

## Perfil Nutricional de Gestantes Atendidas por Duas Unidades Básicas de Saúde de Londrina - PR

### Nutritional Profile of Pregnant Women Assisted by Two Basic Health Units in Londrina - PR

Sandra Maria R. Fernandes Amorin\*

\* Universidade Norte do Paraná (Unopar).

#### Resumo

A proposta deste trabalho foi verificar o perfil nutricional de gestantes atendidas por Unidades Básicas de Saúde municipais. Este estudo transversal avaliou 33 gestantes, com dados coletados em entrevista e prontuário. Os resultados mostraram que 45,45% das gestantes iniciaram a gestação eutróficas e 21,21% obesas. Quanto ao ganho de peso gestacional, 42% das gestantes estavam adequadas e 39,4% apresentaram ganho de peso excessivo para idade gestacional. A incidência de anemia foi de 27,27% e 36,36% das gestantes usavam suplemento diário de ferro enquanto 9,09% faziam uso de suplemento de ácido fólico.

**Palavras-chave:** Estado nutricional. Gestantes. Anemia gestacional. Unidades Básicas de Saúde.

#### Abstract

*The proposal of this work was to verify the nutritional profile of pregnant women assisted by two Basic Health Units. It evaluated 33 pregnant women, with data collected in interviews and medical registers. The results showed that 45.45% of the pregnant women started pregnancy with the ideal weight and 21.21% were overweight. As for the pregnancy weight gain, 42% were appropriate and 39.4% presented excessive weight gain for gestational age. The incidence of anemia was 27.27% and 36.36% had daily iron supplements, whereas 9.09% had folic acid supplements.*

**Keywords:** Nutritional State. Pregnant women. Anemia in pregnancy. Basic Health Units.

## 1 Introdução

O estado nutricional da mulher antes e durante a gestação determina de forma importante a saúde materno infantil. Essa premissa é válida para qualquer país, independentemente do seu grau de desenvolvimento (WHO, 2001) e tem implicações importantes sobre suas condições para produzir leite e amamentar o lactente sadio.

A ingestão alimentar habitual da mulher deve aumentar na gestação para atender a sua demanda nutricional crescente e a do feto em desenvolvimento. É necessária energia adicional devido ao aumento do metabolismo basal, maior custo da atividade física e deposição de gordura como reserva energética. Também aumentam as necessidades de proteínas, vitaminas e minerais, embora a quantidade exata dos dois últimos ainda permaneça em discussão. Além de cálcio, fósforo e ferro, a mãe fornece quantidades consideráveis de proteínas e gorduras para o crescimento fetal. O metabolismo e fluxo sanguíneo placentários, fenômenos inter-relacionados, são fatores críticos no desenvolvimento fetal.

A garantia de uma ingestão alimentar satisfatória durante a gestação, da manutenção de bom estado de saúde da mãe e do feto e de um ganho de peso esperado para assegurar um ótimo resultado de gestação, ou seja, um peso de nascimento considerado adequado

deve ser promovido pela orientação e acompanhamento nutricionais durante a gestação.

O conhecimento do perfil nutricional de uma população de gestantes possibilita o melhor planejamento de ações em saúde que visam tanto melhorar a qualidade da assistência pré-natal quanto prevenir agravos nutricionais no período neonatal e conseqüentemente a promoção da saúde infantil.

Este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil nutricional de um grupo de gestantes atendidas por duas Unidades Básicas de Saúde de Londrina – PR.

## 2 Métodos

Foram entrevistadas 33 gestantes (amostra aleatória) cadastradas pelo Programa de Assistência Pré-natal das Unidades Básicas de Saúde W.K. Kellogg's e Dr Luis Carlos Jeolás, na cidade de Londrina (PR). As entrevistas foram realizadas individualmente na sala de espera das unidades, no período de maio a novembro de 2007, e os prontuários clínicos também foram utilizados como fonte para dados antropométricos e bioquímicos.

O termo de consentimento, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Norte do Paraná foi obtido de cada gestante antes da entrevista.

Avaliou-se a renda per capita em número de salários mínimos ao mês, escolaridade, estado civil,

história obstétrica anterior, medidas de peso, estatura, concentração de hemoglobina, uso de suplementos vitamínicos e minerais, sintomatologia associada à gestação, hábito intestinal e número de refeições realizadas ao dia.

