



## ESTADO NUTRICIONAL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS VIVOS ASSISTIDOS EM HOSPITAL ESCOLA DO OESTE DO PARANÁ

FRANK, Thais Cristina da Silva<sup>1</sup>  
ZULIAN, Fabiana<sup>2</sup>  
COSTA, Esthefany Moreira<sup>3</sup>  
TONDING, Simone Frederico<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A gestação é um dos momentos mais delicados na vida da mulher, o estado nutricional materno e o ganho de peso, são importantes indicadores de saúde da mãe e do bebê a curto e longo prazo. O adequado ganho de peso materno influencia o bom resultado da gravidez assim como a obesidade ou a desnutrição materna e o ganho de peso inadequado estão diretamente ligados ao aumento dos riscos de intercorrências gestacionais. **Objetivo:** classificar o estado nutricional de recém-nascido vivo e da puérpera relacionando o estado nutricional materno e ganho de peso ponderal durante a gestação com o estado nutricional da criança ao nascer. **Metodologia:** Pesquisa realizada através de entrevista e coleta de dados de prontuário das puérperas internadas com seus filhos na maternidade de um hospital escola do oeste do Paraná, de março a junho de 2017. **Resultados:** A maioria das puérperas obteve o índice de massa corporal (IMC) adequado no final da gestação, assim como, em relação aos recém-nascidos, houve prevalência bebês com parâmetros adequados para idade gestacional, o que era esperado, uma vez que este hospital destina as vagas de maternidade às gestantes provenientes do SUS com características de baixo risco, ou risco normal de gestação. **Conclusão:** Diante dos resultados, enfatiza-se a importância do acompanhamento pré-natal e nutricional apropriados, uma vez que a detecção precoce de mulheres em risco bem como seu acompanhamento favorecem o peso ideal ao nascer e a saúde no período perinatal do binômio mãe-filho, contribuindo para quebrar o ciclo de desnutrição materno-infantil.

Palavras-chave: Nutrição materno-infantil, avaliação nutricional gestacional, puérperas, recém-nascidos.

### 1. INTRODUÇÃO

A gestação é um dos momentos mais importantes na vida da mulher, período este em que ocorrem diversas alterações fisiológicas, nutricionais e metabólicas, para haja um ambiente favorável ao desenvolvimento do feto. O estado nutricional materno é determinante para desfechos gestacionais, bem como um importante indicador de saúde da mãe e do bebê a curto e longo prazo. (BONFIM, 2014)

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Nutrição do Centro Universitário FAG. Email: tha.cristina87@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de Nutrição do Centro Universitário FAG. Email: fabizulian@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Nutrição do Centro Universitário FAG. Email: Esthefany.costa@gmail.com

<sup>4</sup> Docente do Centro Universitário FAG, Mestre em Endocrinologia e Metabolismo – UFRGS. Email: Simonetonding@gmail.com



De acordo com um estudo realizado na Colômbia entre 2002 e 2011, por Estrada-Restrepo *et al.* (2016), o ganho de peso gestacional e a saúde das mães interferem diretamente no crescimento e desenvolvimento fetal e no peso ao nascer, os resultados mostram que fatores socioeconômicos, como condições de moradia, escolaridade e não realizar acompanhamento pré-natal, influenciam no baixo peso ao nascer e os autores relacionam ainda a macrosomia à gestantes acima de 35 anos de idade.

Segundo Nomura *et al.* (2012), a obesidade materna e o ganho de peso acima do recomendado, estão diretamente ligados ao aumento dos riscos de desenvolver diabetes gestacional, parto prolongado e pré-eclâmpsia, além disso aumentam as chances da necessidade de cesárea. Com relação ao recém-nascido, há maior incidência de morbidade neonatal e de obesidade, sobrepeso e distúrbios metabólicos na infância e adolescência. Já Auler e Delpino (2008), associam o ganho de peso abaixo das recomendações, ao nascimento de crianças com baixo peso ou pequenos para a idade gestacional, o ganho de peso irregular pode ser um risco para o feto e provoca a prematuridade.

O adequado ganho de peso materno influencia o bom resultado da gravidez e a manutenção da saúde, a longo prazo, do binômio mãe e filho. (NOMURA *et al.* 2012) Um estudo de coorte realizado entre 2007 e 2010 no Rio de Janeiro por Campos *et al.* (2013) evidenciou que 96,4% dos bebês nasceram com peso acima de 2,5 Kg, considerado adequado, e destes 69,4% eram filhos de mães que apresentaram índice de massa corporal (IMC) eutrófico no início da gestação e 20,8% eram filhos de mães classificadas com sobrepeso no início da gestação, 89,5% realizaram acompanhamento nutricional com mais de 4 consultas durante o período gestacional e 10,5% realizaram até 4 consultas com nutricionista, demonstrando assim a importância da avaliação e acompanhamento nutricional da gestante como um dos métodos para poder avaliar as condições de desenvolvimento do feto sendo que, as necessidades energéticas estão aumentadas no organismo da mulher e a dieta deve ser composta de nutrientes essenciais para o bom desenvolvimento fetal e manutenção da saúde materna.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi classificar o estado nutricional de recém-nascido vivo e da puérpera internados em um hospital escola do oeste do Paraná, relacionando o estado nutricional materno e ganho de peso ponderal durante a gestação com o estado nutricional da criança ao nascer.



## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado por meio de formulário padronizado adaptado de Nogueira (2009), com questões objetivas envolvendo aspectos socioeconômicos, história reprodutiva, gravidez atual, dados antropométricos da puérpera (Apêndice 1).

A pesquisa foi desenvolvida com puérperas, com filhos nascidos vivos a termo, internadas em alojamento conjunto de um hospital escola no oeste do Paraná, atendidas pelo Sistema Único de Saúde, identificadas através de prontuário eletrônico. A coleta de dados feita durante o período de março de 2017 à junho de 2017, totalizando 93 puérperas.

Foram excluídas do estudo as mulheres que apresentaram intercorrências clínicas ou obstétricas no período puerperal, que impossibilitaram a realização da pesquisa, bem como puérperas com filhos natimortos ou que não quiseram participar efetivamente da pesquisa e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Das 93 puérperas avaliadas, 13 fichas de avaliação foram descartadas por não conterem todas as informações necessárias, restando então 80 puérperas. Além da entrevista, os dados antropométricos da mãe e do bebê, foram coletados nos prontuários preenchidos pela equipe da enfermagem da ala, e as informações à respeito do pré-natal foram retiradas da carteira da gestante, disponível anexa ao prontuário.

Os princípios éticos da Resolução 196/96 foram devidamente considerados e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/CONEPE do Centro Universitário FAG, com parecer número 1.975.007 (Anexo 1). Para análise dos dados, elaborou-se um banco de dados em planilha eletrônica, utilizando o programa Excel 2003.

### 2.1 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DA MÃE

O estado nutricional materno no início da gestação foi avaliado através da altura e do peso corporal da paciente, ambos coletados na carteirinha da gestante no momento da entrevista, sendo possível mensurar o Índice de Massa de Corporal (IMC) pré-gestacional e avaliar o ganho de peso materno esperado. (NOZAKI *et al.*, 2013) Para o cálculo do IMC pré-gestacional foi considerado o peso corporal da mulher antes da gravidez ou no seu início e



classificado em baixo peso ( $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), adequado ( $18,5$  a  $24,9 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $25,0$  a  $29,9 \text{ kg/m}^2$ ) e obesidade ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), conforme o quadro 1:

Quadro 1 – Recomendação de ganho de peso gestacional conforme o estado nutricional pré-gestacional.

Estado nutricional pré-gestacional pelo IMC ( $\text{Kg/m}^2$ )	1º trimestre	2º e 3º trimestre	Ganho de peso total
<b>Baixo peso/adolescente/gemelar</b> $IMC \leq 18,5 \text{ Kg/m}^2$	2,3 kg	0,5 kg	12,5 a 18 kg
<b>Adequado</b> $IMC > 18,5$ e $< 24,9 \text{ Kg/m}^2$	1,6 kg	0,4 kg	11 a 16 kg
<b>Sobrepeso</b> $IMC > 25$ e $< 29,9 \text{ Kg/m}^2$	0,9 kg	0,3 kg	7 a 11,5 kg
<b>Obesidade</b> $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$	-	0,2 kg	5 a 9 kg

Fonte: *Institute of Medicine IOM* (2009)

Para o IMC final foi utilizada a classificação por semana gestacional da curva de Atalah Samur *et al.* (1997), para a classificação do estado nutricional materno final em: baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade. Para a determinação do ganho de peso ponderal foram considerados os pesos da primeira e última consulta pré-natal.

## 2.2 AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Para a determinação do estado nutricional do neonato, os parâmetros utilizados foram o peso de nascimento (PN), a estatura (E) e o perímetro cefálico (PC), coletados no prontuário preenchido pela equipe da enfermagem logo após o parto. Para adequação do peso do recém-nascido foi utilizada a curva de normalidade de Alexander *et al.* (1996), de forma que foram classificados como pequeno para idade gestacional (PIG) aqueles com o peso inferior ao 10º percentil da faixa correspondente, adequados para a idade gestacional (AIG) quando entre os percentis 10 e 90, e grande para idade gestacional (GIG) quando acima do percentil 90.

A idade gestacional (IG) também é um parâmetro de classificação, pois quando o recém-nascido (RN) nasceu à termo, ou seja,  $\geq 37$  semanas e 1 dia e  $< 42$  semanas (Ministério da Saúde, 2012), utilizam-se como referência as curvas de crescimento determinadas pela Organização Mundial da Saúde. (OMS, 2006) Há ainda, uma classificação do RN de acordo com o peso de nascimento, conforme o quadro 2 logo abaixo:

Quadro 2 – Classificação do recém-nascido (RN) conforme o peso de nascimento (PN)

RN macrossômico	$PN \geq 4.000g$
RN de peso adequado	$PN \geq 2.500g$
RN de baixo peso	$PN \leq 2.500g$
RN de muito baixo peso	$PN \leq 1.500g$
RN de muitíssimo baixo peso	$PN \leq 1.000g$
RN Microprematuro	$PN \leq 800g$

Fonte: NOZAKI *et al.*, 2013.

