

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DE GESTANTES ADOLESCENTES DE UM HOSPITAL EM CURVELO - MG

Bruna Cristina Mendes ¹
Pauline Cristiane Moura ²

RESUMO

A gestação é uma fase que a mulher se encontra vulnerável, sendo assim quando essa fase ocorre durante a adolescência se faz necessário maiores cuidados. O estudo tem como temática a avaliação do estado nutricional e o consumo alimentar de gestantes adolescentes do hospital Imaculada Conceição em Curvelo-MG, pretendendo responder à seguinte problematização em relação à medida que o estado nutricional influencia na gestação na adolescência. O estudo tem como hipótese que o estado nutricional interfere na gravidez durante a adolescência, pois um estado nutricional apropriado é um fator importante para o desenvolvimento saudável do feto e para um adequado peso ao nascer. O estudo se justifica através do elevado número de adolescentes grávidas no local do estudo, resultado da iniciação cada vez mais precoce da vida sexual. Portanto tem como objetivo analisar o estado nutricional de gestantes adolescentes, verificando a sua frequência alimentar e correlacionando o IMC pré-gestacional com o ganho de peso gestacional e o peso do recém-nascido. Este trabalho trata-se de uma pesquisa de campo, de delineamento transversal e abordagem quali-quantitativa realizada no Hospital Imaculada Conceição em Curvelo-MG, sendo a população do estudo grávidas adolescentes. Para a coleta de dados foi utilizada a aferição dos dados antropométricos e a aplicação de um questionário de frequência alimentar semi-quantitativo com quarenta e três alimentos e vinte e cinco opções para o relato de frequência de consumo. Os resultados obtidos levaram a conclusão que maioria das grávidas adolescentes se encontravam com o IMC pré-gestacional e o ganho de peso gestacional adequado não sendo constatado correlação entre IMC pré-gestacional e o ganho de peso gestacional e entre o IMC pré-gestacional e peso do recém-nascido. Através do consumo alimentar foi constatado o consumo elevado de alimentos com alta densidade energética e o baixo consumo de alimentos com alto valor nutricional.

Palavras-chaves: Adolescência; Gravidez na Adolescência; Estado nutricional.

ABSTRACT

The gestation is a phase where the woman is vulnerable, so when this phase occurs during adolescence more care is needed. The study has as its theme the evaluation of the nutritional status and food consumption of pregnant women of the Imaculada Conceição hospital in Curvelo-MG, aiming to answer the following problematization in relation to the nutritional status that interferes with pregnancy during adolescence. The study has as hypothesizes that nutritional status interferes with pregnancy during adolescence, as an appropriate nutritional status is an important factor for healthy fetal development and adequate birth weight. The study was justified by the high number of pregnant adolescents at the study site, a result of the earlier initiation of sexual life. Therefore, it aims to analyze the nutritional status of adolescent pregnant women, verifying their feeding frequency and correlating pre-gestational BMI with gestational weight gain and newborn weight. This work is a field research, cross-sectional design and qualitative-quantitative approach performed at the Imaculada Conceição Hospital in Curvelo-MG, the study population being adolescents. For data collection anthropometric data were measured and a semi-quantitative food frequency questionnaire was used with forty-three foods and twenty five options for the frequency of consumption report. The results obtained led to the conclusion that most adolescent pregnant women had pre-gestational BMI and adequate gestational weight gain, and no correlation was found between pre-gestational BMI and gestational weight gain and between pre-gestational BMI and weight the newborn. Through food consumption was observed the high consumption of food with high energy density and the low consumption of foods with high nutritional value.

Keywords: Adolescence; Teenage pregnancy; Nutritional status.

¹ Discente do Curso de Nutrição da Faculdade Ciências da Vida - E-mail: brunacvo789@outlook.com

² Docente do Curso de Nutrição da Faculdade Ciências da Vida - E-mail: paulinecristiane@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A sociedade sempre ditou padrões, ou de uma forma indireta sempre interferiu no processo de formação de opinião e atitude de seus cidadãos, isso desde pensamentos religiosos e políticos aos conceitos e hábitos estéticos, de comportamento e alimentares. Esse último é de grande importância, pois a alimentação demanda atenção em todas as faixas etárias. Sendo assim, uma faixa etária em especial será focada no presente projeto, a adolescência, pois esse período é considerado de conflitos e incertezas o que o tornando-a mais preocupante (KAPIL; BHADORIA, 2014).

A puberdade, ou seja, adolescência consiste em um estágio no qual ocorrem diversas transformações, sendo elas sociais, fisiológicas e psicológicas. Dessa forma, trata-se de uma etapa em que se necessita de maior quantidade de nutrientes. O problema maior é decorrente de que mesmo diante dessa necessidade intensificada, a maior parte de adolescentes apresenta hábitos alimentares inadequados, uma vez que se alimentam geralmente com o objetivo de satisfazer a fome sem se preocuparem com o valor nutritivo dos alimentos. Os adolescentes consomem frequentemente uma elevada quantidade de alimentos ultraprocessados e reduzido consumo de hortaliças e frutas, ou seja, fibras, vitaminas, minerais dentre outros, prática alimentar que resulta em danos à saúde (GILL *et al.*, 2015).

Sabe-se que a gestação é uma fase bastante delicada na vida da mulher, uma vez que seu organismo sofre diversas transformações, nas quais se adapta para a geração do novo ser. No decorrer desse período as transformações que enfrenta estão relacionadas a diversos aspectos hormonais, como exemplo, a progesterona e o estrogênio, como também a alterações no que se refere às funções renal e pulmonar, além do débito cardíaco. Dessa forma, para que o feto se desenvolva de forma adequada e sem complicações, a gravidez deve ocorrer de forma saudável por intermédio de uma alimentação equilibrada (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, quando a adolescência ocorre juntamente com a gravidez fazem-se necessários maiores cuidados, uma vez que se trata de dois momentos característicos e bem delineados com complexidades peculiares. Assim, os hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes grávidas tornam-se motivo de total importância, visto que a gravidez independente da faixa etária da mulher já exige cuidados nutricionais em decorrência das mudanças características desse momento, pois o metabolismo do corpo da gestante sofre constantes alterações. Nesse âmbito, se a gestante é uma adolescente as alterações tornam-se mais evidente em virtude dos maus hábitos alimentares já pertinentes ao estilo de vida do adolescente (RIBEIRO, 2013).

Os maus hábitos alimentares refletem de modo prejudiciais tanto para a saúde da gestante quanto para a saúde do feto, já que podem ocasionar sérias complicações e dificuldades, como exemplos podem ser citados diabetes gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia ou mesmo aborto. Ao feto, os maus hábitos alimentares podem ser ainda mais preocupantes já que pode ter consequência o baixo peso ao nascer. Dessa forma, a fim de reduzir complicações futuras, a adolescente precisa alterar a rotina alimentar priorizando por um consumo de alimentos mais saudáveis, como exemplo, os naturais associados ao estilo de vida saudável (SANTOS *et al.*, 2013).

O desenvolvimento desse estudo tem como temática a avaliação do estado nutricional e o consumo alimentar de gestantes adolescentes do hospital Imaculada Conceição em Curvelo-MG, partindo disso se pretende responder à seguinte problematização em relação à medida que o estado nutricional interfere no processo gestacional na adolescência. A partir desse questionamento, o estudo apresenta como hipótese que o estado nutricional interfere pontualmente na gestação durante a adolescência, pois um estado nutricional adequado é um fator importante para o desenvolvimento saudável do feto e para um apropriado peso ao nascer. Portanto, o estudo tem o objetivo de analisar o estado nutricional de gestantes adolescentes, verificando a sua frequência alimentar e correlacionando o índice de massa corporal pré-gestacional com o ganho de peso gestacional e o peso do recém-nascido.