Para avaliação do estado nutricional foram utilizados o Índice de Massa Corpórea (IMC) pré-gestacional, e a curva de Índice de Massa Corpórea em relação à idade gestacional para monitorar o ganho de peso materno a partir da 6ª semana gestacional, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Adotou-se a recomendação de ganho de peso proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000), que estabelece que para mulheres com IMC pré-gestacional < 19,8 kg/m<sup>2</sup> o ganho recomendado deve situar-se entre 12,5 e 18 kg, quando o IMC estiver entre 19,8 e 26 kg/m<sup>2</sup> o ganho deve ser entre 11,5 e 16 kg, com IMC entre >26 e 29 kg/m<sup>2</sup> o ganho deve ser entre 7 e 11,5 kg e com IMC > 29 kg/m<sup>2</sup> o ganho deve ser entre 7 e 9 kg.

O diagnóstico de anemia foi atribuído a valores de

concentração de hemoglobina inferiores a 11 g/dL, seguindo recomendação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001), para gestação.

### 3 Resultados e Discussão

A população de gestantes estudada apresentou em sua maioria (36,52%) renda familiar inferior a um salário mínimo, e 33,33% entre 1 e 2 salários mínimos. Quanto ao saneamento básico, 100% da população relatou ter acesso. A distribuição quanto à idade mostrou que 57,7% estavam entre 20 e 30 anos e 30,30% das gestantes estudadas era adolescente (tabela 1). Em relação à escolaridade, 45,45% das gestantes relataram primeiro grau incompleto e 27,27% segundo grau completo.

Haidar; Oliveira e Nascimento (2001), estudando a mortalidade infantil e materna em 1800 nascimentos, afirmam que a baixa escolaridade materna está associada a risco maior de mortalidade materna e morte fetal. As mães com menos de 8 anos de escolaridade têm chance

**Tabela 1.** Distribuição das gestantes estudadas segundo a idade e perfil sócio-econômico, nas duas Unidades Básicas de Saúde, na cidade de Londrina/PR, no período de maio a novembro, 2007.

Variáveis socioeconômicas	Idade (anos)						% TOTAL
	10 - 20		20 - 30		30 - 40		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Renda per capita</b>							
Menos de 1 salário	4	12,12	8	24,40			36,52
1 a 2 salários	4	12,12	5	15,15	2	6,06	33,33
2 a 3 salários	2	6,06	6	18,18	3	9,09	33,33
3 a 4 salários							0
Mais de 4 salários							0
TOTAL	10	30,30	19	57,50	5	15,15	100,00
<b>Saneamento</b>							
Sim	9	27,27	21	63,63	4	12,12	100,00
Não							
TOTAL	9	27,27	21	63,63	4	12,12	100,00
<b>Escolaridade</b>							
Sem escolaridade							
1º grau completo	1	3,03	3	9,09	1	3,03	15,15
1º grau incompleto	4	12,12	11	33,33			45,45
2º grau completo	4	12,12	5	15,15			27,27
2º grau incompleto	1	3,03			4	12,12	15,17
Superior completo							
Superior incompleto							
TOTAL	10	30,30	19	57,57	5	15,17	100,00
<b>Estado civil</b>							
Casada	1	3,03	10	30,30	2	6,06	39,39
Solteira	4	12,12	1	3,03	2	6,06	21,21
Separada			2	6,06			6,06
Amasiada	5	15,15	6	18,18	1	3,03	36,36
Viúva							
TOTAL	10	30,3	19	57,57	4	15,15	100,00

1,5 vezes maior de terem recém-nascidos com baixo peso o que está relacionado também com o padrão sócio-econômico (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001; OKOSUN, et al., 2000).

Segundo Leal; Gama e Cunha (2006) a frequência de baixo peso ao nascer relaciona-se com alguns fatores da saúde materna, mas principalmente com as condições sociais da família de origem. Quanto mais elevada a proporção de recém nascidos de baixo peso ao nascer em uma comunidade, maior é a participação dos determinantes sociais na sua ocorrência.

Entre as gestantes estudadas, 39,39% eram casadas e 36,36% amasiadas, caracterizando que a maioria das mulheres tinha um companheiro fixo. A mulher que possui um parceiro ao seu lado tem menores riscos ao decorrer da gestação, pois o apoio do parceiro é de grande importância, fazendo-a sentir mais motivada em relação aos cuidados em saúde e com o bebê, facilitando

o acesso ao pré-natal, inclusive à assistência nutricional como forma de melhorar seu perfil obstétrico (ARAUJO; PEREIRA; KAC, 2007).

