



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

DIOGINIS PEDRO DE LIRA

**CONSUMO ALIMENTAR DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ESCADA, PERNAMBUCO,
2014**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

DIOGINIS PEDRO DE LIRA

**CONSUMO ALIMENTAR DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ESCADA, PENAMBUCO,
2014**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado do Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Acadêmico de Vitória da Universidade
Federal de Pernambuco em
cumprimento a requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em
Nutrição, sob orientação da Professora
Dra. Michele Figueiredo de Carvalho.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2015

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4-2018

L768c Lira, Dioginis Pedro de
Consumo alimentar de grávidas adolescentes atendidas em unidades de
saúde da família no município de Escada, Pernambuco, 2014 / Dioginis Pedro de
Lira. - Vitória de Santo Antão: O Autor, 2015.

78 folhas; tab.

Orientadora: Michele Figueiredo de Carvalho.

TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Bacharelado
em Nutrição, 2015.
Inclui bibliografia e anexos

1. Avaliação nutricional. 2. Gravidez na adolescência. 3. Hábitos alimentares –
gestação. I. Carvalho, Michele Figueiredo de. (Orientadora). II. Título.

613.2 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-092/2015

DIOGINIS PEDRO DE LIRA

**CONSUMO ALIMENTAR DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ESCADA, PENAMBUCO,
2014**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado do Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Acadêmico de Vitória da Universidade
Federal de Pernambuco em cumprimento
a requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Michele Figueiredo de Carvalho

Sebastião Rogério de Freitas Silva

Sandra Cristina da Silva Santana

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pela vida e oportunidades que tem concebido a mim todos os dias, por me guiar nessa jornada e nunca me desamparar nos momentos mais difíceis da vida.

Agradeço a meus saudosos avós Juraci Marques da Silva e José Barbosa de Medeiros, a quem tive como exemplo de vida.

Agradeço a minha mãe, Maria José Barbosa da Silva, por disponibilizar toda estrutura necessária para me incentivar a crescer.

Agradeço a minha orientadora, Michelle Figueiredo Carvalho, pelo apoio, paciência e dedicação com o meu trabalho, por todos os ensinamentos e contribuições.

Agradeço a Diná Trindade pelo seu apoio e contribuição na elaboração desse trabalho.

Agradeço a meus colegas de graduação no qual compartilhei momentos importantes, solidariedade e troca de experiências, em especial a Tuanny Soraya, Wellania dos Santos e Taciana Pessoa.

Agradeço aos professores que passaram por mim pelo aprendizado científico e por serem exemplos admiráveis e inspiração e incentivo na conclusão das disciplinas.

Agradeço a todos os funcionários da instituição Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão – CAV no qual sempre se mostraram dispostos a ajudar em especial a Francisco.

RESUMO

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública visto que podem ocorrer complicações obstétricas com impactos para saúde da mãe e do bebê, bem como problemas sociais e econômicos ocasionados pela instabilidade social. Considerando que o estado nutricional da gestante pode interferir nos resultados obstétricos, o objetivo deste estudo foi avaliar o consumo alimentar e suplementação de ferro e ácido fólico de gestantes adolescentes com idade de 10 a 18 anos, nas Unidades de Saúde da Família do município de Escada, 2014. A pesquisa foi realizada durante o período de outubro de 2012 a agosto de 2014. A coleta de dados foi realizada através de inquéritos às adolescentes, por livre demanda, através de questionários estruturados contendo informações sobre as condições sócio-demográficas, medidas antropométricas, consumo alimentar, características clínico-obstétricas, anticoncepção e reprodutividade. A amostra foi constituída por 41 adolescentes grávidas com idade entre 10 a 18 anos. Apenas 56,1% estudavam e 67,6% das adolescentes viviam com renda de até 1 salário mínimo. Mais da metade das adolescentes afirmou que a gravidez não havia sido desejada e 82,5% iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional. Quanto ao uso de suplementação, pouco menos da metade 43,9% relataram não consumir nenhum suplemento, apenas uma fazia uso do ácido fólico e dentre aquelas que ingeriam suplementação menos da metade das entrevistadas (45,5%) ingeriam sulfato ferroso. No que se refere aos hábitos alimentares verificou-se um baixo consumo de frutas onde 30-60% relataram não consumir ou quase nunca consumir, sendo as mais citadas entre as consumidas a melancia, maçã, laranja e o suco natural por 24,4%, 26,82%, 39% e 41,5% respectivamente. O grupo de hortaliças obteve rejeição por mais de 50% das adolescentes estudadas assim como o grupo de leite e derivados onde 40 a 80% referiram não consumir esses alimentos. Destacou o consumo do grupo dos cereais, tubérculos e raízes sendo o arroz branco, macarrão e pão francês, com frequências de consumo diária de 78,04%, 58,53% e 58,59% respectivamente, os mais citados pelas gestantes. No grupo de carnes destacou-se o consumo de carnes secas diário por 36,58% das gestantes e consumo de frango semanal. Em relação aos ovos destacou-se preferência por ovo frito consumido diariamente por 20% das entrevistadas. Observou-se também um consumo diário elevado de manteiga, margarina e açúcar sendo esse último com consumo diário relatado por 75,6% das gestantes. Além desses verificou-se crescente consumo diário e semanal de biscoitos e bolos recheados, chocolates, refrigerantes e salgadinhos. Diante dos resultados sugere-se a introdução de ações educativas na área de alimentação e nutrição durante o pré-natal, para auxiliar na escolha de alimentos saudáveis, visto que esses hábitos podem estar relacionados à falta de informação e característica da idade da gestante.

Palavras-Chave: Avaliação nutricional, Gravidez na adolescência, Hábitos Alimentares.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is considered a public health problem since it could lead obstetric complications with impacts on health of mother and baby, as well as social and economic problems caused by social instability. Whereas the nutritional status of pregnant women may interfere with obstetric outcomes, the aim of this study was to assess dietary intake and iron and folic acid supplementation of pregnant adolescents aged 10 to 18 years, the Health Units ladder municipality Family, 2014. The survey was conducted during the period October 2012 to August 2014. Data collection was conducted through surveys adolescents, by demand, through structured questionnaires containing information about the socio-demographic, anthropometric measurements, food consumption, clinical and obstetric characteristics, contraception and reproducibility. The sample consisted of 41 pregnant adolescents aged 10-18 years. Only 56.1% were studying and 67.6% of the adolescents were living with up to 1 minimum wage. More than half of teenagers said that pregnancy was not desired and 82.5% began prenatal care in the first trimester. Regarding the use of supplementation, just under half 43.9% reported not consuming any supplement, only one made use of folic acid and among those who ate supplementation less than half of respondents (45.5%) consumed ferrous sulfate. With regard to eating habits check up a low consumption of fruits where 30-60% reported not consume or hardly ever consume, the most cited among consumed watermelon, apple, orange and natural juice by 24.4% , 26.82% 39% and 41.5% respectively. The vegetable group had rejected by more than 50% of the adolescents studied as well as the milk group and derivatives where 40-80% reported not consuming these foods. He highlighted the consumption of the group of cereals, roots and tubers and white rice, pasta and French bread, with frequencies of daily consumption of 78.04%, 58.53% and 58.59% respectively, but quoted by pregnant women. In the meat group stood out the daily consumption of dried meat for 36.58% of pregnant women and weekly chicken consumption. For eggs stood out preference for fried eggs consumed daily by 20% of respondents. There was also a high daily consumption of butter, margarine and sugar and this last with daily consumption account for 75.6% of pregnant women. In addition to these there was increasing daily and weekly consumption of cookies and stuffed cakes, chocolates, sodas and snacks. Given the results suggest the introduction of educational activities in the area of food and nutrition during prenatal care, to assist in choosing healthy foods, since these habits may be related to lack of information and characteristic of pregnant women age.

