



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



BRUNA DE SOUZA ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DIETA DE GESTANTES
ADOLESCENTES**

Rio de Janeiro

2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL



AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DIETA DE GESTANTES ADOLESCENTES

Monografia de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Nutrição na Saúde Perinatal

AUTOR:

BRUNA DE SOUZA ALBUQUERQUE

ORIENTADORES:

ELISA MARIA DE AQUINO LACERDA
TEREZA CRISTINA C.D'AMBROSIO BESSA

Rio de Janeiro

2014

RESUMO

Objetivos: Avaliar a qualidade da dieta de gestantes adolescentes atendidas no Ambulatório de Nutrição de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal, retrospectivo realizado com prontuários de 62 gestantes adolescentes de 10 a 19 anos que realizaram acompanhamento nutricional no Ambulatório de Nutrição entre os anos de 2012 e 2013. A avaliação da qualidade da dieta foi realizada através do método de avaliação de consumo alimentar Índice de Qualidade da Dieta (IQD) adaptado por Malta (2010) para gestantes (IQD-G)

Resultados: 58,1% das gestantes (n=36) apresentaram dieta precisando de melhorias. A média do Índice de Qualidade da Dieta foi superior nas gestantes adolescentes entre 15 e 19 anos, nas de maior idade ginecológica, com maior escolaridade, que viviam com companheiro e nas não primigestas, porém sem diferenças significativas entre os grupos. As pontuações mais baixas foram atribuídas aos grupos de frutas, hortaliças e leite e derivados.

Conclusões: A maioria das gestantes adolescentes teve sua dieta classificada como dieta precisando de melhorias. Os grupos de alimentos menos consumidos são fontes de micronutrientes essenciais para a gestação. Dessa forma é de suma importância priorizar ações educativas no pré-natal, visando o incentivo do consumo dos grupos alimentares com maior rejeição.

Palavras Chave: qualidade da dieta; gestação; gestação na adolescência; nutrição; alimentação

ABSTRACT

Objectives: Assess the quality of the diet of pregnant adolescents assisted by the Nutrition team of a public hospital in the city of Rio de Janeiro, Brazil .

Methods: This is a retrospective descriptive, cross-sectional study of medical records of 62 pregnant adolescents (between 10-19 years old), who underwent nutritional counseling at a Nutrition Clinic between the years 2012 and 2013. The evaluation of diet quality was performed by the method of Diet Quality Index (DQI), adapted by Malta (2010) for pregnant.

Results: 58.1 % of the pregnant women (n = 36) had a diet needing improvement. The average of the Diet Quality Index was higher in adolescents pregnant between 15 and 19 years old, in those with higher gynecological age, higher education, who lived with a partner and in those who were not in the first pregnancy, although no significant differences were found between groups. The lowest scores were assigned to the groups of fruits, vegetables and dairy foods.

Conclusions: Most pregnant adolescents had their diet classified as needing improvement. The food groups less consumed are sources of essential micronutrients for pregnancy. Thus it is extremely important to prioritize educational activities in the prenatal care, focusing at encouraging the consumption of food groups with greater rejection.

Keywords: quality of diet, pregnancy, teenage pregnancy, nutrition, food

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, minha irmã, minhas avós e meu namorado.

AGRADECIMENTO

O meu agradecimento especial a todos que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização deste trabalho.

À Maternidade Escola por ser meu local de estudo.

Às gestantes participantes nas intervenções realizadas inicialmente no grupo de adolescentes e àquelas cujos prontuários foram utilizados para o estudo.

Ao grupo de adolescentes, aos profissionais e residentes que integram o mesmo.

Às minhas colegas residentes que me auxiliaram inúmeras vezes na coleta de dados.

À minha orientadora, professora Elisa Lacerda, pela generosidade, paciência e apoio para que esse trabalho fosse construído.

À minha co-orientadora, também coordenadora da residência, que buscava sempre me alocar nos grupos de adolescentes e disponibilizava tempo para que o trabalho fosse elaborado e escrito.

À Ana Luiza Telles, que contribuiu muito ao longo do estudo, sempre auxiliando no tratamento dos dados.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	8
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	9
2.1 Gestação na adolescência e desfechos da gestação	10
2.2 Nutrição e gestação na adolescência	11
2.3 Avaliação dietética na gestação e o Índice de Qualidade da Dieta	12
3. OBJETIVOS	14
4. JUSTIFICATIVA	15
5. MÉTODOS	16
5.1 Tipo de estudo	16
5.2 Local do estudo	16
5.3 Amostra e desenvolvimento da pesquisa	17
5.4 Variáveis do Estudo	17
5.4.1 Desfecho	17
5.4.2 Variáveis explicativas e covariáveis	20
5.5 Análise Estatística	20
5.6 Aspectos Éticos	21
5.7 - Limitações do estudo	21
6. RESULTADOS	22
7. DISCUSSÃO	27
8. CONCLUSÃO	31
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICE A – Termo de Consentimento livre e esclarecido	38

1. APRESENTAÇÃO

Quando iniciei a residência na Maternidade Escola me interessava muito participar dos encontros em grupo que eram oferecidos a gestantes adolescentes. Sempre observava que era a população com maiores dificuldades de adesão ao plano alimentar e melhora dos hábitos alimentares. Por isso resolvi elaborar um trabalho voltado para gestantes adolescentes.

O estudo do tema se faz importante uma vez que gestantes adolescentes configuram um grupo de alto risco para desfechos gestacionais indesejáveis e de difícil adesão aos planos alimentares propostos. Portanto o estudo dará subsídios para identificar questões que precisam ser melhor abordadas nas consultas de pré-natal e trabalhadas em um futuro estudo de intervenção.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO), é um período cuja faixa etária se estende dos 10 aos 19 anos de idade (WHO, 2005). É uma fase caracterizada por transformações biológicas, psicológicas e sociais, quando acontece a transição entre a infância e a idade adulta. Nessa fase, o jovem assume mudanças na imagem corporal, de valores e de estilo de vida, afastando-se dos padrões estabelecidos por seus pais e criando sua própria identidade (HERCOWITZ, 2002).

Baseado em dados do Censo Demográfico, ao longo dos anos 1980 e 2000, verificou-se que as taxas de fecundidade reduziram em todos os grupos etários de mulheres em período fértil, exceto o segmento de 15 a 19 anos. O padrão de fecundidade das brasileiras, que até a década de 1970 era tipicamente tardio, se tornou um padrão mais jovem, com maior taxa entre as mulheres de 20 a 24 anos, até o final da década de 1990 (BRASIL/IBGE, 2009). Entretanto no período de 2000 a 2011, iniciou-se uma ligeira inversão da tendência entre as mulheres adolescentes e jovens. O sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) registrou declínio da taxa específica de fecundidade em mães com idade de 15 a 19 anos, passando de 0,088 filhos por mulher em 2000, para 0,065 filhos por mulher em 2011 (BRASIL, 2014).

