observado que 16,6% de adolescentes com idade entre 10 a 16 anos e 40,9% com idade de 17 a 19 anos apresentaram o ensino fundamental incompleto (COSTA et al., 2001).

Para Oliveira (2003) a gestação na adolescência atinge o patamar de educação alcançada, permanecendo estas mães jovens com um nível de escolaridade mais baixo. De tal modo é verificado nesse público alto índice de baixa escolaridade, devido a evasão, abandono e dificuldade de retorno a escola (COSTA et al., 2002).

Segundo Barros e Nicolau (2013), a baixa escolaridade materna constitui um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o bebê. Entretanto afirmam que uma maior escolaridade é visto como um fator protetor em relação a uma ocorrência de recém-nascido com baixo peso.

Tabela 2- Distribuição da frequência do nível e situação escolar das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).

| Variáveis | N | % |
|-------------------------------|----|-------|
| Escolaridade | | |
| Fundamental Incompleto | 1 | 9,09 |
| Fundamental completo | 6 | 54,55 |
| Médio incompleto | 3 | 27,27 |
| Médio Completo | 1 | 9,09 |
| Superior | 0 | 0,00 |
| Interrompeu os estudos | | |
| sim | 10 | 90,91 |
| não | 1 | 9,09 |
| Reprovação | | |
| sim | 10 | 90,91 |
| não | 1 | 9,09 |

Fonte: Dados coletados nas UBSs de Monteiro, Brasil, entre janeiro e fevereiro, 2015.

5.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

5.2.1 Análise antropométrica

O IMC tem sido utilizado para avaliação do estado nutricional materno por ser um indicador antropométrico acessível, não invasivo e barato. No presente estudo foi avaliado o IMC pré-gestacional e atual da gestante. Os resultados apresentaram que uma grande proporção (63,64% - n- 7) das gestantes iniciaram a gestação com o peso adequado, uma menor parte (27,27%- n- 3) com baixo peso e apenas uma (9,09%- n-1) apresentaram estado de obesidade.

A partir dos resultados obtidos é possível visualizar que o estado pré-gestacional das adolescentes estudadas foi equivalente a de outras regiões do país. No Paraná foi observado que 64% iniciaram a gestação com o peso adequado, 28% apresentaram baixo peso e 5% foram classificadas com sobrepeso. O IMC também foi considerado adequado em 65,3% das gestantes adolescentes em São Paulo, com 27% de baixo peso, 4% de sobrepeso e 3% de obesidade. Na Paraíba, 50%

das gestantes iniciaram a gestação eutróficas e 19% apresentaram sobrepeso (FURLAN et al., 2003; MELO et al, 2007; GUERRA; HEIDY; MULINARI, 2007).

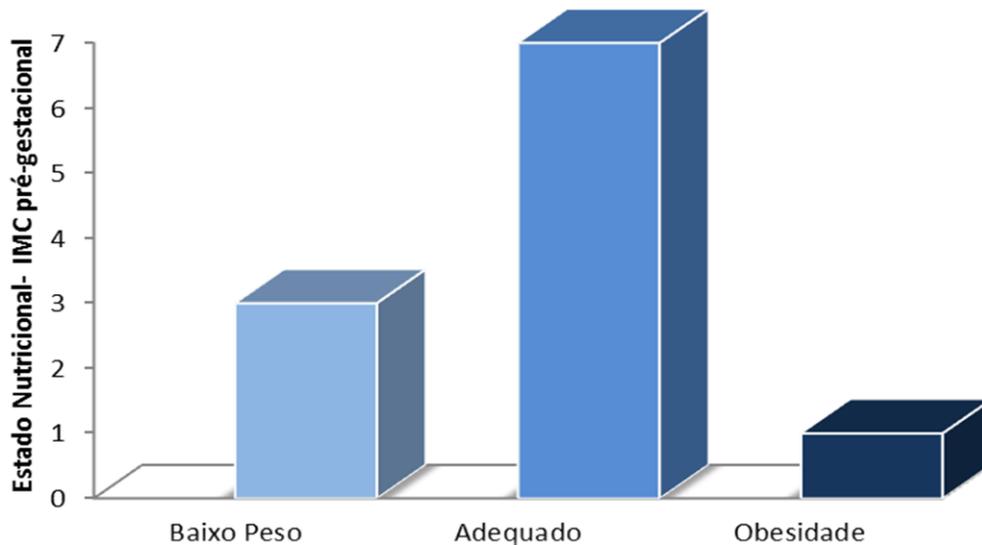


Gráfico 6- Característica da amostra segundo o IMC pré-gestacional. Fonte: Próprio Autor (2015).

Ao analisar o IMC atual, constatou-se que a prevalência de gestantes que mantiveram seu estado adequado diminuiu (45,45% - n=5), entretanto o número de adolescentes com baixo peso cresceu (36,36% - n = 3) com relação ao IMC no início da gestação, além disso, foi registrado estado de sobrepeso (9,09% - n=1), e permanência da mesma proporção para o estado de obesidade (9,09% - n=1), como mostra o Gráfico 7.

Segundo Melo (2007b) a análise do IMC atual pelo método de *Atalah* não varia em função a idade gestacional. Os percentuais mais elevados de ocorrência (normalidade) praticamente se equivalem nos dados de cada período estudado.

O diagnóstico nutricional durante a gestação tem como objetivo, conhecer o estado nutricional da gestante e intervir em situações de risco, como o baixo peso e o sobrepeso (PONTES, 2007). Para Hedrich et al. (2007), a inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.

Em estudos realizados com gestantes adolescentes há uma deficiência em analisar o parâmetro relacionado ao IMC atual. Todavia confrontando os nossos achados a estudos que analisaram o estado nutricional de gestantes jovens e

adultas segundo o IMC atual, foi verificado que a maior parte das gestantes mantiveram o diagnóstico de peso adequado e pequena parte variou entre sobrepeso e baixo peso (RAVAZANNI; SEMPREGOM, 2011; AMORIM, 2008).