Key words: Nutrition Assessment, Pregnancy in Adolescence, Food Habits

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas de gestantes adolescentes atendidas em Unidades de Saúde da Família no Município de Escada, 2014.....26

Tabela 2. Características clínicas e obstétricas de gestantes adolescentes atendidas em Unidades de Saúde da Família no Município de Escada, 2014.....28

Tabela 3. Frequência de consumo dos grupos de alimentos pelas gestantes adolescentes atendidas em Unidades de Saúde da Família no Município de Escada, 2014.....31

Tabela 4. Consumo alimentar de grávidas adolescentes segundo os grupos de alimentos da pirâmide alimentar em Unidades de Saúde da Família, Escada, 2014.....35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP (Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa)
BEMFAM (Bem-Estar Familiar do Brasil)
CEP (Comitê de Ética e Pesquisa)
DNA (Ácido Desoxirribonucléico)
ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente)
IBGE (Índice Brasileiro de Geografia e Estatística)
IDM-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal)
IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)
IMC (Índice de Massa Corporal)
Hb (Hemoglobina)
HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)
MS (Ministério da Saúde)
NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
OMS (Organização Mundial de Saúde)
PIB (Produto Interno Bruto)
PHPN (Programa de Humanização no Pré-Natal)
PSF (Programa Saúde da Família)
QFCA (Questionário de Frequência de Consumo Alimentar)
R24h (Recordatório 24 horas)
SISPRENATAL (Sistema de Pré-Natal)
SINAC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos)
SUS (Sistema Único de Saúde)
TMB (Taxa Metabólica Basal)
TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)
UBS (Unidade Básica de Saúde)
USF (Unidade de Saúde da Família)
VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral:	10
2.2 Objetivos específicos:	10
3. JUSTIFICATIVA	11
4. REVISÃO DE LITERATURA	12
4.1 Gravidez na adolescência: Características da fase e necessidades nutricionais....	12
4.2 Suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação e sua recomendação. .	15
4.3 Métodos de avaliação do consumo alimentar.....	17
5. METODOLOGIA	20
5.1 Tipo de estudo	20
5.2 Local de estudo.....	20
5.3 População do estudo	21
5.4 Coleta dos dados.....	22
5.5 Definições das variáveis utilizadas	22
5.6 Processamento e análise dos dados.....	24
5.7 Aspectos éticos	24
6. RESULTADOS	25
7. DISCUSSÃO	36
8. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICE	53
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido para pais ou responsável. .	53
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de 18 anos....	56
Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória	56
APÊNDICE- C	59
QUESTIONÁRIO	59
ANEXO.....	79
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	79

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada pelas mudanças físicas, mentais, sociais e pela busca da independência e da integração com a sociedade. Essa fase começa com as transformações corporais da puberdade e tem seu término com a consolidação do seu crescimento e personalidade (EISENSTEIN, 2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) adolescente compreende a faixa etária entre os 10 a 19 anos (CONTI et al., 2005), já no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), segunda a Lei nº 8.069, de 1990, define adolescente entre as faixas etária de 12 a 18 anos de idade.

Durante a adolescência ocorre um aumento da demanda nutricional devido às transformações fisiológicas nesse período da vida, sendo assim, é necessária adoção de uma alimentação diversificada e que atenda as recomendações nutricionais para essa fase da vida. Porém, o estilo de vida durante a adolescência pode comprometer seu estado nutricional e isso se deve a fatores como: adoção de hábitos alimentares inadequados, gravidez indesejada, uso de bebidas alcoólicas, drogas e aparecimento de alguns distúrbios alimentares (EISENSTEIN *et al.*, 2000 ; OLIVEIRA e FERNADEZ, 2012).

A gravidez na adolescência é uma realidade cada vez mais comum e devido as suas fragilidades é considerada uma das principais preocupações no campo da saúde pública (PANTOJA *et al.* , 2007). Durante a gravidez, há aumento das necessidades e recomendações nutricionais devido ao crescimento do feto, da placenta e tecidos maternos, além do próprio crescimento da adolescente que se mantém com menor intensidade, mesmo após 4 anos da menarca (AZEVEDO e SAMPAIO, 2003).

Muitas grávidas adolescentes acabam não ganhando peso suficiente durante a gestação já que não chegam a desenvolver uma estrutura física ideal que suporte o estresse de uma gravidez. É provável ainda que a jovem passe a competir nutricionalmente com o feto devido ao aporte inadequado de nutrientes na alimentação da gestante somado a demanda energética e nutricional aumentada durante o período da adolescência e gravidez (BELARMINO *et al.*, 2009).

A gravidez nessa fase da vida é apontada como um dos principais fatores de riscos para a prematuridade, baixo peso ao nascer e causa de mortalidade materna e neonatal, e muitos desses fatores estão relacionados a uma nutrição inadequada durante a gestação (GAMA, 2001).

A nutrição adequada durante o período de gravidez é decisiva para formação fetal. No primeiro trimestre, os nutrientes devem permitir a adequada diferenciação e formação dos órgãos, já nos trimestres seguintes, a nutrição promoverá o crescimento e desenvolvimento do feto (DREHMER, 2008). Dessa forma, a nutrição adequada é fundamental para diminuir os principais fatores de riscos que possam ocorrer durante a gestação, principalmente se essa gestante for adolescente.

A atenção especial à saúde das gestantes adolescentes, considerado como grupo de risco, especialmente quanto à alimentação e nutrição, representaria uma forma eficiente de prevenir os riscos de morbimortalidade materno infantil, prematuridade, baixo peso ao nascer, macrossômia (excesso de peso ao nascer) e outros desfechos obstétricos desfavorável, reduzindo assim os fatores de riscos a esse grupo de grávidas (BARROS, 2009).

Ao identificar o perfil do consumo alimentar em grávidas adolescentes, faz-se necessário uma reflexão sobre a criação de políticas públicas específicas visando uma padronização no atendimento dessas grávidas. As informações coletadas podem ser preciosas a vista visto que podem contribuir para o planejamento das ações na Atenção Básica voltados para o acompanhamento nutricional dessas gestantes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Conhecer o consumo alimentar de grávidas adolescentes em Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Escada, Pernambuco.

2.2 Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar as grávidas adolescentes quanto às condições socioeconômicas e clínico-obstétricas.
- ✓ Investigar a frequência de consumo alimentar das grávidas adolescentes.
- ✓ Investigar a oferta de Suplementação de Ferro e Ácido fólico durante o pré-natal.

3. JUSTIFICATIVA

A gravidez na adolescência é considerada um dos principais fatores de riscos para morbimortalidade materna e neonatal, isto se deve ao estilo de vida adotado pela maioria das adolescentes somando-se ao aumento na demanda nutricional, em consequência das alterações fisiológicas durante a gravidez. A nutrição adequada é crucial para diminuição dos principais fatores de riscos que possam acontecer durante a gestação na adolescente. Ao se proceder a identificação do perfil alimentar das adolescentes grávidas se permite obter informações valiosas que possam subsidiar o planejamento das ações na Atenção Básica no pré-natal voltadas para o acompanhamento e orientação nutricional e, dessa forma, melhorar as condições de saúde da mãe e do bebê.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Gravidez na adolescência: Características da fase e necessidades nutricionais.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência a faixa etária entre os 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2008), enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adolescência o período entre 10 e 19 anos de idade, incluindo o conceito de adolescência precoce até os 15 anos e a tardia, aos 19 anos (CONTI *et al.*, 2005).

Durante a adolescência o ser humano inicia o processo de transição para a idade adulta. O adolescente deixará de apresentar as características corporais infantis, uma vez que durante essa fase ocorre a telarca (aumento gradativo dos mamilos), a pubarca (aparecimento dos pêlos pubianos), a menarca (primeira menstruação) e a espermarca (primeira ejaculação do menino) que são eventos fisiológicos responsáveis por promover as mudanças do corpo para apresentar as características físicas de um adulto (MOREIRA, *et al.*, 2008; GABIN, *et al.*, 2009; BERETTA, *et al.*, 2011). Todas essas mudanças fazem parte de um processo contínuo e dinâmico, que sofre influências do meio ambiente e contexto social, e culmina com o completo crescimento físico, maturação sexual, consolidação da personalidade e integração do jovem em seu grupo social (EISENSTEIN *et al.*, 2000).

A nutrição é essencial durante a fase da adolescência, pois uma dieta adequada influencia no crescimento e desenvolvimento do mesmo. Pino (2009) chama atenção para importância da adoção de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis durante a adolescência, pois é nessa fase que ocorre a promoção e a consolidação dos hábitos alimentares.

Em estudo para identificar o estado nutricional e as preferências alimentares de 578 adolescentes, de ambos os gêneros, matriculados em sete escolas públicas do município de Piracicaba, estado de São Paulo, observou-se que 22,1% dos adolescentes apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) acima do percentil 85 (indicador de sobrepeso) (CAROBA, 2002). Verificou-se também neste estudo que os alimentos mais consumidos diariamente pelos escolares foram: arroz, feijão, pão, leite, frutas, sucos, margarina, café, verduras e achocolatados. Cerca de 70% dos

jovens costumavam comprar alimentos na cantina, com preferência para alimentos ricos em açúcares e gorduras (CAROBA, 2002).

Monticelli (2010) estudando a relação entre frequência de consumo de alimentos e grupos de alimentos com variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais de 343 adolescentes de duas escolas municipais de Curitiba, verificou-se que o consumo de frutas/suco natural de frutas, verduras e leite e derivados estavam inferiores ao recomendado pelo Ministério da Saúde nos "10 passos para uma alimentação saudável" para maioria dos adolescentes. Verificou que o tempo em que o jovem passa utilizando a televisão, videogame e computador associou-se ao consumo inadequado de doces, refrigerantes e número de refeições inadequadas.