Além de peso e altura, nos recém-nascidos é recomendado que se faça o acompanhamento do PC, que pode indicar entre outros resultados, a má formação intrauterina e o diagnóstico de hidro, macro ou microcefalia, associados à outros exames específicos. (NOZAKI, *et al.*, 2013)

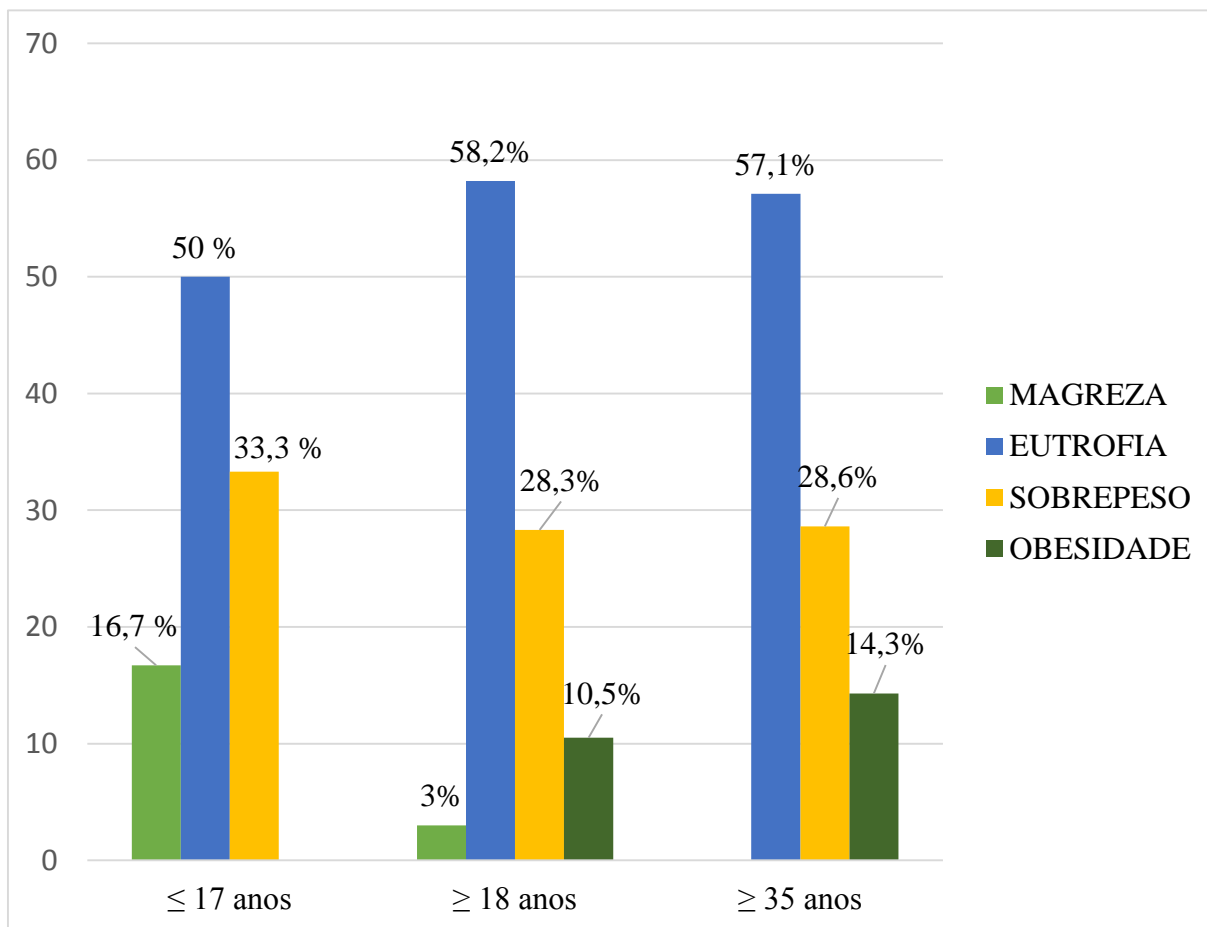
A OMS (2009), estabeleceu curvas de crescimento para acompanhamento de crianças e adolescentes, de acordo com o gênero, para os recém-nascidos até os cinco anos de idade, podemos avaliar, através da interpretação destas curvas, o peso para a idade, a altura ou comprimento para a idade, peso para a altura e IMC para a idade.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Das 80 mães, 6 (7,5%) eram adolescentes até 17 anos completos e 7 (8,7%) eram adultas acima de 35 completos, a idade média das puérperas foi de 24 anos, variando entre 13 e 39 anos, enquanto o desvio-padrão foi de 6,21. Apenas 3 mulheres afirmaram ser tabagistas e nenhuma etilista. Todas realizaram pré-natal com média de 9 consultas.

Com base na classificação de IMC pré-gestacional, verificou-se maior ocorrência de eutrofia totalizando 57,6% da amostra, seguido de sobrepeso com 28,7%, obesidade foram 10%, e apenas 3,7% com baixo peso. O gráfico 1 mostra que a concentração maior de magreza foi no grupo das adolescentes e de obesidade e sobrepeso nas adultas, principalmente acima de 35 anos.

