

Artigo Original**Estilo de vida, consumo alimentar e características sociodemográficas de gestantes em hospital público na grande São Paulo**

Lifestyle, food consumption and sociodemographic characteristics of pregnant women in a public hospital in greater São Paulo



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i2.8198>

Paula Cristina Meirelles de Souza¹ ORCID 0000-0001-5533-070X, Juliana Leandro Silva Santos¹ ORCID 0000-0002-9599-0486, Marianne de Faria Chimello¹ ORCID 0000-0001-6367-9362, Danielle Pereira Martins¹ ORCID 0000-0002-2544-5351, Nyvian Alexandre Kutz¹ ORCID 0000-0003-3905-9061, Narcisio Rios Oliveira¹ ORCID 0000-0001-6981-2988, Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira Salgueiro^{1*} ORCID 0000-0001-6349-7219

RESUMO

Objetivo: Avaliar o estilo de vida, consumo alimentar e outros hábitos de vida, características sociodemográficas e aspectos relacionados ao pré-natal de gestantes atendidas em uma maternidade pública de referência para gestantes de baixo risco na grande São Paulo. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal com amostra por conveniência, que avaliou variáveis sociodemográficas, do consumo alimentar e do estilo de vida coletadas por meio de questionário estruturado e informações sobre o pré-natal coletadas do cartão de pré-natal e no prontuário da paciente. **Resultados:** Participaram 186 puérperas com média de idade de $27,7 \pm 5,8$ anos, 70% tinham até 12 anos de escolaridade, 77% pertenciam à classe socioeconômica C e 60% exibiam excesso de peso no período pré-natal. Quanto ao consumo alimentar, 79% classificaram-se em “atenção” e 90% mostraram estilo de vida desfavorável. 71% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. **Conclusão:** A maioria das gestantes apresentou estilo de vida, consumo alimentar e outros hábitos de vida de vida inadequados, alta prevalência de excesso de peso pré-gestacional, 12 anos de escolaridade e classe socioeconômica C. A maioria não apresentou anemia, teve parto normal e realizou o número de consultas de pré-natal de acordo com o recomendado.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Estilo de Vida; Consumo Alimentar; Gestação.

1 Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, Brasil.

*Autor correspondente: Rua Manuel Jacinto, nº 932, Apartamento 11, bloco 11, Vila Sônia, São Paulo – SP. CEP: 05624-001.

Email: marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br

Submetido em: 04.02.2021

Aceito em: 29.07.2021

ABSTRACT

Objective: Evaluate the lifestyle, food consumption and other lifestyle habits, sociodemographic characteristics and aspects related to prenatal care of pregnant women attending a public maternity hospital of reference for low-risk pregnant women in greater São Paulo. **Material and Methods:** Cross-sectional study with a convenience sample, which assessed sociodemographic, food consumption and lifestyle variables collected through a structured questionnaire and information about prenatal care collected from the prenatal card and from the patient's medical record. **Results:** 186 puerperal women with a mean age of 27.7 ± 5.8 years participated, 70% had up to 12 years of schooling, 77% belonged to socioeconomic class C and 60% were overweight in the prenatal period. As for food consumption, 79% were classified as "attention" and 90% showed an unfavorable lifestyle. 71% had six or more prenatal consultations. **Conclusion:** Most pregnant women had inadequate lifestyle, food consumption and other lifestyle habits, high prevalence of pre-pregnancy excess weight, 12 years of education and socioeconomic class C. Most did not have anemia, had normal delivery and underwent the number of prenatal visits as recommended.

Keywords: Health Promotion; Lifestyle; Pregnancy; Gestation.

INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, acontecem diversas mudanças no corpo da mulher, devido às alterações hormonais e ao crescimento do feto. Todas essas alterações geram uma experiência única para cada gestação. As mudanças não são apenas físicas, já que, muitas destas mulheres não encaram a gestação de forma positiva, ocasionando alterações psicológicas e emocionais, podendo levá-las à reclusão social. O estilo de vida saudável torna-se primordial durante a gestação, para que não ocorram complicações, levando a uma gestação de alto risco¹.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO), o estilo de vida pode ser definido como um conjunto de hábitos e costumes como alimentação saudável, prática de atividades físicas, redução do estresse, a não utilização de tabaco, álcool e outras drogas, as relações sociais, o sono entre outros, que pode ser modificado, encorajado ou inibido pelo processo de socialização. O estilo de vida de cada pessoa é influenciado pelo meio em que vive, podendo ser alterado ao longo dos anos².