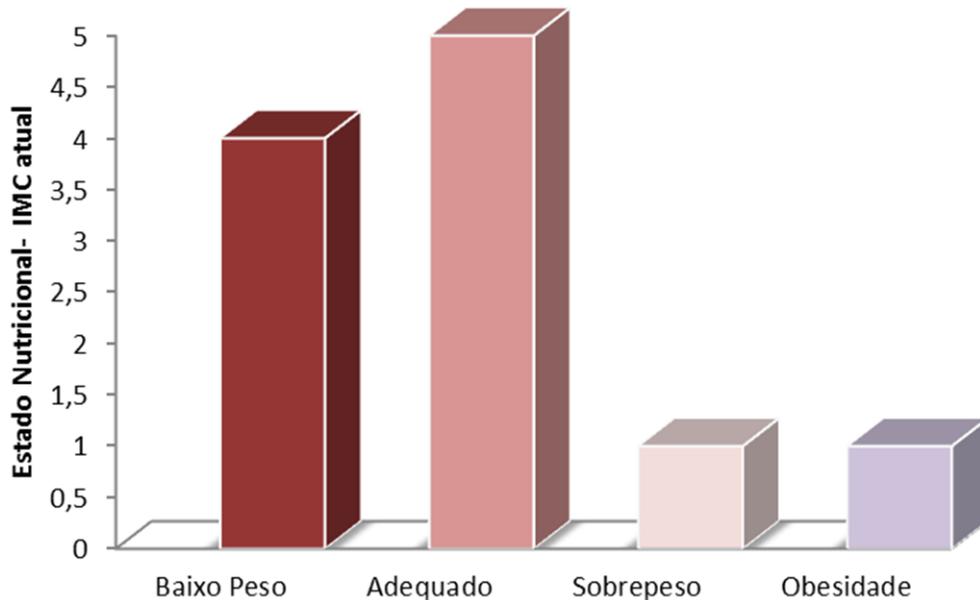


Gráfico 7 – Característica da amostra segundo o IMC atual. Fonte: Próprio Autor (2015).

Em relação ao ganho de peso gestacional das adolescentes estudadas, identificou-se que a média correspondia a $3,84 \pm 2,21$, com variação mínima de 1,63 kg e máxima de 6,05 kg de ganho. De acordo com a Tabela 3, o ganho de peso entre a maioria das gestantes foi classificado inadequado (81% - n= 9) para a idade gestacional e em uma escala menor houve adequação.

Silva (2005) realizou um estudo no Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral e constatou através da análise de ganho de peso que a maioria das gestantes jovens apresentou peso inadequado onde 41% tiveram um ganho inferior e 22% ganho excessivo. Do mesmo modo ocorreu em outro estudo realizado no mesmo local, porém em períodos diferentes, em que 60% apresentaram GPG inadequado, enquanto 37% ganharam peso adequado (GUERRA; HEYDI; MULINARI, 2007).

Para Saunders e Bessa (2009) as gestantes mais jovens tendem a apresentar menor ganho de peso quando comparadas às gestante adultas. Confirmando dessa forma com o achado no presente estudo e nos anteriormente citados.

Walker et al., (2005 apud Barros, 2009) afirma que o ganho de peso inadequado durante a gestação aumenta o risco de efeitos adversos, mesmo para aquelas mulheres que não têm sobrepeso. E se durante a gestação o ganho de peso for excessivo, aumentam ainda mais os riscos para o bebê e a mãe na gestação e parto, com consequências sérias nos percursos de vida.

Alguns estudos recomendam que a nutrição na gestação deva receber uma atenção especial, para que se detenha um ganho de peso adequado durante a gestação, pois o período de crescimento fetal ocorre simultaneamente ao da mãe, e na maioria das vezes, iniciam a gravidez com dietas inadequadas e reservas nutricionais reduzidas (BARROS et al., 2004; BARROS, 2009; BERLAMINO et al., 2009).

Tabela 3- Distribuição da frequência de acordo com a situação de ganho de peso gestacional das mães adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).

| Ganho de peso gestacional | N | % |
|---------------------------|---|-------|
| Ganho insuficiente | 9 | 81,82 |
| Ganho adequado | 1 | 9,09 |
| Ganho excessivo | 1 | 9,09 |

Fonte: Dados coletados nas UBSs de Monteiro, Brasil, entre janeiro e fevereiro, 2015.

5.2.2 Análise do consumo alimentar

Através do questionário de frequência alimentar, observou-se o perfil do consumo alimentar das gestantes estudadas. Verificou-se, que entre os alimentos consumidos o de maior frequência está entre o grupo de cereais (72,2%) e carnes vermelhas e frango (45,5%- 27,3%). Os alimentos como doces, salgadinhos, frituras e peixe tiveram uma frequência de consumo bastante reduzida, sendo consumidos eventualmente em comparação a frequência no consumo de frutas, verduras, legumes e ovos que variou entre 1 a 4 vezes por semana (Tabela 4).

Com relação ao consumo e ingestão de líquidos, descritos na Tabela 5, constatou-se uma quantidade expressiva “cinco vezes ou mais” de consumo de café e suco de fruta. Quanto ao leite e derivados 36,4% relataram ingerir “três a quatro” vezes por semana. Já para a ingestão de refrigerantes e bebidas alcoólicas foram

referidos em quantidades inexpressivas variando de “às vezes” a “nunca” respectivamente.

Na gestação não deve haver quantidades excessivas de calorias, gordura total, gordura saturada, colesterol, sódio e açúcares na dieta. Em um estudo desenvolvido no Rio de Janeiro, com linha de pesquisa voltada a gravidez na adolescência como variável explicativa do baixo peso ao nascer, o consumo alimentar foi analisado através de um questionário de frequência, onde 80% das entrevistadas referiram consumir diariamente os alimentos básicos, tais como arroz, açúcar, manteiga, pão e feijão. Foi também muito frequente o consumo de leite, refrigerantes, sucos, legumes e laranja, correspondendo a mais da metade das entrevistadas. O que difere em parte do nosso estudo, pois a maioria das gestantes relatou o baixo consumo de itens alimentares de interesse para adolescentes (VICTORA; VAUGHAN; BARROS, 2006; BARROS, 2002).

Reticena e Mendonça (2011) analisaram o perfil alimentar de gestantes adolescentes e adultas e verificaram que a maioria dos alimentos consumidos foram as frutas e hortaliças. Já os cereais e frango foram relatados como “nunca ingerido”, e foram referidos com maior frequência as carnes, doces, frituras e salgadinhos. Por outro lado a ingestão de café, leite e derivados foram os que apresentaram maior frequência e quanto aos refrigerantes o consumo era esporadicamente.

A ingestão de frutas, verduras e legumes no presente trabalho foi considerada relativamente baixa, onde a frequência semanal de consumo apresentou variação, em relação às verduras ficou entre “nunca” a “5 ou mais”, quanto as frutas a frequência foi de “às vezes” a “3 a 4 vezes”. Autores afirmam que uma dieta pobre em frutas e vegetais, e ao mesmo tempo rica em gorduras, pode estar relacionada ao aumento do risco de abortos espontâneos, ou mesmo, ser fator determinante desse risco (DI CINTIO et al. 2001).

