

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

RAYELLE ESDYLA DE LIMA FERREIRA

**PERFIL DO ESTADO NUTRICIONAL DE UM GRUPO DE
GESTANTES DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO
SERIDÓ ORIENTAL PARAIBANO**

Cuité/PB

2015

RAYELLE ESDYLA DE LIMA FERREIRA

**PERFIL DO ESTADO NUTRICIONAL DE UM GRUPO DE GESTANTES DE UM
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO SERIDÓ ORIENTAL PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição com área de concentração em Nutrição Clínica.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues.

Cuité/PB

2015

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

R383a Ferreira, Rayelle Esdyla de Lima.

Análise do estado nutricional de um grupo de gestantes de um município de pequeno porte do seridó oriental paraibano. / Rayelle Esdyla de Lima Ferreira. – Cuité: CES, 2015.

54 fl.

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

Orientadora: Raphaela Araújo Veloso Rodrigues.

1. Gestação. 2. Consumo alimentar. 3. Estado nutricional.
I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.1/2

RAYELLE ESDYLA DE LIMA FERREIRA

**ANÁLISE DO ESTADO NUTRICIONAL DE UM GRUPO DE GESTANTES DE UM
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO SERIDÓ ORIENTAL PARAIBANO**

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

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues
Universidade Federal de Campina Grande
Orientador

Prof^a Msc. Ana Paula Mendonça Falcone
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Prof^a Msc. Mayara Queiroga Barbosa
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Cuité/PB

2015

Dedico este trabalho a Deus autor e consumidor da minha fé que sempre foi o motivo maior para realização de tal conquista e aos meus pais que sempre me apoiaram e me incentivaram nessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom da vida, pela oportunidade de está concluindo este curso. Agradeço imensamente por todo o tempo que Ele esteve presente ao meu lado e nunca me desamparou sempre me cercando de forças para vencer os obstáculos e me conduzindo espiritualmente para alcançar este sonho.

Aos meus pais, **José Ramalho e Elizelda Ferreira** que são a minha base, pelo amor, incentivo e apoio incondicional oferecido, pelas ajudas de oração e todo esforço que sempre fizeram para que eu concluísse mais uma etapa importante da minha vida. Amo muito vocês!

À minha família, que é um elo indispensável no meu sucesso, agradeço especialmente a minha tia **Edivânia Claudino**, pelas palavras de incentivo, pelas orações e por sempre acreditar no meu futuro profissional.

À esta **universidade**, seu corpo docente, direção e administração composto de pessoas capacitadas e pela oportunidade concedida do curso.

À minha orientadora **Raphaela Rodrigues**, pela oportunidade, apoio e paciência na elaboração desse trabalho, além do suporte na construção do meu conhecimento.

À todos os meus **professores**, que foram os portadores do conhecimento e ensinamentos que instigaram meu aprendizado.

Às minhas amigas de curso **Jéssica Moraes, Lidiane Gomes, Polyana Macêdo e Társila Estefânia** que sempre estiveram me conduzindo nesse percurso, companheiras infalíveis de jornada que fizeram parte da minha formação e vão continuar presentes em minha vida.

À equipe de profissionais da **unidade básica de saúde “Severino Luiz Fernandes”**, que abriram suas portas para que a pesquisa fosse realizada.

À todas as **gestantes** entrevistadas, agradeço pela colaboração e compreensão que tiveram em tornar esse trabalho possível.

À **todos** que de modo direto ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”.

Paulo Freire

RESUMO

FERREIRA, R. E. L. **Perfil do estado nutricional de um grupo de gestantes de um Município de pequeno porte do Seridó Oriental Paraibano.** 2015. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

Durante a gestação são verificadas alterações fisiológicas que resultam principalmente de fatores mecânicos e hormonais. E devido se tratar do binômio mãe-feto, envolvendo diversos riscos à saúde, é fundamental a importância do cuidado materno. Dessa forma, a orientação é aumentar o aporte energético e de nutrientes na gestação para manutenção do estado nutricional materno, fornecendo as demandas fisiológicas necessárias de cada trimestre gestacional, com o intuito de ganho de peso adequado à mãe e ao recém-nascido. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi realizar a avaliação nutricional e consumo de frequência alimentar de um grupo de gestantes atendidas na UBS Severino Luiz Fernandes da zona urbana do município de Baraúna –PB. O grupo de estudo foi composto de 20 gestantes, com idade média de 24,4 anos através da aferição de peso e estatura para classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) e avaliação do estado nutricional. Foram coletados dados socioeconômicos e dados sobre o consumo alimentar, com do questionário de frequência do consumo alimentar através de entrevista individual com cada gestante. Quanto os resultados encontrados, de acordo com o IMC pré-gestacional, 50% das gestantes iniciaram eutróficas, 25% acima de peso, 15% obesas e apenas 10% abaixo do peso. Após análise do IMC atual, verificou-se que 35% encontravam-se adequadas, 35% com sobrepeso, 10% apresentam obesidade e cerca de 20% estão com baixo peso. Em relação à avaliação dos fatores dietéticos de acordo com os dados do Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA), notou-se que a frequência do consumo de alimentos lácteos, frutas e verduras e cereais integrais estão abaixo do recomendado. Já frequência de consumo do grupo das carnes, peixes e ovos e leguminosas atingiram os valores recomendados. Porém, o grupo das gorduras e açúcares, ultrapassam as recomendações diárias. Portanto, percebe-se a importância da inserção do nutricionista na Estratégia de Saúde da Família para realizar o acompanhamento nutricional durante o pré-natal, resultando em prevenção das complicações no parto e até mesmo para o bom desenvolvimento da gestação.

Palavras-chave: Gestação. Consumo alimentar. Estado nutricional.

ABSTRACT

FERREIRA, R. E. L. **Profile nutritional status of a group of pregnant women in a city of small Eastern Seridó Paraíba.** 2015. 54 f. Work Completion of course (Undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

During pregnancy physiological changes that result mainly of mechanical and hormonal factors are checked. And because it is the mother-fetus, involving various risks to health, the importance of maternal care is essential. Thus, the guidance is to increase energy intake and nutrient during pregnancy to maintain the maternal nutritional status, providing the necessary physiological demands of each trimester, in order to gain adequate weight to the mother and the newborn. Therefore, the objective of this study was to nutritional assessment and dietary frequency of a group of pregnant women in UBS Severino Luiz Fernandes the urban area of Baraúna -PB. The study group consisted of 20 pregnant women with a mean age of 24.4 years through weight and height measurement for classification of body mass index (BMI) and evaluation of nutritional status. We collected socio-economic data and data on food consumption, with the frequency questionnaire of food consumption through individual interviews with each pregnant woman. As the results, according to the pre-pregnancy BMI, 50% of pregnant women started eutrophic, 25% more weight, 15% obese and only 10% underweight. After analysis of current BMI, it was found that 35% were adequate, 35% were overweight, 10% are obese and 20% are underweight. Regarding the assessment of dietary factors according to data from the Food Consumption Frequency Questionnaire (FFQ), it was noted that the frequency of consumption of dairy foods, fruits and vegetables and whole grains are lower than recommended. Already frequency of consumption of the group of meat, fish and eggs and legumes reached the recommended values. However, the group of fats and sugars, beyond the daily recommendations. Therefore, we see the importance nutritionist insertion in the Family Health Strategy to perform nutritional counseling during prenatal care, resulting in prevention of complications in childbirth and even for the proper development of pregnancy.

Key words: pregnancy. food intake . nutritional status .