A alimentação tem fundamental importância para o prognóstico da gestação. Um estado nutricional materno inadequado poderá influenciar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. A prática de atividade física durante a gestação contribui para o controle do ganho de peso e facilita as condições do parto. O estresse físico e emocional são condições que podem levar ao parto prematuro³.

Dessa forma o resultado da gestação é influenciado pelo estilo de vida que a gestante apresenta nesse período. Os profissionais que estão envolvidos nos cuidados do pré-natal precisam sensibilizar as gestantes para a adoção de uma alimentação saudável, prática de atividade física, não realização de trabalhos físicos extenuantes, busca do equilíbrio emocional e o apoio social e familiar³.

As práticas de um estilo de vida saudável durante a gestação visam melhorar a qualidade de vida, reduzir o estresse, prevenir comorbidades e preparar a gestante para um parto seguro e tranquilo⁴.

As ações de promoção de saúde causam um maior impacto nas futuras mães, uma vez que se preocupam com seus filhos e não apenas consigo mesmas. Desta forma, as consultas de pré-natal passam a ter um papel fundamental na educação destas gestantes, sendo primordial o acompanhamento e a intervenção profissional promovendo um estilo de vida mais saudável⁵.

Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar o estilo de vida, consumo alimentar e outros hábitos de vida, características sociodemográficas e aspectos relacionados ao pré-natal de gestantes atendidas em uma maternidade pública de referência para gestantes de baixo risco na grande São Paulo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal descritivo por amostra de conveniência com puérperas que pariram seus filhos em uma Maternidade na grande São Paulo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE 99363618.8.0000.5396 e pela Secretaria Municipal de Saúde de Osasco. Todas as puérperas foram adequadamente convidadas a participar da pesquisa no momento da internação e o consentimento foi manifestado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Os critérios de inclusão foram as puérperas com idade entre 20 e 40 anos que pudessem responder aos questionários. Foram excluídas aquelas que tiveram como resultado do parto, natimorto ou neomorto, gemelares e aquelas que não estavam preparadas ou não se sentiram à vontade para a participação no estudo.

Foram convidadas a participar da pesquisa 214 puérperas, destas, 27 não aceitaram participar e uma foi excluída por ser gemelar, totalizando 186 participantes. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2018.

O pesquisador realizou as entrevistas no momento mais confortável para as puérperas, onde foram coletadas informações autorreferidas por meio de entrevista com questionário estruturado. As participantes responderam ao questionário sobre o estilo de vida de forma autoaplicável, pois algumas perguntas poderiam gerar constrangimento.

A classificação socioeconômica e a escolaridade ocorreram por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil, que consiste em um levantamento de características domiciliares e escolaridade que diferencia a população em seis estratos sociais: classe A, B1, B2, C1, C2 e D-E⁶. Verificou-se a idade, a escolaridade, se realizava trabalho remunerado ou não e qual religião professava.

O peso e altura antes da gestação foram autorreferidos e para aquelas que não sabiam informar, foram usados dados do cartão de pré-natal, considerando o peso pré-gestacional aquele que iniciou o pré-natal. Com o peso e a altura foi calculado o IMC, conforme recomendado pelo Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco³ e orientações de avaliação antropométrica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional⁷ do Ministério da Saúde, que o classifica em < 18,5 kg/m²; eutrofia: 18,5 a 24,9 kg/m²; sobrepeso: 25 a 29,9kg/m² e obesidade ≥ 30kg/m² ⁸.

O número de consultas foi classificado em dois pontos de cortes menor que 6 e maior ou igual a 6, de acordo com a Portaria n° 570 do Ministério da Saúde, de 1 de junho de 20009. Essas informações foram retiradas do cartão de pré-natal, além do nível de hemoglobina e glicemia em jejum.