O estudo é uma pesquisa de campo, de delineamento transversal e abordagem quali-quantitativa realizada no Hospital Imaculada Conceição em Curvelo-MG, sendo a população do estudo grávidas adolescentes com faixa etária entre quatorze e dezenove anos e como mecanismo de coleta dos dados foi utilizada a aferição dos dados antropométricos e a aplicação de um questionário de frequência alimentar semi-quantitativo com quarenta e três alimentos e vinte e cinco opções para o relato de frequência de consumo.

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo é decorrente do elevado número de adolescentes grávidas no *locus*, resultado da iniciação prévia da vida sexual das adolescentes (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO, 2016). São diversas as consequências e complicações, quando a gravidez ocorre na adolescência, pois seus corpos não estão adequadamente formados o que promove certa competição com o feto pela busca de nutrientes. Nesse aspecto, é significativo afirmar que o estado nutricional durante a gravidez é um dos fatores mais importante para a saúde do feto em desenvolvimento e da gestante, assim, torna-se fundamental o estado nutricional adequado visando prevenir complicações gestacionais e feto com baixo peso (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Em face desses aspectos o presente projeto faz-se importante, uma vez que aborda o estado nutricional e o

consumo alimentar de gestantes adolescentes, objetivando a avaliação desse estado a fim de proporcionar monitoramento da saúde materna e do desenvolvimento adequado do feto.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Organização Mundial da Saúde classifica a adolescência como um estágio de transição que ocorre entre os dez e os dezenove anos. Durante essa fase ocorrem mudanças biológicas, sexuais e psicológicas no adolescente, podendo ser citado como mudanças biológicas o crescimento dos ossos e aumento da estatura, como mudanças sexuais o amadurecimento dos órgãos sexuais e o surgimento de pelos pelo corpo e como mudanças psicológicas a alteração da atração sexual e do humor (FILIPINI *et al.*, 2013).

A adolescência é considerada como um período de transição da fase infantil para a fase adulta sendo um momento marcado por grandes mudanças e descobertas, como o uso de cigarro, drogas e álcool e da primeira experiência sexual. Durante esse período, normalmente, os pais enfrentam dificuldades em dialogar com os filhos sobre esses assuntos. Isso pode levar o jovem a procurar a informação em outros lugares como na internet e com os amigos, fazendo com que tenham informações muitas vezes inadequadas, originando variadas consequências, como exemplo, uma gravidez precoce (FERNANDES, 2013).

Santos *et al.* (2015) classifica a adolescência como uma etapa identificada por riscos para a contração de doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e também de gravidez decorrentes de diversos fatores, bem como, a iniciação precoce da vida sexual acompanhada pela falta de informações sobre o próprio corpo e os métodos contraceptivos. Por esse motivo, essa faixa etária demanda cuidados constantes por parte do profissional de saúde e da família, devido as características peculiares da adolescência fazerem com que a gravidez durante esse período se torne um risco, uma vez que podem haver diversas complicações como o aborto, o sobrepeso, a depressão, a desnutrição, a anemia e a hipertensão (PINA, 2014).

A gestação é um período em que a mulher se encontra vulnerável devido a alterações que ocorrem no seu corpo sendo elas fisiológicas e metabólicas como o aumento do volume sanguíneo, o aumento hormonal, o ajuste das funções renais, hepáticas e pulmonares e a preparação para a lactação. Sendo assim, quando dois períodos de grande vulnerabilidade como a gravidez e a adolescência acontecem ao mesmo momento há maior probabilidade de que problemas ocorram sendo eles de forma clínica, psicológica ou social (FRANCESCHINI *et al.*, 2014).

De acordo com Fundo das Nações Unidas para a População (2016), em todo mundo cerca de 16 milhões de meninas entre 15 e 19 anos e um milhão de meninas menores de 15 anos dão à luz. Sendo o maior percentual encontrado em países em desenvolvimento cerca de 20 mil partos de adolescentes por dia. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) constatou que quase 18% da população é constituída por adolescentes, sendo que essa porcentagem um milhão de meninas engravidam anualmente. Devido ao elevado número de gravidez na adolescência o problema é considerado como de saúde pública.

Atualmente, no Brasil, a região com maior porcentagem de adolescentes grávidas é o Norte com cerca de 20% e a região Sudeste é a que tem a porcentagem menor em torno de 15%. Mesmo com uma pequena redução anual, esse número é bem relevante devido a diversos fatores como a falta de oportunidade de emprego, a baixa escolaridade, a falta de comunicação em casa, a influência de amigos, a inconsequência em relação à prática sexual e o desconhecimento sobre os métodos preventivos (PLATINOW, 2013).

Meninas de áreas mais carentes, áreas rurais ou de minorias étnicas tem maior probabilidade de engravidarem precocemente, devidos à baixa escolaridade e ao pouco conhecimento que possuem sobre sexualidade. Sendo observado que dessas meninas normalmente grande parte não sobrevive à gravidez, devido a complicações durante a gestação ou durante o parto, pois a maioria é carente e por isso se encontra em risco nutricional. Quando sobrevivem, a gravidez prematura interfere de forma direta na vida das mesmas, pelo fato de serem muito jovens para terem filhos e estão mais predispostas a não terminar os estudos e a terem reduzidas oportunidades de emprego (UNFPA, 2015).

As entidades federativas devem no âmbito municipal, estadual, e federal criarem e concretizarem ações de saúde que reduzam os riscos a que as adolescentes estão expostas, sendo eles o uso de drogas, o consumo de álcool, a violência, a gravidez e o aborto. Através da criação de políticas públicas eficazes que devem ser inseridas nas Unidades Básicas de Saúde. Um exemplo de Política Nacional de Planejamento Familiar que foi criada em 2007 que determina um conjunto de atitudes que ajudam os casais a planejarem ou adiarem o crescimento da família (FERREIRA *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Planejamento Familiar é uma ferramenta eficiente para prevenir a gravidez, assim, os postos de saúde devem distribuir gratuitamente oito métodos contraceptivos, sendo eles a camisinha, o contraceptivo injetável mensal e trimestral, a pílula combinada, a minipílula, a pílula anticoncepcional, o dispositivo intrauterino (DIU) e a pílula do dia seguinte. Outra forma de redução do índice de grávidas adolescentes é redução do preço de anticoncepcionais nas Farmácias Populares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo Ferreira *et al.* (2014), a população jovem necessita de orientações direcionadas, com linguagem clara e acessível em relação ao processo de reprodução e de planejamento familiar, inclusive, salienta para os métodos contraceptivos e seu uso de forma apropriada, o que resulta em mais conhecimento e conseqüentemente maior empoderamento no que se refere às decisões ao adotar práticas sexuais de forma segura. Para que isso ocorra se faz necessária a inserção do profissional de saúde visando acompanhar os adolescentes, usando diversas estratégias educativas com foco em capacitá-los e promovendo a autonomia para a promoção de saúde e prevenindo os problemas que mais atingem os adolescentes nesta fase da vida como exemplo a gravidez indesejada e contração de doenças transmitidas por meio do sexo.