A distribuição quanto à paridade (tabela 2) mostrou predominância de múltiparas (66,5%) e entre estas 45,4% são adultas jovens (20 a 30 anos). Houve relato, por 15,15% das gestantes, de partos prematuros, sendo todos ocorridos em gestantes adultas, entre 20 e 30 anos (9,09%) e entre 30 e 40 anos (6,06%). O nascimento prematuro, ou seja, aquele que ocorre em idades gestacionais inferiores a 37 semanas é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. A chance de morte neonatal é maior em idades gestacionais precoces e pode ser quarenta vezes maior do que em recém nascidos de termo. As internações hospitalares durante o primeiro ano de vida são três a quatro vezes mais frequentes nos prematuros. Portanto, o impacto social e econômico é enorme (BITTAR, 2001).

**Tabela 2.** Distribuição da população estudada, segundo a idade e variáveis relativas à história obstétrica, nas duas Unidades Básicas de Saúde, na cidade de Londrina/PR, no período de maio a novembro, 2007.

História Obstétrica	Idade (anos)						% TOTAL
	10 - 20		20 - 30		30 - 40		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Paridade</b>							
1 a 2	6	18,1	15	45,4	1	3,03	66,5
2 a 3	1	3,03	5	15,1	2	6,06	24,1
3 a 4	-	-	2	6,06	1	3,03	9,09
TOTAL	7	21,13	22	66,56	4	15,15	100
<b>Prematuridade</b>							
Sim	-	-	3	9,09	2	6,06	15,15
Não	7	21,2	18	54,5	3	9,09	84,7
TOTAL	7	21,2	21	63,5	5	15,15	100
<b>Peso ao nascer dos filhos anteriores (g)</b>							
1500 a 2499 g	-	-	2	6,0	2	6,0	12,0
2500 a 2999 g	-	-	7	22,8	1	3,12	25,92
3000 a 3999 g	4	12,39	12	37,2	3	9,37	58,96
≥ 4000 g	-	-	-	-	1	3,12	3,12
TOTAL	4	12,39	21	66,0	7	21,61	100

Quanto ao peso de nascimento, 58,6% das gestantes relataram história de filhos com peso considerado adequado (entre 3000g e 3999g). Baixo peso ao nascer (peso entre 2500 e 2999g) foi referido por 25,92% das mães e muito baixo peso (peso entre 1500 e 2499g) por 12% da população estudada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como de baixo peso ao nascer (BPN), o recém-nascido com peso inferior a 2.500g, constituindo um dos mais importantes fatores de predição da sobrevivência infantil. As conseqüências deletérias decorrentes do BPN para a sobrevivência e desenvolvimento da criança têm sido sobejamente descritas.

De acordo com Araújo; Pereira e Kac (2007) compete ao programa de assistência pré-natal minimizar os riscos de incidência desse evento, e à puericultura dar um atendimento especial ao lactente e à criança de forma

a recuperá-la, colocando-a em condições de igualdade com crianças nascidas com peso adequado e de termo.

Os sintomas associados à gestação mais frequentemente descritos pela população investigada, foram náuseas e vômitos (26%), seguidos por azia (14%), flatulência (7%) e edema (8%).

A gestação é um estado fisiológico que muitas vezes pode propiciar o surgimento de alterações clínicas indesejáveis, pelo aumento exagerado dos hormônios, principalmente o estrogênio. As náuseas, vômitos e azia são comuns no primeiro trimestre, principalmente pela manhã e acometem 50% das gestantes (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2005).

A azia é decorrente da ação do progesterona, que causa hipotonia do esfíncter esofágico inferior e, associado a um maior tempo de esvaziamento gástrico,

favorece o refluxo gastroesofágico e pirose (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2005). Segundo a mesma autora o edema de extremidades na gestação também está associado ao aumento da secreção do estrógeno e aldosterona que acompanham o período pré-natal. O edema generalizado pode estar associado a distúrbios hipertensivos. Na população estudada, apenas 2% tiveram diagnóstico de Hipertensão Induzida pela Gestação (HIG).

Em relação ao hábito intestinal, 72,7% das gestantes relataram frequência evacuatória diária, entre estas, todas relataram manter ingestão hídrica diária superior a 4 copos (1 L) e das 18,18% gestantes com relato de frequência evacuatória de 3 a 4 vezes por semana, todas informaram ingestão inferior a 1L por dia.