O nível de hemoglobina foi classificado em anemia grave (<8 g/dL), anemia leve a moderada (≥8 e <11 g/dL) e ausência de anemia (≥11 g/dL)¹⁰.

A glicemia foi classificada para diagnóstico de diabetes mellitus gestacional quando a glicemia em jejum maior ou igual a 92 mg/dL e menor ou igual a 125 mg/dL, e normal quando menor que 92 mg/dl¹¹.

As gestantes foram classificadas de acordo com o número de gestações em primíparas (mãe pela primeira vez) e múltíparas (mãe mais de uma vez)¹².

No prontuário do hospital foram coletadas informações sobre o peso do recém-nascido, Apgar no primeiro e quinto minuto do recém-nascido e a idade gestacional da mãe (em semanas) no momento do parto. O peso do recém-nascido foi dividido em menor que 2.500 g e maior ou igual a 2.500 g¹³.

O consumo alimentar e outros hábitos de vida foi avaliado pelo questionário “Como está sua alimentação?” do Guia Alimentar: Como ter uma alimentação saudável, que é formado pelo questionário composto por 18 questões fechadas e os dez passos para uma alimentação saudável. A pontuação e classificação do consumo alimentar foram realizadas seguindo as instruções dos autores¹⁴.

A pontuação final é o resultado do somatório das questões, que podem variar de um a 58, considerando até 28 pontos os indivíduos que precisam tornar sua alimentação e hábitos de vida mais saudáveis; entre 29-42 pontos aqueles que devem ter mais atenção com a alimentação e hábitos de vida e os que tiverem 43 pontos ou mais, estão no caminho para o modo de vida saudável¹⁴. Para a análise das três categorias relativas à qualidade do consumo alimentar e outros hábitos de vida, adotou-se as seguintes terminologias neste trabalho: “Precisa melhorar”, “Atenção” e “Parabéns”, respectivamente.

O estilo de vida foi avaliado através do Pentáculo do bem-estar que inclui cinco componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do stress. O questionário consiste em 15 perguntas fechadas e foram respondidas numa escala que corresponde a zero a três e o somatório das respostas de todas as questões classifica o estilo de vida em desfavorável quando a pontuação está entre 0 e 1 e favorável quando está entre 2 e 3¹⁵.

Todos os dados foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS, versão 24, para Windows. Realizou-se estatística descritiva e os resultados foram apresentados como médias, desvios-padrão e porcentagens. A seguir, efetuou-se múltipla regressão linear tendo como variável dependente o peso do recém-nascido. Foram incluídas no modelo as variáveis que pudessem interferir no peso do recém-nascido como: classe socioeconômica, idade e escolaridade materna, número de consultas de pré-natal, IMC pré-natal, consumo alimentar e estilo de vida.

As gestantes foram subdivididas em dois grupos de acordo com o consumo alimentar: G1: gestantes com escores de consumo alimentar iguais ou inferiores à mediana (mediana = 33 pontos) e G2: gestantes com escore de consumo alimentar superiores à mediana (33 pontos) para estabelecer as associações com as variáveis relacionadas à gestante (classe socioeconômica, idade, escolaridade, religião, número de consultas de pré-natal, exames bioquímicos, IMC e estilo de vida) e ao peso do recém-nascido.

Os coeficientes de correlação de Spearman (r) foram interpretados segundo proposto por Cohen¹⁶ (apud Batterham e Hopkins, 2006) e adaptado por Mukaka¹⁷, 0,60, forte: $r < 0,80$, e muito forte: $r \geq 0,80$. Em todos os casos, o nível de significância estabelecido foi de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliadas 186 gestantes com idade média \pm desvio-padrão de $27,7 \pm 5,8$ anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais de gestantes e o peso do recém-nascido (n = 186), Hospital Municipal na grande São Paulo, 2019.

