



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

REBECA VILAVERDE DUARTE

CURITIBA, 2012

Estado nutricional de gestantes atendidas nas unidades de saúde da família do Município de Colombo-PR

DUARTE*, R.V.¹; ALMEIDA, C.C.B.²; COSTA, I.B.²

¹ Nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UFPR

² Docentes do Departamento de Nutrição – UFPR

RESUMO - O estado nutricional da mulher antes e durante a gravidez influencia o desfecho da gestação. É relevante a classificação correta do estado nutricional materno para que sejam realizadas as intervenções nutricionais necessárias em tempo oportuno. O presente trabalho teve como objetivo avaliar o estado nutricional das gestantes atendidas nas Unidades de Saúde Família de Colombo/PR. Foi realizado um estudo transversal com dados de 362 gestantes acompanhadas em 8 U.S.F. Apenas 14,6% das gestantes tinham o registro do diagnóstico nutricional e 8,8% das gestantes tiveram seu peso pré gestacional anotado nos documentos utilizados. 16,9% das gestantes iniciaram tardiamente o pré-natal. Do total de gestantes, somente 105 gestantes (29%) tinham as informações necessárias do início ao fim da gestação para verificação do estado nutricional e cálculo do ganho ponderal. Destas, 45% estavam eutróficas, e as demais tinham estado nutricional pré gestacional insatisfatório. A média de ganho de peso foi de 9,97 kg. Somente 25% tiveram ganho de peso adequado de acordo com o IMCPG. Cerca de 40% se mantiveram eutróficas durante toda a gestação, segundo o IMC/IG. Houve maior prevalência de baixo peso no segundo trimestre, de sobrepeso no terceiro trimestre e de obesidade no primeiro trimestre. A atenção a gestante não está sendo realizada de forma adequada no município, pois negligencia a avaliação do estado nutricional. Sugere-se que haja planejamento de ações que envolvam o cuidado nutricional á gestante, como capacitação dos profissionais que compõe as equipes de Saúde da Família e a implantação de NASF com profissional nutricionista.

Palavras-chave: Gestação. Ganho de peso. Estado nutricional. Avaliação nutricional.

INTRODUÇÃO

O estado nutricional da mulher antes e durante a gravidez influencia o desfecho da gestação, tanto para o bebê, quanto para a mãe. A gestação é um período onde ocorrem alterações fisiológicas e metabólicas¹. Assim sendo, é importante que haja a realização correta do diagnóstico do Estado Nutricional materno durante toda a gestação, para que seja realizada a intervenção necessária, favorecendo a saúde materna e do bebê.

A avaliação, diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional da gestante são ações recomendadas na assistência pré-natal, devido à sua importância no prognóstico do desenvolvimento fetal e saúde materna².

Ainda sobre essa assertiva, estudos mostram a importância do EN materno adequado para o desfecho favorável da gestação. Desse modo, o peso materno pré-gestacional e o ganho ponderal na gestação são indicadores de morbidade e mortalidade neonatal, assim como do desenvolvimento mental na infância. As gestantes com sobrepeso ou obesidade pré-gestacional têm risco aumentado de hipertensão, prematuridade, cesárea, indução de trabalho de parto, macrosomia e morte fetal^{3,4}. Gestantes com baixo peso ou ganho de peso insuficiente apresentam maior risco de gerarem bebês prematuros e/ou com baixo peso ao nascer⁵. Considera-se ainda, que o peso inadequado ao nascer aumenta a morbimortalidade no primeiro ano de vida e o risco de desenvolver patologias quando adulto, como síndrome metabólica, nos casos de baixo peso e de diabetes e obesidade, nos casos de GIG(gigante para a idade gestacional)⁶.

Ao pontuar tais constatações argumenta-se, portanto, que ao prover na assistência à saúde a classificação correta do EN das gestantes de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) é possível viabilizar com maior segurança as intervenções nutricionais necessárias e em tempo oportuno para que o período gestacional possa ser vivido com tranquilidade tanto para mãe e seu bebê, como para os profissionais de saúde envolvidos neste cuidado especial à vida. Este estudo foi realizado quando da experiência vivida no processo de qualificação profissional em Residência Multiprofissional Saúde da Família no município de Colombo/PR. Segundo dados do último censo (IBGE, 2010) Colombo tem como índices: Gini: 0,470; IDH-M de 0,764. Possui 213 mil habitantes, com quantidades semelhantes de homens e mulheres, população predominante urbana (95,42%).

Em 2011, o município de Colombo contava com 22 Unidades de Saúde, sendo 14 Unidades Básicas de Saúde e 8 Unidades de Saúde da Família. Ambas realizam o pré-natal de baixo risco. Os dados referentes ao estado nutricional das gestantes são encontrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). No mês de setembro/11, apenas 253 gestantes tiveram seus dados registrados no sistema, destas, 16,2% estavam com baixo peso (BP), 24,5% com sobrepeso (SP), 12,3% com obesidade e 38,3% eram eutróficas. O restante (8,7%), não tinha dados suficientes para realizar a classificação⁷.