As gestantes desse estudo relataram um baixo consumo de gorduras, açúcares, alimentos industrializados (salgadinhos, refrigerantes), porém não é possível afirmar que as mesmas possuem uma alimentação adequada, porque não se tem dados exatos do consumo calórico, de macro e micronutrientes. Esses dados achados podem ser explicados por alguns autores que sugerem que as mulheres quando grávidas aumentam e incluem alimentos em sua dieta habitual e/ou modificam seus hábitos alimentares, seja pelo aumento do apetite devido às mudanças biológicas de seu corpo, seja por preocupação com o fato de estarem

grávidas e com a busca do nascimento de um bebê saudável (HERMANSON; STORY, 2000 apud BARROS,2009; BARROS, 2002).

Tabela 4 - Distribuição da frequência dos hábitos alimentares das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).

| Alimentos | Frequência semanal | | | | | | | | | | Somatório |
|---------------------------|--------------------|------|-------------|------|----------|------|----------|------|-------|------|-----------|
| | 1 a 2 vezes | (%) | 3 a 4 vezes | (%) | 5 e mais | (%) | Às vezes | (%) | nunca | (%) | |
| Cereais | 2,0 | 18,2 | 1,0 | 9,1 | 8,0 | 72,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 11,0 |
| Carne vermelha c/ gordura | 2,0 | 18,2 | 1,0 | 9,1 | 0,0 | 0,0 | 5,0 | 45,5 | 3,0 | 27,3 | 11 |
| Carne vermelha s/ gordura | 2,0 | 18,2 | 1,0 | 9,1 | 5,0 | 45,5 | 2,0 | 18,2 | 3,0 | 27,3 | 11 |
| Doces | 1,0 | 9,1 | 1,0 | 9,1 | 2,0 | 18,2 | 5,0 | 45,5 | 1,0 | 9,1 | 11 |
| Frango | 2,0 | 18,2 | 3,0 | 27,3 | 3,0 | 27,3 | 2,0 | 18,2 | 1,0 | 9,1 | 11 |
| Frituras | 2,0 | 18,2 | 3,0 | 27,3 | 1,0 | 9,1 | 4,0 | 36,4 | 1,0 | 9,1 | 11 |
| Frutas | 2,0 | 18,2 | 4,0 | 36,4 | 2,0 | 18,2 | 3,0 | 27,3 | 0,0 | 0,0 | 11 |
| Verduras e legumes | 3,0 | 27,3 | 1,0 | 9,1 | 3,0 | 27,3 | 1,0 | 9,1 | 3,0 | 27,3 | 11 |
| Ovos | 4,0 | 36,4 | 1,0 | 9,1 | 1,0 | 9,1 | 4,0 | 36,4 | 1,0 | 9,1 | 11 |
| Peixes | 4,0 | 36,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 5,0 | 45,5 | 2,0 | 18,2 | 11 |
| Salgadinhos | 1,0 | 9,1 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 18,2 | 4,0 | 36,4 | 4,0 | 36,4 | 11 |

Fonte: Dados coletados nas UBSs de Monteiro, Brasil, entre janeiro e fevereiro, 2015.

Tabela 4- Distribuição de frequência semanal do consumo e ingestão de líquidos das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).

| Bebidas | Frequência semanal | | | | | | | | | | Somatório |
|------------------------|--------------------|------|----------------|------|-------------|------|-------------|------|-------|-------|-----------|
| | 1 a 2 vezes | (%) | 3 a 4 vezes | (%) | 5 e mais | (%) | Às vezes | (%) | nunca | (%) | |
| Café ou chá | 0 | 0,0 | 1 | 9,1 | 6 | 54,5 | 0 | 0,0 | 4 | 36,4 | 11 |
| leite ou derivados | 2 | 3,0 | 4 | 36,4 | 1 | 9,1 | 3 | 27,3 | 1 | 9,1 | 11 |
| Cerveja/chope | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 9,1 | 10 | 90,9 | 11 |
| Vinho | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | 11 |
| Outra bebida alcoólica | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 11 | 100,0 | 11 |
| Refrigerante | 2 | 18,2 | 0 | 0,0 | 2 | 18,2 | 4 | 36,4 | 3 | 27,3 | 11 |
| Suco de Fruta | 2 | 18,2 | 2 | 18,2 | 6 | 54,5 | 1 | 9,1 | 0 | 0,0 | 11 |

Fonte: Dados coletados nas UBSs de Monteiro, Brasil, entre janeiro e fevereiro, 2015.

As adolescentes também foram questionadas quanto ao fracionamento das refeições diárias, concluindo-se que 54,55% das gestantes segmentavam entre “3 a 4 vezes” e 45,45% entre “5 a 6 vezes” (Tabela 6).

A literatura sugere que o fracionamento adequado das refeições diárias, deve ser preferencialmente entre 5 a 6 refeições, e junto à ingestão hídrica recomendada (2,5L/dia), é visto como uma medida importante durante a gestação, como também determinante na redução de queixas comuns na gestação, como a azia (AMORIM, 2008).

Saunders e Bessa (2009) incentivam o aumento no número de refeições realizadas pelas gestantes durante o dia, objetivando o equilíbrio glicêmico e evitando a hipoglicemia que frequentemente está associada a fraquezas e desmaios. O aumento do fracionamento, principalmente no último trimestre, ajuda a diminuir a sensação de compressão que o feto exerce, reduzindo a queixa de plenitude gástrica.

Tabela 5- Distribuição da frequência do fracionamento das refeições das gestantes adolescentes atendidas na UBSs da cidade de Monteiro, PB, 2015, (n=11).

| Fracionamentos das refeições | N | % |
|------------------------------|---|-------|
| 1 a 2 vezes | 0 | 0 |
| 3 a 4 vezes | 6 | 54,55 |
| 5 a 6 vezes | 5 | 45,45 |
| mais de 6 vezes | 0 | 0 |

Fonte: Dados coletados nas UBSs de Monteiro, Brasil, entre janeiro e fevereiro, 2015.

5.3 AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO ESTADO NUTRICIONAL E RENDA DAS GESTANTES

Analisar as dimensões e variáveis socioeconômicas que afetam a segurança alimentar e conseqüentemente o estado nutricional do indivíduo é essencial para manter o controle da situação vivenciada. Na Tabela 7, é possível observar a relação entre o estado nutricional das gestantes estudadas e a variável renda. Àquelas adolescentes que relataram não possuir nenhuma renda encontravam-se em um EN inadequado variando de baixo peso a sobrepeso/obesidade, já as que informaram possuir até 1 (um) salário mínimo estavam em sua maioria (45,45%) adequadas, segundo o estado nutricional gestacional, entretanto a única gestante que apresentou renda de 1 a 3 salários mínimos foi classificada como baixo peso.

Para Camarano (1998) as baixas condições sociais e renda estão relacionadas com o maior risco de engravidar na adolescência. A situação de pobreza potencializa riscos principalmente em mães jovens que se soma com a falta de estrutura emocional, não contando muitas vezes com o apoio do pai da criança e/ou da família (GAMA, 2002).