Durante a gestação se faz necessário o consumo alimentar apropriado, por meio de uma alimentação saudável de forma quantitativa e qualitativa para que se tenha um bom desenvolvimento da gestação e do feto. A incidência da gestação durante a adolescência deveria influenciar a mudança do hábito alimentar da adolescente, fato que não ocorre pois o consumo alimentar de adolescentes grávidas no Brasil é considerado inadequado devido ao baixo consumo de calorias e micronutrientes (SANTOS *et al.*, 2013).

Segundo Oliveira e Lima (2013), a gestação caracteriza-se por um período de desenvolvimento embrionário, em que ocorrem mudanças anatômicas, psicológicas e fisiológicas. Por esse motivo, a grávida durante esse período, requer maior demanda de nutrientes, pois a sua alimentação e as suas reservas nutricionais serão as fontes de crescimento do feto durante esse período. O fato de uma gestante necessitar de maiores demandas nutricionais se fundamenta a necessidade de mudanças na qualidade alimentar através do aumento do consumo de frutas e verduras e a redução de alimentos industrializados, além da adoção de um estilo de vida saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A grávida adolescente durante a gestação, influenciada por fatores fisiológicos, emocionais, situação socioeconômica e cultural não se alimenta de forma saudável, consumindo, principalmente, alimentos com calorias vazias como doces, salgados e refrigerantes. Essa prática caracteriza uma alimentação imprópria para esse período da vida da mulher, pois a dieta de uma grávida adolescente deve ser equilibrada em macro e micro nutrientes. Quando isso não ocorre é necessário intervenção, por meio de aconselhamento dos profissionais de saúde a cerca da importância do consumo de alimentos adequados e de mudanças alimentares a partir do primeiro trimestre da gestação (OLIVEIRA, LOPES e FERNANDES, 2014).

A gestação é caracterizada como uma fase de alterações físicas e metabólicas que levam a uma rápida divisão celular o que exige um aporte nutricional, esse processo requer novas quantidades de nutrientes a fim de que o desenvolvimento dos novos órgãos e tecidos se efetive adequadamente, pois não havendo disponibilidade nutritiva adequada, pode ocasionar concorrências entre gestante e feto causando desenvolvimento intrauterino não adequado e conseqüentemente feto com baixo peso ao nascer, levando a maior incidência de partos prematuro e cirúrgico, maior perigo de pré-eclâmpsia, anemia, hipovitaminose A e outros agravantes (ALLEN, 2013).

De acordo com Rosa, Molz e Pereira (2014) o hábito alimentar inapropriado por gestantes adolescentes está estritamente relacionado ao ganho ponderal de peso durante a gestação e o que de forma direta ou indiretamente está associado a problemas e complicações no decorrer do período gestacional, para as pesquisadoras, o hábito alimentar tem papel importante no desenvolvimento fetal e na qualidade da saúde da gestante, visto que durante essa fase são diversas as transformações que o organismo materno sofre exigindo, dessa forma, uma alimentação adequada.

Segundo Hoffmann *et al.* (2013), para a avaliação do consumo alimentar de grávidas adolescentes é necessário à utilização de questionários de frequência alimentar ou recordatórios 24 horas, sendo possível a obtenção de dados sobre o consumo de macro e micro nutrientes. De acordo com Schoenaker *et al.* (2016), para que ocorra a eficiência nos métodos de avaliação do consumo alimentar é necessário à habilidade do entrevistador e a capacidade de memória do entrevistado, sendo observado que o questionário de frequência alimentar seria o instrumento mais fiel, pois avalia os tipos de alimentos e a frequência de consumo dos últimos meses embora o recordatório 24 horas seja um método bastante utilizado, pela facilidade de aplicação e pelo baixo custo.

Para Melo *et al.* (2016), o ganho de peso fetal é referente ao estado nutricional da gestante. Quando a grávida adolescente se encontra em risco nutricional várias intercorrências podem ocorrer durante a gestação, sendo constatado a elevação da incidência quando a gestante se encontra com baixo peso pré-gestacional e não faz o pré - natal. Como exemplos dessas intercorrências podemos citar para a gestante a depressão, a desnutrição, a anemia e a hipertensão e para o bebê a prematuridade, o baixo peso ao nascer e a letalidade neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). De acordo com Berglund (2016), é papel fundamental da saúde pública disponibilizar o acompanhamento pré - natal adequado, no qual ocorra o diagnóstico e o monitoramento do estado nutricional e do ganho de peso gestacional devido à influência desses fatores no desenvolvimento fetal.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa de campo, de delineamento transversal, abordagem quali-quantitativa, descritiva e primária, realizada no Hospital Imaculada Conceição em Curvelo - MG. A população do estudo foi constituída de grávidas adolescentes com faixa etária entre 14 e 19 anos, de todas as etnias e classes sociais que se encontram no terceiro trimestre de gestação. A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2017 a outubro de 2017.

A coleta de dados aconteceu em três fases, sendo primeiramente a análise do estado nutricional das adolescentes grávidas através dos dados antropométricos (peso, altura, IMC pré-gestacional e ganho de peso gestacional) por meio da aferição do peso por balança eletrônica, da altura por um estadiômetro de parede e do IMC pré-gestacional através do IMC pela fórmula de peso atual (kg) dividido pela altura ao quadrado, sendo classificado com baixo peso grávidas com $IMC < 18,5$, peso adequado com IMC entre 18,5 e 24,9, sobrepeso com IMC entre 25,0 e 29,9 e obesidade com $IMC \geq 30,0$.

Quanto à segunda fase, avaliação do consumo alimentar por intermédio de realização de um questionário de frequência alimentar semi-quantitativo desenvolvido especialmente para as participantes do estudo, incluindo quarenta e três alimentos que foram agrupados de acordo com a guia alimentar da população brasileira e vinte e cinco opções para o relato de frequência de consumo sendo eles: nunca; uma vez ao dia; duas vezes ao dia; três vezes ao dia; quatro vezes ao dia; cinco vezes ao dia; mais de cinco vezes ao dia; uma vez por semana; duas vezes por semana; três vezes por semana; quatro vezes por semana; cinco vezes por semana; mais de cinco vezes por semana; uma vez ao mês; duas vezes ao mês; três vezes ao mês; quatro vezes ao mês; cinco vezes ao mês; mais de cinco vezes ao mês; uma vez ao ano; duas vezes ao ano; três vezes ao ano; quatro vezes ao ano; cinco vezes ao ano; mais de cinco vezes ao ano, e os dados para obtenção do consumo de calorias e de nutrientes foi feito por meio do software Calcnut versão 2.0, no qual todas as frequências foram convertidas em g/dia. A terceira fase foi à avaliação do recém-nascido com a coleta do peso ao nascer através dos prontuários da maternidade.

As gestantes adolescentes foram selecionadas mediante um grupo semanal de grávidas em risco e através do curso de gestante ministrado pelo Hospital Imaculada Conceição, sendo incluídas na pesquisa todas que fossem capazes de comunicar verbalmente, que consentiram em participar do estudo e que assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), sendo excluídas as que não estiverem dentro desses critérios. A análise

estatística foi realizada através de planilhas e gráficos no formato Microsoft Office Excel, sendo realizada a análise descritiva dos dados pela média, mediana e desvio - padrão e através do programa estatístico SPSS versão 20.0.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo foi realizado com trinta e uma grávidas adolescentes com faixa etária entre 14 e 19 anos sendo a média de 16,9 anos \pm 1,5 e a média de tempo gestacional de 35 semanas \pm 25-40 (Tabela 1) dado também encontrado no estudo de Meirelles *et al.* (2016), onde a média da idade das adolescentes estudadas foi de 16,9 anos e no qual foi possível constatar que a idade é fator de risco não modificável, tornando-se importante detectar quaisquer outros fatores que possam contribuir para a elevação do risco gestacional, tais como obesidade, baixo peso e deficiência de micronutrientes.