Variáveis	Médias \pm DP	Mínimo-Máximo
Estatura (cm)	160,0 \pm 0,1	142-180
Peso pré-natal (kg)	68,6 \pm 13,5	42-106
IMC pré-natal (kg/m ²)	26,6 \pm 4,7	17-43
Peso do Recém-nascido (kg) (n=185)	3,13 \pm 0,57	1,03-4,84
Glicemia (mg/dl)	79 \pm 14	60-206
Hemoglobina (g/dl)	12,3 \pm 1,2	8,0-15,0
Consumo alimentar e outros hábitos de vida (escore)	32 \pm 5	17-45

Ao longo do período gestacional houve aumento estatisticamente significativo ($p < 0,001$) de 8,8 kg, conforme o esperado. Quanto ao IMC pré-natal (PN) 60% das mulheres exibiam excesso de peso (sobrepeso mais obesidade) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das características gerais de gestantes e o peso do recém-nascido (n = 186), Hospital Municipal na grande São Paulo, 2019.

Variáveis	n	%
Classificação IMC pré-natal		
Baixo peso	4	2
Eutrófico	70	38
Sobrepeso	72	39
Obesidade	40	21
Peso do Recém-nascido (kg) (n=185)		
≥ 2,5	163	88
< 2,5	22	12
Anemia leve a moderada		
	3	4
Ausência de anemia		
	178	96
Número de gestações		
Primípara	44	24
Múltipara	142	76
Número de consultas de pré-natal (n=185)		
≥ 6	132	71
< 6	53	29
Tipo de parto		
Cesárea	45	24
Normal	141	76
Recém-nascido em relação a idade gestacional (n=185)		
Recém-nascido pré-termo	15	8
Recém-nascido a termo	170	92
Classe socioeconômica		
Classe B	11	6
Classe C	143	77
Classe D-E	32	17
Classificação do Consumo alimentar e outros hábitos de vida (score)		
Precisa melhorar	38	20
Atenção	147	79
Parabéns	1	1
Classificação do Estilo de vida		
Desfavorável	168	90
Favorável	18	10

Na Tabela 3, verificou-se elevadas prevalências de inadequações alimentares com relação às questões 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 17 e 18. A maioria das gestantes estavam adequadas em relação às questões 3, 5, 6, 12, 13 e 16. Por isso, no escore geral, a avaliação do consumo alimentar indicou que 38 delas (20%) precisavam melhorar, 147 delas (79%) estavam na faixa de atenção em relação ao consumo alimentar e apenas uma (1%) apresentava-se na maior faixa de escore de consumo alimentar, classificada como parabéns.

Tabela 3. Consumo alimentar e outros hábitos de vida por questão de gestantes, Hospital Municipal na Grande São Paulo, 2019.

Questão	Adequado n (%)	Inadequado n (%)
1. Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/ fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?	54 (29%)	132 (71%)
2. Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?	42 (23%)	144 (77%)
3. Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?	116 (62%)	70 (38%)
4. Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?	68 (37%)	118 (63%)
5. Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?	136 (73%)	50 (27%)
6. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?	153 (82%)	33 (18%)
7. Você costuma comer peixes com qual frequência?	26 (14%)	160 (86%)
8. Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?	48 (26%)	138 (74%)
9. Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?	9 (5%)	177 (95%)
10. Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?	73 (39%)	113 (61%)
11. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?	76 (41%)	110 (59%)
12. Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?	176 (95%)	10 (5%)
13. Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?	177 (95%)	9 (5%)
14. Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?	66 (36%)	120 (64%)
15. Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).	52 (28%)	134 (72%)
16. Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?	153 (82%)	33 (18%)

Questão	Adequado n (%)	Inadequado n (%)
17. Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?	6 (3%)	180 (97%)
18. Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?	50 (27%)	136 (73%)

A análise multivariada revelou que somente a classe socioeconômica se associou ao peso do recém-nascido ($\beta = 0,162$, $p = 0,027$), mas, essa associação foi muito fraca.

A Tabela 4 mostra que a prevalência de resultados satisfatórios foi significativamente maior nas gestantes com maiores escores de consumo alimentar com relação aos componentes nutrição, atividade física, comportamento preventivo e estresse do estilo de vida, em relação às gestantes com escores mais baixos de consumo alimentar.