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico das gestantes, de acordo com as variáveis: idade, estado civil, escolaridade e renda.....	26
Tabela 2 - Idade gestacional das mulheres entrevistadas.....	28
Tabela 3 - Distribuição das características relacionadas ao uso de álcool, tabagismo e prática de atividade física das gestantes.....	29
Tabela 4 - Correlação entre o estado nutricional pré-gestacional e gestacional.....	31
Tabela 5 - Distribuição do uso de suplementação medicamentosa oral pelas entrevistadas.....	32
Tabela 6 - Frequência de consumo alimentar da amostra.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPN	Baixo Peso ao Nascer
ESF	Estratégia Saúde da Família
HÁ	História Alimentar
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
QFCA	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar
R24h	Recordatório 24 horas
RA	Registro Alimentar
TMB	Taxa de Metabolismo Basal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 GESTAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DO CICLO DA VIDA.....	17
3.1.1 Avaliação Antropométrica.....	18
3.1.2 Avaliação Dietética.....	18
3.1.3 Estado Nutricional da Gestante	19
3.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO.....	19
3.3 REQUERIMENTOS NUTRICIONAIS DURANTE A GESTAÇÃO.....	22
4 MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1 DESENHO E AMOSTRA DE ESTUDO.....	24
4.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	24
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	45

1 INTRODUÇÃO

Durante a gestação são verificadas diversas alterações fisiológicas no corpo da mulher que resultam principalmente de fatores mecânicos e hormonais. Nesta fase, é fundamental a importância do cuidado materno, por ser tratar do binômio mãe-feto havendo risco de vida (MELERE et al., 2013).

As alterações fisiológicas que ocorrem são: expansão do volume sanguíneo, alterações cardiovasculares, variação da função renal e distúrbios gastrintestinais e as alterações químicas como modificações nos lipídeos plasmáticos, proteínas totais, ferro sérico e os componentes do metabolismo do cálcio que agem modificando os níveis de nutrientes nos tecidos e líquidos disponíveis. O estado nutricional da gestante não interfere somente a saúde da mãe, mas inclusive na do feto, devido à dependência materna, para crescimento e desenvolvimento, e sobre influência ao peso ao nascer, morbidade e mortalidade. Além disso, ressalta-se que a deficiência de micronutrientes pode trazer consequências adversas para saúde de ambos (SILVA, 2007).

No período de acompanhamento da gestante, os profissionais da saúde devem realizar intervenções educativas, preventivas e terapêuticas, tais como solicitação de exames de rotina, exames físico, vacinação, entre outras; assim sendo, de acordo com os dados obtidos e as necessidades analisadas, a gestante deve receber incentivos, orientações e o apoio necessário para a realização do autocuidado. Destaca-se a relevância destas intervenções, tendo em vista que outro ser está em formação, e que, se estes cuidados se não forem realizados de maneira correta, mãe e filho podem estar em perigo. E a assistência pré-natal pode evitar alguns desvios dos padrões de normalidade (FARIAS; NÓBREGA, 2000; MELO et al., 2007).

Na gestação há a necessidade adicional de energia devido ao crescimento e desenvolvimento do feto, placenta, dos tecidos maternos, bem como para o próprio consumo da gestante. Esta fase do ciclo vital exige uma das maiores mudanças no corpo humano em período curto de espaço de tempo. Em relação ao estado nutricional este é definido, principalmente, pela ingestão de nutrientes, associado ao consumo de micronutrientes e macronutrientes. Visto que, um aporte energético inadequado da gestante pode levar a uma competição entre a mãe e o feto,

delimitando a disponibilidade dos nutrientes necessários ao adequado crescimento fetal (MELO et al., 2007; SOUZA; FILHO, 2002).

Dessa forma, a orientação geralmente é aumentar o aporte energético e de nutrientes na gestação para manutenção do estado nutricional materno, fornecendo as demandas fisiológicas necessárias de cada trimestre gestacional e, objetivando o ganho de peso adequado à mãe e ao recém-nascido (ACCIOLY et al., 2009).

O alimento é visto como algo representado, isto é, interpretado como algo que é subjetivo que envolve o aprendizado e o raciocínio. Nem tudo que pode ser usado como alimento é visto como tal. No entanto, o ato de se alimentar não se estende apenas a satisfação da necessidade biológica, mas preenche também funções simbólicas e sociais. O caráter emblemático do alimento também se diferencia com a idade, situação social e outras variáveis. Visto que em todas as faixas etárias há uma alimentação entendida como apropriada. Outro aspecto a ser levado em consideração são os tabus alimentares, que são proibições sem explicação racional e que muitas vezes estão relacionados a momentos fisiológicos de grande importância, sob o ponto de vista nutricional, tais como a gestação (RAMALHO, SAUNDERS, 2000).

Levando em consideração as consequências adversas na saúde da mãe e do filho, quando se tem um desequilíbrio no estado nutricional, podendo acarretar sérios problemas de saúde questionou-se qual seria o estado nutricional e o perfil da frequência alimentar das gestantes entrevistadas. Tendo como possíveis hipóteses, a possibilidade de deficiências nutricionais por ingestão de uma dieta inadequada resultando em ganho de peso desajustado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o Estado Nutricional de um grupo de gestantes atendidas na UBS “Severino Luiz Fernandes” da zona urbana do município de Baraúna –PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a avaliação nutricional das gestantes através das medidas antropométricas.
- Avaliar as intercorrências da gestação relacionadas a hábitos de tabagismo e alcoolismo.
- Analisar a frequência alimentar das gestantes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GESTAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DO CICLO DA VIDA

A gestação é caracterizada pelo período de desenvolvimento embrionário no útero. É uma fase na vida da mulher que é marcada por diversas mudanças, dentre essas, algumas modificações fisiológicas e metabólicas em seu corpo. Designada também como uma fase que possui maior vulnerabilidade e elevadas demandas, necessitando de uma assistência prioritária (BAIÃO; DESLANDES, 2006). Desse modo, o estado nutricional da gestante influi tanto sobre a saúde materna, como também no crescimento e desenvolvimento do feto (HEDRICH et al., 2007).

No desenvolvimento fetal, durante a gestação, ocorrem alguns processos que são separados por etapas. No primeiro trimestre ocorre o desenvolvimento dos órgãos e do sistema nervoso central (entre 4 - 12 semanas). E há também o endurecimento da estrutura esquelética de cartilagem a osso, em quatro semanas. No segundo trimestre, o crescimento e desenvolvimento é contínuo (em 13 a 40 semanas) e em 20 semanas, os dentes se calcificam. Em cerca de 20 semanas o feto pode desenvolver-se fora do útero. No terceiro trimestre há um armazenamento de ferro e outros nutrientes (entre 36-40 semanas). Todavia os bebês prematuros geralmente apresentam deficiência de ferro (ACCIOLY; LACERDA; SAUNDERS, 2004).

No período da gestação existe uma necessidade adicional de energia para o consumo materno, bem como para a constituição da reserva energética para o período da lactação, promover a manutenção e desenvolvimento fetal e crescimento da placenta e dos tecidos maternos (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003.; ANDRETO, 2006).

A assistência pré-natal exerce um papel significativo no acompanhamento materno. Assim, a gestante deve receber este acompanhamento desde início da gravidez, proporcionando no seu fim, o nascimento do concepto saudável. Desta maneira, possui como principais metas: a avaliação do estado nutricional, identificar os fatores de riscos e estabelecer medidas profiláticas e terapêuticas (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003). Logo após o diagnóstico e confirmação da gravidez, o acompanhamento da assistência já deve ser iniciado. E a primeira consulta de pré-

natal deve acontecer até o 4º mês de gestação, sendo no mínimo seis consultas de acompanhamento; preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (NOCHIERI et al, 2008).