Tabela 1 - Tabela Descritiva

Variáveis	Média/ Mediana	Desvio padrão/ Mínimo - máximo
Idade atual (anos)	16,9	1,5
Peso pré- gestacional (kg)	57,1	9,4
Peso gestacional (kg)	68,6	10,6
IMC pré - gestacional (kg/m ²)	22,2	3,9
Ganho de peso gestacional(kg)	11,0	5 – 23
Idade gestacional (semanas)	35,0	25 – 40
Peso recém-nascido (kg)	3,0	0,4

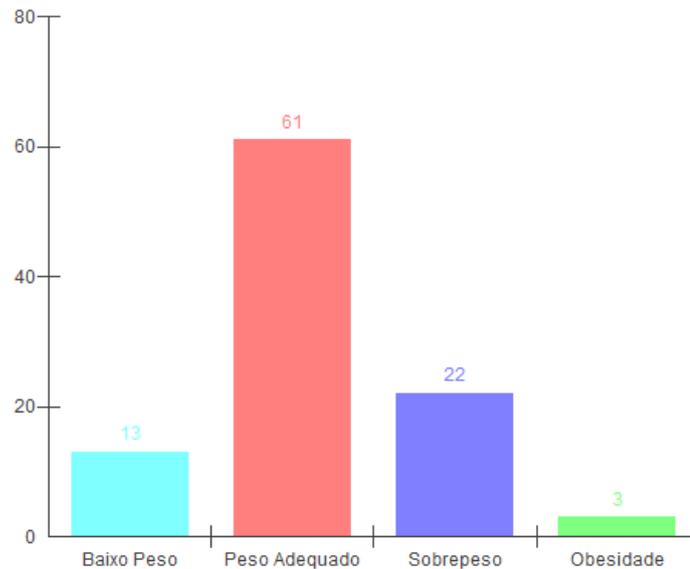
Fonte: Dados pesquisa.

No que concerne ao peso pré-gestacional, foi constatada a média de 57,1 kg \pm 9,4 (Tabela 1), média também observada em outros estudos, como exemplo, de Eleutério *et al.* (2013) no qual o peso anterior à gestação foi semelhante a nossa média, sendo de 58,8 kg \pm 6,7. Araújo *et al.* (2016) constatou relevância entre peso pré-gestacional e ganho de peso gestacional, onde foi constatado que grávidas com peso pré-gestacional abaixo do adequado tem um menor ganho de peso gestacional.

Conforme o IMC pré-gestacional, a média encontrada foi de 22,2 \pm 3,9 (Tabela 1), e foi observado que a maioria das grávidas foram classificadas com peso adequado de acordo com o IMC pré-gestacional (Gráfico 1), dados semelhante foram identificados no estudo de Atalah (1997) no qual o IMC pré-gestacional foi igual a 23,3 \pm 4,0 Kg/m² sendo que metade

das adolescentes estavam adequadas no seu estado nutricional e que 30,1% estavam com baixo peso, 7,93% com obesidade e 11,11% com sobrepeso.

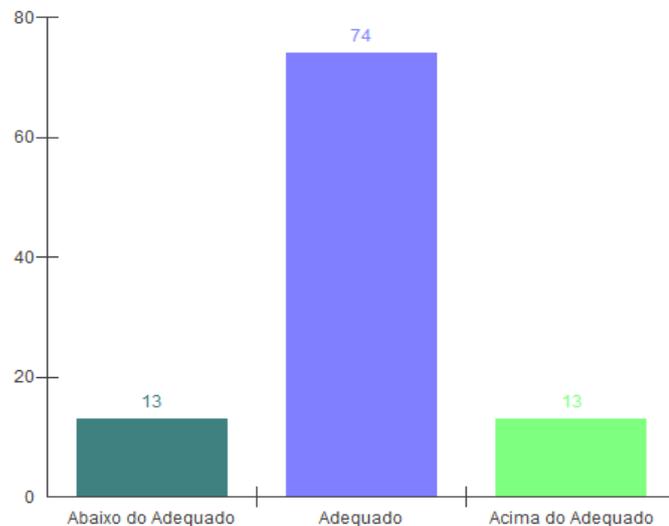
Gráfico 1 - Porcentagem em relação à classificação do IMC pré-gestacional



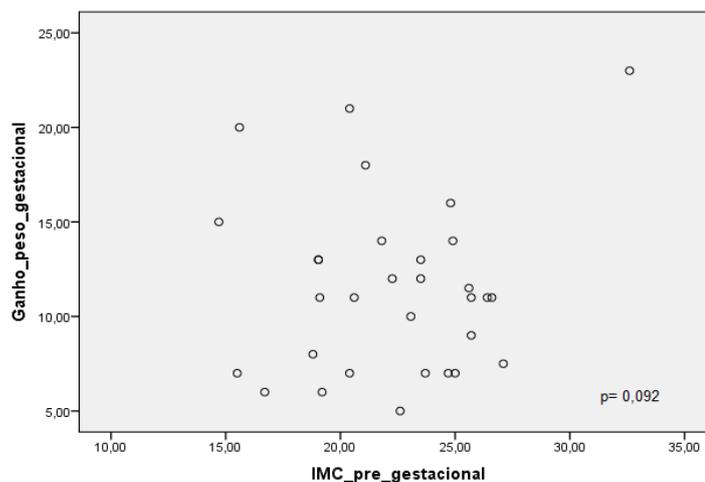
Fonte: Dados pesquisa.

Quanto ao ganho de peso gestacional, a média foi de $11,0 \pm 5 - 23$ (Tabela 1), sendo observada uma média de peso gestacional de $68,6 \text{ kg} \pm 10,6$ (Tabela 1) onde foi constatado que a maioria das grávidas obtiveram um ganho de peso ponderal adequado (Gráfico 2), sendo percebido que mulheres com peso pré-gestacional adequado devem manter seu peso dentro da faixa adequada do gráfico, as de baixo peso devem atingir o peso adequado e as de sobrepeso ou obesidade devem apresentar ganho de peso gradual, mantendo-se na faixa de obesidade até o fim do período gestacional (BRASIL, 2016).

Outro estudo em relação ao ganho de peso foi o de Haugen (2014) no qual foi constada a necessidade de atualização do conhecimento científico sobre as recomendações em relação ao IMC pré-gestacional e as curvas de distribuição de ganho ponderal ao longo da gestação, bem como estabelecer parâmetros para que os profissionais de saúde possam orientar as gestantes. Neste estudo não foi observado correlação entre IMC pré-gestacional e o ganho de peso gestacional ($p = 0,092$) (Gráfico 3).

Gráfico 2 - Porcentagem em relação à classificação do ganho de peso gestacional

Fonte: Dados pesquisa.