Gráfico 1 – Estado nutricional pré-gestacional, por grupo de idade:



Fonte: Dados coletados pela autora (2017)

A maioria das puérperas (51,3%) obtiveram IMC adequado para a IG no final da gestação, das restantes: 20% apresentaram sobrepeso para IG, 13,2% finalizaram a gestação com obesidade para IG e 12,5% com baixo peso para a IG. Das puérperas eutróficas no início da gestação, 52,2% tiveram um ganho adequado de peso durante a gestação, por outro lado, 30,4% ganharam peso abaixo do recomendado para eutrofia, e 17,4% ganharam peso acima da média esperada.

No grupo de mulheres que estavam com sobrepeso no início da gestação, apenas 21,8% tiveram um ganho de peso adequado para esta classificação segundo o IOM (2009), o restante deste grupo ficou com 39,1% acima do peso esperado e 39,1% abaixo do peso esperado. Das puérperas obesas no início da gestação, todas finalizaram a gestação com obesidade para a IG, sendo que 50% ganharam o peso adequado para este grupo pré-gestacional, 37,5% tiveram ganho de peso total abaixo do recomendado, e 12,5% acima (tabela 1).

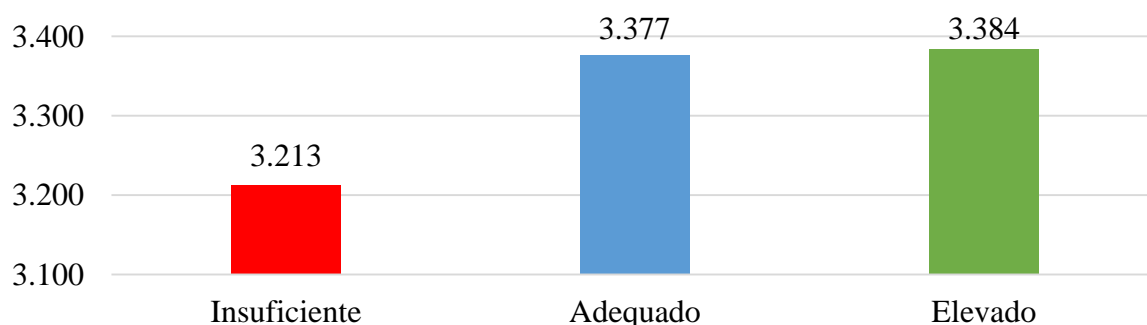
Tabela 1 – Ganho de peso na gestação, estado nutricional final da mãe e peso do recém-nascido, de acordo com o estado nutricional pré-gestacional. Cascavel, PR, 2017.

Característica	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
	(n=3)	(n=46)	(n=23)	(n=8)
	%	%	%	%
<b>Ganho de peso</b>				
Insuficiente	25,0	30,4	<b>39,1</b>	37,5
Adequado	<b>75,0</b>	<b>52,2</b>	21,8	<b>50,0</b>
Elevado	0,0	17,4	<b>39,1</b>	12,5
<b>Estado Nutricional final</b>				
Baixo peso	<b>100,0</b>	15,2	0,0	0,0
Adequado	0,0	<b>69,6</b>	<b>39,1</b>	0,0
Sobrepeso	0,0	15,2	<b>39,1</b>	0,0
Obesidade	0,0	0,0	21,8	<b>100,0</b>
<b>Peso de Nascimento do bebê</b>				
Pequeno para Idade Gestacional (PIG)	25,0	4,3	0,0	0,0
Adequado para Idade Gestacional (AIG)	<b>75,0</b>	<b>93,5</b>	<b>87,0</b>	<b>75,0</b>
Grande para Idade Gestacional (GIG)	0,0	2,2	13,0	25,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2017)

Das 3 gestantes com IMC abaixo de 18,5kg/m<sup>2</sup> no início da gestação, consideradas com baixo peso, apenas uma não alcançou o ganho de peso adequado para este grupo assim como seu bebê nasceu com peso abaixo do esperado, as outras duas conseguiram ganhar peso adequado e seus filhos nasceram com peso adequado para a idade gestacional. Comparando então o estado nutricional das mães com o peso de nascimento dos recém-nascidos, pode-se observar tanto na tabela 1 quanto no gráfico 2, que há uma relação direta entre o ganho de peso adequado durante a gestação com o peso de nascimento da criança.

Gráfico 2 - Classificação de ganho de peso durante a gestação em relação à média de peso de



nascimento (em gramas). Cascavel, PR, 2017.



Fonte: Dados coletados pela autora (2017)

Uma vez que, o hospital atende gestantes com risco baixo e gestações sem intercorrências ou complicações, os resultados aqui apresentados estão dentro do esperado para este grupo. Contudo, com relação ao tipo de parto, o percentual de cesáreas foi de 41,2% do total da amostra, e destes, 36,4% foram devido à distocia fetal - anormalidade de tamanho ou posição do feto. Não foram encontradas evidências sobre a relação entre o estado nutricional final da mãe e seu ganho de peso com o tipo de parto, conforme descrito na tabela 2, e embora a taxa de partos normais tenha sido a maioria, o número de cesáreas foi superior às recomendações da Portaria 306, de 28 de março de 2016:

Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Considerando as características da nossa população, que apresenta entre outros distintivos um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS estaria entre 25%-30% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.3).