No Brasil, em 2007, 45,1% das gestantes estavam eutróficas, enquanto 54,9% estavam com o estado nutricional inadequado (22,5% BP, 22,1% SP e 10,2% OB). No Paraná, neste mesmo ano, os índices mostraram similaridade com o total do país, 44,9% apresentavam eutrofia e 55,1% apresentaram EN inadequado (21,1% BP, 22,8% SP e 11,4% OB)⁸.

Tomando as referências científicas que abordam sobre a importância do cuidado neste período especial da vida, o Ministério da Saúde (MS), em 2005, padronizou o atendimento à gestante em seu Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério. O documento traz diretrizes a serem seguidas durante todo o pré-natal, entre elas a avaliação antropométrica do EN da gestante². Neste manual, o MS recomenda que o EN das gestantes seja classificado de acordo com o método criado por Atalah e colaboradores em 1997, que utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC) e a idade gestacional para classificar as gestantes em baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade. O argumento que prevalece é que tais procedimentos servem para identificar as gestantes que estão em risco nutricional no início da gestação; detectar as gestantes com ganho de peso baixo ou excessivo para a IG; realizar a orientação adequada para cada caso, visando a promoção do estado nutricional materno, condições para o parto e peso do recém-nascido².

Este material técnico recomenda que, na primeira consulta de pré-natal deverá ser aferido o peso, a estatura e realizado o cálculo do IMC, seguido pelo cálculo da DPP (data provável do parto) e a IG (Idade Gestacional). A avaliação nutricional da gestante com base em seu peso e sua estatura permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação, pelo ganho proposto pelo IOM. O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré gestacional referido ou o IMC calculado a partir da aferição realizada até a 13ª semana gestacional. Após o cálculo

deve-se classificar a gestante de acordo com Atalah, pelo método de IMC/semana gestacional e classificá-las em: BP(baixo peso), A (adequado), S (sobrepeso), O (obesidade). Nas consultas subsequentes o peso deve ser aferido, calculado o IMC, registrado no gráfico e classificado o EN, como foi realizado na primeira consulta².

Vale ressaltar também que antes do Ministério da Saúde adotar estes procedimentos e técnicas de atenção ao cuidado, outros métodos foram utilizados para realizar a avaliação antropométrica e classificação do EN das gestantes.

Dentre eles o método elaborado pelo INCAP (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá), em 1961 e em 1980 o instrumento proposto por Lechtig e Klein. De 1986 a 2000, o Ministério da Saúde estipulou a Curva de Rosso ou Nomograma como método de avaliação antropométrica do EN das gestantes. De 2000 a 2005 o MS orientou a utilização do método Fescina ou CLAP. A partir de 2005, este método foi substituído pelo instrumento elaborado por Atalah e colaboradores, constando no Manual Técnico do Ministério da Saúde, devendo ser seguido pelos serviços de saúde ^{2,9,10,11,12,13,14}.

Nesse sentido, é importante frisar que ao longo dos anos houve uma preocupação – por parte dos técnicos responsáveis por esta área da atenção básica - sobre a utilização de indicadores confiáveis para prover ao público materno infantil as devidas intervenções ao cuidado. No entanto mesmo considerando importância da sua utilização na rede de assistência à saúde, algumas U.S. do município de Colombo permanecem utilizando o método de classificação não mais recomendado pelo MS, como o Rosso. Ou ainda, não realizam a classificação do EM.

Tais procedimentos (de não realizar o procedimento, ou mesmo realizá-lo de forma inadequada) podem gerar dados não fidedignos e também pode mascarar a realidade das gestantes do município, impedindo que os riscos de uma gestação com o EN inadequado sejam evitados, amenizados ou tratados. Diante do não acompanhamento adequado das gestantes, esta pesquisa propõe trazer a prevalência de BP, SP, OB e eutrofia das gestantes atendidas nas U.S.F do município. O objetivo principal, foi portanto, avaliar o estado nutricional das gestantes atendidas nas Unidades de Saúde Família de Colombo/PR. Outra abordagem contemplada foi constatar, no momento da pesquisa, se o protocolo do Ministério da Saúde, referente à avaliação nutricional de gestantes, está sendo seguido nas Unidades de Saúde.