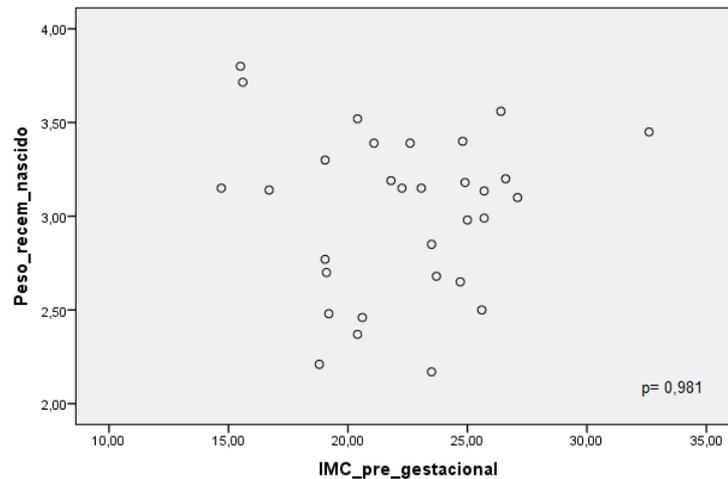
Gráfico 3 - Correlação entre IMC pré-gestacional e ganho de peso gestacional

Fonte: Dados pesquisa.

Quanto ao peso do recém-nascido, a média é de $3,0 \text{ kg} \pm 0,4$ (Tabela 1), dado também encontrado no estudo de Mendes (2015), no qual foi constatado que mães que relataram uso de tabaco durante a gestação, mães adolescentes com baixo peso e famílias com maior aglomeração no domicílio apresentaram média de peso ao nascer inferior mesmo não sendo classificados como baixo peso. Outro estudo feito pelo Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS) constatou que houve maior proporção de recém-nascidos prematuros e recém-nascidos com baixo peso nascidos de mães adolescentes classificadas com IMC pré-gestacional como baixo peso (GRAVENA *et al.*, 2013). Mas esses

dados não foram encontrados neste estudo não sendo constatada correlação entre IMC pré-gestacional e o peso do recém-nascido ($p = 0,981$), dado observado no (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Correlação entre IMC pré-gestacional e peso recém-nascido



Fonte: Dados pesquisa.

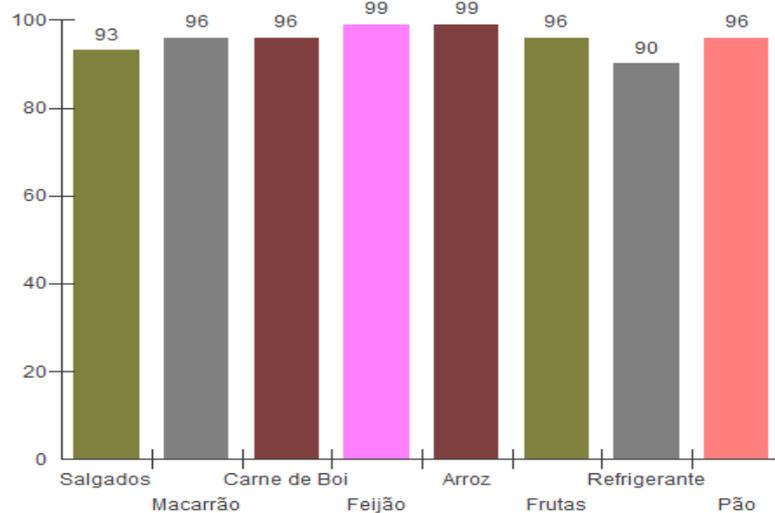
Os dados do consumo alimentar foram obtidos por trinta e uma adolescentes grávidas, sendo constatado o consumo elevado de alimentos com alta densidade energética e baixo conteúdo nutricional como salgados e refrigerantes e de alimentos com alto valor nutricional como feijão, carnes e frutas. Também foi observado o baixo consumo de leite, queijos, peixes, vegetais verdes escuros e suco natural sendo esses alimentos fontes de alguns dos principais nutrientes necessários à gestação (Gráfico 5 e 6).

Atualmente no Brasil, vem ocorrendo uma transição nos hábitos alimentares da população, devido à diminuição do consumo de alimentos mais naturais que são substituídos por alimentos industrializados, conforme o estudo de Meller *et al.* (2014). Isso pode ser explicado devido ao padrão alimentar dos adolescentes ser identificado por uma dieta pobre em hortaliças e leite e consumo frequente de frituras e produtos ultraprocessados como biscoitos recheados, salgados, guloseimas, embutidos, carboidratos refinados, bebidas açucaradas, gorduras saturadas, conservantes químicos e sódio (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O consumo alimentar inadequado por grávidas adolescentes foi apontado em um estudo feito por Souza *et al.* (2013) em que observou - se pouca variação no cardápio diário das gestantes, ocorrendo situações no qual as refeições eram praticamente iguais, qualitativa e quantitativamente. Entre os itens alimentícios mais citados estavam o bolo (58%), o

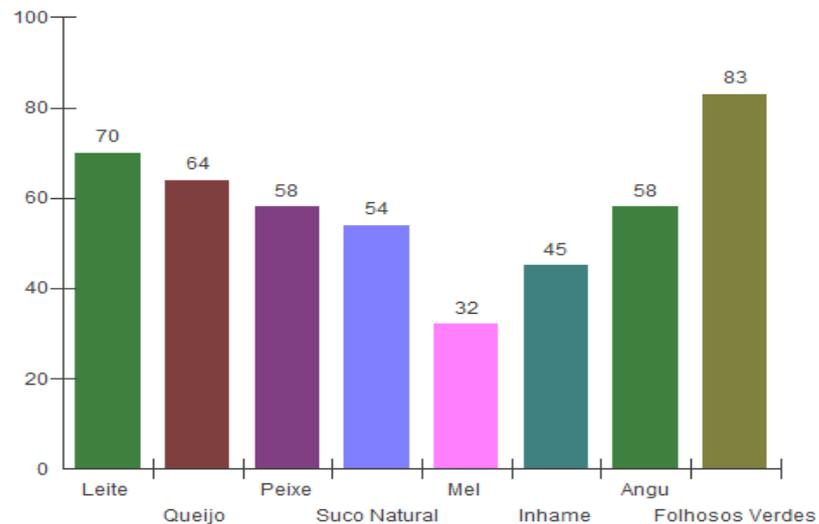
refrigerante (33,3%), a pipoca (12,5%), o sorvete (21%), as balas e doces (21%), alimentos que não são considerados saudáveis por serem fontes de carboidratos simples, gorduras saturadas e colesterol.

Gráfico 5 - Porcentagem de alimentos com maior consumo



Fonte: Dados pesquisa

Gráfico 6 - Porcentagem de alimentos com menor consumo



Fonte: Dados pesquisa.

Através do questionário de frequência alimentar pode-se perceber a alta ingestão de macronutrientes como carboidrato e lipídios e a baixa ingestão de proteínas, conforme a recomendação da RDA (Recomendações nutricionais para a população sadia) para gestantes

menores de 20 anos, dado também encontrado em outros estudos em que as adolescentes apresentaram o consumo de alimentos considerados de alta densidade energética como carboidratos refinados e frituras e o baixo consumo de alimentos com alto conteúdo nutricional. Em relação aos micronutrientes há baixo consumo de cálcio, ferro, selênio, niacina, ácido fólico, Vitamina D, vitamina A, ômega 6, ômega 3, cobre e potássio e um alto consumo de micronutrientes como fósforo, sódio, magnésio, manganês, zinco, vitamina E, vitamina C, tiamina e riboflavina (Tabela 2).