Os resultados desses estudos reforçam o que é apontado na literatura atual como padrão alimentar característico do adolescente, evidenciado pela redução de alimentos saudáveis e consumo excessivo de alimentos ricos em açúcar e gordura.

Durante a adolescência, a preparação para vida adulta requer a busca do amadurecimento emocional e isto pode gerar dificuldades para lidar com os obstáculos do cotidiano, acarretando momentos de crise, inseguranças, medos e dúvidas (BRÊTAS *et al*, 2011; XIMENES NETO *et al*, 2007).

Segundo Brêtas (2011, p.2)

O processo de adolescer é a etapa na qual o indivíduo busca a identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações afetivas, já interiorizadas, que teve com seus familiares e verificando a realidade que a sua sociedade lhe oferece.

A sexualidade é um dos temas mais difíceis de serem abordados pelos pais, educadores e profissionais de saúde, pois se trata de um assunto, muitas vezes mal resolvido entre os próprios adultos, tornando-se mais fácil evitar discuti-lo (GAMA, 2001). A precocidade do início das relações sexuais durante essa fase pode gerar consequências inesperadas como uma gravidez não planejada ou, o que é mais grave, a contaminação com doenças sexualmente transmissíveis (MOREIRA, 2002).

A gravidez na adolescência está associada à falta de diálogo em casa, na escola e nos serviços de saúde, outras causas apontadas são: a falta de perspectiva; a baixa auto-estima; dificuldades de relacionamento familiar; pensar que pode aproximar ou prender o companheiro, sentimentos de exclusão ou simplesmente para ter companhia (GAMA, 2001). A falta de educação sexual é

apontada como uma das principais causas da gravidez na adolescência, observa-se também a relação entre a predominância de gravidez na adolescência em classes sociais menos favorecidas (GAMA, 2001).

A gravidez é um processo fisiológico normal na vida da mulher, e para ela ter capacidade de gerar um novo ser, o organismo sofre modificações lentamente com o propósito de promover maturidade sexual (REZENDE, 2014). Durante a gestação, as necessidades nutricionais aumentam devido ao crescimento do feto, placenta e dos tecidos maternos, assim como a manutenção da saúde da gestante (AZEVEDO e SAMPAIO, 2003).

A gravidez traz profundas adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas na mulher em um curto espaço de tempo. Estas modificações se iniciam logo após a fertilização e continuam durante toda gravidez, desaparecendo rápido e quase que por completo após o parto e término da lactação (RUDGE *et al.*, 2005).

Segundo GALLETTA, (2005 p.63),

A gravidez humana, classicamente, possui a duração média de 266 dias a partir da última menstruação. Esse período de tempo inclui toda a evolução da gravidez com suas mudanças fisiomorfológicas no organismo materno e também todo desenvolvimento pré-natal do conceito. Certamente o ser humano encontra grande parte do seu desenvolvimento durante o período pré-natal (antes do nascimento) e, se esse período é fonte de preocupações para as mães, também o será de todo bom obstetra. Nesse sentido, caberá ao obstetra acompanhar o desenvolvimento do embrião e do feto, incorporando na prática o perfil de um embriologista clínico, sabendo orientar a mãe em relação às fases desse desenvolvimento, assim para monitorizar a evolução normal do processo.

Contudo, a gravidez na adolescência pode trazer desafios fisiológicos como também psicológicos, emocionais, culturais e econômicos, que fazem da gestação nessa fase da vida, um problema de saúde pública (GOLDENBERG *et al.*, 2005).

As complicações obstétricas entre adolescentes ocorrem com maior frequência naquelas em idades mais precoce (entre 10 e 14 anos). Durante a adolescência, o corpo ainda está em desenvolvimento, e a gravidez nesta fase aumentará as necessidades da adolescente, podendo acarretar distúrbios nutricionais e até afetar o desfecho final da estatura da jovem adolescente, bem como prejuízos para o desenvolvimento fetal. Dentre as carências nutricionais, a anemia representa aquela de maior prevalência em grávidas adolescentes (BALLONE, 2012).

O período de gestação em si já é um momento que requer diversos cuidados, e a adolescência também tem suas particularidades, juntando esses dois momentos podem ocorrer diversas dificuldades e distúrbios para a saúde e nutrição do binômio mãe-bebê, classificando a gravidez na adolescência como uma gravidez de risco (MOREIRA *et al.*, 2008).

Existe uma forte relação entre a gravidez na adolescência e uma maior frequência de neonatos com baixo peso ao nascer (BARROS *et al.*, 2004). Estudo mostra que, as adolescentes, principalmente as menores de 16 anos, em processo de crescimento, competem por nutrientes e desse modo, seus filhos nascem com menor peso quando comparadas com recém-nascidos de mães maiores de 16 anos ou quando adultas (KASSAR *et al.*, 2005).

As grávidas adolescentes estão em maior risco nutricional quando comparadas as grávidas adultas por várias razões: demanda aumentada de nutrientes (para atender ao próprio crescimento e desenvolvimento bem como ao feto), hábitos alimentares inadequados, adoção de dietas emagrecedoras e aumento das necessidades nutricionais devido a gravidez (BELARMINO *et al.*, 2009).

A vulnerabilidade nutricional ocorre principalmente nas classes sociais mais baixas, cujo consumo de alimentos, na maioria das vezes, é inadequado. Os distúrbios nutricionais mais evidentes nas gestantes adolescentes referem-se, sobretudo ao consumo de energia, proteína, folato, ferro, cálcio e vitamina A (BARROS *et al.*, 2004).

Um dos principais objetivos da assistência pré-natal e dos cuidados com a nutrição é estabelecer um estado nutricional adequado, possibilitando um ganho de peso total seguro e satisfatório bem como identificar os fatores de risco, possibilitar as interferências terapêuticas e profiláticas no sentido de corrigir carências nutricionais e planejar a educação nutricional (AZEVEDO e SAMPAIO, 2003; CESAR *et al.*, 2011).

4.2 Suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação e sua recomendação.

Um dos maiores distúrbios nutricionais no período de gestação é a anemia ferropriva, isso se deve pelo aumento do requerimento de ferro para atender a

expansão do volume sanguíneo e síntese de hemácias iniciado no segundo trimestre de gestação. Nesta fase da gestação, pode ocorrer uma anemia fisiológica como consequência da hemodiluição e queda nos níveis de hemoglobina e hematócrito (SOUZA *et al.*, 2002). Este aumento do volume sanguíneo eleva o requerimento de ferro a partir do 2º trimestre de gestação, para formação das hemácias e hemoglobina a fim de garantir o suprimento de oxigênio para o feto e placenta (GUIMARÃES e SILVA, 2003; NOQUEIRA *et al.*, 2002).

O aumento da mortalidade materna e perinatal, do risco de prematuridade e baixo peso ao nascer e diminuição da concentração de hemoglobina (Hb) no bebê são algumas consequências nocivas da anemia durante a gestação (FUJIMORI *et al.*, 2000). Devido a demanda fisiológica de ferro e para evitar as consequências da anemia na gestação, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam a suplementação diária de 60 mg de ferro elementar a todas as gestantes a partir da 20ª semana gestacional, independente do diagnóstico de anemia (OMS, 2013).

A deficiência de folato na gestante também é outro distúrbio nutricional associado a complicações obstétricas, tais como anemia megaloblástica, parto prematuro e baixo peso ao nascer. Essas complicações podem ocorrer porque durante a gestação a demanda de folato aumenta entre 25-50% em função da eritropoiese (produção de eritrócitos) e desenvolvimento do feto, uma vez que o ácido fólico atua como coenzima na síntese de ácidos nucleicos sendo vital na síntese de proteína e divisão celular, portanto, sua deficiência pode gerar alterações na síntese do ácido desoxirribonucleico (DNA) e alterações cromossômicas (NOGUEIRA *et al.*, 2002).

Nem sempre uma dieta adequada é capaz de suprir a elevada demanda de ácido fólico na gestação, sendo então, muito importante o uso de suplementos de folato e de alimentos enriquecidos, como a farinha de trigo e milho. A deficiência de folato também pode estar associada a outras complicações na gestação, tais como aborto espontâneo, síndromes hipertensivas da gravidez (pré-eclâmpsia), retardo do crescimento intra-uterino e hemorragia (VALDUGA, 2010).

A dose suplementar de ácido fólico, segundo OMS, é de 0,4 mg por dia e considera-se que essa dose em conjunto com a suplementação de ferro, é o suficiente para a produção adequada de hemoglobina em gestantes. O ideal é que a

suplementação seja feita dois meses antes da gravidez ou primeiro mês de gestação, aja visto que o tubo neural se fecha no 28º dia de gestação. Portanto, a suplementação após esse período eventualmente não impedirá a ocorrência de defeitos do tubo neural. Todavia, irá contribuir para outros aspectos da saúde materna e fetal (OMS, 2013).