O hábito intestinal mantém uma relação próxima com a quantidade de líquidos ingerida e a dieta habitual. Os movimentos dos intestinos são de extrema importância na impulsão do bolo fecal, favorecendo a eliminação das fezes e a frequência desses movimentos depende do conteúdo do bolo fecal, devendo haver adequada quantidade de água, fibras e outros componentes (ARAUJO; PEREIRA; KAC, 2007; SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006). As recomendações correntes, chamadas de Ingestão Dietética de Referência (Dietary Reference Intakes -DRIS -) apontam como ingestão hídrica recomendada para as gestantes 2,5 L diários e 28 g de fibras. A motilidade reduzida do cólon e tempo de trânsito intestinal prolongado propiciam a constipação intestinal, as fezes tornam-se menos volumosas, mais concentradas, aumenta a flatulência. Tanto a redução da velocidade do trânsito do cólon como a ação hormonal na gestação e a compressão exercida pelo útero em crescimento são fatores importantes na determinação da constipação intestinal (KLUG, et al. 2007).

A constipação intestinal ou “prisão de ventre” é uma das queixas mais frequentes durante o período pré-natal em consultórios médicos. Poderíamos defini-la de maneira bem simples, como a redução da frequência evacuatória, havendo relato de evacuações em torno de 3 vezes por semana ou, por vezes mais espaçadas. Esta definição inclui ainda a queixa de dificuldade ao evacuar, sendo necessário esforço excessivo e, por vezes acompanhado de dor, sangramento e sensação de evacuação incompleta, mesmo sem estar associado à redução da frequência das evacuações. Desta forma é possível observar que deve haver uma atenção especial

ao analisar a função intestinal, preferencialmente identificando a frequência habitual, o nível de atividade de cada indivíduo, a dieta habitual, em especial o teor de fibras e ingestão de líquidos, o estado fisiológico e ainda queixas associadas (ARAUJO; PEREIRA; KAC, 2007; SILVEIRA; LAMOU-NIER, 2006).

Com o objetivo de otimizar o peso ao nascer, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001) passou a recomendar ganhos de peso diferenciados segundo o estado nutricional materno, medido pelo índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional. Desta forma, os ganhos deveriam ser maiores em mulheres com baixo IMC pré-gestacional (< 19,8 kg/m<sup>2</sup>), intermediários em mulheres com IMC pré-gestacional normal (> 19,8 e <=26,0 kg/m<sup>2</sup>) e menor em mulheres com IMC pré-gestacional definido como sobrepeso (> 26,0 e < 29 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC > 29,0 kg/m<sup>2</sup>).

A maioria das gestantes estudadas apresentou ganho de peso adequado na gestação (42%), conforme critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (2000) e recomendados pelo Ministério da Saúde/ Brasil (BRASIL, 2005). Entretanto, 39,4% apresentaram ganho de peso excessivo em relação à idade gestacional (sobrepeso e obesidade). Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o ganho de peso excessivo predispõe à macrosomia fetal, e durante a assistência pré-natal deve-se suspeitar de retenção hídrica, sinal sugestivo de síndromes hipertensivas da gravidez.

É consenso na literatura que um ganho de peso adequado durante a gestação está associado a um desfecho fetal satisfatório. Em geral, considera-se que o crescimento fetal normal é uma função positiva do ganho de peso gestacional, modificado pelo estado nutricional pré-gestacional (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2005).

Durante a gravidez produz-se um ganho de peso obrigatório que é imposto principalmente pela síntese de novos tecidos. Uma gama de fatores deve ser considerada para predizer o ganho de peso adequado durante a gestação. É importante considerar a qualidade do ganho de peso, necessidades individuais e requerimentos de energia para dar suporte ao ganho de peso. Há evidências de que adolescentes necessitam de um ganho de peso substancial durante a gestação (ACCIOLY, SAUNDERS, LACERDA, 2005). No primeiro trimestre, aparentemente um ganho de 2 kg é comum. Existem poucos trabalhos a respeito, talvez pela ausência de atendimento precoce, principalmente em mulheres jovens. Até 24 semanas de gestação, é desejável aumento de 7,5 kg (ROLLAND CACHERA, 1993).

**Tabela 3.** No período pré-gestacional 45,45% das gestantes estudadas estavam eutróficas, 21,21% estavam obesas e 18,18% das mulheres apresentaram sobrepeso.