Tabela 2 – Tabela Questionário de frequência alimentar

Consumo	Média	Desvio padrão
Energia (kcal)	2938,18	1113,87
Proteína (g)	62,31	23,62
Lipídeos (g)	23,97	9,09
Ômega 6 (g)	7,43	2,82
Ômega 3 (g)	0,24	0,09
Colesterol (mg)	1,92	0,73
CHO (g)	618,31	234,40
Fibras (g)	64,71	24,53
Cálcio (mg)	119,83	45,43
Magnésio (mg)	1413,97	536,04
Manganês (mg)	15,10	5,72
Fósforo (mg)	2540,35	963,05
Ferro (mg)	7,19	2,73
Sódio (g)	23,97	9,09
Potássio (mg)	1797,42	681,40
Cobre (mg)	0,48	0,18
Zinco (mg)	16,78	6,36
Retinol (mcg)	1,92	0,73
Tiamina (mg)	1,92	0,73
Riboflavina (mg)	1,92	0,73
Piridoxina (mg)	1,92	0,73
Niacina (mg)	1,92	0,73
Vit. C (mg)	1,92	0,73
Cobalamina (mcg)	0,96	0,36
Equiv Folato (mcg)	0,72	0,27
Vitamina D (mcg)	1,92	0,73
Vitamina E (mg)	1,20	0,45
Selênio (mcg)	1,44	0,55
Vitamina A (mcg)	1,68	0,64

Fonte: Dados pesquisa.

De acordo com o estudo, a média de ingestão calórica das grávidas adolescentes está acima da recomendação sendo 2938,18 kcal \pm 1113,87, também sendo observado o elevado

consumo de carboidratos sendo de média de $618,31g \pm 234,40$ e de gorduras sendo de média $23,97g \pm 23,97$, dado também encontrado no estudo de Pinto, Barros e Santos (2016) no qual em relação ao consumo de macronutrientes para o total de calorias diárias houve inadequação sendo observada devido à elevada ingestão de hidratos de carbono e de gorduras totais.

No que se refere às proteínas, o estudo relata uma baixa ingestão sendo média de $62,31g \pm 23,62$ de acordo com RDA (Recomendações nutricionais para a população sadia) valor também encontrado no estudo de Veiga (2013), onde foi observado que a ingestão de proteínas por adolescentes vem diminuindo com o passar dos anos, devido o baixo consumo de alimentos fontes desse nutriente e que o estado nutricional interfere no seu consumo sendo observado um menor consumo de proteínas pelos adolescentes com sobrepeso e obesidade.

No estudo, a ingestão de ferro e folato são inferiores as recomendações para grávidas em qualquer faixa etária. Este resultado foi equivalente ao estudo de Pinto *et al.* (2013) num estudo feito em Portugal com grávidas. Outro estudo com dados semelhantes foi o de Saúde (2013) em que foi relatado que durante a gestação, as necessidades em folato, iodo e ferro aumentaram drasticamente sendo observado inadequação na ingestão destes nutrientes, o que pode significar que durante a gestação o consumo de alimentos fontes desses micronutrientes não é aumentado.

Conforme mostrado no estudo pode-se perceber o elevado consumo de sódio como também observado na pesquisa de Souza (2013) em que grávidas observadas apresentaram elevada ingestão de sódio sendo a porcentagem de inadequação superior a cinquenta por cento decorrentes dos hábitos alimentares de adolescentes como consumo de biscoitos, enlatados, embutidos, alimentos processados, alimentos ultraprocessados, refrigerantes e salgados fritos além de trocarem refeições por lanches.

Em relação ao consumo de cálcio, o estudo mostra o baixo consumo, sendo uma média de $119,83mg \pm 45,43$, o que também foi relatado no trabalho de Hossein, Arash e Michael (2013) no qual o consumo diário médio de cálcio dos adolescentes estudados está inferior de acordo recomendações atuais (52,4% de adequação), o que deve ser mudado devido a esse nutriente ser essencial durante essa faixa etária com a função de promoção da saúde óssea, função muscular, menor incidência de alguns tipos de câncer como o de colón e mama, infecções, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II e doenças autoimunes e pode ajudar no amadurecimento da imunidade.

Conforme o estudo, a média de ômega 3 é de $0,24g \pm 0,09$ bem inferior a recomendação. Outros estudos também corroboram esse dado como o de Drewery (2016) em que a ingestão de EPA e DHA por gestante foi bem inferior do que a recomendação de

ingestão adequada (AI). Outro resultado semelhante foi o de um estudo feito com duzentos e vinte e uma grávidas nos Estados Unidos onde foi constatado que o peixe é deixado de lado muitas vezes em relação à carne, o que faz com que a ingestão de EPA e DHA seja inferior às recomendações (WAGNER, 2017).

O estudo relata a média de $1,68 \text{ mcg} \pm 0,64$ de vitamina A, dado também observado no estudo Veiga *et al.* (2013) em que o consumo de vitamina A está abaixo da recomendação em 33% das gestantes analisadas, prevalência inferior a encontrada para as adolescentes que participaram do Inquérito Nacional de Alimentação, em que se estimou um consumo inadequado de vitamina A em aproximadamente 69% . Outro estudo realizado por Larcerda *et al.* (2014) no Piauí relata a prevalência de inadequação do consumo de vitamina A entre 30% e 50% das gestantes analisadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, percebe-se que as adolescentes grávidas atendidas no Hospital Imaculada Conceição apresentam o hábito alimentar rico em macronutrientes como carboidratos e lipídios e baixa ingestão de proteínas e uma dieta pobre em alimentos fonte de micronutrientes como o cálcio, ômega 3, ácido fólico e vitaminas do complexo B e um alto consumo de alimentos ricos em sódio e fósforo quando comparado à recomendação da RDA para gestantes adolescentes. Em relação a outros fatores como IMC pré-gestacional e ganho de peso gestacional e IMC pré-gestacional e peso do recém-nascido não houve correlação significativa.

A limitação mais relevante no desenvolvimento deste estudo foi em relação à coleta de dados das adolescentes grávidas, pois as mesmas encontravam dificuldades em relatar suas práticas diárias, dizendo que não recordavam dos alimentos e das vezes que os consumiam para o preenchimento do questionário.

Sugere-se para futuras pesquisas o desenvolvimento de trabalhos que abordem a temática consumo alimentar por adolescentes grávidas, por ser um tema que necessita ser mais bem aprofundado devido a necessidade de se atenuar tanto a baixa qualidade da alimentação nos dias atuais por adolescentes quanto durante a gravidez na adolescência que continua a ser um problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ALLEN Lh. **Pregnancy: Nutrient Requirements.** In: Caballero B, editor. *Encyclopedia of Human Nutrition.* Amsterdam: Elsevier, 2013. p 61-67.
- ARAÚJO, E.S.; SANTANA, J.M.; BRITO, S.M.; SANTOS, D.B. **Consumo alimentar de gestantes atendidas em Unidades de Saúde.** *O Mundo da Saúde*, v. 40, n. 1, p. 28-37, 2016.
- ATALAH E, CASTILLO CL, CASTRO RS, AMPARO ALDEA P. **Propuesta de un Nuevo estándar de evaluación nutricional de embarazadas.** *Rev Med Chile.* 1997;125:1429-36.
- BERGLUND Sk, GARCÍA Valdés L, TORRES Espinola FJ, SEGURA MT, MARTÍNEZ Zaldívar C, AGUILAR MJ, AGIL A, LORENTE JA, FLORIDO J, PADILLA C, ALTMÄE S, MARCOS A, LÓPEZ Sabater MC, CAMPOY C. **Maternal, Fetal and Perinatal Alterations Associated with Obesity, Overweight and Gestational Diabetes: An Observational Cohort Study (PREOBE).** *BMC Public Health*, 2016. p 207.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2016. Disponível em: . Acesso em: 9 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.
- DREWERY ML, GAITAN AV, THAXTON C, XU W, LAMMI-KEEFE CJ. **Pregnant Women in Louisiana Are Not Meeting Dietary Seafood Recommendations.** *J Pregnancy.* 2016; 2016:1853935
- ELEUTÉRIO BM, ARAÚJO GLO, SILVEIRA LP, ANASTÁCIO LR. **Perfil nutricional materno e estado nutricional neonatal, na cidade de Pará de Minas- MG.** *Rev Med Minas Gerais.* 2013; 23(3):311-17
- FERNANDES, Eliane. **O dever da escola na sexualidade.** São Paulo, 2013.
- FERREIRA EB, VERAS JLA, BRITO SA, GOMES Ea, MENDES Jpa, AQUINO Jm. **Predisposing causes for pregnancy among adolescents.** *J res: fundam care Online [Internet]* 2014 [cited 2015 June 13]; 6(4): 1571-79. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3352/pdf_980
- FILIPINI Cb, PRADO Bo, FELIPE AOb, Terra Fs. **Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente.** *Adolescência e saúde.* 2013;10(1):22-29
- FRANCESCHINI *et al.* **Gestação de alto risco.** Adolescência e saúde. Brasília, 2014.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Acesso universal à saúde reprodutiva: progresso e desafios.** Nova Iorque: UNFPA; 2016
- GILL M, Feliciano D, Macdiarmid J, Smith P. **The environmental impact of nutrition transition in three case study countries.** *Food Secur* 2015; 7(3):493-504.