3.1.2 Avaliação Antropométrica

Conforme cita Cançado et al (2009), o Ministério da Saúde preconiza que a gestante deve ter seu estado nutricional avaliado como rotina do pré-natal. Deverá ter altura e peso aferidos, a idade gestacional informada, a pressão e a respiração registradas, a pulsação avaliada além de serem analisados exames bioquímicos. A avaliação nutricional individualizada no início do pré-natal é importante para verificar as necessidades de energia e nutrientes, para elaboração dos dados das condutas adequadas e deve ser contínua até o final da gestação. A avaliação antropométrica é recomendada para o acompanhamento nutricional de gestantes, á fim de detectar ganho de peso excessivo ou insuficiente para a idade gestacional, além melhorar na prevenção da morbimortalidade perinatal. Além disso, é um método de fácil aplicabilidade, de caráter pouco invasivo e de baixo custo.

3.1.3 Avaliação Dietética

A avaliação dietética da gestante é feita por meio de inquéritos alimentares e deve ser detalhada, pois podem ser detectados problemas nutricionais específicos já existentes, que podem ser prejudiciais no decorrer da gestação Para a determinação do consumo alimentar, alguns métodos são utilizados, entre eles: o Recordatório de 24 horas (R24h), o Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), o Registro Alimentar (RA), e a História Alimentar (HA) (NOCHIERI et al., 2008).

O R24h baseia-se em entrevista para obtenção de informações quantitativas de bebidas e alimentos consumidos nas 24 horas precedentes ou no dia anterior, da primeira à última refeição do dia, caracterizando o consumo atual. O QFCA é composto por uma lista de alimentos e bebidas cuja frequência de consumo é perguntada ao indivíduo ou que se registre consumo habitual de alimentos. O RA é, onde o próprio indivíduo ou responsável registra as porções estimadas dos

alimentos consumidos, seus tipos, receitas e preparações por um determinado período de tempo, caracterizando o consumo atual. O HA é descrição mais detalhada e completa dos aspectos quantitativos e qualitativos da ingestão dos alimentos. Consiste na coleta de informações sobre o consumo e hábitos alimentares do indivíduo o longo do seu ciclo de vida, caracterizando o consumo usual ou habitual (BERTIN et al., 2006).

3.1.4 Estado Nutricional da Gestante

O estado nutricional é determinado, principalmente, pela ingestão de nutrientes, seja em termos de micro ou macronutrientes. Assim, um inadequado aporte energético da gestante pode levar a uma competição entre a mãe e o feto, alterando a disponibilidade dos nutrientes e gerando vários distúrbios. Dentre estes, limitações do crescimento fetal e o peso ao nascer, que podem trazer implicações para a saúde do indivíduo ao longo de sua vida, principalmente, em relação às doenças crônicas não transmissíveis. (MELO et al., 2007).

O estado nutricional pré-gestacional da mulher pode afetar o processo normal da gestação. Uma reserva inadequada de nutrientes associada a uma ingestão dietética insuficiente, poderão influenciar no comprometimento do crescimento fetal, e conseqüentemente, no peso ao nascer (BARROS et al., 2008; STULBACH et al., 2007).

É importante garantir o ganho de peso adequado, assim à recomendação para o ganho de peso gestacional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional para gestantes eutróficas é entre 11,5kg e 16,0kg. Para baixo peso, o ganho indicado é de 12,5 kg a 18,0 e nos casos de excesso do peso, é entre 7,0kg a 11,5kg (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

3.2. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

Na gestação há uma série de modificações fisiológicas. A taxa de metabolismo basal (TMB) está aumentada 15% a 20% para o suprimento do feto, a partir do terceiro mês. No sistema urinário ocorre uma elevação da filtração glomerular,

desde o segundo mês, e a capacidade de elevação e depuração dos metabólitos, com presença de proteinúria e glicosúria. A retenção hídrica e o edema são resultantes da retenção de sódio e água, por ação da aldosterona. O sistema circulatório também sofre adaptações, como aumento da volemia e débito cardíaco (GUIMARÃES et al., 2003).

O sistema digestório também sofre algumas alterações, devido à ação dos hormônios na gestação. A ação da progesterona causa hipotonia, e diminuição do trânsito intestinal levando a obstipação, náuseas, refluxo gastroesofágico e pirose. A ação do estrogênio provoca vômitos matinais, náuseas e anorexia no primeiro trimestre. A ação da gonadotrofina, progesterona e estrogênio aumenta os riscos de gengivite e carie dentária devido a redução do pH salivar. Há um crescimento dos rins em cerca de 1,5 cm devido a maior vascularização e o aumento do espaço intersticial. O volume renal aumenta 50% no primeiro trimestre por aumento do fluxo plasmático e da filtração, e reduz no último mês (GUIMARÃES et al., 2003). Ainda ocorrem, aumento dos néfrons e dilatação dos cálices, da pelve renal e ureteres, resultante da hipotonia muscular causada pela progesterona logo no início da gestação (10^a semana). Esta dilatação é mantida pela compressão mecânica do útero gravídico, mais acentuada à direita. Os ureteres além de dilatados tornam-se tortuosos. A partir da evolução da gestação, a bexiga eleva-se estirando a área do trígono e modificando a porção intravesical do ureter, favorecendo até mesmo o refluxo urinário e conseqüentes infecções (SCHERER et al., 2009).

Há uma alteração em alguns hormônios, como, hormônios gonadotrofina coriônica humana, estrogênio, progesterona, prolactina, glucagon, cortisol, resultando na alteração do metabolismo dos carboidratos, das proteínas e lipídios. Nas proteínas ocorre o aumento da síntese proteica gerando normalmente, uma hemodiluição decorrente do maior aumento do volume plasmático (aproximadamente 50%) em relação ao volume eritrocitário (de 20-30%), com o pico desta por volta do sétimo mês de gestação (GUERRA et al., 1992 ;BERTIN et al, 2006).

Quanto ao metabolismo dos carboidratos, há um consumo contínuo de glicose pelo feto, sendo assim existe uma diminuição fisiológica dos níveis de glicemia materna e para atender as exigências fetais de glicose ocorrem ajustes metabólicos no organismo materno.

Os níveis lipídicos plasmáticos estão elevados devido à ocorrência de lipólise, com o intuito de preservação de glicose para o cérebro e feto. Assim, existe uma maior mobilização de gordura corporal para produção de energia para o metabolismo materno, e conseqüentemente ocorre uma elevação dos níveis plasmáticos de ácidos graxos, triglicerídeos, colesterol, lipoproteínas, apolipoproteínas, lipídios totais e fosfolipídios (ACCIOLY; LACERDA; SAUNDERS, 2004).

Há uma elevação do volume sanguíneo total em cerca de 40 a 50%, resultante ao aumento do volume plasmático e massa total de leucócitos e eritrócitos na circulação. O aumento do volume plasmático eleva-se a partir da 6ª semana de gestação aumentando em 50% durante toda a gestação, porém expande-se mais rapidamente durante o segundo trimestre, alcançando seu topo. A massa eritrocitária se eleva de forma considerável, porém em proporções menores (em torno de 30%) e um pouco mais tarde que o volume plasmático, ocasionando uma hemodiluição, sendo esta uma adaptação do organismo as necessidades de transporte de oxigênio para o feto. Quanto aos leucócitos, existem evidências que a função dos leucócitos porlimornucleares reduza ao longo do segundo trimestre (SOUZA et al., 2002).

As modificações posturais são comuns na gestação, geralmente ocorre uma tendência à lordose da coluna lombar, decorrente da alteração do centro da gravidade da gestante, pois há uma expansão do volume uterino e a projeção do ventre para frente (GUIMARÃES et al, 2003).

Os fatores psicológicos podem ser resultantes de fatores hormonais como, por exemplo, a ação da progesterona, que pode ser responsável pelo comportamento introspetivo da gestante, corticoides e as catecolaminas, que podem ser responsáveis pela sensibilidade emocional (euforia, depressão etc.). É necessário considerar os fatores socioculturais, como a influência dos tabus, crenças e ainda na relação da mulher com seu companheiro, familiares, amigos e principalmente com seu corpo (GUIMARÃES et al, 2003).