Segundo Silvia e Barros (2002) renda inferior a um, ou de um a três salários mínimos pode ser considerado baixa renda. No seu estudo uma parcela significativa de mulheres, 78,4%, sobrevive com até dois salários mínimos. Do mesmo modo ocorreu na pesquisa de Hedrichet al. (2007) a qual identificou o perfil alimentar e socioeconômico das gestantes no Paraná, onde 82,5% mantem-se com 1 a 3 salários mínimos. Assemelhando-se com o nosso trabalho, em que a prevalência de baixa renda familiar está na totalidade da amostra. Têm-se afirmado que as

condições socioeconômicas desfavoráveis produzem resultados negativos na saúde da população, e quanto maior a renda, maior o poder de compra, o que influencia por sua vez na saúde materna e fetal (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000)

Tabela 6-Associação do estado nutricional (avaliado pelo IMC) atual das gestantes estudadas e a renda familiar, Monteiro, PB, 2015.

| Variáveis | Baixo Peso | % | Adequado | % | Sobrepeso/ Obesidade | % | Total |
|----------------------|-------------------|----------|-----------------|----------|---------------------------------|----------|--------------|
| Nenhuma Renda | 2 | 18,18 | 0 | 0,00 | 1 | 9,09 | 3 |
| Até 1 salário | 1 | 9,09 | 5 | 45,45 | 1 | 9,09 | 7 |
| 1-3 Salários | 1 | 9,09 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 |
| Total | 4 | 36,36 | 5 | 45,45 | 2 | 18,18 | 11 |

Fonte: Dados coletados nas UBSs de Monteiro, Brasil, entre janeiro e fevereiro, 2015.

6 CONCLUSÃO

A gravidez na adolescência tem sido temática que assume o status de problema social. Sua prevalência em países desenvolvidos e subdesenvolvidos tem despertado o interesse de profissionais de saúde e pesquisadores da área, devido a associação de duas fases do desenvolvimento da vida.

Os resultados encontrados nesse estudo possibilitaram a análise da situação socioeconômica, biológica e sua relação no estado nutricional das gestantes participantes, concluindo-se que:

- ✓ A maioria das adolescentes são primíparas e possuem idade ginecológica maior que dois anos. Entretanto a análise isolada dessa variável não nega o risco que as mesmas correm, devido o desenvolvimento simultâneo da gestação e adolescência;
- ✓ A frequência e assistência pré-natal mostraram-se positiva e indispensável no acompanhamento e repasse das informações pertinentes a alimentação e uma boa gestação;
- ✓ As condições socioeconômicas do público avaliado representam uma situação de vulnerabilidade, vistos como fatores de risco para o desenvolvimento de uma gestação saudável, como por exemplo, baixa idade, relações conjugais instáveis, situação econômica desfavorável com dependência financeira e baixa escolaridade;
- ✓ A avaliação antropométrica mostrou que a maioria das gestantes iniciou a gestação com peso adequado, porém ao analisar o IMC gestacional parte das adolescentes encontravam-se em risco nutricional, seja por baixo peso, sobrepeso e obesidade. Demonstrando que o ganho de peso entre as mesmas foi inadequado para a idade gestacional;
- ✓ Percebe-se que mais da metade das adolescentes estudadas receberam orientação nutricional durante as consultas de pré-natais, todavia observa-se a inadequação do EN no decorrer da gestação, o que nos leva a crer que as políticas sociais e programas educativos voltados a gestantes adolescentes, precisam ser mais efetivos e profissionais qualificados, de um modo que as empoderem para hábitos e escolhas saudáveis e que estas orientações sejam oferecidas de acordo com as possibilidades econômicas, sociais e culturais das jovens;

- ✓ O questionário de frequência utilizado para a análise do consumo possibilitou conhecer de forma prática a alimentação e principais grupos alimentares ingeridos por estas jovens. Demonstrando que a ingestão alimentar das mesmas convergem com outros estudos, visto o consumo eventual e/ou inexistente de salgadinhos, frituras, refrigerantes comuns nessa fase. No entanto, é importante ressaltar a inclusão de mais itens na lista de alimentos e uma avaliação mais detalhada dos nutrientes em excesso ou em escassez.

Logo, considerando um problema social é fundamental que políticas públicas planejem e produzam estratégias que evitem a gravidez nessa fase, porém caso esta ocorra, é fundamental o conhecimento das variáveis que influenciam e envolvem a saúde e nutrição da mãe e do bebê, para subsidiar políticas de intervenções nutricionais que possibilitem a promoção e melhores resultados na gravidez. Por fim, destaca-se a necessidade de outras pesquisas que envolvam a temática “gestação na adolescência”, abrangendo uma amostra maior, e outras dimensões na avaliação nutricional dessa população.

REFERÊNCIAS

AMORIM, S. M. R. F. Perfil Nutricional de gestantes atendidas por duas unidades básicas de saúde de Londrina, PR. **UNOPAR cient. Biol. Saúde**, Londrina, v. 10, n.2, p. 75-82, 2008.

ANDRETO, L. M.; SOUZAM, A. I.; FIGUEIRO, A, J. N.; CABRAL, J. E. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, São Paulo, v.10, n3, p.352-360, 2006.

AQUINO-CUNHA, M.; ANDRADE, M. Q.; NETO, J. T.; ANDRADE, T. Gestação na Adolescência: Relação com o baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio Branco, v. 24, n. 8, 2002.

ARAGÃO, JÚLIO. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, Volta Redonda, n. 6, 2011.

ASSIS, F.; VASCONCELOS, G. **Avaliação nutricional de coletividades**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2007.

ATALAH, S. E.; CASTILLO, L. C.; CASTRO, S. R.; AMPARO, A. P. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Revista Médica de Chile**, v.125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, 2008.

BARALDI, A. C. P; DAUD, Z. P; ALMEIDA, A. M; GOMES, F. A; NAKANO, A. M. S. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, n.15, 2007.

BARCHUNSKI, M. **Avaliação de o consumo alimentar de gestantes adolescentes de um serviço de saúde do município de Criciúna, SC**. 2010. 89f. Monografia (curso de Nutrição)- Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, Criciúma. 2010.

BARRETO, L.; OLIVEIRA, M.; VIEIRA, V. A.; CARDOSO, E. A. M.; FILIPINI, S. M. Investigando os fatores que influenciam e desencadeiam a gravidez na

adolescência. In: Encontro Latino Americanos de Iniciação científica, n.15, 2011, São Paulo, **Anais**, 2011, p. 7.