As alterações fisiológicas causadas pela gravidez aumentam as necessidades nutricionais, sendo necessário um adicional energético e de nutrientes para atender a demanda de crescimento de tecidos fetal, da placenta e de tecidos maternos associados a este processo. Assim, a ingestão alimentar da gestante tende a ser maior do que a da não gestante, tendendo a ser ainda maior nas gestantes adolescentes (WHO, 2001).

O estado nutricional pré-gestacional e gestacional da adolescente influenciam as condições perinatais do concepto. Gestantes adolescentes apresentam maior risco nutricional, pois o desenvolvimento fetal ocorre concomitantemente ao processo de desenvolvimento e crescimento da adolescente, sendo ambos processos de alta complexidade biológica e alta necessidade nutricional (SAUNDERS et al., 2005).

No Brasil, há uma estreita relação entre educação e maternidade. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram maior frequência de gravidez em adolescentes de 15 a 19 anos sem escolarização do que naquelas que possuem de nove a onze anos de estudo (BENFAM, 1997). Além disso, as taxas de fecundidade

costumam variar de acordo com as áreas geográficas e diversos grupos sociais, afetando mais regiões rurais e mulheres de baixa condição econômica (GAMA et al., 2001).

Diversos estudos têm relacionado a gravidez na adolescência com as características socioeconômicas dos pais. Sob a ótica da saúde pública, há consenso sobre os maiores riscos quando as idades das adolescentes são mais precoces, o que solicita o estudo e a elaboração de políticas públicas efetivas direcionadas a essa população (COSTA et al., 2011).

2.1 Gestação na adolescência e desfechos da gestação

Ramos e Cuman (2009) referem que a gravidez na adolescência é um fator de maior concentração de agravos à saúde materna e de complicações perinatais, tais como: baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto. Estudos realizados na América do Norte demonstraram aumento da incidência de hipertensão em adolescentes grávidas, quando comparadas com gestantes adultas. A anemia ocorre frequentemente em mulheres grávidas, alguns estudos relatam ainda que sua prevalência parece ser maior em gestantes adolescentes do que em adultas (WHO, 2004). Em estudo realizado por Fujimori e colaboradores (2000) com gestantes adolescentes em Santo André (SP) verificou-se que 21,8% das adolescentes apresentavam algum tipo de carência relacionada ao ferro, sendo o quadro prejudicial tanto para o conceito, quanto para a gestante.

Estes fatores aumentam ainda mais o risco do recém nascido apresentar baixo peso ao nascer (< 2500 g), de restrição do crescimento intrauterino e de parto prematuro (< 37ª semana de gestação) (SANTOS et al., 2012). Estes desfechos, por sua vez, geram um custo elevado de despesas médicas hospitalares, com as internações dos recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva neonatal.

Em estudo realizado por Gama e colaboradores (2001) no Município do Rio de Janeiro são levantados três possíveis fatores causais para explicar o baixo peso ao nascer em filhos de mães adolescentes - a desvantagem social, imaturidade biológica e estilo de vida inadequado durante a gravidez.

É válido ressaltar que há uma associação da gestação na adolescência e o aspecto socioeconômico cultural em que está inserida, sendo um fator de risco importante para a ocorrência de prematuridade e/ou baixo peso ao nascer. A idade da mãe como fator isolado,

ou a análise pura e simples do ambiente socioeconômico cultural em que se encontra, é reducionista quando comparada os de mães não adolescentes ou com condição social melhor diferenciada. As intercorrências relativas à gravidez na adolescência se potencializam quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas, bem como à fragilidade da estrutura familiar e dificuldade de acesso aos serviços assistenciais (RAMOS; CUMAN, 2009).

A gestação no início da vida reprodutiva pode estar relacionada como fator de alto risco obstétrico devido ao suposto estado de imaturidade biológica dessa gestante. No entanto, separar o efeito de variáveis biológicas, como idade e ginecológicas, de variáveis externas – econômicas, acesso ao serviço de pré natal, fatores psicossociais, entre outras – torna-se complexa. Logo, o fator idade não é o mais importante e isolado determinante do resultado obstétrico, pois a exposição ao fumo, bebidas alcoólicas, fatores psicossociais, um pré-natal com cuidados inadequados podem desempenhar um papel mais grave na ocorrência de baixo peso ao nascer (SAUNDERS et al., 2005).

É válido ressaltar que a redução da fecundidade no grupo etário de 15 a 19 anos põe em discussão a gravidez entre as adolescentes em outro foco: o das condições socioeconômicas em que estão inseridas, ou seja, algumas questões cruciais para um bom resultado são a renda, o nível educacional e o serviço de saúde ao qual têm acesso, e não simplesmente o fato de terem filhos, já que os indicadores mostram redução da taxa específica de fecundidade sem, no entanto, desconsiderar os riscos à saúde da mulher e da criança no caso de gravidez em idade muito jovem (BRASIL/IBGE,2009).

2.2 Nutrição e gestação na adolescência

A gestação é uma fase importante na vida da mulher e requer cuidados especiais. As alterações fisiológicas da gestação - expansão do volume plasmático e do líquido extracelular, crescimento de tecidos (útero e mamas), aumento do trabalho cardiovascular, da taxa metabólica basal, reserva adiposa materna para posterior lactação – aumentam os requerimentos nutricionais na gestação. É necessário que a dieta atenda os requerimentos nutricionais, especialmente de energia, proteína, ferro, vitamina C, vitamina A, vitamina D, ácido fólico, zinco e cálcio, visando um bom resultado obstétrico para mãe e feto (STORY; HERMANSON, 2000; WHO, 2001).

O consumo de alimentos que atenda a alta demanda de nutrientes tem sido identificado como um dos componentes relevante para o resultado da gestação (BARROS, 2002). A alimentação na gestação interfere no desenvolvimento precoce do feto, não só com efeitos em curto prazo sobre o crescimento, composição e funções corporais, mas também em longo prazo, podendo interferir no desenvolvimento das funções neurais e comportamentais e no risco de ocorrência de morbimortalidade (KOLETZKO, 1998).

Gestantes adolescentes têm preferências alimentares e comportamentos semelhantes aos de adolescentes não grávidas, tendendo a manter um consumo alimentar cuja escolha é pautada por alimentos considerados mais atrativos, acessíveis, práticos e baratos, com pouca preocupação em realizar uma alimentação saudável (STORY; MOE, 2000). Os padrões dietéticos de adolescentes são influenciados pelo meio externo, especialmente a família – a primeira instituição a ter influência sobre os hábitos alimentares – amigos, escola, trabalho e a mídia (GAMBARDELLA et al., 1999).