3.3 REQUERIMENTOS NUTRICIONAIS DURANTE A GESTAÇÃO

Um custo energético gestacional adotado pelo comitê da FAO/WHO/UNU aceito como necessário para conversão da quantidade de energia metabolizada durante o período gestacional é de aproximadamente, 77.000 kcal. Associado ao ganho de peso gestacional total, variando entre 10 a 14, com média de 12 kg para mulheres saudáveis, e chance de recém-nascido com peso de aproximadamente 3,3 kg, resultando em baixos índices de complicações materno-fetais (ACCIOLY; LACERDA; SAUNDERS, 2004).

A relação entre o ganho de peso dos binômios mãe e feto no nascimento é amplamente conhecida. As gestantes com o ganho de peso gestacional excessivo não é benéfico ao recém-nascido, pois, às vezes, esse excedente serve apenas para deteriorar o estado nutricional materno e, não necessariamente, é encaminhado para o feto, além de está relacionado há algumas complicações gestacionais como, por exemplo, maior retenção de peso pós-parto, diabetes gestacional, macrossomia fetal e até mesmo necessidade de partos cirúrgicos, resultando em riscos elevados de mortalidade materna e neonatal. O ganho insuficiente também apresenta maior risco de recém-nascido com peso inadequado, levando o comprometimento do crescimento pós-natal, e com chances elevadas de morbidade no primeiro ano de vida. A estatura materna também influencia no peso ao nascer. As gestantes com estatura inferior a 150 cm apresentam maior risco de gerar neonatos de baixo peso (BARROS et al., 2008; STULBACH et al, 2007).

No primeiro trimestre, o ganho de peso da gestante não é muito relevante, podendo ocorrer à perda de até 3,0kg e a manutenção do peso pré-gestacional, ou o ganho ponderal de até 2,0kg são situações previstas que não comprometem a saúde do binômio mãe/filho (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003). No segundo e terceiro trimestres, o ganho adequado de peso vai depender do estado nutricional da gestante (ROCHA et al., 2005).

Na gravidez há um aumento das necessidades de ferro em torno de 1.000 mg para suprir a expansão da massa eritrocitária da própria gestante, a formação do sangue da placenta e do feto e ainda para compensar as perdas durante o parto (GUERRA et al., 1992). As necessidades de ferro raramente são atingidas somente pela alimentação, por isso é recomendado à suplementação. As necessidades maternas são 0,8mg/dia no primeiro semestre e 6,3mg/dia no segundo e terceiro semestre (ACCIOLY; LACERDA, SAUNDERS, 2004).

O metabolismo do cálcio sofre ajustes devido às alterações hormonais comuns na gestação, incluindo a diminuição do processo de reabsorção óssea, a elevação

da sua taxa de utilização pelos ossos, e o acréscimo da absorção intestinal. As gestantes múltiplas e que apresentam baixa ingestão de cálcio estão mais susceptíveis a desenvolver osteomalácia e dar à luz bebê com menor densidade óssea. Assim, o consumo de cálcio deve ser 1000mg/dia (VITOLLO, 2003).

A distribuição percentual dos macronutrientes são de 55 a 75%, 10 a 15% e 15 a 30%, de carboidratos, de proteínas e lipídeos, respectivamente. Os valores de fibras são de 25g/dia e com ingestão de 3L/dia de água. A recomendação de proteína total para o período gestacional é de 925 g. Estimativas correspondentes a um adicional dietético de 1,2; 6,1 E 10,7 g/dia no primeiro, segundo e terceiro trimestres respectivamente (ACCIOLY; LACERDA; SAUNDERS, 2004).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO E AMOSTRA DE ESTUDO

A abordagem metodológica empregada foi quantitativa, por meio de um estudo transversal com seguimento do tipo prospectivo, de forma descritiva. A população alvo da pesquisa foi representada por pacientes gestantes cadastradas e acompanhadas por uma UBS da zona urbana do município de Baraúna-PB. Baraúna é um município Brasileiro no estado da Paraíba, localizado na Microrregião do Seridó Oriental Paraibano, com uma população de aproximadamente 4.220 habitantes e uma área de 50,582 km², segundo os dados de Brasil (2013). Quanto aos critérios de inclusão, foram entrevistadas as gestantes que estavam presentes na consulta marcada nos dias de coleta de dados. E foram excluídas da amostra, aquelas gestantes que não compareceram no dia da consulta pré-natal.

4.2. COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas utilizando-se um questionário (Apêndice C) estruturado pela pesquisadora, o qual abordava informações socioeconômicas, hábitos de vida e hábitos alimentares. As pacientes eram recrutadas durante a consulta pré-natal no horário de atendimento e foram convidadas a participar da pesquisa mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), autorizando a obtenção dos dados para a pesquisa.

A avaliação antropométrica foi realizada através da aferição das medidas de peso e estatura da gestante. O peso foi obtido através da utilização de uma balança de modelo e marca não designado, com a gestante posicionada em pé, no centro da balança e roupas leves. A estatura foi aferida através de um estadiômetro de marca e modelo não designados, com a gestante em pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas retas e braços estendidos ao longo do corpo. Desse modo, a avaliação do IMC foi realizada com o resultado do cálculo do peso dividido por altura ao quadrado e analisadas de acordo com as curvas para gestantes da OMS.

Foi aplicado também um questionário de frequência de consumo alimentar (Apêndice A), que consistia em uma lista de alimentos, onde era marcado o consumo e a frequência dos alimentos consumidos. Os dados foram coletados num período estimado de 2 meses.

As informações coletadas no trabalho de campo foram transferidas para o meio digital por meio de programas próprios para armazenamento de dados, tabuladas e analisadas no software estatístico Microsoft Excel, utilizando técnicas descritivas e tabulação cruzada.

4.3. ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os critérios éticos no desenvolvimento desta pesquisa, em respeito à Resolução Nº 466/12 (CNS MS, 2012) do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e estabelece que "toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa". O projeto foi encaminhado previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por meio da Plataforma Brasil.

A participação na pesquisa era voluntária e, em caso de aceitação, houve o esclarecimento da finalidade da pesquisa aos pacientes, sendo garantido o anonimato por ocasião da elaboração do relatório da pesquisa e da publicação dos dados e o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem que sofram qualquer prejuízo. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 20 gestantes da UBS do município de Baraúna, com idade média de 24,4, onde 25% (n=5) possuíam idade de entre 15 e 19 anos e 75%(n=15) idade entre 20 e 39 anos . Dentre essas, 55% (n=11) eram casadas e 45% (n=9) solteiras. Quanto aos dados socioeconômicos observou-se que em relação á escolaridade, 15% (n=3) possui o ensino fundamental incompleto, 35% (n=7) apresenta o ensino fundamental completo, 10% (n=2) tem o ensino médio incompleto e 40% (n=8) concluíram o ensino médio. Com relação à renda, a maioria das entrevistadas, cerca de 65% (n=13) possuem renda inferior a um salário mínimo *per capita*, 20% (n=4) um salário mínimo *per capita* e 15%(n=3) mais que um salário mínimo *per capita*. (TABELA 1). Dentre as entrevistadas, 55% (n=11) eram nulíparas e 45% (n=9) multíparas.

Tabela 1: Perfil socioeconômico das gestantes, de acordo com as variáveis: idade, estado civil, escolaridade e renda.