Durante a gestação há necessidade do consumo de uma dieta balanceada, variada com alimentos naturais como frutas, hortaliças, leguminosas, tubérculos, industrializados enriquecidos com ácido fólico como farinha de trigo, pão e massas, alimentos protéicos como carnes, ovos, leite, queijo, e ainda, a ingestão de suplementação de ferro e ácido fólico para prevenir uma inadequação do consumo desses nutrientes pela alimentação (GUIMARÃES e SILVA, 2003).

Nogueira *et al* (2002) sugerem que os componentes essenciais para uma gestação com ganho de peso apropriado e resultados obstétricos positivos, esta na orientação nutricional adequada onde devemos: estimular o consumo de alimentos variados e balanceados utilizando como recurso educacional a Pirâmide dos Alimentos; Considerar a indicação oportuna e prescrição adequada de suplementos de vitaminas e minerais e desencorajar a ingestão de álcool e outras substâncias nocivas durante esse período. Quanto melhor a conduta alimentar maior a perspectiva para saúde da gestante e do bebê.

4.3 Métodos de avaliação do consumo alimentar

Para uma concreta avaliação nutricional, a observação do padrão de consumo dos alimentos de uma população é primordial, aja visto que nos fornece informações básicas para o direcionamento de políticas públicas, e para outros setores como o comércio (armazenamento e transporte de alimentos) e a saúde (Através das definições de recomendações nutricionais, desenvolvimento de estudos epidemiológicos sobre associação entre a alimentação e patologias, identificação de áreas endêmicas de carências nutricionais, entre outros) (SALES *et al.*, 2006).

A alimentação envolve dimensões biológicas, socioeconômicas, culturais e simbólicos fazendo com que uma avaliação do consumo alimentar não seja uma tarefa tão simples, aja visto que os dados coletados por inquéritos dietéticos sofrem interferências dessas dimensões. No caso das gestantes, as alterações fisiológicas

e psicológicas podem influenciar os resultados do estudo e análise de sua alimentação (BERTIN *et al.*, 2006)

Podemos dividir os métodos de avaliação do consumo alimentar em dois grupos: aqueles que avaliam o consumo atual (Recordatório de 24 horas e Registro Alimentar) e aqueles que avaliam o consumo habitual (Questionário de Frequência Alimentar) (BARBOSA *et al.*, 2007). Em função da grande diversidade diária de ingestão de alimentos consumidos e considerando que os reflexos de uma ingestão inadequada aparecem após um longo prazo de exposição a uma situação de risco alimentar, o Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA) leva vantagem em comparação aos outros métodos quando se quer saber o consumo habitual (FISBERG *et al.*, 2009)

Entre os métodos para se avaliar o consumo alimentar, o Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA) tem sido o método mais utilizado em estudos epidemiológicos devido a sua confiabilidade e validade relativa, praticidade, rapidez de aplicação e baixo custo (BARROS, 2002).

Quando o objetivo é avaliar a relação entre a alimentação e patologias, o QFCA é o mais apropriado, já que prevê a medição da exposição e sua relação com o tempo. Apesar das vantagens atribuídas ao QFCA, as informações podem apresentar erros que geralmente estão associadas ao indivíduo pesquisado, ao questionário ou efeitos externos. Ademais é necessária uma validação do método para atenuar os erros de medidas e estimativas obtidas nos estudos (VOCI *et al.*, 2008).

Bertin *et al* (2006), realizaram uma revisão bibliográfica sobre métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes baseado em 14 estudos publicados entre 1994-2004, no Brasil e no exterior. Apesar do recordatório de 24 horas (R24h) ter sido o mais utilizado, seu uso não ultrapassava 2 dias e não levava em consideração os finais de semana e estação do ano, demonstrando fragilidades comparado aos outros métodos. No entanto, a escolha do melhor método de avaliação do consumo alimentar depende dos objetivos da pesquisa que será estudada.

BARROS (2002) em seu estudo investigando o consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro, no qual buscou descrever os alimentos mais consumidos e adequação da ingestão dietética diária de

nutrientes considera o QFCA um método mais barato, fácil de aplicar, que possui altas taxas de cooperação nas respostas, e pode ser mais utilizado em estudos populacionais.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo do tipo descritivo.

5.2 Local de estudo

O município de Escada é formado apenas pelo distrito de Escada e Frexeiras, e está localizado na zona da mata pernambucana. A área municipal ocupa 348,8 Km² e representa 0,35 % do estado de Pernambuco, distando a 65Km da capital, cujo acesso é feito pela BR- 101. Tem como principal atividade econômica serviços, indústria e agropecuária, nesta ordem (Ministério de Minas e Energia, 2005).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDM-M, é de 0,645, o qual situa o município em 56º no ranking estadual e em 3853º do nacional. De acordo com o censo de 2010 do IBGE, a população total é 63.517 habitantes sendo 53.964 na zona urbana e 9.553 na zona rural, resultando em uma densidade demográfica de 183,07 hab./km² (IBGE, 2010).

A pesquisa foi realizada em todas as USF do município de Escada as quais são 10 unidades do Programa Saúde da Família (PSF), sendo 7 unidades na zona urbana e 3 unidades na zona rural.

A assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Escada segue os padrões do manual técnico exigidos pelo Ministério da Saúde. As gestantes adolescentes possuem uma atenção diferenciada principalmente se possuem idade até 14 anos, considerada gravidez de risco. O mínimo de consultas de assistência pré-natal são 6 e a partir do terceiro trimestre da gestação as visitas ocorrem quinzenalmente. Durante as visitas, são ministradas palestras e orientações sobre as mudanças do corpo, como se adaptar a essas mudanças, prescrição de exames bioquímicos e orientação sexual. A suplementação de ferro e ácido fólico é indicada durante todo o período da gestação e continua por 3 meses após o parto para combater possíveis casos de anemia. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) opera de forma deficitária e não dispões de alguns profissionais, como o profissional nutricionista, sendo assim cabe

a enfermeira e aos agentes de saúde orientar sobre alimentação. Por isso, a temática é pouco explorada pelas unidades e apenas quando a gestante apresenta baixo peso, obesidade, hipertensão ou diabetes são encaminhadas ao nutricionista do Lactário hospitalar do município.

5.3 População do estudo

A população desse estudo foi composta por adolescentes grávidas com idade entre 10 a 18 anos, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família localizada em zona urbana e rural do município de Escada - Pernambuco.

Para obtenção dos cadastros de gestantes, foi utilizado o SISPRENATAL - um software desenvolvido para o Acompanhamento de gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde no ano de 2012. Para seleção das grávidas adolescentes foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

1) De inclusão:

a) Esta grávida; b) Ter idade entre os 10 e 18 anos; c) Ser residente da zona urbana ou rural; d) Esta cadastrada e frequentando as consultas pré-natais durante a realização da coleta de dados; e) Concordar em participar do estudo; f) Apresentar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo responsável quando de menor de idade (Apêndice A) ou apresentar concordância quando de 18 anos (Apêndice B); g) Não apresentar deficiência mental.

2) De exclusão:

a) Não ter apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsável quando menor de 18 anos (Apêndice A), ou se não apresentar concordância quando de 18 anos, assinando o referido termo (Apêndice B); b) Apresentar deficiência mental ou outra condição especial de saúde (identificado através de relato do médico ou enfermeiro).

5.4 Coleta dos dados

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado: Estilo de vida das gestantes adolescentes.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, contendo informações sobre as condições sócio-demográficas, medidas antropométricas (peso atual e altura), consumo alimentar, características clínico-obstétricas, anticoncepção e reprodutividade (Apêndice C).

O instrumento de coleta de dados foi construído com base nas variáveis do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e ABEP (Associação Brasileira de Empresa e Pesquisa) para condições sócio-econômicas. Para o consumo alimentar foi utilizado um questionário específico para gestante adolescente, que avalia a frequência de consumo de alimentos selecionados (BARROS, 2002), esse questionário teve como base um estudo de validação composto por uma lista de alimentos considerando os mais consumidos pela população do estado do Rio de Janeiro (SICHIERI, 1998 *apud* BARROS, 2002)

O Questionário de Frequência do Consumo de Alimentos (QFCA) foi semi quantitativo, no qual se encontram as porções padronizadas, que foram mais mencionados na etapa de validação (frequência próxima ou superior a 50%), por exemplo: para arroz, colher de sopa cheia; para macarrão, pegador; pão, um pão francês ou uma fatia de pão de forma; para feijão, concha (SICHIERI, 1998 *apud* BARROS, 2002). As frequências de consumo utilizadas no questionário foram: mais de 3 vezes ao dia, de 2 a 3 vezes ao dia, 1 vez por dia, de 5 a 6 vezes por semana, de 2 a 4 vezes por semana, 1 vez por semana, 1 a 3 vezes por mês e nunca ou quase nunca. E para análise das características clínicas obstétricas, anticoncepção e reprodutividade foram utilizadas as variáveis da BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil).