O comportamento alimentar da gestante adolescente tende a sofrer poucas modificações, quando comparado ao período que antecedeu a gravidez. Os hábitos alimentares costumam ser irregulares e podem representar sérios riscos na idade adulta. Sofrem influência dos padrões dietéticos estabelecidos pela família e os adquiridos no meio social através de amigos, escola, trabalho e mídia (GAMBARDELLA et al., 1999). A WHO (2004) aponta como um dos principais problemas de nutrição e saúde em adolescentes os hábitos alimentares inadequados, podendo influenciar negativamente o resultado obstétrico.

2.3 Avaliação dietética na gestação e o Índice de Qualidade da Dieta

A avaliação nutricional individualizada no início do pré-natal é importante para estabelecer as necessidades nutricionais da gestante, além de identificar gestantes com desvio ponderal, avaliar o ganho de peso, sendo realizada de forma contínua ao longo da gravidez. A avaliação dietética é fundamental e deve ser detalhada para que possa detectar hábitos desfavoráveis e ingestão inadequada (SAUNDERS; BESSA, 2005).

Dentre os diversos métodos de avaliação dietética, destacamos o Índice de Qualidade da Dieta (IQD), método de avaliação do consumo alimentar utilizado no presente trabalho. Foi desenvolvido por Patterson *et al.* (1994) como instrumento de classificação da qualidade da dieta, refletindo os gradientes de risco para doenças crônicas relacionados com a alimentação e baseado nas recomendações da *National Academy of Science* (NATIONAL

RESEARCH COUNCIL, 1989). Assim, foram estabelecidos valores adequados de ingestão diária de gordura total, gordura saturada, colesterol, frutas e vegetais, cereais, proteína, sódio, cálcio, energia fornecida por carboidratos e gordura e ingestão de fibras, carotenos, vitamina C, folato, ferro, flúoreto, além de recomendações sobre peso corporal adequado e ingestão de álcool.

Foram encontradas duas adaptações do índice de qualidade para a população brasileira, uma realizada por Fisberg et al. (2004), para aplicação no Inquérito de Saúde do Estado de São Paulo (ISA) (ANDRADE et al., 2010), e outra realizada por Mota (2008), para aplicação em adultos participantes de um programa de educação em saúde no município de Botucatu: Índice de Alimentação Saudável adaptado (IASad).

O índice de Fisberg et al. (2004) avalia o consumo dos grupos da pirâmide alimentar, ingestão de colesterol, sódio, gordura total e saturada e variedade da dieta. Posteriormente, Malta (2010) realizou uma adaptação do IQD para gestantes (IQD-G) e o validou em um estudo de avaliação da qualidade da alimentação de gestantes de baixo risco assistidas em unidade de atenção básica do município de Botucatu (SP).

A gravidez na adolescência requer, para minimização do risco, uma intervenção precoce e contínua, visando um melhor resultado obstétrico para o binômio mãe bebê (ACCIOLY et al., 2005). A assistência pré-natal, incluindo a nutricional, tem papel decisivo no resultado da gestação, pois permite identificar gestantes de risco e adotar medidas profiláticas e tratamentos para o controle de doenças, visando reduzir riscos maternos e fetais.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da dieta e seus fatores associados (sociodemográficos, obstétricos e nutricionais) em gestantes adolescentes atendidas no Ambulatório de Nutrição de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas, antropométricas e obstétricas da amostra;
- Descrever o Índice de Qualidade da Dieta e seus componentes de gestantes adolescentes;
- Analisar associação entre fatores sociodemográficos, obstétricos e nutricionais e os escores do Índice de qualidade da dieta.

4. JUSTIFICATIVA

Justificou-se o estudo do tema devido ao fato de gestantes adolescentes configurarem um grupo de alto risco para desfechos gestacionais indesejáveis, devido não somente ao hábito alimentar inadequado deste grupo como também pela dificuldade de adesão aos planos alimentares propostos.

O IQD para gestantes é um recente instrumento de avaliação de consumo alimentar e ainda não foi aplicado para gestantes adolescentes. Sua utilização permitirá conhecer a frequência dos comportamentos alimentares inadequados e que precisam de melhorias.

Além disso, conhecer os fatores relacionados ao comportamento alimentar permitirá estabelecer intervenções precoces de atendimento a esta clientela durante a assistência nutricional implementada no pré-natal.

5. MÉTODOS

5.1 - Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal, retrospectivo, realizado por meio de consulta aos prontuários de gestantes adolescentes de uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro.

5.2 – Local do estudo

O estudo foi realizado na Maternidade Escola (ME) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A ME/UFRJ é uma unidade que possui um atendimento de pré-natal multidisciplinar e multiprofissional, cuja equipe é composta por médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogas, musicoterapeutas e assistentes sociais. O Serviço de Pré-Natal é oferecido às gestantes, preferencialmente de alto risco, portadoras de hipertensão arterial, diabetes, gestação gemelar, gestante adolescente, portadoras de malformação fetal e residentes da área programática 2.1 (AP.2.1). Ao procurar a ME, a gestante poderá ser matriculada ou encaminhada para outra instituição, de acordo com os critérios de inclusão do serviço.

O Ambulatório de Nutrição é responsável pela assistência nutricional pré-natal, que tem como objetivo reduzir desvios nutricionais, contribuir para um melhor resultado obstétrico para o binômio mãe-bebê e incentivar a prática do aleitamento materno. Inicialmente, o atendimento nutricional é feito no acolhimento por meio de um atendimento em grupo, no qual as gestantes admitidas no pré-natal recebem orientações, verbais e por escrito, sobre estilo de vida e alimentação saudáveis e sua importância no decorrer da gestação e na vida futura dela e do seu bebê. O serviço também realiza consultas individuais, nas quais recebem orientações nutricionais e plano alimentar individualizado prescrito pelo nutricionista. Existem turnos de atendimento para grupos específicos, sendo as gestantes adolescentes atendidas às quartas e quintas-feiras, no período da manhã (8 às 12 horas). Antes das consultas, as gestantes participam do “Grupo das Adolescentes”, liderado pela Musicoterapeuta da ME/UFRJ, onde são abordados diversos assuntos relacionados à gestação e puerpério.

5.3 – Amostra e desenvolvimento da pesquisa

A população do estudo foram as gestantes adolescentes da ME/UFRJ. A amostra foi composta por gestantes adolescentes que realizaram acompanhamento nutricional no Ambulatório de Nutrição nos anos de 2012 e 2013.

A equipe do estudo foi composta pela pesquisadora principal, dois orientadores e de uma estagiária de graduação em Nutrição.