O escore geral do consumo alimentar e outros hábitos de vida se correlacionou de forma positiva e significativa com o domínio do relacionamento social do estilo de vida ($r = 0,35$, $p < 0,001$).

Tabela 4. Comparação da mediana do consumo alimentar e outros hábitos de vida das gestantes com as variáveis idade, número de consultas, IMC Pré-natal, exames bioquímicos, peso do recém-nascido, religião, classe socioeconômica, IMC pré-natal, presença de anemia e classificação do estilo de vida Hospital Municipal na grande São Paulo, 2019.

Variáveis	G1 (n 102)	G2 (n 84)
Idade (anos)	26,9 ± 5,5	28,5 ± 6,2
Número de consultas	6 ± 2	7 ± 2
IMC Pré-natal (kg/m ²)	26,7 ± 5,2	26,5 ± 4,2
Hemoglobina (g/dl)	12,3 ± 1,2	12,3 ± 1,2
Hematócrito (%)	37 ± 3	37 ± 4
Glicemia (mg/dl)	80 ± 17	77 ± 9
Peso do Recém-nascido (kg)	3,09 ± 0,57	3,19 ± 0,56
Possui Religião	81%	82%
Escolaridade		
Fundamental I e II	27%	21%
Médio	70%	71%
Superior	3%	7%
Classe socioeconômica		
B	7%	5%
C	78%	75%
D-E	15%	20%

Variáveis	G1 (n 102)	G2 (n 84)
IMC Pré-natal		
Baixo peso	2%	2%
Eutrofia	38%	37%
Sobrepeso	23%	20%
Obesidade	37%	41%
Presença de Anemia	4%	5%
Estilo de vida (satisfatório)		
Dom. Nutrição	34%	55%**
Dom. Atividade Física	0%	5%*
Dom. Comp. Preventivo	62%	80%**
Dom. Rel. Social	33%	39%
Dom. Estresse	24%	42%**
GERAL	6%	14%*

G1: gestantes com escores de consumo alimentar iguais ou inferiores à mediana (33 pontos)

G2: gestantes com escore de consumo alimentar superiores à mediana (33 pontos)

*p < 0,05 e **p < 0,01: diferenças significantes entre os grupos

DISCUSSÃO

A maioria das gestantes estudadas precisava melhorar aspectos do consumo alimentar e outros hábitos de vida e não apresentaram um estilo de vida favorável. Destaca-se que o grupo com melhor consumo alimentar e outros hábitos de vida apresentou maior prevalência de estilo de vida favorável. As participantes eram multíparas, com alta prevalência de excesso de peso antes da gestação, pertenciam à classe socioeconômica C, tinham até 12 anos de escolaridade e eram jovens.

A média de idade das gestantes estudadas foi de 27,7 (\pm 5,8) anos. Achado semelhante ao estudo de Santos¹⁸ onde foram estudadas 860 gestantes em Cruzeiro do Sul (AC), com idade mínima de 13 anos e a máxima de 40. O estudo teve por objetivo investigar a associação entre a frequência do consumo de frutas, hortaliças e produtos ultraprocessados e indicadores do estado nutricional em gestantes.

Quanto ao nível de escolaridade das gestantes estudadas, verificou-se que 70% tinham até 12 anos e 25% até 9 anos, demonstrando que o grupo apresentava boa escolaridade. Carvalhães et al. 19¹⁷ estudaram 212 gestantes em Botucatu (SP) com o objetivo de avaliar a adequação do ganho ponderal gestacional e verificar sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos e nutricionais maternos e relativos à atenção à saúde, observaram que aproximadamente 73% das avaliadas tinham entre 8 e 11 anos de estudo, o que se assemelha às gestantes deste estudo.

Em relação ao estado nutricional avaliado pelo IMC pré-gestacional, chama atenção a elevada prevalência de excesso de peso, com 39% de sobrepeso e 21% de obesidade. No estudo de Silva et al.²⁰ com 95 gestantes que teve como objetivo avaliar o estado nutricional e os hábitos alimentares de gestantes atendidas em consultas de pré-natal de baixo risco obstétrico na atenção primária de saúde, 25% estavam com sobrepeso e 1% com obesidade pré-gestacional.