Variável	N	%
Idade		
15 – 19 anos	5	25
20 – 39 anos	15	75
Estado Civil		
Casadas	11	55
Solteiras	9	45
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	3	15
Ensino Fundamental Completo	7	35
Ensino Médio Incompleto	8	10
Ensino Médio Completo	2	40
Renda média <i>per capita</i>		
> 1 Salário Mínimo	3	15
1 Salário Mínimo	4	20
< 1 Salário Mínimo	13	65

Foi observado que mais da metade (55%) das entrevistadas possuíam uma união conjugal estável. Sabe-se que a participação paterna no período gestacional é considerada importante, devido à influência do envolvimento emocional e o papel de apoio ofertado para a gestante, também por ser uma fase de maior envolvimento afetivo, trazendo benefícios desde o nascimento ao desenvolvimento da criança (PICCININE et al., 2004; RAPOPORT; PICCININI, 2006). Pode-se dizer que, a mulher solteira, independentemente da sua escolaridade, demora mais em aceitar a gravidez e tem menos conhecimentos sobre o que fazer em caso de ficar grávida, podendo interferir na procura ao serviço de saúde, gerando até mesmo intercorrências gestacionais (OSIS et al., 1993).

Entendem-se como população pobre e extremamente pobre indivíduos que tem renda de $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* e $\frac{1}{4}$ salário mínimo *per capita*, respectivamente (KAGEYAMA; HOFFMANN, 2006). A maioria das gestantes estudadas, 70% (n=14) encontravam-se acima da linha pobreza, porém 15% (n=3) delas estão classificadas como população pobre e 15% (n=3) como extremamente pobre.

Quanto à profissão da maioria das entrevistadas, observamos uma predominância de 80% (n=16) agricultoras, 15% (n=3) estudantes e 5% (n=1) microempresárias. À respeito do número de pessoas que reside em cada lar, variou de 1 á 7, com média de 3,6 pessoas. Baião e Deslandes (2008) observaram em seu estudo com um grupo de gestantes que viviam no Complexo de Manguinhos, no Rio de Janeiro, que apenas 33,3% (n=6) tinham alguma atividade remunerada fora do lar, e a maioria não completou o ensino fundamental. A escolaridade e renda são bons Indicadores influenciam tanto no acesso, quanto na qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde (GAMA; SZWACWALD; LEAL, 2002).

Quanto a idade gestacional, há uma variância de 7 á 32 semanas de gestação, com uma média de 22,25. Dessa forma, 10% das gestantes (n=2) estão no primeiro trimestre, 50% (n=10) no segundo trimestre e 40%(n=8) estão no terceiro trimestre (Tabela 2).

Tabela 2: Idade gestacional das mulheres entrevistadas.

IDADE GESTACIONAL		
VARIÁVEL	N	%
1° Trimestre	2	10
2° Trimestre	10	50
3° Trimestre	8	40

No presente estudo houve uma prevalência 100% (n=20) de não fumantes (Tabela 3). Divergindo-se de Zhang et al (2011), no qual relatou uma maior prevalência de tabagismo materno durante a gestação no Município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, que foi de 23,3%, destas, a maioria referiu fumar durante toda a gestação.

O tabagismo no período gestacional acarreta sérios prejuízos, já devidamente reconhecidos e relatados, para o crescimento intrauterino da criança. No terceiro trimestre ocorre o maior risco de baixo peso ao nascer e prematuridade em gestantes fumantes, e este risco aumenta proporcionalmente ao número de cigarros fumados. Desse modo, o tabagismo crônico, durante a gestação, provavelmente induz à hipóxia fetal através de duas ações independentes, porém, aditivas. A primeira seria devido ao efeito agudo de liberação de catecolaminas, provocado pela nicotina, resultando em hipóxia fetal episódica consequente a vasoconstrição materna e perfusão uterina reduzida. A segunda seria através de um aumento prolongado da carboxiemoglobina fetal, resultando em uma hipoxemia fetal sustentada (Mello et al., 2001).

Tabela 3: Distribuição das características relacionadas ao uso de álcool, tabagismo e prática de atividade física das gestantes.

FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL, TABAGISMO E SEDENTARISMO		
VARIÁVEL	N	%
Tabagismo		
Não Fumante	20	100
Fumante	0	0
Uso de Bebidas Alcoólicas		
Sim	0	0
Não	20	100
Sedentarismo		
Sim (>3 vezes /semana)	7	35
Não	13	65

Em relação ao consumo de álcool durante a gestação, todas as entrevistadas afirmaram não fazer uso do mesmo, representando um total de 100% (n=20). Gouveia em seu estudo, que teve como objetivo investigar o consumo de álcool entre gestantes cadastradas no Sis Pre Natal, em Londrina-PR, encontrou 19,3% das gestantes que realizavam o consumo de álcool, representando um numero significativo, oferecendo risco ao feto. Sabe-se que o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode ocasionar diversos problemas, entre eles, o desenvolvimento de más formações fetais, baixo peso e retardo neuropsicomotor e subnutrição, pois o álcool atua na embriogênese e no metabolismo do feto causando disfunções do sistema nervoso central, crescimento retardo, alterações faciais e malformações associadas (COSTA et al, 2001).

No presente estudo, um percentual de 65% (n=13) relatou não praticar nenhum tipo de atividade física e apenas 35% (n=7) afirmou que praticavam do tipo “caminhada” mais de duas vezes na semana. Quando comparamos com

Tavares et al (2009), percebemos também uma maior prevalência de sedentarismo. O mesmo analisou o padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campina Grande na 16^a, 24^a e 32^a semanas gestacionais, tendo em vista que houve um predomínio de atividade física leve na 16^a semana, com cerca de 85% das gestantes sendo classificadas nesta categoria. Na 24^a semana quase 100% das gestantes foram consideradas sedentárias, e este padrão atingiu todas as gestantes no final do seguimento.

A falta de atividade física regular é um dos fatores associados a uma maior susceptibilidade de doenças durante e após a gestação. A atividade física aeróbia auxilia de forma significativa no controle do peso e na manutenção do condicionamento, além de reduzir riscos de diabetes gestacional, condição que afeta 5% das gestantes (LIMA; OLIVEIRA, 2005).

Os objetivos da prática de atividade física em gestantes são a manutenção da aptidão física e da saúde, a redução de sintomas gravídicos, o controle ponderal, a diminuição da tensão no parto, e uma recuperação no pós-parto imediato mais rápida. Também se mostra benéfica auxiliando no retorno venoso prevenindo o aparecimento de varizes de membros inferiores e a melhora nas condições de irrigação da placenta (LEITÃO, et al 2000).

De acordo com o estado nutricional inicial (Tabela 4), a maioria das gestantes encontram-se na faixa de normalidade, segundo o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, que foi calculado pelo peso correspondente a no máximo 2 meses antes da concepção dividido pela estatura², sendo o IMC inicial médio de 24,38 kg/m². Dessa forma, observou-se que cerca de 50% (n=10) iniciaram a gestação eutróficas, 25% (n=5) acima de peso, 15% (n=3) obesas e apenas 10% (n=2) abaixo do peso. Após a análise do IMC atual, verificou-se que 35% (n=7) estão com IMC adequado, 35% (n=7) estão com sobrepeso, 10% (n=2) apresentam obesidade e as demais 20% (n=4) estão com baixo peso. A média do IMC atual foi de 26,04 apresentando um numero significativo.

Tabela 4: Correlação entre o estado nutricional pré-gestacional e gestacional.