A experiência aqui descrita subsidia, com dados reais, algumas reflexões sobre os procedimentos e métodos aplicados no âmbito da atenção à saúde considerando, sobretudo, o público materno-infantil e nos ajuda a justificar a necessidade de intervenções específicas para a melhoria do atendimento à gestante, como treinamento de recursos humanos e contratação de novos profissionais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal de caráter descritivo em 8 Unidades de Saúde da Família, localizadas na área urbana do município de Colombo. Colombo faz parte da região metropolitana de Curitiba, capital do Estado, sendo considerado cidade-dormitório. Em 2010, foi considerado município de médio desenvolvimento pelo Índice de Desenvolvimento Humano (0,764)¹⁵. Possui 212.967 habitantes, sendo a taxa de urbanização de 95,4%¹⁶. Colombo possui 35 serviços de saúde vinculados. O coeficiente de mortalidade infantil é de 12,7 em cada mil nascidos vivos e o coeficiente de mortalidade materna de 54,33 a cada mil nascidos vivos^{15,16}.

Foram incluídas 362 gestantes com idade igual ou superior a 20 anos, atendidas nas 8 Unidades de Saúde da Família durante o período de agosto de 2011 a agosto de 2012. Os critérios de exclusão foram: adolescentes, gestação gemelar; gestantes que realizavam pré-natal em outro estabelecimento e gestantes que não possuíam registro de dados como estatura, data da última menstruação e datas nos prontuários e cadastro no SISPRÉ-Natal. Os dados foram coletados semanalmente por meio dos prontuários, apostilas do SISPRÉ e da ficha de cadastramento do SISPRÉ-Natal.

Os dados foram digitados no programa Excel® e, posteriormente exportados para o software estatístico R (R Development Core Team, 2011), e realizados os testes estatísticos: “Teste da Correlação de Pearson” e “Modelo de Regressão Logística”^{17,18,19}.

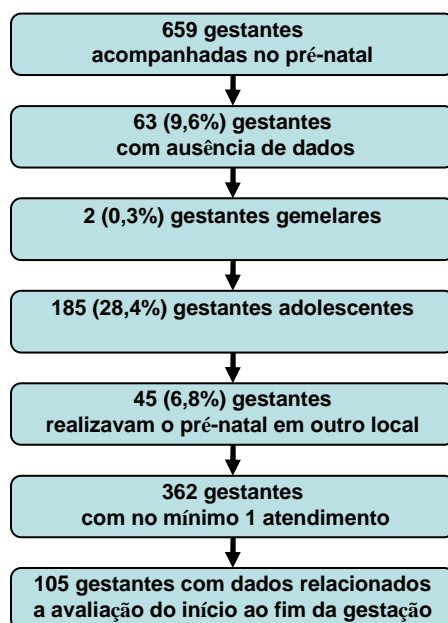
As variáveis selecionadas para este estudo foram: idade materna, peso pré-gestacional, altura, IMC pré-gestacional, IMC gestacional/idade, idade gestacional. Para a análise do processo de avaliação nutricional durante o pré-natal, verificou-se o registro das informações na apostila do SISPRÉ-NATAL e no prontuário das gestantes, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

Para diagnóstico do estado nutricional inicial, segundo o IMC pré-gestacional, foi utilizado o critério recomendado pela Organização Mundial de Saúde¹. Quando o peso pré-gestacional não estava disponível para o cálculo do IMC, foi utilizado o peso aferido na primeira consulta do pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação. Para o diagnóstico nutricional gestacional foi adotado o método de Atalah, conforme proposto pelo Ministério da Saúde. O ganho de peso total foi obtido por meio da diferença entre o peso da última consulta do terceiro trimestre e o peso pré-gestacional. Na ausência do peso pré-gestacional foi utilizado o primeiro peso aferido no primeiro trimestre gestacional, conforme recomendação. A idade gestacional, para cada gestante, foi calculada utilizando a data da última menstruação registrada. A estimativa de ganho de peso foi referenciada pela IOM.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde / UFPR com o registro 2010024790.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte deste estudo oito unidades de saúde da família. No período da pesquisa, haviam 659 gestantes sendo acompanhadas pela equipe do serviço de pré-natal destas unidades de saúde. Alguns profissionais da equipe esclareceram perguntas referentes a utilização ou não dos métodos de avaliação nutricional na gestação. Foram analisados os dados de 362 gestantes (54,9%). As demais foram excluídas seguindo os critérios de exclusão, conforme apresentado no QUADRO 1.



QUADRO 1 – Número de gestantes avaliadas, segundo critérios de exclusão, no período de agosto de 2011 a agosto de 2012

FONTE: A autora (2012)

A idade média das gestantes foi de $26,3 \pm 0,45$ anos.

Um dado relevante foi a quantidade de gestantes adolescentes encontradas e que por esse motivo foram excluídas da amostra (28,4%). Esta constatação superior à média nacional implica em maiores e melhores reflexões acerca do contexto social, econômico e cultural aos quais o grupo estudado está inserido. No entanto, não há como negligenciar o fato de que este dado está diretamente relacionado com as condições de vulnerabilidade que, por sua vez, implica em problematizar, inclusive o processo de formação dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado que exige esforços para além da capacitação técnica de lidar com tal situação.