O aumento de peso durante a gravidez é normal e esperado, isso ocorre devido a formação da placenta, o crescimento do feto, líquido amniótico, volume sanguíneo e uterino, entre outros aspectos fisiológicos³.

O excesso de peso pré-gestacional encontrado neste estudo está muito próximo da realidade da população adulta brasileira, observado pelo último estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL²¹, onde 55,4% dos adultos encontravam-se em excesso de peso. Essa situação em gestantes é preocupante porque o excesso de peso aumenta o risco de intercorrências, óbito materno e/ou fetal, parto cesariana, além de diabetes e hipertensão³.

Não foi observado neste estudo influência do excesso de peso pré-gestacional no tipo de parto e no aumento da taxa de prematuridade. Segundo a OMS o percentual esperado para partos cesariana está em torno de 25 a 30%, sendo o percentual deste estudo equivalente a 24%, o que não contribui para a mortalidade materna, perinatal ou neonatal²².

Em relação ao consumo alimentar e outros hábitos de vida, ficou evidente que dos 18 itens avaliados no questionário, a maioria das gestantes apresentou comportamento inadequado para 12 questões e comportamento adequado para apenas 6. Esses itens apontam para o consumo adequado de feijões, ervilha, lentilha e outras leguminosas (62%); consumo adequado de carnes ou ovos (73%); retirada da gordura aparente das carnes (82%); uso de óleo no preparo dos alimentos (95%); não adição de sal aos alimentos já servidos no prato (95%) e o não consumo de bebidas alcoólicas (82%).

O escore geral do consumo alimentar e outros hábitos de vida reflete o número elevado de questões avaliadas como comportamento inadequado que resultou na necessidade de melhorar a alimentação e outros hábitos de vida da maioria das gestantes estudadas.

No estudo de Santos¹⁸ houve maior consumo diário de frutas e hortaliças entre as gestantes que tinham maior grau de instrução, mais de 10 anos de escolaridade, enquanto uma maior ingestão diária de produtos ultraprocessados pelas gestantes adolescentes, primigestas e beneficiárias do programa Bolsa Família. No presente estudo não houve correlação da escolaridade com o escore geral do consumo alimentar e outros hábitos de vida e nem com as 18 questões avaliadas individualmente em comportamento adequado e inadequado, o que poderia ser explicado pela homogeneidade da amostra, principalmente em relação à escolaridade e classe socioeconômica.

Em relação a quantidade do consumo de porções de frutas consumidas pelas entrevistadas, 71% estavam com o consumo inadequado contra 29% de consumo adequado. A quantidade de legumes e verduras ingerida por dia foi semelhante, onde 77% tinham o consumo inadequado e 23% com consumo adequado.

Resultado semelhante ao apresentado no estudo de Gomes et al.²³, onde foram avaliadas 256 gestantes e 48,8% relataram não consumir frutas todos os dias e 9% relataram consumir quase nunca ou nunca. Em relação ao consumo de verduras e legumes 55,1% relataram não consumir todos os dias e 16,4% relataram quase nunca ou nunca.

O consumo de carnes (aves, peixes, porco, gado etc.) foi adequado em 73% das entrevistadas e inadequado em 27%. Em relação a ingestão de leite e derivados, 74% tinham um consumo adequado e 26% não adequado.

Gomes et al.²³ apresentaram a ingestão adequada de carne vermelha em 30,1% das entrevistadas e 35,5% no consumo de peixes. O consumo de leite e derivados teve resultado muito semelhante ao nosso estudo, onde, 75% relataram ter um consumo adequado e apenas 12,9% das entrevistadas relataram consumir quase nunca ou nunca.

O Ministério da Saúde, no Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco, apresenta orientações para uma alimentação equilibrada e adequada. É orientado que as gestantes façam pelo menos 3 refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar) intercaladas com lanches saudáveis, evitando ficar mais de 3 horas sem comer. Deve ser ingerido por dia pelo menos 2 litros de água, não fazer uso de bebidas durante as refeições. Incluir nas refeições porções de cereais como o arroz integral, milho, aveia e quinoa; tubérculos como batatas, mandioca/aipim, beterraba, rabanete e cenoura. Esses alimentos devem ser consumidos em sua forma mais natural, já que são fontes de carboidratos, fibras, vitaminas e minerais³.