Tabela 2 – Estado nutricional final e ganho de peso ponderal durante a gestação, em relação ao tipo de parto. Cascavel, PR, 2017.

CARACTERÍSTICAS	PARTO NORMAL	PARTO CESÁREA
	(n=47) %	(n=33) %
<b>Estado nutricional final da mãe</b>		
Baixo peso (%)	15,0	9,0
Adequado (%)	51,0	51,5
Sobrepeso (%)	23,4	15,5
Obesidade (%)	10,6	24,0
<b>Ganho de peso ponderal</b>		
Insuficiente (%)	36,2	30,3
Adequado (%)	40,4	48,5
Elevado (%)	23,4	21,2

Fonte: Dados coletados pela autora (2017)

Com relação aos resultados obtidos dos recém-nascidos, 53,7% do sexo feminino, todos nascidos à termo, com média de 39 semanas de gestação. O peso de nascimento variou entre 2.090g à 4.250g, com média de 3.323g e desvio padrão de 0.405. A classificação de peso de nascimento para a idade gestacional teve prevalência de recém-nascidos AIG com 88,8%, seguido de 7,5% classificados como GIG e 3,7% PIG. Comparando por gêneros, tanto o



perímetro cefálico, quanto o peso e a estatura média dos meninos é superior à das meninas, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Características de nascimento (média e desvio padrão) por gênero de recém-nascidos. Cascavel, PR, 2017.

CARACTERÍSTICAS	MASCULINO (n=37)	FEMININO (n=43)	TOTAL (n=80)
Peso de nascimento (média ± DP)	<b>3413g ± 405</b>	3245g ± 407	3323g ± 405
Estatura (média ± DP)	<b>49 cm ± 1,9</b>	48,5cm ± 1,9	48,7 cm ± 1,9
Perímetro cefálico (média ± DP)	<b>34,9 cm ± 1,3</b>	34,4 cm ± 1,3	34,6 cm ± 1,3
Parto normal (%)	22 (59,45%)	<b>25 (58,10%)</b>	<b>47 (58,75%)</b>
Parto cesárea (%)	15 (40,55%)	<b>18 (41,90%)</b>	33 (41,25%)

Fonte: Dados coletados pela autora (2017)

Resultados muito semelhantes aos encontrados por Lima e Sampaio (2004), em um estudo realizado no Piauí, onde o peso médio de nascimento foi de 3.315g, taxa de baixo peso ao nascer foi de 1,5%, RN macrossômico 5,4% e peso adequado de 93,1%.

Os resultados da classificação de peso para a estatura (P/E) foram de 73,7% crianças com peso adequado, 25% consideradas com risco de sobrepeso ou sobrepeso e apenas uma criança com peso abaixo do recomendado para a estatura e 91,2% dos neonatos foram classificados com estatura adequada para a idade.

A classificação de IMC indicou que 75% dos recém-nascidos estavam em eutrofia, 23,7% com risco de sobrepeso ou sobrepeso e apenas uma criança classificada com magreza. Apesar da classificação de P/E ser considerada a mais usual nessa faixa de idade, tanto esta quanto a de IMC foram concordantes, demonstrando similaridade entre os métodos. Em todos os parâmetros preconizados pela OMS, tanto no comparativo de gêneros, quanto no total de recém nascidos, prevaleceram valores de peso, IMC, perímetro cefálico e estatura adequados para idade.

O perímetro cefálico adequado para a idade foi em 97,5% das crianças, apenas uma criança estava acima e uma estava abaixo do esperado para a idade, entretanto, não houve diagnóstico clínico de hidro, macro ou microcefalia em ambos os casos.

A relação entre o ganho de peso da mãe e o desenvolvimento fetal durante a gestação demonstra relação positiva e direta, ou seja, os resultados sugerem que o ganho de peso da mãe influencia diretamente o peso de nascimento da criança.

É possível observar todos os resultados pertinentes aos parâmetros de nascimentos das crianças (PN, E, IMC e PC) na Tabela 4, onde estão relacionados de acordo com o gênero e característica de avaliação.

Tabela 4 – Parâmetros de avaliação nutricional de recém-nascido, por gênero, pelas curvas da OMS. Cascavel, PR, 2017.