Os prontuários das gestantes adolescentes que receberam acompanhamento nutricional foram identificados pelas agendas de atendimento do Ambulatório de Nutrição entre o segundo semestre de 2012 e o ano de 2013. Em seguida, foram solicitados os prontuários no setor de arquivo médico. Uma vez obtido o prontuário, foram aplicados os critérios de inclusão no estudo: gestantes com idade entre 10 e 19 anos, gestação de feto único, ausência de doenças crônicas e infecciosas no início do acompanhamento. Os dados de interesse dos pesquisadores foram compilados para um formulário contendo informações socioeconômicas, antropométricas, obstétricas e dietéticas, discriminados na seção “Variáveis do estudo”.

5.4 - Variáveis do estudo

5.4.1 - Desfecho

O desfecho principal do estudo é a qualificação da dieta da gestante – frequência de “dietas de boa qualidade”, “dieta precisando de melhorias” e “dieta de má qualidade”, obtida pela aplicação do IQD-Gestante (IQD-G).

O IQD-G contém 10 componentes, cujas pontuações variam de zero a 10 pontos. O escore final varia de zero a 100 pontos e é categorizado com os seguintes pontos de corte: (1) pontuação superior a 80 pontos, dieta de boa qualidade; (2) pontuação entre 51 e 80 pontos, dieta precisando de melhorias; e (3) pontuação inferior a 51 pontos, dieta de má qualidade (Quadro 1).

Quadro 1 – Componentes do Índice de Qualidade da Dieta para Gestantes, critérios de pontuação e classificação final.

Componentes do IQD-G	Pontuação máxima por grupo (10 pontos)	Pontuação mínima por grupo (0 pontos)
Cereais	7 porções ou +	0 porções
Hortaliças	4,5 porções ou +	0 porções
Frutas	4 porções ou +	0 porções
Leguminosas	1 porção ou +	0 porções
Leite e derivados	3,75 porções ou +	0 porções
Carne e ovos	1,5 porções ou +	0 porções
Gordura total (%)	≤ 30	≥ 45
Gordura saturada (%)	< 10	≥ 15
Colesterol (mg)	≤ 300	≥ 450
Variedade da dieta	≥ 8 itens diferentes	≤ 3 itens diferentes
Total	100	0
Classificação do IQD	Dieta de boa qualidade - > 80 pontos Dieta precisando de melhorias - 51 e 80 pontos Dieta de má qualidade - < 51 pontos	

O IQD-G tem seis componentes referentes a grupos alimentares (cereal, leite/derivados, fruta, hortaliça, leguminosa e carne/ovo) cuja pontuação varia de zero (ausência de consumo) a 10 pontos (consumo de pelo menos o mínimo de porções recomendadas em seus respectivos grupos alimentares). Pontuações proporcionais ao consumo mínimo e máximo foram calculadas para cada grupo alimentar. Os valores relativos a uma porção foram definidos segundo a tabela adotada pela pirâmide alimentar brasileira. As pontuações intermediárias entre a pontuação máxima e mínima foram calculadas proporcionalmente (PHILIPPI et al., 1999, MALTA, 2010).

O sétimo componente, gordura total, variou de zero ponto (quantidade igual ou superior a 45% do total de energia fornecida pela dieta) a 10 pontos (ingestão igual a 30% ou menos do total de energia fornecida pela dieta). Para a faixa entre 30% e 45%, os pontos foram calculados proporcionalmente. O ponto de corte de 30% como satisfatório para gordura total é recomendado pelo *Dietary Guidelines for Americans* (USDA, 2002).

O oitavo componente, gordura saturada, foi pontuado segundo as recomendações do *Dietary Guidelines for Americans* da seguinte forma: o valor mínimo (zero pontos) foi dado quando a gestante ingeriu 15% ou mais do total de energia fornecida pela dieta, o valor máximo (10 pontos) para 10% ou menos do total de energia fornecida pela dieta, e para a faixa entre 10% e 15%, foram calculadas pontuações proporcionais. A ingestão menor que 10% de gordura saturada também é recomendada pelo guia alimentar brasileiro (USDA, 2002; BRASIL, 2005)

A quantidade diária de colesterol na dieta foi o nono componente. A quantidade aceita pelo *Committee on Diet and Health* (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1989) varia de 300 a 450 mg/dia. Ingestão menor ou igual ao primeiro valor recebeu a pontuação máxima (10 pontos); ingestão maior ou igual a 450 mg recebeu pontuação mínima (zero pontos). Para a faixa entre 300 mg/dia e 450 mg/dia, os pontos foram atribuídos proporcionalmente.

O décimo e último componente refere-se à variedade da dieta. Dez pontos foram atribuídos quando a gestante consumiu pelo menos metade de uma porção de oito ou mais diferentes alimentos em um dia; zero ponto foi atribuído se o consumo foi de três ou menos alimentos diferentes (BOWMAN et al., 1998; FISBERG et al., 2004). Para a faixa entre três e oito diferentes alimentos consumidos, os pontos foram calculados proporcionalmente.

Considerando os componentes do IQD-G, as pontuações e pontos de corte, foi criada uma planilha em Excel para avaliação do IQD-G de cada gestante.

Sendo assim, foram coletados do prontuário da gestante dados referentes ao hábito alimentar, obtido através do recordatório alimentar habitual, aplicado na rotina da consulta de nutrição. Este recordatório teve sua composição analisada no foi feita no Programa AvaNutri 4.0 Revolution (AVANUTRI, 2009), sendo obtido o consumo diário de gordura total, gordura saturada e colesterol total. Estes três dados, bem como as informações sobre o número de itens consumidos na dieta e o número de porções de cereais, hortaliças, frutas, leguminosas, leite/derivados e carne/ovos consumidos foram digitados na planilha criada. Em seguida foi atribuída a pontuação para componente do IQD (Quadro 1). As pontuações intermediárias entre a pontuação máxima e mínima foram calculadas proporcionalmente. Após o somatório das pontuações dos grupos foi obtido o valor do IQD-G de cada adolescente.

5.4.2 - Variáveis explicativas e covariáveis

- Idade cronológica – variável contínua (anos) e categorizada (10 a 14; 15 a 19 anos).
- Escolaridade – variável contínua (anos de estudo) e categorizada (≤ 9 ; > 9 anos de estudo).
- Raça/Cor da pele – variável categórica (Branca; Parda; Preta).
- Situação conjugal – variável categórica (vive com companheiro/ não vive com companheiro).
- Ingestão de bebida alcoólica – variável categórica (Sim; Não).
- Idade ginecológica: diferença entre a idade no parto e a idade da menarca – variável contínua (anos) e categorizada (0 a 2; > 2 anos).
- Número de gestações – variável categórica (1; >1).
- Estado nutricional pré-gestacional – será calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional e a gestante será classificada como “Baixo peso”, se $IMC < -2$ desvios-padrão (DP) da referência da Organização Mundial da Saúde/2007 (WHO, 2007) ; “Eutrofia”; se ≥ -2 DP e $\leq +1$ DP; “Sobrepeso”, se $> +1$ DP e $\leq +2$ DP; e “Obesidade”, se $> +2$ DP (IOM, 2009).