ESTADO NUTRICIONAL	IMC PRÉ-GESTACIONAL		IMC GESTACIONAL	
	N	%	N	%
Desnutrição	2	10	4	20
Eutrofia	10	50	7	35
Sobrepeso	5	25	7	35
Obesidade	3	15	2	10

Entre as mulheres que iniciaram a gestação eutróficas 50% (n=10), 10% (n=2) tornaram-se desnutridas, e 5%(n=1) evoluíram para sobrepeso e as outras permaneceram eutróficas. Quanto as que se encontravam obesas 15% (n=3), reduziram para sobrepeso 10% (n=2). Padilha e colaboradores (2007), em seu estudo com gestantes e as intercorrências gestacionais, observou que as mulheres com obesidade pré-gestacional apresentaram risco aumentado de desenvolver síndrome hipertensiva gestacional e aquelas com baixo peso pré-gestacional estiveram mais propícias a ter recém-nascidos com Baixo Peso ao Nascer (BPN). Além disso, o ganho de peso também se demonstrou associado ao BPN. Quando comparamos com Lima e Sampaio (2004), encontramos uma prevalência bem menor em seu estudo realizado em Teresina, Piauí. A classificação do estado nutricional da mãe antes da gestação segundo o IMC mostra que mais da metade das gestantes era normal, enquanto que as desnutridas e com excesso de peso representaram, respectivamente, 17,7% e 14,4% da amostra. Em outro estudo, desenvolvido por Vitolo et al (2011), em uma unidade de saúde de referência localizada na região metropolitana da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, observamos que a prevalência do excesso de peso foi de 46,0% na média geral, constituindo-se o dobro de mulheres com excesso de peso quando comparada com a prevalência no período pré-gestacional. Já Furlan et al (2003), verificou que de 27,7% gestantes que iniciaram à gravidez desnutridas, somente 1,3% a terminaram da mesma forma.

O Brasil encontra-se numa fase de transição epidemiológica, com alteração no perfil de morbimortalidade populacional, na qual as doenças

infeciosas e parasitárias estão dando lugar às doenças crônicas não transmissíveis, com um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade (REZENDE et al., 2007).

A inadequação do estado antropométrico materno, tanto pré-gestacional quanto gestacional, é considerada um problema de saúde pública inquestionável, pois contribui para o desenvolvimento de intercorrências gestacionais e interfere nas condições de saúde do concepto e na saúde materna no período pós-concepção (PADILHA et al., 2007). Gestantes com ganho de peso insuficiente apresentam maiores riscos de gerarem recém-nascidos com peso inadequado, podendo comprometer o crescimento pós-natal, com maior risco de morbidade no primeiro ano de vida (ROCHA et al., 2005). Já o ganho excessivo durante a gestação, além de contribuir para a obesidade pós-parto, está também associado a algumas complicações, entre elas a macrossomia fetal, as hemorragias, o trauma fetal, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil (STULBACH et al., 2007).

Quanto ao uso de suplementos da amostragem estudada, nota-se que 95% (n= 19) ainda faz uso de tipo de suplementação e 5% (n=1) não está fazendo uso no momento, porém já fez. Dentre os tipos estudados, houve uma predominância de ácido fólico e sulfato ferroso de 90% (n=18), ingeridos concomitantemente e outros tipos 10% (n=2) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição do uso de suplementação medicamentosa oral pelas entrevistadas.

USO DE SUPLEMENTAÇÃO ORAL		
VARIÁVEL	N	%
Sim	19	95
Não	1	5

Mezomo et al (2007), encontrou valores bem reduzidos de suplementação com ácido fólico em gestantes, sua prevalência foi de 31,8% em algum momento da gestação, observamos que foi um percentual muito

abaixo da nossa amostragem. Existem evidências na literatura que descrevem a importância da suplementação com ácido fólico atuando na redução de incidências das malformações do tubo neural, através da suplementação entre um e três meses antes da concepção até o final do primeiro trimestre de gestação atuando na redução de incidências das malformações do tubo neural.

A deficiência de ferro durante a gestação aumenta a mortalidade materna fetal e perinatal, além do aumento da prematuridade. A anemia na gestação está associada com o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascimento, além de pré-eclâmpsia, aumento no risco de aborto espontâneo e mortalidade materna-fetal. Quando analisamos um estudo realizado de com gestantes acompanhadas no pré-natal em uma unidade de saúde, consideramos que houve uma prevalência de 65% quanto ao uso do sulfato ferroso (VITOLLO et al., 2006).

Ao analisar a frequência do consumo alimentar por grupos de alimentos (Tabela 6) observamos a ingestão alimentar de cada gestante.

Tabela 6: Frequência de consumo alimentar da amostra.

GRUPO	FREQUÊNCIA DO CONSUMO PERCENTUAL %								
	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
I.PRODUTOS LACTEOS									
1. Leite gordo	0	15	5	25	15	25	15	0	0
2. Iogurtes Integrais	10	40	10	30	10	0	0	0	0
3. Queijo tipo mussarela, manteiga, fatiado.	35	25	15	20	5	0	0	0	0
4. Outros tipos de queijo (prato, coalho)	60	10	5	20	5	0	0	0	0
5. Papa, mingau	60	10	10	10	5	5	0	0	0

II. CARNES, PEIXES E OVOS	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
6. Ovo	15	0	20	40	25	0	0	0	0
7. Carne de porco	85	15	0	0	0	0	0	0	0
8. Carne de frango	5	10	15	55	10	5	0	0	0
9. Carne de vaca	0	20	5	55	15	5	0	0	0
10. Fígado de vaca, de porco, de frango	70	5	15	10	0	0	0	0	0
11. Mortadela, chouriço, salsicha	50	15	5	20	0	10	0	0	0
12. Peixes em geral e em conserva: atum, sardinhas.	40	25	15	20	0	0	0	0	0
III. ÓLEOS E GORDURAS	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
13. Azeite	90	0	0	5	0	5	0	0	0
14. Óleos: girasol, milho, soja.	0	5	5	10	0	35	45	0	0
15. Margarina	10	10	10	15	5	30	20	0	0
16. Manteiga	95	5	0	0	0	0	0	0	0
IV. PÃO, CEREAIS E DERIVADOS	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
16. Pão branco, pão de forma, tostas	5	10	0	35	20	20	10	0	0
17. Pão integral, mistura, centeio	75	0	5	20	0	0	0	0	0
18. Broa de	0	0	0	50	20	25	5	0	0

milho (Cuscuz)									
19. Flocos de cereais açucarados (granola e etc)	90	0	0	5	0	5	0	0	0
20. Arroz	0	0	0	5	5	60	30	0	0
21. Massas (esparguete, macarrão ...)	10	10	15	35	5	25	0	0	0
V. BOLOS, BOLACHAS, SOBREMESAS E DOCES	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
22. Bolachas: maria, integral, água-e-sal, biscoitos, outro tipos de bolacha	5	0	10	10	10	30	35	0	0
23. Croissant, bolos pastelaria, bolos caseiros	40	5	20	30	0	5	0	0	0
24. Chocolate em barra, chocolate em pó	45	15	10	10	5	15	0	0	0
25. Marmelada, compota, geleia, mel, doces.	55	15	5	20	5	0	0	0	0
26. Sobremesas lácteas: pudim flan, pudim de chocolate, ...	80	5	10	5	0	0	0	0	0
27. Açúcar (de colher, pacote, ...)	5	0	0	0	0	15	75	5	0

VI. HORTALIÇAS, LEGUMES E FRUTAS	1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
28. Sopas de legumes (sem carnes ou peixes)	5	10	25	55	0	5	0	0	0
29. Saladas (tomate, alface, cebola, cenoura, pimento) Legumes e hortaliças	15	0	0	25	10	40	10	0	0
30. Leguminosas (feijão, grão..)	0	0	0	10	0	80	10	0	0
32. Ervilhas, favas	95	5	0	0	0	0	0	0	0
33. Frutas (mamão, melão, maca, abacaxi, laranja, banana...)	0	0	0	10	0	25	50	15	0