CARACTERÍSTICAS	MASCULINO %	FEMININO %	TOTAL %
<b>PESO PARA ESTATURA (P/E)</b>			
▪ Baixo peso	2,7	0,0	1,2
▪ Eutrofia	<b>64,9</b>	<b>81,4</b>	<b>73,8</b>
▪ Risco de sobrepeso	16,2	9,3	12,5
▪ Sobrepeso	16,2	9,3	12,5
<b>PESO PARA IDADE (P/I)</b>			
▪ Baixo	2,7	2,3	2,5
▪ Adequado	<b>86,5</b>	<b>97,7</b>	<b>92,5</b>
▪ Elevado	10,8	0,0	5,0
<b>IMC PARA IDADE (IMC/I)</b>			
▪ Magreza	2,7	0,0	1,2
▪ Eutrófico	<b>73,0</b>	<b>76,7</b>	<b>75,0</b>
▪ Risco de sobrepeso	13,5	18,6	16,3
▪ Sobrepeso	10,8	4,7	7,5
<b>ESTATURA/IDADE (E/I)</b>			
▪ Baixa	8,1	9,3	8,8
▪ Adequada	<b>91,9</b>	<b>90,7</b>	<b>91,2</b>
<b>PERÍMETRO CEFÁLICO (PC)</b>			
▪ Abaixo do esperado	0,0	2,3	1,2
▪ Adequado	<b>97,3</b>	<b>97,7</b>	<b>97,6</b>
▪ Acima do esperado	2,7	0,0	1,2

Fonte: Dados coletados pela autora (2017)

O perfil nutricional das puérperas e seus recém-nascidos, assim como a relação entre o ganho de peso e o peso adequado ao nascer apresentam resultados semelhantes aos encontrados por Lima e Sampaio (2004), em estudo realizado com puérperas no Piauí, onde a prevalência também foi de mães eutróficas com ganho de peso adequado e neonatos com peso de nascimento e dados antropométricos dentro dos parâmetros esperados para recém-nascidos a termo. Entretanto, os resultados indicam que 38,7% das mulheres iniciaram a gestação com



sobrepeso ou obesidade, demonstrando valores similares, porém mais altos do que os resultados encontrados por Assunção *et al.* (2007), em estudo realizado na Paraíba com 28% de obesidade e sobrepeso. Por outro lado, estes autores encontraram 23% de baixo peso pré-gestacional, contrastando com o valor aqui encontrado de 3,7% de baixo peso.

O presente estudo identificou ainda que, a adesão à assistência pré-natal reflete positivamente na saúde do binômio mãe-bebê, corroborando com os registros feitos por Dodt *et al.* (2010), em estudo epidemiológico realizado em 2010 no Ceará, e também concorda com Gama *et al.* (2001), afirmando que a realização do pré-natal é muito importante e já bastante conhecida e discutida, em diversos estudos como um fator de proteção para a gestação e seu desfecho em gestantes de qualquer idade.

De acordo com Tourinho e Reis (2013), o crescimento adequado do feto depende do ganho de peso gestacional adequado. Segundo as autoras, o padrão de ganho ponderal é um dos fatores determinantes tanto para o retardo quanto para o crescimento excessivo da criança e, obviamente, para o crescimento adequado do feto, afirmando que o peso ao nascer é um principal marcador de saúde do recém-nascido e que reflete as condições nutricionais e metabólicas da progenitora durante a gestação. Neste sentido, comparando os resultados de peso de nascimento e ganho de peso ponderal no presente estudo, podemos observar que houve uma relação direta de ganho de peso adequado durante a gestação e o peso de nascimento dos bebês, ratificando as conclusões colocadas pelas autoras citadas, uma vez que houve predominância de ganho de peso adequado (43,7%) e do peso de nascimento dentro do esperado para a idade gestacional (88,7%).

Uma limitação encontrada no estudo foi devido ao fato de que o hospital, onde a pesquisa foi realizada, destina as vagas de maternidade às gestantes provenientes do SUS com características de baixo risco, e, por este motivo não é corriqueiro o nascimento de crianças prematuras, gestações múltiplas ou partos com intercorrências graves, portanto, não houve números expressivos com relação à intercorrências gestacionais, o que pode ser observado nos resultados aqui apresentados, onde 80 mães foram avaliadas e apenas uma possuía diagnóstico de diabetes e uma de hipertensão arterial, sendo ambas com quadros controlados e adequado acompanhamento médico e nutricional, não apresentando nenhuma intercorrência de risco.



#### 4. CONCLUSÃO

Dentro deste contexto, onde o atendimento do hospital é direcionado para gestantes sem riscos e complicações perinatais, o que se espera é que dados antropométricos, tanto das mães quanto dos bebês, estejam dentro dos parâmetros adequados para estas populações. Entretanto, a vulnerabilidade social de muitas famílias à diversas situações de risco é um fator determinante de morbimortalidade infantil e materna, em especial no período neonatal. Deste modo, deve-se enfatizar aqui, a importância do acompanhamento pré-natal e nutricional apropriados para que a gestação seja saudável.

Assim, concluindo que, a detecção precoce de mulheres em risco, bem como a assistência à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, e seu acompanhamento, a fim de obter ganho de peso dentro do esperado e ajustado ao seu estado nutricional pré-gestacional, favorecem o peso ideal ao nascer e a saúde no período perinatal da mãe e da criança, contribuindo para quebrar o ciclo de desnutrição materno-infantil.

#### 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER GR, HIMES JH, KAUFMAN RB, MOR J, KOGAN M. A United States national reference for fetal growth. **Obstet Gynecol.** 1996;87(2):163-8.