5.5 Definições das variáveis utilizadas

Clinico - obstétricas: Variáveis quantiquantitativas, categorizadas em: número de filhos, idade gestacional, uso de medicações e frequência às visitas pré-natais. Utilizou-se o cartão da gestante para ver esses dados.

Idade: Variável quantitativa, contínua, considerou número de anos de vida, baseado na data de nascimento da adolescente e a data da entrevista.

Estado civil: Variável qualitativa, categorizada em: solteira, casada, viúva, separada, divorciada ou outras condições.

Renda familiar: Variável quantitativa, categorizada de acordo com o número de salários mínimos vigente na época da coleta de dados.

Escolaridade: Variável qualitativa, classificada de acordo com as séries do ensino fundamental, médio e superior.

Local de residência: Variável qualitativa, classificada de acordo com o local de moradia no município sendo rural ou urbana.

Presença de água encanada: Variável qualitativa, classificada em sim ou não.

Consumo alimentar: Variável intervalar discreta, Classificado por frequência de consumo. Os alimentos selecionados são baseados em um estudo que investigou o consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro, no qual descreveu os alimentos mais consumidos pelas adolescentes gestantes (BARROS, 2002). Os alimentos foram separados em grupos frutas, hortaliças, cereais, raízes e tubérculos, leite e derivados, carnes, ovos, leguminosas, óleos, açúcares e embutidos fundamentado nas diretrizes do guia alimentar da população brasileira. Para facilitar a tabulação dos dados, a frequência de consumo alimentar foi adaptada em: Não consome / Nunca ou quase nunca; 1-3 vezes/dia; 1 vez/semana; 2-6 vezes/semana e 1-3 vezes/mês. Desta forma, para a frequência de 1 a 3 vezes/dia foram agrupados as frequências de mais de 3 vezes/dia, 2 a 3 vezes/ dia e 1 vez por dia; Na frequência de 2-6 vezes/semana foram incluídas as frequências de 2-4 vezes/semana e de 5-6 vezes/semana.

5.6 Processamento e análise dos dados

Foi utilizado o programa EPI INFO versão 6.04 para criação do banco de dados. Foi necessário transformar as perguntas em variáveis, antes de alimentar o sistema com as informações dos questionários. A digitação dos dados foi realizada pelo estudante, o qual foi treinado para manusear o programa.

Os dados obtidos foram avaliados com o auxílio do software Epi Info, versão 6.04, e representados em tabelas de frequência simples contendo o número absoluto e o percentual.

5.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde de Escada para a solicitação do consentimento formal e realização do projeto nas unidades de saúde da família e hospital através da carta de anuência.

O estudo foi conduzido conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres Humanos do Hospital Otávio de Freitas, sob o protocolo n. 389.514. As participantes e/ou seus pais ou responsáveis receberam informações acerca do projeto, dos seus objetivos e dos procedimentos a serem realizados e assinaram o TCLE.

Todas as participantes antes de responder ao questionário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que informa e esclarece a respeito da pesquisa, para que sua participação fosse de forma justa e sem constrangimento, sendo uma proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, onde ambos assumem responsabilidades.

Todas as informações são confidenciais e será assegurado durante toda pesquisa, mesmo após a sua publicação. Os dados não serão divulgados de forma a denegrir a imagem dos participantes. O anonimato será preservado por questões éticas.

6. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 41 gestantes adolescentes, atendidas nas 10 Unidades de Saúde da Família no município de Escada. Mais da metade das gestantes (56,1%) residem na zona urbana da cidade, e estão na faixa etária entre 16-18 anos de idade, (63,4%). Apenas 19,5 % eram solteiras uma vez que a maioria das gestantes adolescentes afirmou morar com o companheiro. Quanto à água encanada, 75,6% tinham água encanada em casa. Cerca de 67,6% das gestantes adolescentes viviam com uma renda familiar de até 1 salário mínimo. Vale destacar que cerca de 56,1% não estudavam. (Tabela 1)

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas de gestantes adolescentes atendidas em Unidades de Saúde da Família no Município de Escada, Pernambuco, 2014.

Variáveis	n	(%)
Local de residência		
Rural	18	43,9
Urbana	23	56,1
Idade (anos)		
13-15 anos	15	36,6
16-18 anos	26	63,4
Estado civil		
Solteira	8	19,5
Casada e união estável	32	78,0
Separada	1	2,4
Mora com companheiro		
Sim	31	75,6
Não	10	24,4
Presença de água encanada na residência		
Sim	31	75,6
Não	10	24,4
Renda Familiar (n=34)*		
Até R\$700,00	23	67,6
Entre 701,00 a 1000,00	4	11,8
Acima de 1000,00	7	20,6
Estuda		
Sim	18	43,9
Não	23	56,1

*7 casos sem informação.

Na tabela 2 observa-se que mais da metade das adolescentes afirmou que a gravidez não havia sido desejada. A maioria das adolescentes (48,8%) estavam com idade gestacional entre 14-27 semanas (ou seja, no segundo trimestre). O pré-natal foi iniciado no primeiro trimestre em 82,5% das gestantes, no entanto, a grande maioria (85,4%) tinham feito menos de 6 consultas até o momento da entrevista. Cerca de 14,6% das adolescentes já possuíam filho. Quanto ao uso de suplementação, pouco menos da metade (43,9%) disseram não consumir nenhum suplemento e entre aqueles que ingeriram algum tipo de suplemento apenas 1 fazia uso de ácido fólico e menos da metade (45,5%) ingeriam sulfato ferroso.

Tabela 2. Características clínicas e obstétricas de gestantes adolescentes atendidas em Unidades de Saúde da Família no Município de Escada, Pernambuco, 2014.

Variáveis clínicas e obstétricas	n	%
Gravidez planejada		
Sim	17	41,5
Não	24	58,5
Número de filhos		
Nenhum	35	85,4
Um	6	14,6
Idade gestacional		
Até 13 semanas	5	12,2
14-27 semanas	20	48,8
28-40 semanas	16	39,0
Trimestre em que iniciou o pré-natal (n=40)*		
Até 3 meses	33	82,5
4-6 meses	6	15,0
> 6 meses	1	2,5
Número de consultas pré-natal		
Até 6 consultas	35	85,4
> 6 consultas	6	14,6
Uso de medicação		
Sim	23	56,1
Não	18	43,9
Tipo de medicação (n=22)**		
Suplemento vitamínico	2	9,1
Ácido fólico	1	4,5
Sulfato ferroso	10	45,5
Anti-hemético	1	4,5
Xarope	1	4,5
Suplemento vitamínico e sulfato ferroso	7	31,8

*1 caso não sabia informar. ** 18 gestantes não tomavam medicação e 1 gestante não sabia informar qual medicação tomava.

Verifica-se um baixo consumo de frutas por essas adolescentes, uma vez que entre 30 e 60% delas relataram não consumir ou quase nunca consumir frutas e entre aquelas que consumiam fruta diariamente, as mais citadas foram a melancia, maçã, laranja e o suco natural com 24,39%, 26,82%, 39,02% e 41,46% respectivamente. (Tabela 3) e (Tabela 4)

No grupo de hortaliças chama atenção a alta porcentagem de rejeição ao consumo destes alimentos, onde todos os itens citados, com exceção do tomate, não eram consumidos por mais de 50% das adolescentes estudadas.

No grupo dos cereais, tubérculos e raízes, destaca-se o consumo elevado de arroz branco, macarrão e pão francês, com respectiva frequência de consumo diária de 1-3 vezes ao dia, 78,04%, 58,53% e 58,53%. Chama atenção também a não preferência por alimentos integrais como Pão Integral que teve o mais alto nível de rejeição neste grupo (87,8%). O consumo de inhame e milho relatado pelas gestantes foi semanalmente com 31,7% e 26,8%, respectivamente.

No grupo de leite e derivados chama atenção a baixa preferência por esses alimentos ricos em cálcio e proteína de alto valor biológico, visto que cerca de 40 a 80% das gestantes adolescentes referiram não consumir leite ou queijo. O alimento mais aceito desse grupo foi o iogurte, consumido diariamente por 24,39% das adolescentes.