Ainda referenciando a assertiva anteriormente descrita segundo levantamento do Ministério da Saúde, houve uma redução de 34,6% nas gestações na adolescência na última década, tendo o Brasil em 2010, 19,3% dos partos realizados sendo de gestantes adolescentes. Alguns autores documentaram o prejuízo para a mãe adolescente e para o bebê, visto que a gestação é um momento de maior demanda nutricional, e a adolescente ainda está em período de crescimento, na maioria das vezes tem hábitos alimentares inadequados, a gestação não é planejada ou aceita, o que pode levar a um prognóstico desfavorável da gestação, influenciando na demanda de nutrientes para o feto, gerando bebês com baixo peso e prematuros. Mães adolescentes tem quatro vezes mais chance de terem bebês com BP se comparadas as mães adultas e o baixo peso ao nascer é fator importante na sobrevivência da criança, além de influenciar em toda a vida do indivíduo, predispondo a comorbidades e alterações metabólicas^{8,20,21,22}.

Colombo está acima da média nacional, o que merece atenção das autoridades competentes e dos profissionais que lidam com esse público, com a finalidade de mudar este quadro, evitando assim que haja mais prejuízos para a sociedade, já que a gravidez na adolescência se caracteriza como um problema de saúde pública, com repercussões sociais, educacionais e econômicas.

Das 8 USF analisadas, em 3 delas os profissionais da equipe de saúde relataram realizar avaliação nutricional pelo método proposto por Atalah, 1 com o

método de Atalah e Normograma de Rosso, e as demais não souberam informar o método utilizado. Embora tenha havido esse relato, na prática, apenas 14,6% das gestantes tinham o registro do diagnóstico nutricional na apostila do SISPRENATAL. Destas, 9,6 % no primeiro trimestre, 4,5% no segundo trimestre e 9,8% no terceiro trimestre.

Às equipes de saúde família cabe realizar o monitoramento e o acompanhamento das gestantes consideradas de baixo risco, considerando, sobretudo, a avaliação do estado nutricional, a fim de diagnosticar, tratar ou prevenir os distúrbios nutricionais²³.

No entanto, nesta pesquisa, apenas 8,8% das gestantes tiveram seu peso pré gestacional anotado nos documentos utilizados. Uma quantidade importante de gestantes (16,9%) iniciou seu pré-natal tardiamente. A justificativa referida pelos profissionais de saúde para tal situação foi o desconhecimento da gestação por parte das gestantes e o fato de acreditarem que o acompanhamento desde o início da gestação era desnecessário. Esta informação vai ao encontro de outros estudos brasileiros, cuja constatação é o início tardio do pré-natal num percentual que varia entre 10% a 26,5% das gestantes^{24,25,26,27}.

O início do pré-natal em tempo oportuno, sobretudo, considerando os procedimentos de avaliação do estado nutricional materno conforme orienta o MS tem por objetivo o desfecho favorável da gestação, prevenindo distúrbios, diagnosticando e tratando eventuais desordens, colaborando para a redução da morbimortalidade materna e perinatal^{23,26,27,28}. Alguns autores afirmam que as gestantes que fazem o pré-natal tem menos morbidades e seus bebês tem um melhor desenvolvimento intra-útero e menor mortalidade infantil e perinatal, pois no pré-natal há a identificação precoce da inadequação do EN possibilitando a intervenção em tempo oportuno^{29,30}.

Do total de gestantes (362), somente 105 gestantes (29%) tinham as informações necessárias para verificar o estado nutricional pré gestacional. Destas, 45% estavam eutróficas, 8,9% com baixo peso, 26,8% com sobrepeso e 19,2% com obesidade de acordo com o ENPG.

Os valores encontrados contradizem outros estudo realizados onde a prevalência de eutrofia entre as gestantes estudadas variou de 58,1% a 75,8%^{3,35}. Em outro estudo realizado em Guarapuava-PR³¹, a prevalência de gestantes eutróficas foi de 71,4%, enquanto 11,4% apresentaram baixo peso, 11,4%

sobrepeso e 5,7% obesidade. Em Campina Grande-PB³², a prevalência de eutrofia entre as gestantes foi de 50%, 23% de baixo peso, 19% de sobrepeso e 8% de obesidade.

O peso pré-gestacional é fundamental para identificar precocemente o estado nutricional inadequado e estimar o ganho de peso durante a gestação, minimizando as taxas de morbimortalidade perinatal e neonatal. O baixo peso PG está ligado a bebês com baixo peso. O excesso de PPG é um risco obstétrico freqüente no Brasil, deixando as gestantes mais suscetíveis a diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, macrossomia, prematuridade, parto induzido, morte fetal, obesidade infantil, APGAR baixo, etc^{3,33,34}.