<b>Categorias de relação peso/ altura pré-gestacional</b>	<b>Valores de IMC (Índice de Massa Corpórea) *</b>	<b>Gestantes</b>	<b>%</b>
Baixo peso	< 19.8	5	15,15
Normal	19.8-26	15	45,45
Sobrepeso	> 26-29	6	18,18
Obesidade	> 30	7	21,21
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	

Vários estudos evidenciaram ganho total de 15,7 kg a 18,1 kg, durante a gravidez, somando-se o aumento de 2 a 2,5 kg estimado para o 1º trimestre com o aumento das 25 últimas semanas de gestação. Este ganho é aproximadamente 4,5 kg maior que o recomendado para mulheres adultas. A continuidade do crescimento e desenvolvimento da adolescente pode ser a causa para o peso extra que é necessário.

As correntes recomendações são estabelecidas sob a forma de médias para acomodar as variações individuais. Embora limites relativamente extensos possam se relacionar com gestações bem sucedidas e bebês saudáveis, variações aproximadas baseadas na relação peso pré-gestacional para altura podem ser recomendadas e servem como guias gerais. Dados publicados (WHO, 2001), recomendam que sejam estabelecidas metas de ganho de peso em função do estado nutricional prévio à gestação e à adequação de peso para altura no mesmo período, usando a medida do Índice de Massa Corpórea (IMC) como um indicador específico.

Estudo transversal realizado por Rocha et al., (2005), no Centro de Saúde da Mulher e da Criança vinculado à Secretaria Municipal de saúde de Viçosa, avaliou 163 mulheres no período de dezembro de 2002 a maio de 2003, e encontrou que 25,7% das gestantes iniciaram a gravidez com baixo peso e destas, 60% apresentaram ganho de peso insuficiente, ocasionando maior risco recém natos com baixo peso. Das gestantes estudadas 12% apresentaram ganho de peso excessivo, sendo a prevalência de sobrepeso/obesidade de 17,4% no início da gestação.

A avaliação do hemograma completo realizado pelas gestantes permitiu observar que 28% das gestantes apresentavam diagnóstico de anemia gestacional (hemoglobina inferior a 11g/dl), segundo critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000).

De acordo com a OMS (WHO, 2000), a deficiência de ferro é a mais importante deficiência nutricional do mundo. A deficiência de nutrientes hematopoéticos, em especial, entre mulheres grávidas e crianças, tem sido apontada como importante causa desses achados.

A prevalência de anemia na gestação é alta, embora existam poucos dados disponíveis para a América latina e Brasil. A maioria dos estudos nacionais refere-se a mulheres de áreas urbanas com acesso aos serviços de saúde, possivelmente caracterizando um problema de saúde pública subnotificado. As taxas de prevalência para os países em desenvolvimento variam de 35% a 56% para África, 37 a 75% para Ásia, 37 a 52% para América Latina. Além do elevado número de casos de anemia, também são frequentes as formas graves da doença. Em contraste, nos países industrializados, a anemia afeta menos de 20% das gestantes (WHO, 2002).

De acordo com a OMS (WHO, 2000), quando a anemia é usada como um indicador de deficiência de ferro, estima-se que cerca de 30% a 60% das gestantes e crianças entre 6 meses e 3 anos, nos países em desenvolvimento, apresentam deficiência desse mineral (NOGUEIRA et al, 2001).

Um estudo realizado por Fujimori et al (2000) avaliando 79 gestantes de primeira consulta pré-natal (<20 semanas de gestação), atendidas na Rede Básica de Saúde de um município da grande São Paulo, encontrou que todos os valores hematológicos estudados foram menores entre as gestantes do segundo trimestre gestacional em relação às do primeiro, sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) apenas para hemoglobina. Verificou-se que 64,3% 32,1% possuíam, respectivamente, menos de 500 mg e 300 mg de ferro em suas reservas, sendo que 5,4% apresentavam carência grave do mineral. Segundo critério da Organização Mundial da Saúde, 19% das gestantes eram ferro-deficientes (saturação da transferrina < 16%) e 13,9% eram anêmicas (hemoglobina < 11g/dL).