BARROS, D. C., LEAL, M. C., PEREIRA, R. A. **O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro**. 2002. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

BARROS, M. A. R.; NICOLAU, A. I. O. Fatores socioeconômicos da gestante associados ao peso do recém-nascido. **Revista Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v. 7, n. 7, 2013.

BARROS, D. C. **Avaliação nutricional antropométrica de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro**. 2009. 145f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

BERLAMINO, G. O. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**. Fortaleza, v. 22, n. 2. 2009.

BERTIN, R. L. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino da cidade de São Mateus do Sul, Paraná, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4. 2008.

BOUZAS, I.; MIRANDA, A. T. Gravidez na adolescência. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 27-30, 2004.

BRASIL. Conselho nacional de segurança alimentar e nutricional- CONSEA. **Lei nº 11.346: Lei de segurança alimentar e nutricional. 2006**

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990. Disponível:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 02 de nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde- MDS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, princípio e Diretrizes**- DF. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada**: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**. Secretaria de Políticas de Saúde Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. Data sus. **Nascidos mortos**. 2013a. Disponível em :<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>>.

BRASIL. Ministério da saúde. Data sus. **Nascidos vivos**. 2013b. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/pnvpb.def>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Secretária Executiva. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar - Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Brasília, 2008b.

BRASIL. **Ministério do desenvolvimento social e combate a fome**. 2008. Disponível em:<<http://www.mds.gov.br/backup/programas/seguranca-alimentar-e-nutricional-san/consad>>.

BRASIL. PORTAL SAÚDE. **Campanhas educativas previnem a gravidez precoce no país**. 2012. Disponível em:< <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/campanhas-educativas-previnem-a-gravidez-precoce-no-pais>>. Acesso 03 de jul. 2014.

CAMARANO, A. C., 1998. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas** (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, org.) pp. 109-133, Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento.

CIAMPO, L. A.; DANELUZZ, J. C.; RICCO, R. G. Mãe adolescente: estudo em uma unidade básica de saúde. **Revista Pediatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, 2000.

COSTA, E. L. SENA. M. C. F. DIAS. A. Gravidez na adolescência- determinante para prematuridade e baixo peso. **Com. Ciências Saúde**. Brasília- DF, v. 22, n. 1. 2001.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, C. A. T.; SOBRINHO, C. L.; FREITAS, J. O.; FERREIRA, K. A.S L. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 3, 2001.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, C. A. S. T.; SOBRINHO, C. N.; MOURA, M. S. Q.; SOUZAR, K. E. P.; ASSIS, D. R. Gravidez na adolescência: Associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas com resultado neonatal. **Núcleo de estudo e pesquisa na infância e adolescência**, Bahia, 2002.

DOMINGOS, A. C. **Gravidez na Adolescência: Enfrentamento na estratégia de saúde da família**. 39 f. Monografia (Especialização em Atenção básica e Saúde da família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. 2010.

EISENSTEIN, EVELYN. Adolescência: definições, conceitos e critérios e critérios. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 1-2, 2005.

ENGSTROM, E.; CASTRO, I. R. R.; DAMIÃO, J. J.; DIAS, M. A. B.; ROTENBERG, S.; MARCOLAN, S. Diagnóstico e Acompanhamento Nutricional de gestantes. In: DUARTE, A. C. G.. **Avaliação Nutricional: Aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007. p 106.

ESTEVES, J R. **Trajetórias de vida: repercussões da gravidez adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES. Espírito Santo, 2005.

FAGEN, C. Nutrição durante a gravidez e lactação. In: _____ **Krause, alimentos, nutrição & dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. P. 1242.

FERRO, F. C.; LOPES, J. L. Gravidez na adolescência X condições socioeconômicas da família: existe correlação? Uma análise para o Brasil nos últimos 10 anos. IN: *Ética na pesquisa Científica*, n. 7, 2012, Paraná, **Anais**, ed. NUPEM, 2012, p 14.

FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **O estado da insegurança alimentar no mundo em 2006: erradicar a Fome mundo fazendo uma análise, dez anos após a Cúpula Mundial da Alimentação**. 2006. Disponível em <<http://www.fao.org/docrep/009/a0750e/a0750e00.HTM>>

FORMIGA, M. C. C.; RAMOS, P. C. F. Influência dos fatores socioeconômicos Maternos na sobrevivência de crianças menores de 5 anos de idade no estado do Rio Grande do Norte. IN: Encontro da Associação Brasileira de Estudos populacionais, n. 13, 2002, Minas Gerais, **Anais**, 2002, p. 25.

FURLAN, J. P.; GUAZZELLI, C. A. F.; PAPA, A. ., 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. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 25, n. 9, 2003.

FRANCESCHINI, S. do C.C.; EUCLYDES, M. P.; PRIORE, S. E.; RIBEIRO, S. M. R. **R. Nutrição da gestante e nutriz adolescente: Aspectos relacionados ao crescimento, estado nutricional e alimentação.** In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2004.

GAMA, S. G. N. **A gravidez na adolescência e efeitos adversos no recém-nascido: um estudo no município do Rio de Janeiro, 1999-200.** 153f. Tese (Doutorado em saúde pública). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

GERRA, A. F. F. S; HEYDE, M. E. D. V; MULINARI, R. A. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém- nascidos de gestantes adolescentes. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia.** Curitiba, v. 29, n. 3, 2007.

HEDRICH, A.; NOVELLO, D.; RUVIARO, L.; ALVES, J.; QUINTILIANO, D. A. Perfil alimentar, estado nutricional, de saúde e condições sócio- econômicas de gestantes assistidas por centro de saúde do município de Guarapuava- PR. **Revista salud-guarapuava**, Paraná, v. 1, n. 2, 2007

INSTITUTE OF MEDICINE. **Nutrition during pregnancy.** Washington DC: National Academies Press; 2009

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico** – Sala de imprensa – 2012b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 de ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA- IBGE. **Síntese de Indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em:<ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf>. Acesso em: 02 de ago. 2014.

KASSAR, S. B. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, 2005.

LOPES, A. OLIVEIRA, A. F. BLEIL. **Apostila de Avaliação**- Nutricional. Faculdade Assis Gurgaz, Paraná, 2008.

MELO, A. S. O.; ASSUNÇÃO, P. L.; GONDIM, S. S. R.; CARVALHO, D. F.; AMORIM, M. M. R.; BENÍCIO, M. H. D.; CARDOSO, M. A. A. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Revista Brasileira Epidemiologia**, Campina Grande, v. 10, n. 2, 2007.

MELO, M. I. B. **Avaliação do estado nutricional de gestantes utilizando três métodos de classificação antropométrica: um estudo transversal**. 2007. 88f. Dissertação (Mestrado em saúde materno- infantil). Instituto Materno Infantil- IMIP, Recife, 2007b.