GRAVENA TB, FONSECA MRCC, LAURENTI R, MARIN CR, TRALDI MC. **Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal em Jundiá.** São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 19(5):1401-7.

HAUGEN M, BRANTSÆTER AL, WINKVIST A, LISSNER L, ALEXANDER J, OFTEDAL B, et al. **Associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcome and postpartum weight retention: a prospective observational cohort study.** *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:201

HOFFMANN JF, NUNES MAA, SCHMIDT MI, OLINTO MTA, MELERE C, OZCARIZ SGI, et al. **Dietary patterns during pregnancy and the association with sociodemographic characteristics among women attending general practices in southern Brazil: the ECCAGe Study.** *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):970-80.

HOSSEIN-NEZHAD , ARASH; HOLICK , Michael F. **Vitamin D for Health: A Global Perspective.** *Mayo Clinic Proceedings*, v.88, n.7, 2013. Disponível em: . Acesso em: 28 out. 2014. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>. Acesso em: 10 abr.2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil; 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 24 jan. 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012.** Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

KAPIL, U.; BHADORIA, A. S. **Television viewing and overweight and obesity amongst children.** *Biomedical Journal*, v. 37, p. 337–8, 2014.

MEIRELLES T V, VALERIA G V, SICHIERI R, Alves R P. **Evolução da ingestão de energia e nutrientes de adolescentes de escolas públicas de Niterói.** *Cad. Saúde Pública* vol.32 no. 8. 2016

MELO ASO, ASSUNÇÃO PL, GONDIM SSR, CARVALHO DF, AMORIM MMR, D'AQUINO BMH et al. **Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer.** *Rev Bras Epidemiol* 2016;10(2):249-57.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Corpo e sexualidade na gravidez.** Goiás; 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília; 2013. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/s_aude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília; 2014. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/s_aude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

NASCIMENTO SL, GODOY AC, SURITA FG, SILVA JLP. **Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura.** *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014;36(9):423-31. doi: 10.1590/SO100-720320140005030.

OLIVEIRA FC Jr, SURITA FG, PINTO E, SILVA JL, et al; Rede Brasileira de Vigilância do Grupo de Estudos de Morbidez Materna Grave. **Morbidez materna grave e falta quase materna nos extremos da idade reprodutiva: resultados de um estudo multicêntrico nacional transversal.** BMC Gravidez Parto 2014; 14: 77

OLIVEIRA S.C.; LOPES M.V.O.; FERNANDES A.F.C. **Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, N. 22, V. 4, P. 611-620, 2014.

OLIVEIRA, C. V. A. de; LIMA, G. de S. P. **Consumo alimentar de gestantes adolescentes assistidas no Instituto de Perinatologia Social do Piauí.** Acesso em: 23 de mar. 2013

PINA DASB. **Gravidez na Adolescência e Evasão Escolar: Estudo de Caso – Escola Secundária na Cidade da Praia. Cabo Verde.** Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu e Universidade de Cabo Verde; 2014.

PINTO E, BARROS H, SANTOS SILVA I. **Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: a follow-up study in the north of Portugal.** Public health nutrition. 2016; 12(7):922-31.

PINTO E, SEVERO M, CORREIA S, DOS SANTOS SILVA I, LOPES C, BARROS H. **Validity and reproducibility of a semi-quantitative food frequency questionnaire for use among Portuguese pregnant women.** Maternal & child nutrition. 2013; 6(2):105-19.

PLATINOW, V. **Mulheres estão tendo filhos mais tarde e gravidez na adolescência diminui.** Agência brasil. 20/12/2013. Disponível em: Acesso em: 23 dez.2015

RIBEIRO, Nathália Cristina Lemos. **Gravidez na adolescência e obesidade: uma revisão bibliográfica acerca de duas questões complexas para a saúde da mulher.** Dissertação (Especialização Atenção Básica em Saúde da Família) - UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais/MG. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4058.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

ROSA LIMA, MOLZ PATRÍCIA, PEREIRA CAMILA SCHREINER. **Perfil nutricional de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde.** Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc >> Ano 15 - Volume 15 - Número 2 - Abril/Junho 2014. Acesso em 10 de out. 2017

SANTOS, Amanda Maihara dos; PICCOLOTTO, Gabriela Bernáth; BENUTE, Gláucia Rosana Guerra; SANTOS, Niraldo de Oliveira; LUCIA, Mara Cristina Souza de; Francisco, Rossana Pulcineli Vieira de. **Transtorno alimentar e picacismo na gestação: revisão de literatura.** Psicologia Hospitalar. (São Paulo) vol.11, nº2, São Paulo jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000200004>. Acesso em: 01 jun. 2017.

SANTOS, L.A.; IZIDORO, T.C.R.; SILVÉRIO, A.S.D.; MESSORA, L.B. **Avaliação do conhecimento de adultos e adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis - DSTs.** Adolesc Saude, v. 12, n. 1, p. 23-27, 2015.

SAÚDE D-GD. **Aporte de iodo em mulheres na preconcepção, gravidez e amamentação.** **Direção-Geral da Saúde.** Rev Saúde Pública. Lisboa. 2013

SCHOENAKER DAJM, MISHRA GD, CALLAWAY LK, SOEDAMAH-MUTHU SS. **The Role of Energy, Nutrients, Foods, and Dietary Patterns in the Development of Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review of Observational Studies.** Diabetes Care 2016; 39:16–23. doi: 10.2337/dc15-054

SOUZA AM, PEREIRA RA, YOKOO EM, LEVY RB, SICHIERI R. **Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação.** Rev Saúde Pública 2013; 47 Suppl 1:190S-9S. 3.