Quanto ao uso de suplementação preventiva de ferro no pré-natal, apenas 36,36% das gestantes relataram o uso diário de suplemento de ferro e 9,09% de ácido fólico. Se associarmos este resultado ao fato de grande parte das gestantes pertencerem a classes sociais menos abastadas, não é difícil presumir o acesso limitado a uma alimentação que pudesse ser equilibrada o suficiente para atender às necessidades elevadas de ferro e ácido fólico na gestação, prevenindo o surgimento de anemias nutricionais. Desta forma, o não uso dos suplementos pode justificar a alta prevalência de anemia na população estudada.

Um estudo realizado com gestantes assistidas por um hospital público do Rio de Janeiro (FONSECA, 2003), encontrou que 18,3% das gestantes desconheciam a existência de suplementos de ácido fólico e seus benefícios antes ou durante a gravidez, entre aquelas que alegaram ter recebido prescrição do mesmo, apenas 10,5% das primíparas estavam efetivamente usando o suplemento e 43,4% das múltiparas relataram fazer uso do mesmo conforme recomendação recebida.

O Ministério da Saúde no Brasil tem como recomendação a prescrição preventiva de suplementos de ferro e ácido fólico a todas as gestantes a partir do 2º trimestre de gestação com o objetivo claro de redução das elevadas prevalências de anemias nutricionais em nosso meio (BRASIL, 2005).

Esta recomendação faz parte do protocolo do Programa de Assistência Pré-natal no país. O Programa do Ferro foi proposto no município de Londrina em algumas unidades a serem usadas como piloto para posterior implantação em toda a rede básica de saúde. As duas Unidades Básicas de Saúde envolvidas neste estudo fazem parte do projeto piloto desde agosto de 2007, não obstante a maioria das gestantes negou o uso de qualquer suplemento (BRASIL, 2005).

As crianças menores de cinco anos, as mulheres na idade fértil e, sobretudo, no período gestacional, em virtude de fatores biológicos, são os segmentos populacionais mais expostos ao problema das anemias. Além de sua elevada prevalência, as anemias têm marcantes implicações no processo saúde/doença, interagindo com outros agravos carenciais, contri-buindo, assim, para elevar as estatísticas de morbi-mortalidade, e reduzir a capacidade de aprendizagem. O papel das condições sócio-econômicas na etiologia das doenças

carenciais, e particularmente na anemia nutricional, está bem estabelecido. Assim, embora afetando principalmente as populações dos países pobres, o problema também se difunde como ocorrência endêmica nas nações ricas (LOPES; FERREIRA; BATISTA FILHO, 1999). A tabela 4 permite observar que 30% das gestantes relataram realizar 6 refeições ao dia, e destas 46,15% estavam no segundo trimestre gestacional, que caracteriza o período em que as necessidades de

energia e nutrientes tornam-se marcantes para a mãe e para o feto em formação. No último trimestre gestacional (3º trimestre) é importante observar que 44,4% das gestantes relataram realizar apenas 4 refeições diárias. Na população geral de gestantes estudadas, observa-se que 20% e 27% realizam, respectivamente, 3 e 4 refeições ao dia, o que poderia justificar as queixas de azia (14%) e constipação intestinal (18,18%).

**Tabela 4.** Distribuição das gestantes estudadas segundo idade gestacional (trimestres) e fracionamento das refeições diárias, nas duas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Londrina/PR, no período de março a outubro de 2007.

Fracionamento de refeições diárias	Trimestre gestacional						TOTAL (%)
	1º		2º		3º		
	N	%	N	%	N	%	
1 a 2	-	-	-	-	1	11,1	3,00
3	4	33,33	2	15,38	1	11,1	20,00
4	2	16,67	3	23,07	4	44,4	27,00
5	4	33,33	2	15,38	1	11,1	20,00
6	2	16,67	6	46,15	2	22,2	30,00
TOTAL	12	100	13	100	9	100	100

Nesta fase da gestação, além das necessidades nutricionais superiores às do período anterior, o útero aumentado compete com o restante dos órgãos por espaço, desta forma as queixas de azia poderiam ser amenizadas pela realização de 5 a 6 refeições diárias com pequeno volume. Além disso, a ação hormonal causando relaxamento da musculatura gastrointestinal e o peso descendente exercido pelo útero aumentado, sobre o intestino, colaboram para a queixa de aumento do intervalo evacuatório. O fracionamento adequado das refeições diárias, preferencialmente entre 5 a 6 refeições, associado à ingestão hídrica recomendada (2,5L/dia), constituem medidas importantes, se não determinantes da redução desta queixa na gestação.