5.5 – Análise Estatística

Foram descritas as variáveis segundo procedimentos clássicos (média, desvio-padrão e frequências). Foram calculadas as médias do IQD das gestantes segundo variáveis estudadas e a diferença entre os grupos foi calculada pelo teste t Student. Foram calculadas as frequências de dietas de boa qualidade, precisando de melhorias e de má qualidade segundo as variáveis estudadas e a diferença entre os grupos foi calculada pelo teste do Qui-Quadrado. Foram consideradas como estatisticamente significativos os valores de $p \leq 0,05$. Os bancos de dados para análise do IQD-G e para a digitação das variáveis da amostra foram criados no programa Excel (versão 2007) e as análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS versão 17 (SPSS INC, 2008).

5.6 - Aspectos Éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o CAAE: 14366313.5.0000.5275. O estudo está em acordo aos princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia, contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996). Como uma das etapas do estudo original consistia de entrevista com gestante, a mesma deveria assinar um termo de consentimento, sendo obtido, de forma livre e espontânea, após terem sido feitos todos os esclarecimentos pertinentes ao estudo. O estudo obteve concordância do Serviço de Nutrição da instituição para sua realização. Devido às modificações realizadas no ensaio clínico inicialmente aprovado pelo CEP, a Divisão de Ensino da Maternidade disponibilizou uma autorização que permitia a consulta aos prontuários.

5.7 - Limitações do estudo

O presente estudo teve como principal limitação a utilização de apenas um recordatório alimentar habitual para o cálculo do IQD-G, quando o recomendável seriam pelo menos dois. Ocorre que os prontuários das gestantes possuem apenas um recordatório registrado na consulta de nutrição. Além disso, também foram escassas as informações sobre renda familiar, composição familiar, número de pessoas que residem no mesmo domicílio, entre outras, o que prejudicou a caracterização adequada do perfil sociodemográfico da gestante. Uma vez que as informações colhidas em prontuário são dados secundários isso contribui para mais uma limitação, devido a falta de informações desejadas no prontuário (não estar anotado), ou ainda de os dados preenchidos não serem verídicos.

Outra limitação do estudo está relacionada aos índices de qualidade dietética. O escore máximo para cada grupo é baseado em um número mínimo de porções diárias, não havendo redução do valor do escore para consumos excessivos, até mesmo porque não existe consenso sobre o que é considerado excessivo por grupo de alimento. Assim, o consumo excessivo de cereais de qualquer tipo, por exemplo, eleva o escore da gestante sem, contudo, refletir qualidade e quantidade recomendáveis. Entretanto, se o ganho de peso excessivo pode afetar a saúde da mãe e da criança, o estabelecimento de limites máximos por grupo é necessário (MELERE et al, 2013).

6. RESULTADOS

A amostra foi composta de 62 gestantes adolescentes. A idade cronológica média foi de 16,2 ($\pm 1,5$) anos de idade, 4,6 ($\pm 1,6$) anos de idade ginecológica, 8,4 ($\pm 2,0$) anos de estudo, 1,2 ($\pm 0,4$) gestações e Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional médio de 21,1 ($\pm 3,2$) kg/m². Apenas 1 gestante (1,6%) fumava durante a gestação. Todas as adolescentes faziam uso de algum tipo de suplemento nutricional, em sua maioria ácido fólico e/ou sulfato ferroso. Outras características sociodemográficas, obstétricas e estado nutricional são apresentadas na Tabela 1.

O Índice de Qualidade da Dieta médio foi de 77,2 (DP 9,5). A média do Índice de Qualidade da Dieta foi superior nas gestantes adolescentes entre 15 e 19 anos comparadas com aquelas entre 10 e 14 anos; nas que tinham mais de 9 anos de estudo comparadas com as que tinham 9 anos ou menos; nas gestantes de cor preta, comparadas com as demais categorias; nas que viviam com companheiro comparadas com as que não viviam; nas que consumiam bebida alcoólica comparadas com as que não consumiam; nas gestantes com idade ginecológica maior que 2 anos comparadas com as de idade entre 0 a 2 anos; nas que não estavam na primeira gestação; e entre as gestantes de baixo peso pré-gestacional, porém as diferenças não foram significativas (Tabela 2).

A proporção de gestantes que apresentou dieta de boa qualidade foi de 40,3% (n=25), 58,1% (n=36) apresentaram dieta precisando de melhorias e 1,6% (n=1) apresentaram dieta de má qualidade. Por ser apenas um caso, a gestante que apresentou dieta de má qualidade foi excluída da análise por categorias das variáveis estudadas. A proporção de dietas de boa qualidade foi maior entre as gestantes de 15 a 19 anos, nas de escolaridade > 9 anos, nas de cor parda, nas que não vivem com o companheiro, nas que não consomem bebida alcoólica, nas de idade ginecológica > 2 anos, nas primigestas e nas eutróficas, comparadas com as demais categorias das variáveis estudadas (Tabela 3).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, obstétricas e nutricionais de gestantes adolescentes atendidas em uma maternidade pública, Rio de Janeiro (n=62), 2013.

Variáveis	n	%
Idade cronológica (anos)		
10 a 14	7	11,3
15 a 19	55	88,7
Escolaridade (anos)		
≤ 9	28	50,0
> 9	28	50,0
Raça/Cor da pele		
Branca	23	36,5
Parda	30	47,6
Preta	8	12,7
Situação conjugal		
Vive com o companheiro	20	32,3
Não vive com o companheiro	42	67,7
Ingestão de bebida alcoólica		
Não	45	72,6
Sim	17	27,4
Idade ginecológica (anos)		
0 a 2	7	11,3
> 2	55	88,7
Número de Gestações		
1	51	82,3
> 1	11	17,7
Estado nutricional pré-gestacional		
Baixo peso	4	6,5
Eutrofia	45	72,6
Sobrepeso	12	19,4
Obesidade	1	1,6

Tabela 2 – Média do Índice de Qualidade da Dieta segundo variáveis sociodemográficas e obstétricas de gestantes adolescentes atendidas em uma maternidade pública, Rio de Janeiro (n=62), 2013.