Observou-se que no grupo dos produtos lácteos, os alimentos citados em consumo diário na frequência de 1 vez por dia foram apenas, o leite integral 25% (n=5) e papa ou mingau 5% (n=1). Os outros alimentos como iogurte integral, queijos gordos (mussarela, manteiga) e outros queijos (prato, coalho) representaram maiores frequências em 2-4 vezes por semana, em 30%, 20% e 20% respectivamente. No grupo de carnes, peixes e ovos, a maioria da amostra consome em uma frequência de 2-4 vezes por semana, sendo que há uma maior ingestão de carne vermelha 55% e de frango 55%. E na frequência de consumo, menos de 1 vez por mês ou nunca, encontramos as carnes de porco e fígado, nos valores de 85% (n=17) e 70% (n=14). No grupo dos óleos e gorduras, notamos que há um consumo diário de óleo (girassol, milho ou soja) de 45% (n=9) e margarina de 20% (n=4). Prevalecendo manteiga 95% (n=19)

e azeite 90% (n=18) consumidos menos de 1 vez por mês ou nunca. No grupo dos cereais e derivados, percebemos o consumo diário na frequência de 1 vez por dia, na maioria dos produtos, resultando em 20% (n=4) pão branco, 25% (n=5) de cuscuz, 5% (n=1) de granola, 60% (n=12) e 25% (n=5) de macarrão. Vale salientar, que na frequência de 2-3 vezes por semana há um considerável percentual dos alimentos citados anteriormente. Tendo em vista, cerca de 90% (n=18) de pão integral e 75% (n=15) granola, estão marcados numa frequência de consumo de menos de uma vez por mês ou nunca. O grupo de bolos, bolachas e sobremesas: temos o consumo diário na frequência de 1 vez por dia, dos seguintes produtos, bolachas em gerais 30% (n=6), bolos 5%(n=1), chocolates 15% (n=3) e açúcar 15% (n=3). Destacando as sobremesas lácteas 80% (n=16) e os doces, marmeladas 55% (n=11) que raramente são ingeridos. No grupo das hortaliças, legumes e frutas, relatamos o consumo diário de todos os componentes, exceto a ervilha que teve um índice de rejeição de 95%. Dessa forma, o consumo de verduras na frequência de 1 vez por dia foi de 40% (n=8) e frutas foi de 25% (n=5).

Dentre os fatores dietéticos observados, os produtos lácteos são consumidos numa proporção abaixo do preconizado, pois de acordo com guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014) deve ser pelo menos três porções diárias. Neste grupo estão presentes as proteínas, vitaminas e é considerado como principal fonte de cálcio proveniente da alimentação, sendo assim fundamental para a formação e manutenção da massa óssea. Seu consumo é essencial em quantidades adequadas, especialmente na gestação.

O consumo de frutas e verduras das gestantes também está abaixo do recomendado para a população brasileira, conforme preconizado pelo guia alimentar da população brasileira (BRAZIL, 2014) que deve ser pelo menos três porções de cada. É importante ressaltar que estes alimentos são ricos em carboidratos, fibras, vitaminas e sais minerais e tem um baixo consumo energético, protegendo o organismo de várias doenças e auxiliando na prevenção e controle de várias doenças crônicas não transmissíveis.

Quanto ao grupo das carnes, peixes e ovos e leguminosas é necessário um consumo de uma porção diária (BRASIL, 2014), sendo este valor alcançado no presente estudo.

No grupo dos cereais e derivados, há um consumo reduzido de cereais integrais. A importância dos integrais é que durante o seu processamento existe uma menor perda das vitaminas e minerais quando comparados aos refinados (BRASIL, 2014).

Em relação ao consumo de gorduras e açúcares, as gestantes do nosso estudo ultrapassam o recomendado que seria de apenas uma porção diária (BRASIL, 2014).

Em sua pesquisa, Barchinski (2010), encontrou resultados semelhantes aos valores do nosso estudo descritos acima, verificou que há maior frequência no consumo dos seguintes alimentos: o grupo de leite, carnes e cereais. E uma baixa frequência do consumo das verduras e legumes e frutas quando comparados ao consumo de doces e gorduras em quantidades expressivas. A reduzida frequência de verduras e legumes também foram verificadas nas pesquisas de Barros et al., (2004) e Azevedo e Sampaio, (2003).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez é uma fase que gera inúmeras mudanças na vida da mulher, acarretadas por repercussões biológicas e psicológicas refletindo até mesmo na alimentação. A nutrição tem um papel importante na saúde dos indivíduos, especialmente nesta fase da vida, caracterizada por intensas demandas fisiológicas.

Assim, o presente estudo possibilitou a oportunidade de identificar o estado nutricional das gestantes assistidas pela estratégia de saúde da família avaliando o impacto desses resultados na qualidade de vida da população estudada.

Após a análise dos dados, constatamos que as gestantes apresentaram uma frequência alimentar pouco diversificada, destacando o consumo elevado dos açúcares e gorduras, refletindo de forma negativa na manutenção da saúde.

Após a avaliação antropométrica, observamos que houve uma mudança no estado nutricional das gestantes avaliadas. Notamos um aumento no percentual de sobrepeso, e outro fator também levado em consideração foi o aumento na prevalência de desnutrição, pois quando associado ao peso antes da gestação, ficou evidente esse resultado significativo do estado nutricional, indicando um prognóstico desfavorável. Esses fatores podem ser associados ao estilo de vida das gestantes e aos hábitos alimentares, considerados um agravante para a saúde.

Desse modo, faz-se necessário a inserção do nutricionista na estratégia de saúde da família durante a assistência pré-natal das gestantes para atuar no cuidado materno, realizando o acompanhamento nutricional e contribuindo para o bem estar materno fetal. Também é importante o planejamento de ações eficazes voltadas para gestação e para prevenção de complicações no parto associadas à alimentação. Sendo necessário que haja um monitoramento

continuo das gestantes e com a multidisciplinaridade e inserção de todos os profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; LACERDA, E. M. A.; SAUNDERS, C. **Nutrição em Obst. e Ped.** 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2004.

ANDRETO, L. M.; SOUZA, A. I.; FIQUEIROA, J. N.; FILHO, J. E. C. F. Fatores Associados ao Ganho Ponderal Excessivo em Gestantes Atendidas em Um Serviço Público de Pré-Natal na Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2401-2409, 2006.

AZEVEDO, D.V.; SAMPAIO, H.A.C. Consumo Alimentar de Gestantes Adolescentes Atendidas em Serviço de Assistência Pré-Natal. **Revista de Nutrição de Campinas**, São Paulo, v. 16, n. 03, p. 273 – 280, 2003.

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 de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p. 2633-2642, 2008.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação Na Gestaçã o e Puerpério. **Revista de Nutrição**. v.19, n.2, p.245-253, 2006.

BAIÃO, M. R; DESLANDES, S. F. Práticas Alimentares na Gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciências da Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p. 3199-3206. 2010.

BARCHINSKI, M.C. **Avaliação do consumo alimentar de gestantes adolescentes de um serviço de saúde do Município de Criciúma, SC.** 2010. 83p.

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

BARROS, D. C.; SAUNDERS, C.; LEAL, M. C. Avaliação Nutricional Antropométrica de Gestantes Brasileiras: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n.4, p. 363-376, 2008.

BERTIN L.; PARISENT, J.; PIETRO, P. F.; VASCONCELOS, F. A. G. .
Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão.
Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, v.6, n.4, p. 383-390, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística–IBGE. **Cidades**.
Infográficos: Dados Gerais dos municípios. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014.

CANÇADO, I. A. C.; PEREIRA, F.M.; FERNANDES, R.M.; Avaliação do
Conhecimento em Nutrição de Gestantes Atendidas pela estratégia de
saúde da família (ESF) da cidade de Pará de Minas – MG. **Revista FAPAM**,
Pará de Minas, n.1, 2009.

COSTA, K. L. B.; TOCCI, H. A. O uso do álcool durante a gestação:
possíveis problemas para a gestante e o feto. **Revista de Enfermagem**,
UNISA, v.1, p. 5-8, 2001.