UNFPA. Situação da população mundial 2013. **Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência.** Disponível em: Acesso em: 23ago.2015

VEIGA GV, COSTA RS, ARAÚJO MC, SOUZA AM, BEZERRA IN, BARBOSA FS, et al. **Inadequação do consumo de nutrientes entre adolescentes brasileiros.** Rev Saúde Pública 2013; 47 Suppl 1:212S-21S

WAGNER CL, HOLLIS BW, KOTSA K, FAKHOURY H, KARRAS SN. **Vitamin D administration during pregnancy as prevention for pregnancy, neonatal and postnatal complications.** Reviews in endocrine & metabolic disorders. 2017

ANEXOS

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR PARA GESTANTES												
Nome:				Idade:				Altura:				
Idade gestacional:			Peso pré- gestacional:				Peso gestacional:					
Assinale com um X a respeito do consumo de cada alimento a seguir.												
Legenda: N = nenhuma; D = dia; S = semana; M = mês; A = ano												

Alimento	Quantas vezes você consome?							Frequência				Quantidade total	
	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		
Sopas (de legumes, canjas, cremes, etc)												() 1concha pequena	
												() 1concha média	
												() 1concha grande	
												_____ conchas	
Salgados fritos e assados	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1unidade	() 2unidades

(pastel, coxinha, etc)													() 3unidades () 4unidades () _____unidades
Macarrão	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1prato pequeno () 1prato médio () 1 prato grande () _____pratos	
Lasanha	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1fatia () 2fatias () 3fatias () 4fatias () _____fatias	
Pizza	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1fatia () 2fatias () 3fatias () 4fatias () _____fatias	
Polenta ou Angu	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1concha pequena () 1concha média () 1concha grande _____ conchas	
Leite (integral, desnatado ou semi- desnatado)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1copo pequeno cheio () 1 copo duplo cheio () _____ copos	
Iogurte (natural ou com frutas)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____unidades	
Queijos (mussarela, prato, parmesão, minas, etc)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1fatia () 2fatias () 3fatias () 4fatias () _____fatias	
Ovo (cozido ou frito)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____unidades	
Carne de boi (bife, assada, cozida, vísceras)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1bife pequeno () 1 pedaço () 1bife médio () 2 pedaços () 1bife grande () 3 pedaços () _____ bifes () _____ pedaços	
Carne de porco (bife, bombo, bisteca)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1bife pequeno () 1bife médio () 1bife grande () _____ bifes	
Linguiça	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1gomo pequeno () 1gomo médio () 1gomo grande () _____ gomos	
Frango (cozido, grelhado, frito e assado)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1 pedaço pequeno () 1 pedaço médio () 1 pedaço grande () _____ pedaços	
Embutidos (presunto, mortadela, salsicha)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1fatia ou unidade () 2fatias ou unidades () 3fatias ou unidades () _____fatias ou unidades	
Hambúrguer	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____unidades	
Peixe (assado ou frito)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1filé pequeno () 1filé médio () 1filé grande () _____ filés	
Feijão	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1concha pequena () 1concha média () 1concha grande _____ conchas	
Arroz (branco ou integral)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A	() 1colher de sopa	

													() 2colheres de sopa () 3colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____colheres de sopa
Batata (cozida assada, purê)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de sopa () 2colheres de sopa () 3 colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____colheres de sopa
Batata frita ou Mandioca Frita	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de sopa () 2colheres de sopa () 3colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____colheres de sopa
Mandioca	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____unidades
Inhame	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de sopa () 2colheres de sopa () 3colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____colheres de sopa
Farinha ou farofa	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de sopa () 2colheres de sopa () 3colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____colheres de sopa
Folhas verdes (alface, couve, mostarda, etc)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1folhas () 2 folhas () 3 folhas () 4 folhas () _____folhas
Legumes (cenoura, abóbora, beterraba, chuchu, etc)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de sopa () 2colheres de sopa () 3colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____colheres de sopa
Óleo, azeite	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1fio () 2 fios () 3 fios () 4 fios () _____fios
Manteiga ou margarina	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1ponta de faca () 2 ponta de faca () 3ponta de faca () _____pontas de faca
Maionese, ketchup, mostarda	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de chá () 1colheres de chá () 1colheres de chá () _____colheres de chá
Frutas (maçã, banana, mamão, etc)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____unidades
Suco Natural	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1copo () 2copos () 3copos () 4copos () _____copos
Suco Industrializado	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1copo () 2copos () 3copos () 4copos () _____copos
Café	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1xícara () 2xícaras () 3xícaras () 4xícaras () _____xícaras
Chá (verde, preto,	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1xícara () 2xícaras

mate, etc)													() 3xícaras () 4xícaras () _____ xícaras
Refrigerante Comum ou diet	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1copo () 2copos () 3copos () 4copos () _____ copos
Pão (francês, de forma, doce, torrada, etc)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____ unidades
Biscoito (doce ou salgado)	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____ unidades
Biscoito recheado	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____ unidades
Bolo	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1fatia () 2fatias () 3fatias () 4fatias () _____ fatias
Chocolate, bombom, brigadeiro	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1unidade () 2unidades () 3unidades () 4unidades () _____ unidades
Achocolatado	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de sopa () 2colheres de sopa () 3colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____ colheres de sopa
Mel	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de sopa () 2colheres de sopa () 3colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____ colheres de sopa
Açúcar	N	1	2	3	4	5	+5	D	S	M	A		() 1colher de sopa () 2colheres de sopa () 3colheres de sopa () 4 colheres de sopa () _____ colheres de sopa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Participante;

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de gestantes adolescentes do hospital Imaculada Conceição em Curvelo – MG”. O objetivo do trabalho é verificar o estado nutricional e o consumo alimentar de gestantes adolescentes do hospital Imaculada Conceição em Curvelo – MG. Sua participação neste estudo é gratuita, não havendo pagamento ou vantagem de qualquer espécie. Você não sofrerá nenhuma discriminação ou prejuízo caso não queira participar da pesquisa ou caso retire o seu consentimento a qualquer momento do estudo.

A sua participação ocorrerá no Hospital Imaculada Conceição, para responder a um questionário a fim de avaliar o seu estado nutricional e o seu consumo alimentar e se necessário for, receber orientações sobre o tema abordado.

Todos os dados fornecidos são confidenciais, sendo garantido o sigilo das informações e a sua privacidade.

Os resultados serão apresentados, nas instituições ligadas ao estudo, ao final do trabalho.

Não haverá despesas pessoais para o participante, nem compensação financeira pela sua participação. O pesquisador também não será remunerado e seu interesse é apenas científico.

Em qualquer época do estudo o participante poderá solicitar esclarecimentos ao pesquisador principal Bruna Cristina Mendes, telefone: (038) 999436718.

Eu li e compreendi as informações acima e aceito participar voluntariamente do projeto.

Nome: _____

Curvelo - MG, ____ de _____ de _____.

Responsável: _____

Bruna Cristina Mendes
Acadêmica do curso de Nutrição
E-mail: brunacvo789@outlook.com

Pauline C Moura
Professora orientadora
E-mail: paulinecristiane@hotmail.com

FACULDADE CIÊNCIAS DA VIDA - CURSO DE NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Hospital Imaculada Conceição
V.S.^a Irmã Terezinha Madureira Gonçalves
Diretora Presidente

Encaminhamos a estudante Bruna Cristina Mendes, do Curso de Nutrição da Faculdade Ciências da Vida para realização de atividades de pesquisa, a fim de desenvolver seu Trabalho de Conclusão de Curso que tem como proposta a avaliação o estado nutricional e o consumo alimentar de gestantes adolescentes, provenientes do Hospital Imaculada Conceição, Curvelo-MG.

O projeto visa avaliar o estado nutricional de gestantes adolescentes, verificando a sua frequência alimentar e correlacionando o índice de massa corporal com o desenvolvimento fetal e ganho de peso gestacional. Este trabalho será desenvolvido sob a orientação da professora, Pauline Cristiane Moura.

Sete Lagoas, 12/08/2017

Valcir Marcílio Farias
Diretor Geral