ASSUNÇÃO, P.L., MELO, A.S.O., GONDIM, S.S.R., BENÍCIO, M.H.D.A., AMORIM, M.M.R., CARDOSO, M.A.A.; Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). **Rev Bras Epidemiol.** 2007; 10(3): 352-60

ATALAH SAMUR. E., CASTILHO L.C, SANTORO R.C., ALDEA P.A.; Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Rev. Med Chil.** 1997;125(12):1429-36

AULER, F., DELPINO, F.S.; Terapia Nutricional em recém-nascidos prematuros. **Revista Saúde e Pesquisa.** v. 1, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2008 - ISSN 1983-1870

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 306, de 28 de março de 2016. Lex **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília, 2016. Disponível em > <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>.

BONFIM, C.F.A. Estado nutricional e intercorrências gestacionais: uma revisão. **Revista Saúde.Com** 2014; 10(4): 409-421.



CAMPOS, A.B.F., PEREIRA, R.A., QUEIROZ, J., SAUNDERS, C.; Ingestão de energia e de nutrientes e baixo peso ao nascer: estudo de coorte com gestantes adolescentes. **Revista de Nutrição**. vol.26 no.5 Campinas set./out. 2013

DODT, R.C.M., ORIÁ, M.O.B., PINHEIRO, A.K.B., ALMEIDA, P.C., XIMENES, L.B.; Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):345-51

ESTRADA-RESTREPO, A., RESTREPO-MESA, S.L., FERIA, N.D.C.C., SANTANDER, F.M.; Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término, Colombia, 2002-2011. **Cad. Saúde Pública** 2016; 32(11):e00133215

GAMA, S.G.N., SZWARCOWALD, C.L., LEAL, M.C., FILHA, M.M.T. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, 35(1):74-80, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. **Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines**. Washington, DC: The National Academies Press, 2009. Disponível em > <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines/Report%20Brief%20-%20Weight%20Gain%20During%20Pregnancy.pdf>.

LIMA, G.S.P., SAMPAIO, H.A.C.; Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (3): 253-261, jul. / set., 2004

NOGUEIRA, C. M. R.; **Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza - Horizonte – Ceará**. 59 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

NOMURA, R.M.Y., PAIVA, L.V., COSTA, V.N., LIAO, A.W., ZUGAIB, M.; Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2012; 34(3):107-121.

NOZAKI, V.T.; GRAVENA, A.A.F.; ZANQUETTA, I.C.; BENNEMANN, R.M. **Atendimento nutricional de pacientes hospitalizados**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013.

TOURINHO, A.B., REIS, L.B.S.M.; Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. **Com. Ciências Saúde**. 2013; 22(4):19-30

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development**. WHO Geneva, Switzerland: WHO, 2006. Disponível em > [http://www.who.int/childgrowth/standards/technical\\_report/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/)

## APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO PADRONIZADO

IDENTIFICAÇÃO DA MULHER E DADOS SOCIOECONÔMICOS
<b>1 Nome completo:</b>
<b>2 Idade:</b> _____ <b>Data de nascimento:</b> _____
<b>3 Ala</b> _____ <b>leito</b> _____ <b>atendimento:</b> _____ <b>prontuário:</b> _____ <b>Data da internação:</b> _____
<b>4 Endereço:</b>
<b>5 Estado civil:</b> ( ) solteira ( ) casada ( ) divorciada ( ) amasiada ( ) outros
<b>6 Grau de escolaridade:</b> ( ) ensino fundamental ( ) ensino médio ( ) ensino superior ( ) pós graduação ( ) analfabeta
<b>7 Profissão:</b>
<b>8 Renda:</b> ( ) nenhuma ( ) menos de 1 salário mínimo ( ) entre 1 e 2 salários mínimos ( ) mais de 2 salários mínimos
<b>9 Moradia:</b> ( ) própria ( ) alugada
<b>10 Quantas pessoas moram na casa:</b> ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) mais de 5
<b>11 Dados da puérpera</b> Altura: _____ Peso Pré gestacional: _____ IMC: _____ EN: _____ IG: _____ Peso final gestação: _____ IMC: _____ EN: _____ Suplementação ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Anemia: _____ Hemoglobina: _____ Hematócrito: _____ ( ) VDRL ( ) HIV Drogas? ___ Tabagismo? ___ Etilismo? ___ Grupo de risco gestacional? _____ Patologias antes da gravidez: ( ) Diabetes ( ) Excesso de peso ( ) HAS ( ) Outras: _____ Patologias gestacional: _____ Medicamentos: _____ Acompanhamento nutricional: ( ) sim ( ) não
<b>12 Dados do nascimento do RN:</b> Peso: _____ escore Z: _____ Estatura: _____ escore Z: _____ IG: _____ Peso/IG: _____ PC: _____ escore Z: _____ PT: _____ escore Z: _____ PA: _____ escore Z: _____ Sexo: _____



Tipo de parto: ( ) normal ( ) cesárea - Motivo: \_\_\_\_\_

### GRAVIDEZ

**13 Número de gestações:** ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) mais de 3

**14 Realizou acompanhamento pré-natal:** ( ) sim ( ) não onde? \_\_\_\_\_

**15 Consultas durante o pré-natal:** \_\_\_\_\_ ( )  
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) mais de 6 **IG 1ª consulta:** \_\_\_\_\_