MOÇO, A. **Orientação sexual: Gravidez precoce**. In: Revista Nova Escola. Ano XVIII. Nº212. Mai. 2008.

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, Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo, 2000.

MONTOVANELLI, I; AULER, F. Consumo alimentar de gestantes adolescentes cadastradas na Unidade básica de saúde de Mandaguaçu, PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.2, n.3, p.349-355, 2009.

NEVES, A.C. **Perfil das gestantes atendidas na maternidade escola Assis Chateaubriand e Associação entre idade Materna e Baixo Peso ao Nascer**. 104 f. 2002. Mestrado em Saúde Pública (dissertação).Fortaleza: Universidade Federal do Ceará - Departamento de Saúde Comunitária; 2002.

NOCHIERI, A. C. M.; ASSUMPÇÃO, M. G.; 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.

OLIVEIRA, F. C.. **Perfil da adolescente grávida quanto aos aspectos sócio demográficos, psicológicos e de saúde sexual e reprodutiva**. 2003. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da saúde). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

OLIVEIRA, Leidy Diana de Souza de. **Modelo de segurança alimentar e nutricional e seus determinantes socioeconômicos e comportamentais: modelagem de equações estruturais**. 150 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2010.

OLIVEIRA, S. C.; VASCONCELOS, M. G. L.; OLIVEIRA, E. C. A.; NETO, P. J. A. V. Análise do Perfil de Adolescentes grávidas de uma comunidade no Recife- PE. **Revista Rene**, Fortaleza, v.120, n.3, p. 561, 2011.

OLIVEIRA, S. P.; THEBAUD-MONY, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n. 2, 1997.

PONTES, M. H. **Avaliação do estado nutricional das gestantes assistidas no serviço do pré-natal em uma unidade primária de saúde de fortaleza**. 2007. 46f. Monografia (Especialização em Nutrição Materno-infantil e do adolescente.). Escola de Saúde Pública, Fortaleza, 2007.

RETICENA, K. O.; MENDONÇA, F. F. Perfil Alimentar de Gestantes atendidas em um hospital da Região Noroeste do Paraná. **UNOPAR científica Ciências Biológica Saúde**. Paraná, v. 14, n. 2, p 99-104, 2012.

SALLES-COSTA, R.; PEREIRA, R. A.; VASCONCELOS, M. T. L.; VEIGA, G. V.; MARIN, V. M. R.; JARDIM, B. C.; GOMES, F. S.; SICHIERI, R. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 21 (suplemento), 2008.

SAUNDERS, C.; BESSA, T. C. D. A. A Assistência Nutricional Pré-Natal. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 1. ed. 4. reimp. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009.p 150-164.

SEMPREBOM, R. M.; RAVAZZANI, E. Avaliação nutricional e análise da ingestão proteica em gestantes. **Caderno da Escola de saúde**, Curitiba, 2011.

SICHIERI, R.; CASTRO, J. F. G.; MOURA, A. S. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003.

SILVA, A. F. F. **Gestação na adolescência: Impacto do Estado Nutricional no peso do recém-nascido**. 2005. 75 f. Dissertação (Curso de pós-graduação em medicina interna)- Universidade Federal do Paraná. 2010.

SILVA, J. B; BARROS, M, B, A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana Saúde Publica**, Campinas, v.12, n.6, p. 375-383, 2002.

STANG, JAMIE. Nutrição na adolescência. In: MAHAN. L. K. et al. (Org). **Krause, Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. Rio Janeiro: Elsevier, 2010. p 246-265.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer Capítulo IV. São Paulo: **Edusp**, 2001. Disponível em:<
<http://people.ufpr.br/~nilce/metci.%20contrib.%20de%20Joel%20.%20abordagens%20quali%20e%20quanti..pdf>>. Acesso em 20 de jun de 2014.

TREVISAN, M. R.; LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER, K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**. Caxias do Sul, v. 24, n. 5, 2002.

VÍTOLO, Márcia Regina. **Nutrição: da gestação à adolescência**. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso, 2008.

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

YAZLLE, D. H. E. M. Gravidez na Adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Minas gerais, v.28, n. 8, p. 443, 2006.

APÉNDICE

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinados a responsável pelas menores de 18 anos.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando a você a autorização para que a menor pelo qual você é responsável participe da pesquisa: “O perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, no município de Monteiro, PB” que pretende avaliar o perfil nutricional de gestantes adolescentes e a sua relação com os fatores socioeconômicos, visto a importância do conhecimento do estado nutricional das gestantes adolescentes, por serem considerados de risco nutricional devido seus hábitos alimentares.

Esta pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna de graduação e pesquisadora assistente, Layse Christine Araujo Silva que está sob a orientação da professora e pesquisadora responsável Ms. Nilcimelly Rodrigues Donato.

Caso você decida autorizar, ela será submetida a coleta de dados como peso e altura, que serão colhidos no ato do pré-natal, na sua Unidade Básica de Saúde, assim como responder a um questionário socioeconômico e uma lista de frequência alimentar, que definirá o que ela consome em relação aos principais grupos de alimentos. Os procedimentos durarão em torno de 30 min a 40 min e a participação dela será voluntária e sem interesse financeiro. Durante a realização do questionário, inquérito alimentar e dados como peso e altura a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que ela corre é semelhante àquele sentido numa consulta pré-natal, sendo reconhecidos como constrangimento ou recusa à participação. Além disso, pretende-se através desse estudo gerar dados do estado nutricional das gestantes adolescentes, beneficiando-as por meio de estratégias de saúde nas soluções dos problemas.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com as pesquisadoras. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar, e caso venha a aceitar a participar desse projeto, estará garantido que poderá desistir a qualquer momento, informando apenas sua decisão.

Os dados que ela nos fornecerá serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-la, assegurando o sigilo da sua participação, de acordo com as exigências **da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, que disciplina pesquisas com seres humanos.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Nilcimelly Rodrigues Donato.

Desde já agradecemos sua colaboração,

Informações para contato e esclarecimentos:

Nome: Nilcimelly Rodrigues Donato

Endereço (Setor de Trabalho): Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Educação e Saúde/ Curso de Nutrição/ Sítio Olho d'água da Bica, s/n, Cuité

Telefone: (83) 33721809

E mail: mellydonato@gmail.com

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, representante legal do menor _____, autorizo sua participação na pesquisa “O perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, no município de Monteiro, PB”.

Esta autorização foi concedida após os esclarecimentos que recebi sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados, e também por ter compreendido todos os direitos que ela terá como participante e eu como seu representante legal.

Autorizo, ainda, a publicação das informações fornecidas por ela em congressos e/ou publicações científicas, desde que os dados apresentados não possam identificá-la.