A partir do diagnóstico do estado nutricional pré-gestacional é possível estimar o ganho de peso necessário durante o período gestacional a fim de obter o desfecho favorável da gestação. Ao relacionar o ganho de peso durante a gestação e o ENPG, foi possível notar que dentre as gestantes que mais ganharam peso durante a gestação estão aquelas que apresentaram baixo peso e eutrofia no período pré-gestacional.(ver tabela 1)

De acordo com o estado nutricional pré-gestacional, a média de ganho de peso entre as gestantes com baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade foi de 10,7kg, 11,8kg, 9,7kg e 3,8kg, respectivamente.

TABELA 1 - ASSOCIAÇÃO ENTRE GANHO DE PESO E ESTADO NUTRICIONAL PRÉ GESTACIONAL DAS GESTANTES

Ganho de peso	Estado Nutricional Pré Gestacional									
	Baixo peso		Adequado		Sobrepeso		Obesidade		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adequado	1	14,3	11	21,6	11	42,3	3	15,0	26	25,0
Insuficiente	5	71,4	33	64,7	7	26,9	12	60,0	57	54,8
Excessivo	1	14,3	7	13,7	8	30,8	5	25,0	21	20,2
Total	7	100	51	100	26	100	20	100	104	100

FONTE: A autora (2012)

Ao relacionar o ganho de peso de cada gestante de acordo com o ENPG, foi possível verificar que as gestantes com obesidade e sobrepeso ganharam menos peso que as demais, resultado diferente do estudo realizado em Porto Alegre e

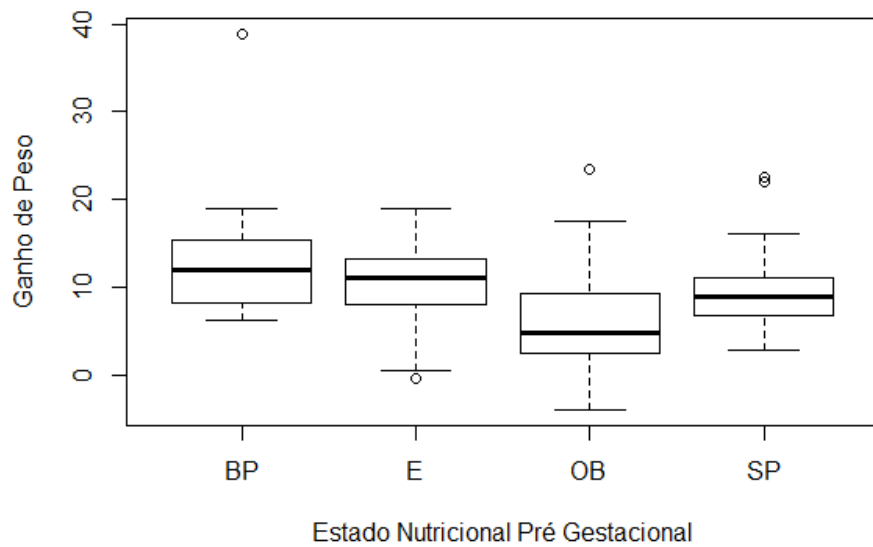
Bento Gonçalves – RS³⁴, cujo resultado mostrou que gestantes com baixo peso pré gestacional ganharam menos peso que as demais, e as gestantes com sobrepeso pré gestacional tiveram ganho de peso excessivo. A maior taxa de ganho de peso adequado ocorreu com gestantes que estavam com sobrepeso pré gestacional. Neste estudo 54,8 % das gestantes tiveram ganho de peso insuficiente, 20,2% ganho de peso excessivo e apenas 25% tiveram ganho de peso adequado de acordo com o IMCPG. Este resultado contradiz o estudo feito em Porto Alegre e Bento Gonçalves – RS³⁴, que encontrou 25,8% de ganho de peso insuficiente e 44,8% de ganho de peso excessivo entre as gestantes, mas é próximo ao encontrado no estudo feito em Pelotas - RS³⁵ em que 63,8 % das gestantes apresentaram ganho de peso insuficiente e 36,2% ganho de peso excessivo.

O ganho de peso está relacionado com a saúde materna e do bebê, influenciando no tipo de parto, peso ao nascer, prematuridade, retenção de peso pós parto. Se houver ganho de peso insuficiente, pode haver bebês com baixo peso ao nascer, prematuridade, maior tempo de internação. Estudos recentes mostram que a privação nutricional intra-útero pode afetar gerações (programação metabólica fetal entre gerações). A privação de nutrientes altera o metabolismo do feto, a fim de mantê-lo vivo de forma econômica. Para isso, há alteração da regulação hormonal e posterior, aceleração compensatória do crescimento, que pode gerar resistência à insulina, síndrome metabólica e doenças crônicas. Por outro lado, o ganho de peso excessivo está relacionado com macrossomia, parto cesárea, obesidade infantil, eclampsia, parto prematuro, diabetes gestacional^{6,20,34}.