**16 Exame de mamas:** \_\_\_\_\_ ( )  
( ) sim ( ) não

**17 Nas consultas do pré-natal foi abordado o tema amamentação?** ( ) sim ( ) não

**18 Já amamentou antes?** ( ) sim ( ) não

**19 Todos os seus filhos foram amamentados?** ( ) sim ( ) não

**20 Seu último filho foi amamentado?** ( ) sim ( ) não

**21 Por quanto tempo?** ( ) anos ( ) meses ( ) dias

**22 Teve dificuldade?** ( ) sim ( ) não Quais? \_\_\_\_\_

**23 Teve bastante leite?** ( ) sim ( ) não

**24 Fez algo para aumentar a produção de leite?** ( ) sim ( ) não

**25 Naquela época quem orientou sobre o aleitamento?**  
( ) médico ( ) nutricionista ( ) enfermeira ( ) parente ( ) amiga ( ) meios  
de comunicação (TV, rádio, internet) ( ) outros

**26 Você acha que o leite da primeira mamada é importante?** ( ) sim ( ) não

**27 Qual a importância do colostro? (não ler as alternativas)**

( ) proteção contra doenças ( ) nutritivo ( ) não sabe ( ) não tem ( ) outras

**28 Quanto tempo após o parto a criança deve mamar?** ( ) logo após o parto ( ) quando  
chega no quarto ( ) no dia seguinte ( ) não sabe ( ) outros

**29 Seu filho foi amamentado na primeira hora após o parto?**

( ) sim ( ) não ( ) não sabe

**30 Quanto tempo o leite demora pra descer? (não ler as alternativas)** ( ) 1-2  
dias ( ) 3-4 dias ( ) 5-7 dias ( ) não sabe ( ) outros

**31 A criança deve mamar por quanto tempo? (não ler as alternativas)**

- hora em hora  duas em duas horas  três em três horas  
 quatro em quatro horas  quando a criança pedir  não sabe  outros

**32 Você acha que deve ser feita a limpeza das mamas antes do bebê mamar?**

- sim  não

**33 Como você acha que devem ser oferecidas as mamas?**

- oferecer um peito a cada mamada  oferecer as duas mamas a cada mamada

**34 Você acha que bebê que mama no peito deve tomar água?  sim  não**

**35 Você acha que bebê que mama no peito deve tomar chá?  sim  não**

**36 Você acha que bebê que mama no peito deve tomar suco?  sim  não**

**37 Você conhece a posição e pega correta do bebê?  sim  não**

**38 Quem explicou?  médico  nutricionista  enfermeira  parente  amiga**

- meios de comunicação (TV, rádio, internet)  outros

**39 Você sabe como tirar o leite da mama com as mãos, depois do parto, se precisar?  sim  não**

**40 Quem explicou?  médico  nutricionista  enfermeira  parente  amiga**

- meios de comunicação (TV, rádio, internet)  outros

**41 Você sabe até quando o bebê deve mamar no peito?  sim quantos?\_\_  não**

**42 Existe alguma vantagem para mulher em amamentar?  sim  não**

**43 Quais vantagens? (não ler as alternativas)  prático  barato  ajuda o útero a voltar ao normal  ajuda a emagrecer  evita câncer de mama  outro**

**44 Você acha que existem alimentos que não devem ser consumidos no período da amamentação?  sim  não**

**45 O que? (não ler as alternativas)**

- chocolate  feijão  ovo  leite  bebidas alcoólicas  outros

**46 Existe alguma situação que a mãe não deve amamentar?  sim Quais?\_\_  não**

(adaptado de NOGUEIRA, 2009).



## APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: “**ESTADO NUTRICIONAL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS VIVOS ASSISTIDOS NO EM HOSPITAL ESCOLA DO OESTE DO PARANÁ**”, coordenada pela Professora Simone Tonding e contará ainda com as alunas Esthefany Moreira da Costa, Fabiana Zulian e Thais Cristina da Silva Frank.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a FAG.

O objetivo desta pesquisa é: **Avaliação nutricional de puérperas assistidas em um hospital escola do oeste do Paraná**. Caso você decida aceitar o convite, será submetida seguinte procedimento: responder a um questionário com perguntas objetivas sobre o período puerperal. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 15 minutos.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, estão relacionados a sua disponibilidade para responder ao questionário.

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão ser verificados através do conhecimento do estado nutricional das puérperas recém-nascidos vivos do HSL e determinar se as políticas de acompanhamento pré-natal estão sendo eficientes.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.



Pesquisadores Responsáveis: Esthefany Moreira da Costa, Fabiana Zulian, Thais Cristina da Silva Frank

Endereço Avenida das Torres, 500, Bloco 4, Bairro FAG

Telefone 45 99943-5606; 45 99902-6750; 45 99903-2777

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

**Informações – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz**

**Avenida das Torres 500 – Bloco 4 – Bairro FAG**

**Cascavel-Paraná CEP: 85806-095**

**Tel.: (45)33213791**