FARIAS, M. C. A. D.; NOBREGA, M. M. I.; Diagnóstico de enfermagem
numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de origem:
estudo de caso. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão
Preto, v.8, n.6, p. 59-67, Dezembro, 2000.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez
na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de
baixa renda. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.153-
161, 2002

GOUVEIA, P. B.; SOUZA, S. N. D. H.; HADDAD, M. C. L.; MELLO, D. F.
Avaliação do Consumo De Álcool Entre Gestantes Cadastradas No
Sisprenatal Em Londrina/PR. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 624-30,
2010.

GUERRA, D. S; BARRETO, O. C. O.; PINTO, A. V. P.; CASTELLO, K. G.;
Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de
gestantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.2,
1992.

GUIMARÃES; A. F.; CHEMIN, S. M.; SILVA, S.; Necessidades e Recomendações Nutricionais na Gestação. **Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 9, p. 36-49, 2003.

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 Centros de Saúde do Município de Guarapuava-PR. **Revista Salus**, v.1, n.2, p.139-146, 2007.

KAGEYAMA, A.; HOFFMANN, R. Pobreza no Brasil: uma perspectiva multidimensional. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 79-112, 2006.

LEITAO, M. B.; LAZZOLI, J. K.; OLIVEIRA, M. A. B.; NÓBREGA, A. C. L.; SILVEIRA, G. G.; CARVALHO, T.; FERNANDES, E. O.; LEITE, N.; AYUB, A. V.; MICHELS, G.; DRUMMOND, F. A.; MAGNI, J. R. T.; MACEDO, C.; ROSE, E. H. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde na mulher. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.6, n.6, p. 215-220, 2000.

LIMA, G. S. P.; SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.3, p. 253-61, 2004.

LIMA, F. R.; OLIVEIRA, N. Pregnancy and Exercise. **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 45, n. 3, p. 188-90, 2005.

MELO A. S. O; ASSUNÇÃO, P. L.; GONDIM, S. S. R.; CARVALHO, D. F.; AMORIM, M. M.R.; BENICIO, M. H. A.; CARDOSO, M. A. A. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.2, p.249- 57, 2007.

MELO, P. R. B.; PINTO, G. R.; BOTELHO, C. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n.4, p. 257-64, 2001.

MELERE, C.; HOFFMANNI, J.F.; NUNES, M. A. A.; DREHMER, M. BUSS, C.; OZCARIZI, S.G. I.; SOARES, R. M.; MANZOLLI, P. P.; DUNCAN, B. B.;

CAMEY, S. A. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. **Rev Saúde Pública**. v. 47, n. 1, p. 20-8, 2013.

MEZZOMO, C. L. S.; GARCIAS, G. L.; SCLOWITZ, M. L.; SCLOWITZ, L. T.; BRUM, C.B.; FONTANA, T.; UNFRIED, R.I. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2716-2726, 2007.

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

OSIS, M. J. D.; HARDI, E; FAÚNDES, A.; ALVES, G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Campinas, v.27, n.1, p.49-53, 1993.

PICCININI, A. C. SILVA, M. R; GONCALVES, T. R; LOPES, R. S. Envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.17, n.3, p.303-314, 2004.

RAMALHO, A. R.; SAUNDERS, C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n.1, p. 11-16, 2000.

RAPOPORT, A; PICCININI C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano** v.16, n.1, p.85-96, 2006.

REZENDE, F. A. C.; ROSADO, L. E. F. P. L.; RIBEIRO, R.C.L.; VIDIGAL, F. C.; VASQUES, A. C. J.; BONARD, I. S.; CARVALHO, C. R. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.87, n.6, p. 728-734, 2006.

ROCHA, D. S.; NETTO, M. P.; PRIORE, S. L.; LIMA, N. M. M.; ROSADO, L. E.F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. C. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.4, p.481-489, 2005.

SCHERER, M.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. Gestantes/Puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Revista de Enfermagem**, v. n3, p. 359-65, 2009.

SILVA, L. S. V.; THIAPÓ, A. P.; SOUZA, G. G.; SAUNDERS, C; RAMALHO, A. Micronutrientes na gestação e lactação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, n.3, p.237-244, 2007.

SOUZA, A. I.; FILHO, M. B.; FERREIRA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista Brasileira de Hematologia Hemoterapia**, v.24. n.1, p.29-36, 2002.

STULBACH, T. E.; BENÍCIO, M. H. D. A.; ANDREAZZA, R.; KONOL. S. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação. **Revista Brasileira de Epidemiol**,v.10, n.1, p.99-108. 2007.

TAVARES J. S.; MELO, A. S. O.; AMORIM, M. M. R.; BARROS, V. O.; TAKITO, M. Y.; BENICIO, M. H. A.; CARDOSO, M. A. A. Padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela estratégia saúde da família de Campina Grande – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.1, p. 10-9, 2009.

VITOLO, M. R.; BUENO, M. S. F.; GAMA, C. M. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v.33, n. 1, p. 13-9, 2011.

VITOLO, M. R.; BOSCAINI, C.; BORTOLINI, G. A. Baixa escolaridade como fator limitante para o combate à anemia entre gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.6, p. 331-9, 2006.

VITOLO M. R. **Nutrição**: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann, 2003.p.18-29.

ZHANG, L.; GONZÁLEZ-CHICA, D. A.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R.A.; BESKOW, B.; LARENTIS, N.; BLOSFELD, T. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1768-1776, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Análise do Estado Nutricional de um Grupo de Gestantes do Município de Baraúna – PB” que está sendo desenvolvida por Rayelle Esdyla de Lima Ferreira aluna de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Campina grande, campus Cuité, sob a orientação da Professora Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues.

O objetivo do estudo é conhecer a situação de saúde e alimentação das gestantes cadastradas e acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Baraúna.

Ao participar desta pesquisa a Senhora não receberá nada de valor em troca, entretanto os resultados da mesma poderão trazer benefícios à população de Baraúna, pois possibilitará um diagnóstico da situação nutricional e de saúde das gestantes atendidas pela ESF na cidade de Baraúna/PB. Esses dados viabilizam a melhora nas estratégias de atendimento desse público-alvo pelo Serviço Público.

Sua participação incluirá responder alguns questionários a respeito da alimentação e dados socioeconômicos e realizar algumas medidas antropométricas.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, o participante poderá entrar em contato com os pesquisadores:

Pesquisadora: Rayelle Esdyla de Lima Ferreira, Telefone: (83) 87519526.

Pesquisadora: Raphaela Araújo Veloso Rodrigues. Telefone: (83) 88742579. Endereço (Setor de Trabalho): Universidade Federal de Campina Grande. Campus Cuité, Centro de Educação e Saúde / Unidade Acadêmica de Saúde. Olho D'Água da Bica, S/ nº - Cuité/PB. CEP: 58175-000 PB – Brasil.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE C: Questionário e Recordatório Alimentar de 24 horas.

Universidade Federal
de Campina Grande

**“PERFIL DAS GESTANTES: “ASPECTOS
NUTRICIONAIS”.**

Data: ____/____/____

I. DADOS PESSOAIS

NOME:		
ENDEREÇO:		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	IG: DPP:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	
ESCOLARIDADE: () não alfabetizado () ensino fundamental () ensino médio () superior incompleto () superior completo		
RENDA MÉDIA:	Nº DE PESSOAS QUE RESIDE NO DOMICÍLIO:	

II. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E NUTRICIONAL

PPG:	Peso Atual:	Altura:	IMC:	Estado nutricional:	Pressão Arterial:
PT min:		PT méd:		PT máx:	
C. Cintura:		Classificação:			
Perda de peso nos últimos meses: () Sim () Não Quantos kg? _____					
Atividade Física:					
Tipo:		Frequência:		Duração:	
Quadril:		RCQ:		Classificação:	
TMB:					
VET:					

III. SOBRE OS HÁBITOS DE VIDA E CONHECIMENTO ACERCA DA NUTRIÇÃO