Variáveis	IQD-G¹ Média (DP)	p-valor
Idade cronológica (anos)		
10 a 14	73,7 (10,0)	0,303
15 a 19	77,7 (9,4)	
Escolaridade (anos)		
≤ 9	77,5 (8,9)	0,797
> 9	78,1 (8,4)	
Raça/Cor da pele		
Branca	77,8 (7,2)	0,677
Parda	77,3 (9,4)	
Preta	80,4 (10,8)	
Situação conjugal		
Vive com o companheiro	79,6 (9,5)	0,182
Não vive com o companheiro	76,1 (9,4)	
Ingestão de bebida alcoólica		
Não	76,9 (9,4)	0,718
Sim	77,9 (10,0)	
Idade ginecológica (anos)		
0 a 2	74,5 (9,9)	0,428
> 2	77,6 (9,4)	
Número de Gestações		
1	76,7 (9,9)	0,396
> 1	79,4 (6,7)	
Estado nutricional pré gestacional		
Baixo peso	80,2 (3,7)	0,873
Eutrofia	77,3 (10,4)	
Sobrepeso	75,8 (7,7)	
Obesidade	79,7 (-)	

Nota: IQD-G - Índice de Qualidade da dieta da gestante

Tabela 3 – Frequência de “Dieta de Boa Qualidade” e “Dieta Precisando de Melhorias” segundo variáveis sociodemográficas e obstétricas de gestantes adolescentes atendidas em uma maternidade pública, Rio de Janeiro (n=61), 2013.

Variáveis	Dieta de boa qualidade n (%)	Dieta precisando de melhorias n (%)	p-valor
Idade cronológica (anos)			
10 a 14	2 (40,0%)	5 (60,0%)	0,390
15 a 19	23 (42,6%)	31 (57,4%)	
Escolaridade (anos)			
≤ 9	11 (39,3%)	17 (60,7%)	0,454
> 9	12 (44,4%)	15 (55,6%)	
Raça/Cor da pele			
Branca	10 (47,6%)	11 (52,4%)	0,825
Parda	12 (40,0%)	18 (60,0%)	
Preta	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
Situação conjugal			
Vive com o companheiro	10 (50,0%)	10 (50,0%)	0,234
Não vive com o companheiro	15 (36,6%)	26 (63,4%)	
Ingestão de bebida alcoólica			
Não	17 (38,6%)	27 (61,4%)	0,376
Sim	8 (47,1%)	9 (52,9%)	
Idade ginecológica (anos)			
0 a 2	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0,390
> 2	23 (42,6%)	31 (57,4%)	
Número de Gestações			
1	19 (38,0%)	31 (62,0%)	0,249
> 1	6 (54,5%)	5 (45,5%)	
Estado nutricional pré gestacional			
Baixo peso	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0,621
Eutrofia	20 (45,5%)	24 (54,5%)	
Sobrepeso	4 (33,3%)	8 (66,7%)	
Obesidade	0	1 (100,0%)	

A Tabela 4 apresenta os escores de cada componente do IQD-G. As médias mais baixas foram observadas nos grupos de frutas, hortaliças e leite/derivados.

Tabela 4 – Escore médio (DP), mínimo e máximo dos componentes do IQD-G e número médio de porções consumidas por dia.

Componentes do IQD-G	Escore médio	DP	Escore mínimo	Escore máximo	nº médio de porções consumidas
Cereais	8,42	2,09	2,86	10	5,89
Hortaliças	2,50	2,70	0	10	1,12
Frutas	4,65	4,04	0	10	1,85
Leguminosas	9,40	2,23	0	10	0,94
Leite e derivados	5,40	3,30	0	10	2,02
Carnes e ovos	9,89	0,59	6,66	10	1,48
Gordura total (%)	9,42	1,32	3,30	10	-
Gordura saturada (%)	9,48	1,52	2	10	-
Colesterol (mg)	8,70	3,02	0	10	-
Variedade da dieta	9,25	1,50	4	10	7,40
Escore final	77,22	9,46	46,94	95,04	-

Notas: IQD-G – Índice de Qualidade da Dieta da Gestante, DP – desvio-padrão.

7. DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da presente amostra se assemelha a um estudo realizado em Fortaleza (CE) com 40 gestantes adolescentes no que se refere à faixa etária (87,5% entre 16 e 19 anos), primigestação (75%), escolaridade (52,5% com mais de 9 anos), idade ginecológica (100% > 2 anos) e estado nutricional (50% de eutrofia pré-gestacional) (BELARMINO ET AL., 2009). HERRERA-SUÁREZ e colaboradores (2008) realizaram estudo em Guadalajara com 54 gestantes adolescentes e observaram características sociodemográficas similares – idade média de 16,3 anos e 69% não viviam com companheiro.

O presente estudo utilizou o IQD-G adaptado por Malta (2010) para gestantes no Brasil. Um total de 58,1% das gestantes adolescentes apresentaram dietas precisando de melhorias e o IQD-G médio foi de 77,2. Esse valor foi superior a outros estudos que utilizaram o mesmo método de avaliação dietética (MALTA, 2010; ANDRELLUCHI et al., 2009; GODOY et al., 2006), porém as faixas etárias das amostras entre os estudos não são comparáveis. Malta (2010) avaliaram 107 gestantes com idade média de 24 anos, sendo 15% de adolescentes, e obtiveram um IQD de 65,6 – tendo 11,2% das gestantes apresentado dieta de boa qualidade, 79,4%, dieta precisando de melhorias e 9,3% dieta de má qualidade. Andrellucchi e colaboradores (2009), em estudo na Espanha com 103 gestantes com idade média de 29,7 anos, obtiveram IQD de 54,9, tendo a maioria apresentado dieta precisando de melhorias. Como os estudos de Malta (2010) e de Andrellucchi et al. (2009) eram compostos principalmente de gestantes adultas, podemos considerar que os resultados do presente estudo superaram as expectativas da autora, uma vez que pressupunha-se que as adolescentes apresentassem menor escore em decorrência da possível frequência maior de escolhas alimentares não saudáveis pelo grupo, quando comparadas às gestantes adultas.

Godoy e colaboradores (2006), em estudo com adolescentes não gestantes, obtiveram pontuação do IQD igual a 56,95. Mais uma vez, podemos considerar que os resultados do presente estudo superaram as expectativas da autora e talvez possam ser justificados pelo fato de durante a gestação, as adolescentes realizarem melhorias no hábito alimentar. Em estudo realizado no Município do Rio de Janeiro, por Barros (2002) foi observado que gestantes adolescentes que fizeram pré natal tiveram melhores resultados no consumo de

energia e nutrientes, sendo ainda mais adequado para aquelas que receberam informações sobre alimentação.

A análise do escore do IQD-G e das proporções de dietas de boa qualidade e dietas que precisam de melhorias não mostrou associação estatisticamente significativa com nenhuma variável sociodemográfica, obstétrica ou com o estado nutricional, assim como o estudo de Malta (2010), que encontrou apenas associação entre gestantes sem companheiro e melhor qualidade da dieta. No presente estudo observou-se menor valor de IQD-G entre gestantes de 10 a 14 anos de idade, comparadas com as de 15 a 19 anos (73,7 vs 77,7, não significativo) e é coerente com o estudo de Barros (2002) que verificaram um consumo mais frequente de pão, manteiga, refrigerante, chocolate e salgadinho e menor de sucos, legumes, frutas e biscoitos entre as gestantes adolescentes mais jovens.