A média de ganho de peso geral foi de 9,97 kg [8,99; 10,94]. O estudo feito em Porto Alegre e Bento Gonçalves – RS³⁴ encontrou ganho ponderal médio de 13,9kg, em Campina Grande-PB⁶ a média foi de 10,3kg e em Pelotas-RS³⁵ de 12 kg.

O gráfico 1 mostra a média do ganho de peso de acordo com o ENPG.

GRÁFICO 1 - MÉDIA DE GANHO DE PESO DE ACORDO COM O ESTADO NUTRICIONAL PRÉ GESTACIONAL.

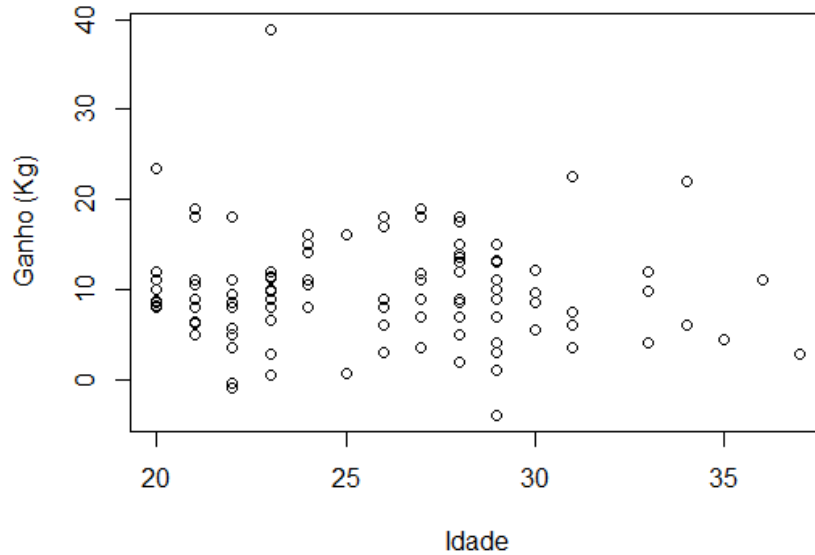


FONTE: A autora (2012)

Os pontos que estão mais acima no gráfico indicam que durante a gestação o ganho de peso foi acima do indicado. Vale ressaltar que o gráfico aponta uma gestante que teve ganho ponderal igual a 38,9 kg, bem acima do limite superior esperado e uma gestante perdeu 0,5kg.

Ao realizar a análise da correlação entre as variáveis ganho de peso e a idade das gestantes, foi possível verificar que não houve correlação entre as variáveis ($T = -0,6433$, valor-p = 0,5215), como é possível verificar no gráfico 2, embora há evidências de que quanto maior a idade materna, maior será o cuidado com sua gestação e alimentação, gerando um ganho de peso adequado^{3,18}.

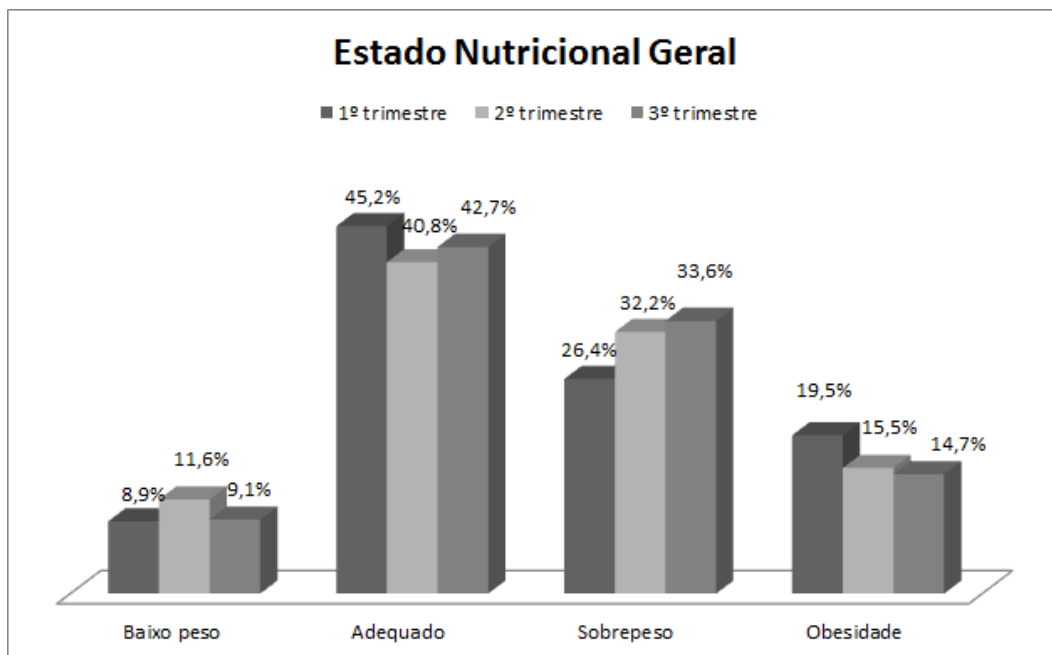
GRÁFICO 2 - RELAÇÃO ENTRE GANHO DE PESO E IDADE