Verifica-se a boa aceitação no consumo do grupo de Carnes, aves e peixes pela maioria das entrevistadas, variando entre os tipos de carnes referidas. Entre os mais citados, destacam-se as carnes secas, carne de sol e charque com consumo de diário de 36,58% das gestantes, enquanto que o consumo de frango foi semanal 2-6 vezes/semana por 41,5% das gestantes adolescentes. Ainda no grupo dos alimentos ricos em proteínas, os ovos cozidos apresentaram porcentagens relativamente baixas de consumo na preferência das entrevistas (14,6%), sendo o ovo frito a preparação mais consumida (cerca de 20%) tanto diariamente quanto semanalmente. As taxas percentuais do grupo das leguminosas apareceram muito abaixo do esperado, no que se refere ao consumo de feijão preto com 7% de consumo diário e 17% no consumo semanal.

No grupo dos óleos e gorduras destaca-se o consumo diário de manteiga e margarina sendo citado por mais da metade das entrevistadas (56,09% e 51,21%), respectivamente. Destaque também para o alto percentual de adolescentes que não consumiam Azeite de Oliva (92,68%).

No que se refere aos Açúcares e doces, o açúcar apresentou altas taxas de aceitação, sendo consumido diariamente por 75,60 % da amostra estudada, com frequência de 1 a 3 vezes ao dia. Verifica-se, o consumo diário de biscoito recheado por quase 40% das gestantes adolescentes e o bolo recheado e chocolate apresentaram consumo semanal de pelo menos de 1 vez por semana. Já no grupo dos Embutidos e industrializados, chama atenção o baixo consumo desses alimentos, especialmente para presunto e suco industrializado. Destaca-se neste grupo o consumo de refrigerantes, pipoca e salgadinhos com uma frequência de consumo variando entre diariamente (1 a 3 vezes ao dia) e semanalmente (1 a 6 vezes na semana).

As gestantes adolescentes relataram não consumir alimentos como farinha de mandioca, batata frita, goiabada, sorvete, presunto, peixe, sopa de legumes, aveia, bala e pudim com frequência de rejeição entre 40 a 80%, sendo sorvete e a bala como aqueles alimentos em que cerca de 40% das gestantes informaram não consumir, enquanto, alimentos como batata frita, goiabada, presunto, peixe, sopa de legumes e pudim não eram consumidos por mais de 60% das adolescentes. Vale ressaltar que a aveia não era consumida por mais de 80% das adolescentes (dados não apresentados na tabela).

Tabela 3. Frequência de consumo dos grupos de alimentos pelas gestantes adolescentes atendidas em Unidades de Saúde da Família no Município de Escada, Pernambuco, 2014.

Grupos alimentares	Não consome		1-3 vezes/ dia		1 vez/ semana		2-6 vezes/ semana		1-3 vezes/ mês		Nunca ou quase nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas (n=41)												
Abacaxi	11	26,82	4	9,75	6	14,63	6	14,63	5	12,19	9	21,95
Melancia	12	29,26	10	24,39	8	19,51	1	2,43	5	12,19	5	12,19
Maçã	12	29,26	11	26,82	3	7,31	6	14,63	2	4,87	7	17,07
Laranja	2	4,87	16	39,02	6	14,63	11	26,82	1	2,43	5	12,19
Melão	24	58,83	2	4,87	7	17,07	1	2,43	3	7,31	4	9,75
Mamão	27	65,85	6	14,63	0	0	1	2,43	0	0	7	17,07
Manga	8	19,51	8	19,51	7	17,07	7	17,07	3	7,31	8	19,51
Suco Natural	7	17,07	17	41,46	2	4,87	6	14,63	2	4,87	7	17,07
Hortaliças (n=41)												
Abóbora	28	68,29	5	12,19	2	4,87	3	7,31	1	2,43	2	4,87
Cenoura	24	58,53	5	12,19	3	7,31	5	12,19	2	4,87	2	4,87
Alface	23	56,09	6	14,63	6	14,63	4	9,75	1	2,43	1	2,43
Couve	36	87,80	0	0	1	2,43	0	0	1	2,43	3	7,31
Tomate	16	39,02	13	31,71	3	7,31	8	19,51	0	0	1	2,43

Grupos alimentares	Não consome		1-3 vezes/ dia		1 vez/ semana		2-6 vezes/ semana		1-3 vezes/ mês		Nunca ou quase nunca	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Cereais / tubérculos e raízes (n=41)												
Arroz branco	1	2,43	32	78,04	0	0	8	19,51	0	0	0	0
Inhame	15	36,58	3	7,31	13	31,71	1	2,43	6	14,63	3	7,31
Milho	15	36,58	8	19,51	11	26,82	3	7,31	2	4,87	2	4,87
Macarrão	7	17,07	24	58,53	2	4,87	8	19,51	0	0	0	0
Pão Francês	0	0	24	58,53	6	14,63	10	24,39	0	0	1	2,43
Pão Integral	36	87,80	2	4,87	1	2,43	1	2,43	0	0	1	2,43
Batata Frita	18	43,90	2	4,87	7	17,07	3	7,31	1	2,43	10	24,39
Leite e derivados (n=41)												
Leite desnatado	36	87,80	1	2,43	0	0	2	4,87	0	0	2	4,87
Leite integral	16	39,02	4	9,75	5	12,19	6	14,63	1	2,43	9	21,95
Requeijão	34	82,92	2	4,87	0	0	1	2,43	0	0	4	9,75
Queijo Mussarela	17	41,46	7	17,07	8	19,51	2	4,87	4	9,75	3	7,31
iogurte	15	36,58	10	24,39	3	7,31	5	12,19	2	4,87	6	14,63
Carnes e aves (n=41)												
Carne assada	8	19,51	9	21,95	6	14,63	13	31,71	2	4,87	3	7,31
Carne moída	25	60,97	2	4,87	3	7,31	3	7,31	3	7,31	5	12,19
Carne seca	7	17,07	15	36,58	3	7,31	9	21,95	2	4,87	5	12,01
Frango empanado	24	58,53	3	7,31	2	4,87	2	4,87	3	7,31	7	17,07

Frango cozido	18	43,90	5	12,19	6	14,63	7	17,07	0	0	5	12,19
Frango frito	6	14,63	9	21,95	5	12,19	17	41,46	1	2,43	3	7,31
	36	87,80	1	2,43	0	0	1	2,43	0	0	3	7,31

Grupos alimentares	Não consome		1-3 vezes/ dia		1 vez/ semana		2-6 vezes/ semana		1-3 vezes/ mês		Nunca ou quase nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ovos (n=41)												
Ovo cozido	21	51,21	6	14,63	3	7,31	2	4,87	4	9,75	5	12,19
Ovo frito	7	17,07	9	21,95	10	24,39	7	17,07	3	7,31	5	12,19
Leguminosas (n=41)												
Ervilha	18	43,90	13	31,71	4	9,75	2	4,87	2	4,87	2	4,87
Feijão preto	25	60,97	3	7,31	7	17,07	1	2,43	1	2,43	4	9,75
Óleos e gorduras (n=41)												
Azeite de oliva	38	92,68	1	2,43	0	0	0	0	0	0	2	4,87
Maionese	29	70,73	2	4,87	5	12,19	0	0	2	4,87	3	7,31
Manteiga	8	19,51	23	56,09	2	4,87	5	12,19	0	0	3	7,31
Margarina	10	24,39	21	51,21	1	2,43	5	12,19	0	0	4	9,75
Açúcares e doces (n=41)												
Açúcar	8	19,51	31	75,60	0	0	0	0	0	0	2	4,87
Biscoito recheado	7	17,07	16	39,02	3	7,31	13	31,71	1	2,43	1	2,43
Bolo recheado	13	31,70	4	9,75	11	26,82	4	9,75	3	7,31	6	14,63
Chocolate	8	19,51	6	14,63	8	19,51	3	7,31	4	9,75	12	29,26

Grupos alimentares	Não consome		1-3 vezes/ dia		1 vez/ semana		2-6 vezes/ semana		1-3 vezes/ mês		Nunca ou quase nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Embutidos e industrializados (n=41)												
Salgadinho	12	29,26	6	14,63	10	24,39	7	17,07	1	2,43	5	12,19
Presunto	28	68,29	5	12,19	2	4,87	1	2,43	2	4,87	3	7,31
Refrigerante	7	17,07	5	12,19	8	19,51	10	24,39	3	7,31	8	19,51
Suco industrializado	31	75,60	2	4,87	2	4,87	1	2,43	1	2,43	4	9,75
Pipoca	5	12,19	14	34,14	6	14,63	8	19,51	1	2,43	7	17,07

Tabela 4. Consumo alimentar de grávidas adolescentes segundo os grupos de alimentos da pirâmide alimentar em Unidades de Saúde da Família, Escada, Pernambuco, 2014.