Apesar de o valor médio de IQD-G de o presente estudo ter sido mais elevado que em outros estudos, não representa uma qualidade adequada da dieta. Analisando os escores dos componentes do IQD-G, observa-se elevado escore para o grupo de leguminosas e grupo de carnes/ovos, o que provavelmente indica consumo proteico adequado. O escore elevado para gordura total e saturada demonstra uma adequação do consumo de lipídios dietético. O grupo de cereais apresentou escore de 8,42 e uma média de 5,89 porções consumidas por dia, demonstrando que não houve consumo excessivo deste grupo alimentar (cujo valor máximo de porções é de 7). Este resultado difere um pouco do estudo de Barros e colaboradores (2002), que identificaram, por meio de questionário de frequência de consumo alimentar, elevada ingestão de alimentos do grupo de cereais em adolescentes do município do Rio de Janeiro.

Por outro lado, foi observado escore muito baixo para os componentes de frutas, hortaliças e leite/derivados, indicando inadequação do consumo destes importantes grupos de alimentos (escores 4,6; 2,5; 5,4 - respectivamente). Este é um dado preocupante, pois muitas vitaminas e minerais, encontradas principalmente em frutas, hortaliças e leite e derivados, sofrem redução em suas concentrações plasmáticas ao avançar da gestação. Além disso, frutas e hortaliças são fontes de fibras que auxiliam na função intestinal, que, por sua vez, se encontra prejudicada na gestação (KRAUSE, 2010; MALTA, 2010; BELARMINO et al., 2009). No estudo de Costa e colaboradores (2012) realizado em Aracajú, a amostra estudada também apresentou um baixo consumo dos grupos de hortaliças e leite/derivados, diferindo no consumo do grupo de frutas, cujo escore foi de 7,77, valor bem mais elevado do que nos estudos descritos anteriormente.

Na presente amostra, entre os 40,3% das gestantes que apresentaram dieta de boa qualidade, observou-se que fizeram parte de suas dietas alimentos que não são avaliados no IQD-G, como *fast food*, biscoitos recheados, doces, refrigerantes, frituras e embutidos – ricos em açúcar refinado, sódio, gordura *trans* e energia. Ou seja, esse método não atribui notas negativas para o consumo de alimentos prejudiciais à saúde.

Pick e colaboradores (2005) avaliaram a qualidade de dietas usando um índice de alimentação saudável e observou que em gestantes com um bom índice, apenas 4% atingiram o consumo recomendado de ácido fólico e nenhuma atingiu o consumo recomendado de ferro, concluindo que o índice utilizado foi útil para analisar se guias alimentares são seguidos mas não capturou as particularidades de uma dieta de gestante.

Entretanto, o IQD-G aqui utilizado, no estudo de Malta (2010) correlacionou-se positivamente com a estimativa dos seguintes nutrientes: energia, carboidrato, proteína, fibra, cálcio, ferro, folato, zinco, vitaminas A, C e E, demonstrando boa capacidade de expressar a ingestão de nutrientes essenciais na gestação.

Outra limitação dos índices de qualidade dietética é que o escore máximo para cada grupo é baseado em um número mínimo de porções diárias, não havendo redução do valor do escore para consumos excessivos, até mesmo porque não existe consenso sobre o que é considerado excessivo por grupo de alimento. Assim, o consumo excessivo de cereais de qualquer tipo, por exemplo, eleva o escore da gestante sem, contudo, refletir qualidade e quantidade recomendáveis. Entretanto, se o ganho de peso excessivo pode afetar a saúde da mãe e da criança, o estabelecimento de limites máximos por grupo é necessário (Melere et al, 2013).

O presente estudo teve como principal limitação a utilização de apenas um recordatório alimentar habitual para o cálculo do IQD-G, quando o recomendável seriam pelo menos dois. Ocorre que os prontuários das gestantes possuem apenas um recordatório registrado na consulta de nutrição. Além disso, também foram escassas as informações sobre renda familiar, composição familiar, número de pessoas que residem no mesmo domicílio, entre outras, o que prejudicou a caracterização adequada do perfil sociodemográfico da gestante. A literatura vem apontando baixa qualidade do registro em saúde no Brasil, o que dificulta tanto o trabalho da equipe de saúde, quanto a coleta de dados para elaboração de pesquisas científicas (Vasconcellos et al , 2008),

Apesar dessas limitações, é reconhecido que os índices alimentares são instrumentos úteis para auxiliar na avaliação da qualidade da dieta, especialmente no âmbito da atenção primária em saúde (MELERE et al, 2013).

8. CONCLUSÃO

As dietas consumidas pelas gestantes adolescentes participantes do estudo foram, em sua maioria, classificadas como dieta precisando de melhorias. As pontuações mais baixas foram atribuídas aos grupos de frutas, hortaliças e leite/derivados, fontes de micronutrientes essenciais para a gestação. As pontuações médias de grupos alimentares que se apresentaram mais elevadas foram os cereais, leguminosas e carnes/ovos.

Considerando que gestantes adolescentes compreendem uma faixa etária que apresenta bastante resistência na modificação dos hábitos, é fundamental priorizar estratégias educacionais no pré-natal, a fim de incentivar o consumo dos grupos alimentares com maior rejeição, almejando uma gestação saudável para as adolescentes.

Inúmeros órgãos internacionais recomendam a utilização de educação em saúde como instrumento de transformação das práticas inadequadas de saúde. O nutricionista, especificamente, deve ser um facilitador do processo de modificações dos comportamentos, oferecendo ao paciente apoio emocional e ajuda a identificar alterações nutricionais e práticas incorretas, promovendo modificações de comportamentos.

Finalmente, destaca-se a importância da realização de mais estudos que avaliem a qualidade da dieta nessa faixa etária e a influência das práticas educativas na modificação de hábitos inadequados.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.

ANDRADE, S.C et al. Dietary quality index and associated factors among adolescents of the state of Sao Paulo, Brazil. J Pediatr; 2010, 156:456-60.

ANDRELLUCCHI.A.O. et al. Calidad nutricional de la dieta en gestantes sanas de Canarias. Med Clin (Barc); 2009, 133(16):615–621.

BARROS, D.C.; O Consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro, 71f. Tese (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública)-FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

BELARMINO.G. et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. Acta Paul Enferm; 2009, 22(2):169-75.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil). Brasil - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM.

BOOG, M.C.F. Educação nutricional: passado presente, futuro. Revista de Nutrição da PUCCAMP, Campinas, v.10, n.1, p.5-19, 1997.