FONTE: A autora (2012)

O gráfico 3 mostra a prevalência do estado nutricional das 105 gestantes que foram acompanhadas do início ao fim da gestação, de acordo com o trimestre.

GRÁFICO 3 - ESTADO NUTRICIONAL GERAL POR TRIMESTRE GESTACIONAL



FONTE: A autora (2012)

Ao analisar o estado nutricional das gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestres, foi possível verificar que cerca de 40% se mantiveram eutróficas durante toda a gestação, segundo o IMC/IG. Com relação ao baixo peso, a prevalência maior ocorreu no segundo trimestre – 11,6%. Houve uma grande prevalência de sobrepeso, em especial no terceiro trimestre, e de obesidade no primeiro trimestre. Este estudo contradiz o estudo realizado em Guarapuava-PR³¹, onde a prevalência de baixo peso no primeiro trimestre foi de 37,1%, eutrofia 31,4%, sobrepeso 22,8% e obesidade 8,5%. O presente estudo também obteve resultados diferentes do estudo realizado em Pelotas-RS³⁵, que encontrou no terceiro trimestre gestacional, 36,8% das gestantes com eutrofia, 25,7% com baixo peso, 23,5% com sobrepeso e 14% com obesidade. Este estudo não condiz com os dados encontrados em um estudo feito em Campina Grande – PB⁶, em que 50% das gestantes estavam eutróficas no 1º trimestre, 19% com sobrepeso, 23% com baixo peso e 8% com obesidade.

Gestantes que apresentam baixo peso tem mais chances de ter parto prematuro e podem gerar bebês com menos desenvolvimento fetal e menor peso ao nascer, o que poderá influenciar no crescimento pós natal, com maior risco de morte no primeiro ano de vida^{31,36}. O Excesso de peso na gestação está relacionado a macrossomia fetal e outras comorbidades já citadas³³.

Os valores encontrados são preocupantes, pois já é comprovada a relação do estado nutricional materno com o desfecho da gestação, outrora visto, não podendo ser admitido que mais da metade das gestantes estejam com o estado nutricional desfavorável durante a gestação, sendo que todas deveriam estar eutróficas em todos os trimestres. Além disso, ressalta-se que esta constatação evidencia a complexidade de atenção ao cuidado a este público (materno-infantil) com o intuito de romper um ciclo vicioso que, historicamente reproduz e fortalece a situação de vulnerabilidade, por exemplo, as doenças relacionadas à má-nutrição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia de saúde da família veio para reorganizar o modelo de atenção à saúde existente, favorecendo o vínculo com o paciente e comunidade a fim de promover a saúde, prevenir doenças e tratar agravos. A atenção à gestante está incluída nessa estratégia, com o diferencial de que a gestante deve ser vista de maneira holística.

A realização deste estudo possibilitou a detecção de que essa atenção não está sendo realizada de forma adequada no município, ao negligenciar a avaliação do estado nutricional desta população. A ausência do diagnóstico nutricional pode trazer adventos negativos para o binômio gestante e bebê, e em consequência para toda a sociedade, como atraso no desenvolvimento da mesma, visto que haverá déficit de aprendizagem, gastos com tratamento de doenças, aumento de patologias como diabetes e obesidade, etc.

Com relação ao estado nutricional durante a gestação, a maioria das gestantes deste estudo apresentava estado nutricional insatisfatório (baixo peso, sobrepeso ou obesidade), similar à média nacional. No entanto grande parte delas iniciou a gestação com estado nutricional inadequado. A recomendação é que todas as mulheres no momento da concepção estejam com o peso adequado a fim de prevenir a morbimortalidade materno infantil. Nesse sentido é de suma importância que as mulheres em idade fértil adotem hábitos alimentares saudáveis e mantenham seu peso corporal dentro dos de normalidade, através da prática de atividade física, ingestão de alimentos em quantidade adequada e com qualidade e variedade.