Monteiro, _____

Assinatura do Representante Legal

Declaração de compromisso das pesquisadoras

Como pesquisadoras responsável e participante pelo estudo, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados a participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade da mesma.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Monteiro, _____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador participante

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinado a maiores de idade.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa: “O perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, no município de Monteiro, PB” que pretende avaliar o perfil nutricional de gestantes adolescentes e a sua relação com os fatores socioeconômicos, visto a importância do conhecimento do estado nutricional das gestantes adolescentes, por serem considerados de risco nutricional devido seus hábitos alimentares.

Esta pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna de graduação e pesquisadora assistente, Layse Christine Araujo Silva que está sob a orientação da professora e pesquisadora responsável Ms. Nilcimelly Rodrigues Donato.

Caso deseje participar, submeteremos você a uma coleta de dados como peso e altura, que serão colhidos no ato do pré-natal, na sua Unidade Básica de Saúde, assim como responder a um questionário socioeconômico e uma lista de frequência alimentar, que definirá o seu consumo em relação aos principais grupos de alimentos. Os procedimentos durarão em torno de 30 min a 40 min e a sua participação será voluntária e sem interesse financeiro. Durante a realização do questionário, inquérito alimentar e dados como peso e altura a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido numa consulta pré-natal, sendo reconhecidos como constrangimento ou desconforto. Além disso, pretende-se através desse estudo gerar dados do estado nutricional das gestantes adolescentes, beneficiando vocês por meio de estratégias de saúde nas soluções dos problemas.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com as pesquisadoras. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar, e caso venha a aceitar a participar desse projeto, estará garantido que poderá desistir a qualquer momento, informando apenas sua decisão.

Os dados que você nos fornecerá serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-la, assegurando o sigilo da sua participação, de acordo com as exigências **da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, que disciplina pesquisas com seres humanos.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Nilcimelly Rodrigues Donato.

Desde já agradecemos sua colaboração,

Informações para contato e esclarecimentos:

Nome: Nilcimelly Rodrigues Donato

Endereço (Setor de Trabalho): Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Educação e Saúde/ Curso de Nutrição/ Sítio Olho d'água da Bica, s/n, Cuité

Telefone: (83) 33721809

E mail: mellydonato@gmail.com

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, aceito participar da pesquisa “O perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, no município de Monteiro, PB”.

Esta autorização foi concedida após os esclarecimentos que recebi sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados, e também por ter compreendido todos os direitos que tenho como participante.

Autorizo, ainda, a publicação das informações fornecidas em congressos e/ou publicações científicas, desde que os dados apresentados não possam me identificar.

Monteiro, _____

Assinatura do Participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisadora responsável e participante pelo estudo, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados a participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Monteiro, _____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador participante

APÊNDICE C – Ficha de Avaliação Nutricional



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

Dados para a Avaliação Nutricional

Nome: _____

Idade: _____ DUM: _____ PPG: _____ Peso Atual: _____

Altura: _____ IMC pré-gestacional: _____ IMC atual: _____

Semana gestacional: _____ Estado Nutricional: _____

APÊNDICE D – Inquérito Alimentar



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

Frequência Alimentar

| Alimentos | Frequência de Consumo (semanal) | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|-------------|----------|----------|-------|
| | 1 a 2 vezes | 3 a 4 vezes | 5 e mais | Às vezes | Nunca |
| Cereais | | | | | |
| Carne vermelha com gordura | | | | | |
| Carne vermelha sem gordura | | | | | |
| Doces | | | | | |
| Frango | | | | | |
| Frituras | | | | | |
| Frutas | | | | | |
| Verduras e legumes | | | | | |
| Ovos | | | | | |
| Peixes | | | | | |
| Salgadinhos | | | | | |

| BEBIDAS | Frequência de Consumo (semanal) | | | | |
|------------------------|---------------------------------|-------------|----------|----------|-------|
| | 1 a 2 vezes | 3 a 4 vezes | 5 e mais | Às vezes | Nunca |
| Café ou chá | | | | | |
| Leite ou derivados | | | | | |
| Cerveja/ chope | | | | | |
| Vinho | | | | | |
| Outra bebida alcoólica | | | | | |
| Refrigerante | | | | | |

Fracionamento das refeições diária: _____

APÊNDICE E – Questionário socioeconômico e obstétrico



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

Dados pessoais

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: _____

Questionário socioeconômico

1 Estado Civil

- Separada
 Solteira
 Casada
 Viúva
 Outros:

2 Qual o seu tipo de moradia?

- Própria.
 Alugada.
 Cedida.
 Outros.

3 Quantas pessoas moram com você?

- Duas
 Três
 Quatro

- Cinco
 6 ou mais

Mora sozinho

4 Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal.

- Nenhuma renda.
 Até 1 salário mínimo (até R\$ 724,00).
 De 1 a 3 salários mínimos
 De 3 a 6 salários mínimos

5 - Você estuda?

- sim
 Não

06 - Qual a sua escolaridade:

- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Médio incompleto
- Superior

07- Já teve alguma reprovação?

- sim
- Não

08- Interrompeu os estudos

- Sim
- Não

Questionário Obstétrico**09 -Com quantos anos você engravidou pela primeira vez?**

- 10 a 11 anos
- 12 a 13 anos
- 14 a 15 anos
- 16 a 17 anos
- 18 a 19 anos

10 - Quantos filhos você tem?

- Um
- dois
- três ou mais

11- Qual sua idade gestacional?

- menos que 20 semanas
- até 20 semanas
- Maior que 20 semanas

12- Quantas consultas pré-natais você já realizou?

- Uma consulta
- Duas
- Três
- Quatro
- Cinco
- Seis
- Sete
- Mais de sete

13- Receberam alguma orientação sobre a importância de uma alimentação adequada?

- Sim
- Não

APÊNDICE F - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ aceito participar da pesquisa “O perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, no município de Monteiro, PB”. Declaro que a pesquisadora me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer, assim como seu principal objetivo.

Entendi que não sou obrigada a participar da pesquisa, eu decido se quero ou não participar.

A pesquisadora também me explicou todos os procedimentos que relacionam as coletas dos dados antropométricos (peso e altura), como também do questionário socioeconômico e o inquérito alimentar que irei responder, e dá minha escolha em não responder perguntas que me trazem constrangimento.

Compreendi, também, que a pesquisa será feita na minha Unidade Básica de Saúde, e do benefício que este estudo pode trazer para as gestantes adolescentes da cidade de Monteiro/PB e que os riscos que eu corro são mínimos. Além disso, minha identidade será mantida em sigilo.

Dessa forma, concordo livremente participar da pesquisa.