Grupo alimentar	Variações de frequência de consumo (não consome, diário ou semanal)	Alimentos mais consumidos
Frutas	30-40% Não consomem	Melancia 24%, mação 27%, laranja 39%, suco de frutas 41%
Hortaliças	60-80% Não consomem	Tomate 31,7%
Cereais, raízes e tubérculos	60-70% Consomem diariamente 80% de rejeição aos cereais integrais	Arroz branco 78%, macarrão 58%, pão francês 58%
Leite e derivados	40-80% Não consomem	Iogurte 24,3%
Ovos/carnes	40-80% Não consomem carnes ou ovos 51% Não consomem ovos fritos	Carnes secas, carne de sol, charque 36,5% Frango cozido 41% Ovos fritos 20%
Leguminosas	40-60% Não consomem	Feijão preto 17% semanalmente
Açúcares	40-80% Consomem diariamente	Açúcar 75%, biscoito recheado 40%
Gorduras	50-60% Consomem diariamente	Manteiga 56%, margarina 51%

7. DISCUSSÃO

As diferenças sociais e econômicas são apontadas como fator de distinção das condições de saúde da população. Indicadores como renda, escolaridade e local de moradia, determinam o acesso e qualidade da assistência pelos serviços de saúde incluindo a assistência pré-natal. Para as gestantes adolescentes, o problema se agrava, aja visto que somam-se situações de pobreza, estrutura emocional e falta de apoio do pai ou da família (GAMA *et al.*, 2002).

O perfil social mostrou que a maioria das gestantes reside em área urbana, moram com companheiro, não estudam e vivem com renda família de até um salário mínimo. Esses dados se assemelham ao encontrado por Baião e Deslandes (2012) no qual estudou comportamento alimentar de gestantes de uma comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro destacando as dificuldades de acesso a educação, poucas oportunidades de trabalho e a gravidez na adolescência como agravante neste grupo. Monteiro *et al* (2011) em estudo sobre fatores de riscos e de proteção na gravidez adolescente, concluíram que o contato com a família e com o pai da criança foi apontado pelas adolescentes grávidas como fator de proteção para o adequado suporte e resultados obstétricos favoráveis na gestação.

Apesar da influencia da renda familiar nos hábitos alimentares das gestantes adolescentes, o conhecimento sobre alimentação e nutrição influencia a escolha dos alimentos consumidos (AZEVEDO e SAMPAIO, 2003).

Segundo Ministério da Saúde em 2013 o SUS registrou 2.904.027 de nascidos vivos no país, dentre esses 28% dos nascimentos ocorreram no nordeste, a segunda região com o maior índice do país. Em relação ao número de partos com idade entre 10-14 anos, a região nordeste aparece em primeiro lugar com 37% dos nascimentos registrados. No nordeste, a cada 100 partos, 22 foram em adolescentes com idade entre 10-19 anos, no ano de 2013 (DATASUS, 2015).

O inicio da atividade sexual pelos jovens é cada vez mais precoce, e neste contexto, a relação sexual faz parte do namoro adicionado à baixa aplicação de métodos anticonceptivos. A falta de informação em casa faz do

tema da sexualidade um tabu, gerando curiosidades que serão conhecidas entre os amigos. Martinez *et al* (2011) estudando o padrão espacial da associação entre os percentuais de gravidez na adolescência e características socioeconômica no estado de São Paulo, verificaram que a ocorrência de gravidez precoce ocorreu em maior quantidade em municípios de menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita, menor tamanho populacional, maior índice de pobreza, e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Em relação aos dados analisados na pesquisa 58,5% das adolescentes gestantes afirmaram que a gravidez não foi planejada contra 41,5%. O fato de muitos jovens terem expressado o desejo de engravidar não significa retirar a importância de políticas públicas de contracepção, uma vez que garante ao jovem um planejamento melhor ao decidirem pela concepção de um bebê (DOMINGOS, 2010).

Sobre variáveis obstétricas verificou que 14,6% das adolescentes gestantes já possuíam ao menos um filho. Esse resultado reafirma o que diz Domingos (2010) quando relata que as chances de voltar a engravidar após o primeiro filho é muito grande. Estudo feito por Simões *et al* (2003), sobre as características de grávidas adolescentes em São Luís do Maranhão, em 2.292 partos hospitalares, verificaram que pelo menos 8,3 % delas já estavam na segunda gestação.

Quanto ao período gestacional de início do pré-natal, 82,5% das gestantes informaram que iniciaram as visitas durante o primeiro trimestre da gestação, no entanto a grande maioria tinham realizado pelo menos 6 consultas até o momento da entrevista. Cesar *et al.*, 2011 realizaram um estudo comparativo entre mães adolescentes e não adolescentes residentes em municípios do Rio Grande do Sul e verificaram que as adolescentes completaram seis ou mais consultas de pré-natal e deram início ao acompanhamento no primeiro trimestre de gestação corroborando com dados demonstrados nessa pesquisa.

O Ministério da Saúde recomenda que a mãe realize, no mínimo, seis consultas pré-natais e as inicie tão logo comece a gravidez. O acesso à assistência pré-natal é considerado essencial para que a gestação transcorra

sem problemas para a gestante e o feto, ou pelo menos que se tenha acompanhamento médico em caso de gravidez de alto risco. Estudos mostram que grande parte da mortalidade materna seria evitável se o acesso aos serviços de saúde e ações que objetivam a qualidade da assistência pré-natal fossem desenvolvidas de forma adequada (IBGE, 2009).

O acompanhamento pré-natal é uma oportunidade valiosa para motivar as gestantes adolescentes a adotarem hábitos alimentares adequados a esta fase de vida, fazendo com que as mesmas possam incorporar durante a vida adulta (BARROS, 2002). Azevedo e Sampaio (2003) propõe a realização de ações educativas na área de alimentação e nutrição durante o pré-natal, com o intuito de auxiliar as escolhas de alimentos saudáveis compatíveis com as condições socioeconômicas das gestantes.

Durante o pré-natal, além das ações destinadas ao acompanhamento de saúde do binômio mãe-filho, tais como exames bioquímicos e ultrassonografias, também são realizadas orientações sobre questões relativas à alimentação e nutrição que abordem desde a educação para alimentação saudável até ações de suplementação nutricional para prevenção de deficiências nutricionais. A suplementação de ferro e ácido fólico se destacam nesse sentido, uma vez que previnem carências nutricionais comuns nesse grupo e que se desenvolvem facilmente devido a elevada necessidade e recomendações para permitir as alterações fisiológicas da gestação, crescimento e desenvolvimento fetal e manutenção da saúde materna.

No presente estudo, em relação à suplementação de ferro, menos da metade das entrevistadas relataram consumir alguma suplementação e dentre essas apenas metade estavam ingerindo o suplemento sulfato ferroso. Nesta faixa etária, é comum o baixo consumo de alimentos fontes de ferro (Carnes e vegetais folhosos) o que caracteriza um risco nutricional sério visto que a anemia ferropriva é um dos distúrbios mais presentes durante esse período em que mudanças fisiológicas naturais como a expansão sanguínea e queda dos níveis de hemoglobina e hematócrito podem estabelecer um quadro de anemia (SOUZA *et al.*, 2002).

Quanto ao uso de suplementação de ácido fólico apenas uma relatou ingerir esta suplementação, revelando-se um dado preocupante visto nem

sempre uma dieta adequada é capaz de suprir a elevada demanda de ácido fólico sendo necessária a suplementação (VALDUGA, 2010). Pode-se inferir que a preocupação no uso do folato esteja mais restrita ao primeiro mês de gestação período em que a suplementação de folato se faz mais necessária devido à preocupação com a formação do tubo neural do feto, e após esse período eventualmente não impedirá a ocorrência de defeitos do tubo neural (OMS, 2013).

Nesse estudo, foi possível identificar os alimentos mais consumidos pelas gestantes adolescentes, através da observação das frequências de consumo diários e semanais, nos dando uma ideia dos hábitos alimentares consumidos por esse grupo etário de grávidas. Diversos autores têm mostrado a importância da avaliação dietética de gestantes por inquéritos dietéticos, pois se pode detectar deficiências nutricionais específicas que podem afetar o desfecho da gestação (BERTIN *et al.*., 2006; BARROS, 2002).

Os dados mostram um consumo muito abaixo de frutas, leguminosas e hortaliças com raras preferências para alguns alimentos desses grupos. Observa-se grandes preferências por alimentos do grupo dos cereais, raízes e tubérculos assim como consumo de açúcares e doces. Alimentos que tiveram preferências moderadas foram carnes, biscoitos recheados, salgadinho, pipoca, chocolate e refrigerantes, sendo referido por cerca de 20-30% das jovens e com consumo semanal.