Esse estudo ao reconhecer as deficiências em relação a avaliação nutricional durante o pré-natal, possibilita o planejamento de ações que envolvam o cuidado nutricional à gestante, por meio de capacitação dos profissionais que compõe as equipes de Saúde da Família para realizarem a avaliação nutricional das gestantes conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, e a implantação de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), com profissional nutricionista para favorecer a integralidade da assistência e melhorar a qualidade do pré-natal ofertado.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Maternal Anthropometry And Pregnancy Outcomes: a WHO Collaborative study: introduction. Bull World Health Organ. 1995, 73 Suppl: (1-6).
2. BRASIL. Pré-Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno Nº 5. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2005.
3. ZLOTNIK, E. et al. Índice de massa corpórea pré-gestacional, ganho ponderal e peso do recém-nascido de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Rev. Einstein. São Paulo, 2007; 5(3):231-38.
4. CIARI, Jr. C., et al. Relação entre peso da criança ao nascer, altura materna, idade gestacional e restrição alimentar em gestantes normais. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 1975; 9(1):33-42.
5. ROCHA, D.S. et al. Estado Nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. Rev. Nutrição. Campinas, 2005; 18(4):481-89.
6. MELO, A.S.O. et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. Rev. Bras. Epidemiologia. São Paulo, 2007; 10(2): 249-57.
7. SISVAN. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. 2011.
8. DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. 2011/2012.
9. COELHO, K.S. et al. Avaliação antropométrica do estado nutricional da gestante: visão retrospectiva e prospectiva. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 2002; 2(1):57-61.

10. SIQUEIRA, A.A.F. et al. Aplicação de uma curva de ganho de peso para a gestante. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*,1977;11: 288-93.
11. ROSSO, P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 1985; 41: 644-52.
12. BRASIL. Assistência Pré-Natal. Manual Técnico. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2000.
13. ATALAH, S.E. et al. Propuesta de um nuevo estandar de evaluacion nutricional em embarazadas. *Rev. Med. Chile*, 1997; 125: 1429-36.
14. FESCINA, R. Nutricion materna y resultados perinatales. *Clin Perinatol Argentina* 1996/1997;4: 77-98.
15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010.
16. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Município de Colombo. Junho de 2012.
17. R Development Core Team (2011). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
18. GIOLO, S.R. Introdução à análise de dados categóricos. Curitiba: [s.n.], 2010. 200 p.
19. CHARNET R. et al. Análise de modelos de regressão Linear. 2. ed. São Paulo: Unicamp, 2008. 368p.
20. GONÇALVES, F.C.L.S.P. et al. Bases biológicas e evidências da contribuição do crescimento fetal e pós-natal na composição corporal: uma revisão. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. Recife*, 2012;12(3): 223-32.

21. COSTA, E.L. et al. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. *Com. Ciências Saúde – DF*, 2011; 22 (1):183-88.
22. GUERRA, A.F.F.S. et al. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. *Rev. Brasil. De Ginecologia e obstetrícia*. Rio de Janeiro, 2007; 27(3): 126-33.
23. NIQUINI, R.P. et al. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do rio de janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, 2010;10(1):561-68.
24. SERRUYA, S.J. et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *CAD. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004;20(5): 1281-89.
25. PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, 2008; 8 (1): 113-24.
26. GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, 2008; 61(3):349-53.
27. GONÇALVES, C.V. et al. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *CAD. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; 25(11): 2507-16.
28. MENDONZA-SASSI, R.A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011;27(4): 787-96.

29. RASIA, I.C.R.B. et al. Atenção Pré-natal na Cidade de Pelotas, Rio grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, 2008; 8(4):401-10.
30. BARROS, D.C. et al. Avaliação nutricional antropométrica de gestantes brasileiras : uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, 2008; 8(4):363-76.
31. HEDRICH, A. et al. Perfil alimentar, estado nutricional, de saúde e condições sócio-econômicas de gestantes assistidas por centros de saúde do município de Guarapuava – PR. Rev. Salus, Guarapuava, 2007; 1(2):139-46.
32. TAVARES, J.S. et al. Associação entre o padrão de atividade física materna, ganho ponderal gestacional e peso ao nascer em uma coorte de 118 gestantes no município de Campina Grande, Nordeste do Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, 2009;55(3):335-41.
33. CASTRO, M.B.T. et al. Determinantes nutricionais e sócio-demográficos da variação de peso no pós parto: uma revisão de literatura. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, 2009; 9(2):125-37.
34. DREHMER, M. et al. Fatores socioeconômicos, demográficos e nutricionais associados com ganho de peso gestacional em unidades básicas de saúde no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. n.26(5): 1024-34.
35. LEIVAS, V.I. et al. Idade Gestacional, Estado Nutricional e Ganho De Peso Durante a Gestação De Parturientes Do Hospital Santa Casa De Misericórdia De Pelotas – RS. XVI Congresso de Iniciação Científica, 2007.
36. WERUTSKY, N.M.A. et al. Avaliação e Recomendações Nutricionais Específicas para a Gestante e Puérpera Gemelar. Einstein, São Paulo, 2008; 6(2):212-20.