Monteiro, ____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa

APÊNDICE G – Termo de compromisso das pesquisadoras



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

Termo de Compromisso

Eu Layse Christine Araujo Silva, de CPF, pertencente ao Centro de Educação e Saúde do Departamento de Nutrição da UFCEG, pesquisadora participante pelo Projeto de pesquisa intitulado como “O perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, no município de Monteiro, PB”, comprometo-me a observar e cumprir as normas da Resolução 466/2012 do CNS em todas as fases da pesquisa.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora participante

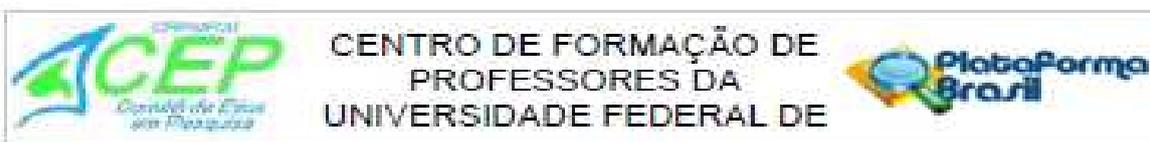
ANEXO

ANEXO 1- Diagnóstico nutricional da gestante conforme o índice de massa corporal (IMC) e a idade gestacional.

| Índice de Massa Corporal (IMC) = $\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$ | | | | | | |
|---|-----------------------|------------------------|------|-------------------------|------|---------------------|
| Semana gestacional | Baixo peso (BP) IMC ≤ | Adequado (A) IMC entre | | Sobrepeso (S) IMC entre | | Obesidade (O) IMC ≥ |
| 6 | 19,9 | 20,0 | 24,9 | 25,0 | 30,0 | 30,1 |
| 8 | 20,1 | 20,2 | 25,0 | 25,1 | 30,1 | 30,2 |
| 10 | 20,2 | 20,3 | 25,2 | 25,3 | 30,2 | 30,3 |
| 11 | 20,3 | 20,4 | 25,3 | 25,4 | 30,3 | 30,4 |
| 12 | 20,4 | 20,5 | 25,4 | 25,5 | 30,3 | 30,4 |
| 13 | 20,6 | 20,7 | 25,6 | 25,7 | 30,4 | 30,5 |
| 14 | 20,7 | 20,8 | 25,7 | 25,8 | 30,5 | 30,6 |
| 15 | 20,8 | 20,9 | 25,8 | 25,9 | 30,6 | 30,7 |
| 16 | 21,0 | 21,1 | 25,9 | 26,0 | 30,7 | 30,8 |
| 17 | 21,1 | 21,2 | 26,0 | 26,10 | 30,8 | 30,9 |
| 18 | 21,2 | 21,3 | 26,1 | 26,2 | 30,9 | 31,0 |
| 19 | 21,4 | 21,5 | 26,2 | 26,3 | 30,9 | 31,0 |
| 20 | 21,5 | 21,6 | 26,3 | 26,4 | 31,0 | 31,1 |
| 21 | 21,7 | 21,8 | 26,4 | 26,5 | 31,1 | 31,2 |
| 22 | 21,8 | 21,9 | 26,6 | 26,7 | 31,2 | 31,3 |
| 23 | 22,0 | 22,1 | 26,8 | 26,9 | 31,3 | 31,4 |
| 24 | 22,2 | 22,3 | 26,9 | 27,0 | 31,5 | 31,6 |
| 25 | 22,4 | 22,5 | 27,0 | 27,1 | 31,6 | 31,7 |
| 26 | 22,6 | 22,7 | 27,2 | 27,3 | 31,7 | 31,8 |
| 27 | 22,7 | 22,8 | 27,3 | 27,4 | 31,8 | 31,9 |
| 28 | 22,9 | 23,0 | 27,5 | 27,6 | 31,9 | 32,0 |
| 29 | 23,1 | 23,2 | 27,6 | 27,7 | 32,0 | 32,1 |
| 30 | 23,3 | 23,4 | 27,8 | 27,9 | 32,1 | 32,2 |
| 31 | 23,4 | 23,5 | 27,9 | 28,0 | 32,2 | 32,3 |
| 32 | 23,6 | 23,7 | 28,0 | 28,1 | 32,3 | 32,4 |
| 33 | 23,8 | 23,9 | 28,1 | 28,2 | 32,4 | 32,5 |
| 34 | 23,9 | 24,0 | 28,3 | 28,4 | 32,5 | 32,6 |
| 35 | 24,1 | 24,2 | 28,4 | 28,5 | 32,6 | 32,7 |
| 36 | 24,2 | 24,3 | 28,5 | 28,6 | 32,7 | 32,8 |
| 37 | 24,4 | 24,5 | 28,7 | 28,8 | 32,8 | 32,9 |
| 38 | 24,5 | 24,6 | 28,8 | 28,9 | 32,9 | 33,0 |
| 39 | 24,7 | 24,8 | 28,9 | 29,0 | 33,0 | 33,1 |
| 40 | 24,9 | 25,0 | 29,1 | 29,2 | 33,1 | 33,2 |
| 41 | 25,0 | 25,1 | 29,2 | 29,3 | 33,2 | 33,3 |
| 42 | 25,0 | 25,1 | 29,2 | 29,3 | 33,2 | 33,3 |

Fonte: Atalah et al. Revista Médica de Chile, 1997.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, no município de Monteiro-PB

Pesquisador: Nilcimeily Rodrigues Donato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39142114.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 941.594

Data da Relatoria: 28/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa que identificará o perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes do município de Monteiro localizado no estado da Paraíba. Afim de gerar subsídios para o município de Monteiro a favor da saúde das gestantes adolescentes.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde, no município de Monteiro, PB.

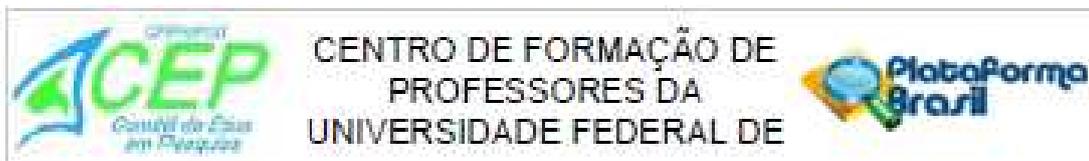
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta como relevante pois busca compreender os aspectos relacionados ao estado nutricional de gestantes adolescentes.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 041.024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Nilcimely Rodrigues Donato redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a **APROVAÇÃO** do projeto **GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: perfil nutricional e socioeconômico de gestantes adolescentes assistidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, no município de Monteiro-PB, número 39142114.8.0000.5575** e sob responsabilidade de Nilcimely Rodrigues Donato.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 29 de Janeiro de 2015

Assinado por:

Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 55.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br