O consumo alimentar das gestantes estudadas aponta para necessidade de melhorias no atendimento às demandas nutricionais desse período. Considerando o predomínio da classe socioeconômica C, medidas como a valorização de produtos regionais, da safra e adquiridos em comércios locais, como feiras e sacolões na busca de maior diversidade e melhor preço, devem ser estimuladas. Cabe aos profissionais da atenção primária a divulgação e incentivo destas práticas, conforme preconizam no Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco³ e o Guia alimentar para a população brasileira²⁴.

Quanto a prática de atividade física verificou-se que a maioria das gestantes estudadas não realizava caminhadas e nem exercícios de força e alongamento muscular. É importante destacar que as gestantes estudadas eram de baixo-risco e que provavelmente não tiveram que limitar suas atividades físicas por recomendação médica, além de apresentarem alta prevalência de excesso de peso antes da gestação.

A atividade física durante a gestação faz parte das recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists desde a década de 90, onde foram apresentados diversos benefícios para as gestantes, porém, deve sempre ser realizada após recomendação médica e sempre com o acompanhamento de um profissional de fisioterapia ou professor de educação física²⁵.

Na prática de atividades físicas durante a gestação, pode-se prevenir o diabetes gestacional, a pré-eclâmpsia, reduzir o edema, evitar câimbras e melhorar a capacidade cardiovascular. Para que estas atividades não sejam tidas como um fardo, as gestantes devem escolher uma atividade que seja de seu interesse, levando em conta o que lhe está disponível, fazendo com que esta prática lhe proporcione um momento de bem-estar. Uma melhor resposta fisiológica ocorrerá quando a atividade física envolve grandes grupos musculares como a caminhada, corridas leves (prescrito pelo médico), bicicleta ergométrica, natação, hidroginástica, dança e exercícios aeróbicos de baixo impacto²⁵.

A maioria das gestantes estudadas apresentaram aspectos de saúde positivos como ter realizado seis ou mais consultas de pré-natal, baixa prevalência de anemia e valores adequados de glicemia em jejum. Quanto à saúde do recém-nascido a maioria nasceu a termo, com peso adequado e apresentou nota elevada do Apgar (dados não demonstrados) nos dois momentos avaliados. Mas aspectos do consumo alimentar e outros hábitos de vida e o estilo de vida mostraram-se inadequados na maioria dessas gestantes.

As gestantes devem ser orientadas desde a primeira consulta de pré-natal, sobre práticas de estilo de vida saudáveis. O estilo de vida adotado pela gestante até os primeiros 1000 dias após a concepção do feto, é um importante preditor de sobrepeso e obesidade na infância²⁶.

Verifica-se que durante a gestação, as mulheres estão mais susceptíveis a mudanças, sendo o período ideal para orientações de um novo estilo de vida, que irá trazer benefícios tanto para ela como para o seu bebê. Os profissionais de saúde possuem um maior contato com gestantes durante o pré-natal, sendo este momento considerado como fundamental para formação do vínculo entre profissionais e pacientes⁴.

O profissional de enfermagem deve apresentar as gestantes a importância do acompanhamento durante a gestação pensando em promoção de saúde, prevenção e tratamento de eventuais complicações. Desta forma, o enfermeiro passa a ser a principal referência para as gestantes quanto à realização de ações preventivas e promocionais de saúde²⁷.

As consultas de pré-natal se tornam oportunidades para a promoção da saúde de gestantes e interação positiva entre elas e os profissionais de saúde. A gestação favorece a sensibilização e preocupação dessas mulheres com a formação de uma nova vida, demonstrando disposição na realização de mudanças no estilo de vida.