BOWMAN, A.S et al. The healthy eating index: 1994-96. Washington: Department of Agriculture; 1998.

BRASIL. Indicadores Demográficos. Rede Integrada de Informações para a Saúde – RIPS. Taxa específica de fecundidade, segundo Região e UF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/a06.htm>. Acesso em 11/02/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: bases de ação programática, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF, 2005.

COSTA, F.N.A.; LIMA, K.A.; Educação em Saúde e Pesquisa qualitativa: relações possíveis, Revista Alimentos e Nutrição Araraquara, v.16, n.1, p.33-38, jan-mar. 2005.

COSTA, E.L.; SENA,M.C.F; DIAS,A. Gravidez na adolescência – determinante para prematuridade e baixo peso. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S183-S188, 2011.

COSTA, D et al. Índice de qualidade da dieta de mulheres usuárias de um programa de atividade física regular “Academia da Cidade”, Aracajú. Rev. Nutr., Campinas, 25(6):731-741, nov./dez., 2012.

ESCOTT-STUMP, Sylvia; MAHAN, L. Kathleen. Krause Alimentos, Nutrição & Dietoterapia, 12ª edição, 2010. Elsevier.

EXCEL. Microsoft © Excel 2007. Microsoft Corporation.

FISBERG, R.M et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. Rev. Nutr. vol.17 no.3 Campinas July/Sept, 2004.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa, São Paulo, editora: Paz e Terra, 1996.

FUJIMORI, E. et al. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. Rev. Nutr., Campinas, 13 (3): 177-184, set./dez, 2000.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD,C.L.; LEAL,M.C.; THEME,M.M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, Rev Saúde Pública ;35(1):74-80, 2001.

- GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.F.P.; FRANCHI, C. Prática alimentar de adolescentes. Revista de Nutrição, Campinas, 12(1): 5-19, p. 55-63, 1999.
- GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Caderno de Saúde Pública 21(1):200-6, 2005.
- GODOY.F.C. et al. Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. Rev. Nutr., Campinas, 19(6):663-671, 2006.
- HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. Moreira JR Editora, P.392-395, 2002.
- HERRERA-SUÁREZ, C.C et al. Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas. ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION. Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Vol. 58 Nº 1, 2008.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, Brasil: IBGE; 2009.
- KOLETZKO, B. et al. Growth, development and differentiation: a functional food science approach. British Journal of Nutrition, p.5-p45, 1998, 80, Suppl. 1, S5-S45.
- MALTA, M. Avaliação da alimentação de gestantes mediante aplicação do Índice de Qualidade da Dieta adaptado, 95 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.
- MELERE C, HOFFMANN JF, NUNES MAA, DREHMER M et al. Healthy eating index for pregnancy: adaptation for use in pregnant women in Brazil. Rev Saúde Pública 2013; 47(1)

MOTA, J.F. et al. Adaptação do índice de alimentação saudável ao guia alimentar da população brasileira. *Rev Nutr.* 2008; 21(5): 545-52.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Recommended Dietary Allowances: 10th Edition. Washington, DC: The National Academies Press, 1989.

NEIVA, C.T.; VIEIRA, F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):477-486, 2007.

PHILIPPI, S.T et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev Nutr.* 1999;12:65-80.

PICK ME, EDWARDS M, MOREAU D, RYAN EA. Assessment of diet quality in pregnant women using the healthy eating index. *J Am Diet Assoc* 2005; 105:240-246.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Prematuridade e fatores de risco. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, abr-jun; 13 (2): 297-304, 2009.

SANTANA, RI. AVANUTRI: software de avaliação nutricional, versão 4.0. Rio de Janeiro; 2009.

SANTOS, M.M.A.S.; BAIÃO, M.R.; BARROS, D.C.; PINTO, A.A.; PEDROSA, P.L.; SAUNDERS, C. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*; 15(1): 143-54, 2012.

SAUNDERS, C.; BESSA, T.C.A. A Assistência nutricional pré-natal. *In*:. ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p.119-44.

SAUNDERS, C. et al. Gestante adolescente. *In*: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p.171-88.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006. A importância da educação nutricional. Disponível em :<http://www.diabetes.org.br/alimentos/181-a-importancia-da-educacao-nutricional>. Acesso em: 20/06/2012

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR NO BRASIL-BENFAM. Pesquisa nacional sobre demografia e demografia e saúde, Rio de Janeiro, 1996.

SPSS INC. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. Chicago: SPSS Inc.

STORY, M. & MOE, J. Eating behaviors and nutritional implications. *In*: Nutrition and the Pregnant Adolescent: a practical reference guide. Minneapolis: School of Public Health/University of Minnesota, 2000.

STORY, M; HERMANSON, J. Nutrient Needs During Adolescence and Pregnancy. Disponível em: Story M & Stang G, Nutrition and the Pregnant Adolescent: A Practical Reference Guide, Centre for Leadership, Education and Training in Maternal and Child Nutrition, Minnesota USA, 2000

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões Sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética, Texto contexto enfermagem 14(1):82-8, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Human energy requirements, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007. Disponível em: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/ Acesso em 20/02/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Discussion papers on adolescence. Nutrition in adolescence issues and challenges for health sector: issues adolescent health and development. Geneva, 2005

10 – APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: As práticas educativas na modificação de hábitos alimentares em gestantes adolescentes

PESQUISADORES: Bruna de Souza Albuquerque, Elisa Maria de Aquino Lacerda e Tereza Cristina Campos D'Ambrosio Bessa

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Convidamos você a participar da pesquisa “As práticas educativas na modificação de hábitos alimentares em gestantes adolescentes”, que será realizada por Bruna de Souza Albuquerque, aluna regularmente matriculada no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade do Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tendo como orientadora a Prof^a Elisa Maria de Aquino Lacerda. Esta pesquisa pretende estudar se a participação em atividades educativas sobre alimentação melhora o hábito alimentar da gestante adolescente. Você participará da seguinte forma: (1) Responderá um questionário na primeira e na última consulta de nutrição e (2) Participará ou não de duas atividades educativas durante o pré-natal. Todas as etapas da pesquisa serão realizadas nos mesmos dias das consultas do pré-natal, não sendo necessário você vir em outros momentos. A sua participação é voluntária e seu nome não será divulgado em hipótese alguma. Esta pesquisa não trará nenhum risco e nenhum custo para você. Você poderá escolher não fazer parte da pesquisa ou desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. O benefício desta pesquisa é que ela pode trazer informações novas sobre como os nutricionistas podem melhorar os hábitos alimentares durante a gestação.

Bruna de Souza Albuquerque – Contato: (21) 8685-7912

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma, bem como dos procedimentos envolvidos. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar cooperando com a coleta de informações para a mesma.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa: _____