O incentivo a aumentar o número de refeições realizadas ao dia objetiva ainda o equilíbrio glicêmico da gestante, evitando a hipoglicemia que frequentemente se associa a fraquezas e desmaios. Alimentando-se várias vezes ao dia, em pequenas quantidades, e garantindo um equilíbrio dos macro-nutrientes da dieta, em especial de lipídios, as gestantes poderiam evitar sintomas como azia e náuseas. O aumento do fracionamento, em especial no último trimestre, serve para diminuir a sensação de compressão que o feto exerce, reduzindo assim a queixa de plenitude gástrica (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2005).

A maioria das gestantes estudadas (45,45%) iniciou a gestação apresentando estado nutricional de eutrofia, e 42% mantiveram ganho de peso adequado durante o período pré-natal. A prevalência de anemia foi de 28%, taxa considerada compatível com dados provenientes

de países em desenvolvimento. Quanto ao uso dos suplementos de ferro e ácido fólico, para os quais existe uma recomendação formal de prescrição preventiva no pré-natal, apenas 36,36% e 9,09% das mulheres, respectivamente, relataram fazer uso dos mesmos, dado este que permite questionar o empenho das equipes de saúde ao estimular e conscientizar as gestantes sobre a importância de seu uso. A maioria das mulheres (47%) relataram fazer entre 3 e 4 refeições ao dia, o que do ponto de vista de atender às necessidades nutricionais, metabólicas e fisiológicas da gestação, poderia ser considerado inadequado e inclusive justificar queixas gastrointestinais importantes no período pré-natal.

### Referências

- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. 3 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.
- ARAUJO, D.M.R.; PEREIRA, N.L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 747-756. 2007.
- BITTAR, R. E. O que fazer para evitar a prematuridade?. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 15-16, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atendimento pré-natal: manual técnico*. Brasília:, Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Vigilância alimentar e*

nutricional – SISVAN: orientações básicas para coleta, processamento e análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FONSECA, V.M. et al. Consumo de folato em gestantes de um hospital público do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v.6. n. 4, p. 319-327, 2003.

FUJIMORI, E. et al. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 13, n. 3, p. 177-184, 2000.

Haidar, F.H.; OLIVEIRA, U.F.; NASCIMENTO, L.F.C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, 2001.

KAUP, Z.O.L.; MERIGHI, M.A.B.; TSUNECHIRO, M. A. Evaluation of alcohol consumption during pregnancy. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 575, 580, 2005.

KLUG, W. A. et al. Alterações das pressões anais na gravidez. *Rev Bras. Coloproct*; v. 27, n. 2, p. 196-201, 2007.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Consequences of sociodemographic inequalities on birth weight. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 466-473, 2006

LOPES, M.C.S.; FERREIRA, L.O.C.; BATISTA FILHO, M. Use of daily and weekly ferrous sulfate to treat anemic childbearing-age women. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 789-797, 1999.

NOGUEIRA, N.N.M. et al. Utilização de diferentes concentrações de ferro por adolescentes grávidas também suplementadas com zinco e ácido fólico. *ALAN*. v. 51, n. 3, p.225-229, 2001.

OKOSUN, I. S. et al. Ethnic differences in teh rates of low birth weight attributable to differences in early motherhood: a study from the third national health and nutrition examination survey. *Journal of Perinatology*, v.20, p. 105-109, 2000.

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

ROLLAND CACHERA, M. F. Body composition during adolescence: methods, limitations and determinants. *Horm. Res.*, v. 39, n. 3, p. 25-40, 1993.

SILVEIRA, F. J. F.da; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry; report of a WHO expert committee. Geneva: WHO, 2000.

\_\_\_\_\_. The clinical use of blood in Medicine, Obstetrics, Paediatrics, Surgery and Anaesthesia, Trauma and burns. Geneva: WHO, 2001.

\_\_\_\_\_. The prevalence of anaemia in women: a tabulation of available information. Geneva:WHO, 2002.

---

#### Sandra Maria Rodrigues Fernandes Amorin

Mestrado em Ciências da Nutrição Aplicada a Pediatria - Universidade Federal de São Paulo - UFSP. Docente do curso de Nutrição da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

e-mail: <sandranut@sercomtel.com.br>

#### \* Endereço para correspondência:

Rua Dr. Elias César, 155, Apto. 801, Jardim Petrópolis – CEP. 86015-640 – Londrina, Paraná, Brasil.

---