CONCLUSÃO

Ao final deste trabalho, foi possível concluir que a maioria das gestantes avaliadas apresentavam consumo alimentar e outros hábitos de vida e um estilo de vida inadequados, alta prevalência de excesso de peso pré-gestacional, até 12 anos de escolaridade, classe socioeconômica C, realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, eram multíparas, não apresentavam anemia e nem Diabetes gestacional; e seus bebês nasceram a termo e com peso igual ou maior a 2,5 kg.

Contribuições

PCMS: Participou de todas as etapas do trabalho.

JLSS: Participou de todas as etapas do trabalho.

MFC: Participou da concepção, análise e interpretação dos dados.

DPM: Participou da coleta, análise e interpretação de dados.

NAK: Participou da concepção do trabalho e interpretação de dados.

NRO: Participou da análise e interpretação de dados.

MMHAOS: Supervisionou e orientou todas as etapas do estudo.

Conflito de Interesse

Os autores declaram não possuir conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Onata G, Aba YA. Health-promoting lifestyles during pregnancy. *Turkish Journal of Public Health*. 2014; 12(2): 69-79.
2. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report. Geneva: 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
4. Cella MLSSG, Segalin VTR, Bittencourt MF, Abreu H, Hundertmarck K, Souza MT. Benefícios da prática de atividades físicas na gestação: Relato de Experiência. 6º Congresso Internacional em Saúde; 14-17 mai 2019; Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/11141/9737>
5. Gama GA, Trezza MCSF, Rodrigues PMS, Alves KMC. Promoção da Saúde na gestação: aplicação da teoria de Nola Pender no pré-natal. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2016; 10(Supl5): 4428-4431. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a11197p4428-4431-2016>
6. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2015. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
8. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: 1995. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 570/GM, de 1º de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diário Oficial da União. 1 jun 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília: 2015.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília: 2016.
12. Alexandre JD, Montenegro L, Branco I, Franco C. A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltiparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. Análise Psicológica. 2016;34(3):265-277. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.1141>
13. Pedraza DF. Baixo peso ao nascer no Brasil: Revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos. Revista de Atenção à Saúde. 2014; 12(41): 37-50. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol12n41.2237>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: [s.d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf
15. Nahas MV, Assis MAA. Nível de informação e comportamentos relacionados à saúde dos alunos dos cursos de educação física e nutrição da UFSC: um estudo longitudinal. 2000. Relatório de Pesquisa.
16. Batterham AM, Hopkins WG. Making meaningful inferences about magnitudes. International journal of sports physiology and performance. 2006; 1(1): 50-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/ijsp.1.1.50>
17. Mukaka MM. Statistics Corner: a guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. Malawai Medical Journal. 2012; 24(3): 69-71. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>
18. Santos ACB. Frequência de consumo de frutas, hortaliças, produtos ultraprocessados e estado nutricional de gestantes de Cruzeiro do Sul, Acre. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-28112016-151830/publico/AnaCarolinaBonelaDosSantosRevisada.pdf>
19. Carvalhaes MABL, Gomes CB, Malta MB, Papini SJ, Parada CMGL. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2013; 35(11): 523-529. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001100008>
20. Silva MG, Holanda VR, Lima LSV, Melo GP. Estado Nutricional e Hábitos Alimentares de Gestantes Atendidas na Atenção Primária de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2018; 24(4): 349-356.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
22. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf
23. Gomes CB, Malta MB, Martinano ACA, Bonifácio LPd, Carvalhaes MABL. Práticas alimentares de gestantes e mulheres não grávida: há diferenças?. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2015; 37(7): 325-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n7/0100-7203-rbgo-37-07-00325.pdf>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

25. Nascimento SL, Godoy AC, Surita FG, Silva JLP. Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2014; 36(9): 423-431. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320140005030>
26. Alayli A, Krebs F, Lorenz L, Nawabi F, Bau AM, Lück I et al. Evaluation of a computer-assisted multiprofessional intervention to address lifestyle-related risk factors for overweight and obesity in expecting mothers and their infants: protocol for an effectiveness-implementation hybrid study. *BMC Public Health*. 2020; 20(482): 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8200-4>
27. Ribeiro RG, Azevedo F, Peres LC. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal: uma revisão integrativa (dissertação bacharelado). Brasília: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/318>