Considerando a frequência de diário e semanal em conjunto (1-3 vezes/dia, 1 vez/semana e 2-6 vezes/semana) revela que 50% ou mais das adolescentes entrevistadas relataram consumir maçã, laranja, suco natural, tomate, arroz branco, milho, macarrão, pão francês, carne assada, frango cozido, carne seca, ovo frito, manteiga, margarina, açúcar, biscoito recheado, pipoca, salgadinho e refrigerantes.

Esses resultados confirmam as mudanças que estão ocorrendo nos últimos anos no padrão de alimentação da população brasileira, mostrando que o país convive atualmente com a transição nutricional, caracterizada pela diminuição de alimentos naturais como frutas, verduras e legumes e aumento do consumo de açúcar e alimentos industrializados (COUTINHO *et al.*, 2008).

Além disso, os resultados também indicam um comportamento alimentar característico dos adolescentes.

Pesquisa realizada com objetivo de conhecer os hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas no município de Fortaleza-Ceará revelou um comportamento similar ao encontrado na população adulta brasileira, onde os alimentos mais consumidos foram os energéticos, arroz e pão, consumidos por 95,8% e 85,2% dos adolescentes respectivamente e aqueles alimentos com consumo habitual reduzido foram frutas e hortaliças/folhosos constatando um desequilíbrio na ingestão de nutrientes necessários para a adolescência (SILVA *et al.*,2009). Estudos sobre o consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro encontraram comportamentos semelhantes ao de adolescentes não grávidas, como a preferência por alimentos como arroz, pão, açúcar, manteigas, sucos e refrigerantes e baixo consumo de frutas e verduras, principalmente se a faixa etária dessas adolescentes grávidas for abaixo de 15 anos (BARROS, 2002).

O consumo inadequado de certos alimentos esta relacionado muitas vezes a falta de informações sobre os benefícios de uma boa alimentação para a saúde da mãe e do bebê, por isso é de suma importância a assistência pré-natal acompanhada por orientações sobre recomendações nutricionais e realização da avaliação nutricional como ações preventivas contra morbimortalidade infantil e materna, promovendo a saúde e qualidade de vida. Dessa forma, profissionais como nutricionistas são de suma importância para planejar medidas preventivas durante o pré-natal e realização das orientações adequadas quanto a alimentação para o crescimento e desenvolvimento fetal e manutenção da saúde materna (FREITAS *et al.*,2010).

Embora os resultados apresentados não tenham envolvido o quantitativo em porções consumidas, é possível comparar os dados com a pirâmide alimentar levando em conta que para cada grupo deve haver um consumo de diário de cada grupo de alimentos, independente da quantidade de porções. Dessa forma, os dados de frequência de consumo diário serão comparados com os grupos da pirâmide alimentar.

A pirâmide alimentar representa uma forma prática de abordagem da educação nutricional para a alimentação adequada. No entanto, pelo fato de

não existir uma pirâmide alimentar específica para grávidas adolescentes podemos comparar o consumo alimentar em porções diárias com uma pirâmide alimentar adaptada pra gestantes eutróficas adultas fundamentada nas diretrizes do guia alimentar para a população brasileira, contudo, permitindo interferir observações nutricionais que complementem as características e necessidades próprias da faixa etária.

O primeiro nível da pirâmide é constituído pelo grupo dos cereais (arroz, pão, massa, bolo, biscoito, entre outros.) raízes (aipim, inhame) e tubérculos (batata-doce). Os alimentos desse grupo são fontes de carboidratos complexos, contribuindo com maior parte do valor energético da dieta e recomenda-se o consumo de 5-6 porções diárias considerando todo período (DEMÉTRIO, 2010).

O consumo deste grupo como fonte de energia para as adolescentes durante a gravidez mostrou-se favorável para maioria das gestantes entrevistadas, aja visto que os três alimentos mais consumidos foram arroz, macarrão e pão francês com um consumo de 1-3 vezes ao dia cada alimento. Esses dados são importantes visto que a energia é necessária para garantir o adequado ganho de peso gestacional. Durante esse período, a gestante precisa de quantidades maiores de calorias para suprir o gasto energético em razão do aumento da Taxa Metabólica Basal (TMB) e para formação de depósitos de energia dos tecidos materno e fetal (FREITAS *et al.*, 2010).

O segundo nível da pirâmide é constituído pelo grupo dos legumes e verduras e das frutas, esses alimentos são ricos em vitaminas, minerais e fibras. Recomenda-se 5 porções/dia de legumes e verduras e 4 porções de frutas, durante toda gestação (DEMÉTRIO, 2010).

Em relação ao consumo de frutas e hortaliças foi observado um baixo consumo desses grupos de alimentos. Nenhum dos alimentos que compõe esse grupo apresentou consumo maior ou igual 50% pelas gestantes adolescentes entrevistadas. Sabendo-se que o consumo inadequado de vitaminas e minerais durante o período gestacional esta associado a complicações gestacionais desfavoráveis, deve-se ter um cuidado especial para garantir esses nutrientes na dieta da gestante (FREITAS *et al.*, 2011). Um estudo feito por Júlio e Lopes (2004) fortalece nossos resultados no que se

refere ao baixo consumo de frutas e legumes na rotina alimentar de adolescentes quando avalia a prevalência de comportamentos de risco associados à saúde de adolescentes do ensino médio no município de Florianópolis - Santa Catarina. A amostra incluiu 1.107 adolescentes (530 rapazes e 577 moças) de escolas públicas e particulares, com idade entre 15 a 18 anos. Os autores observaram que a cada três adolescentes em idade escolar dois relataram não consumir frutas diariamente (69,7% dos rapazes e 64,3% das moças). No que se refere ao consumo de verduras, 74,3% dos rapazes e 65,8% das moças declaram não consumir alimentos desses grupos.

O terceiro nível da pirâmide é formado pelo grupo do leite e derivados (iogurte, queijos) os quais são alimentos fontes de cálcio, proteína e vitamina A. Recomenda-se 3 porções/dia durante toda gestação. E o grupo das carnes e ovos, fontes de proteína e ferro biodisponível, recomenda-se o consumo de 1 porção e meia/ dia para toda gestação. No grupo das leguminosas inclui os feijões, soja, ervilha e sementes oleaginosas, que são fontes de proteínas vegetais, fibras e minerais e recomenda-se 1 porção ao dia durante toda gestação (DEMÉTRIO,2010).

Em relação aos grupos de alimentos ricos em proteína foi observado reduzido consumo no grupo de leite e derivados, leguminosas e ovos com consumo diário inferior a 50% das adolescentes. O baixo consumo de leite e derivados como de carnes pode estar relacionado ao hábito alimentar do adolescente, em não consumir esse tipo de alimento. Além disso, o déficit do consumo desse alimento pela maioria das gestantes adolescentes entrevistadas pode estar associada ao alto custo desses alimentos e questões sociais ligadas à gravidez na adolescência como a pobreza, evasão escolar e desemprego (DIAS e TEIXEIRAS, 2010).

No grupo das carnes identificou-se um consumo diário com destaque para carne seca no qual se inclui carne de sol e charque, alimentos tipicamente mais consumidos pela população da região nordeste. Chama atenção para o baixíssimo consumo diário da leguminosa, feijão preto e também no seu consumo semanal, o que se diverge da prática alimentar nordestina, onde o feijão está entre os alimentos mais consumidos. Isso pode ser explicado pelo fato do questionário de frequência do consumo alimentar utilizado neste estudo

constituído por uma lista de alimentos considerados mais consumidos na dieta habitual da população do Rio de Janeiro onde é comum o consumo diário do feijão preto, sendo assim, a exclusão do feijão mulatinho pode explicar o baixo consumo diário e semanal dessa leguminosa. Dessa forma, recomenda-se que o QFCA seja produzido em adequação aos alimentos consumidos pela população estudada ou a utilização de um questionário já aplicado em outros estudos prévios, apontando os alimentos fontes de nutrientes de interesse para o estudo e consumidos com maior frequência pelo grupo entrevistado (BARROS, 2002).

No quarto nível da pirâmide alimentar encontramos o grupo dos óleos e gorduras (óleo, manteiga, margarina) que são fontes de lipídeos e, portanto fonte energética, recomenda-se 2 porções/dia. O grupo dos açúcares e doces constituídos por carboidratos simples e de alto índice glicêmico deve-se consumir com moderação por isso se recomenda 1 porção/dia (DEMÉTRIO, 2010).

Verificou-se consumo diário pelas adolescentes acima de 50% para margarinas e manteiga e possíveis excessos de consumo desse tipo de alimento rico em gorduras. No grupo de açúcares e doces chama atenção a alta porcentagem no consumo diário do açúcar e consumo semanal de chocolates. Esses alimentos apesar de serem fontes calóricas, fornecem calorias "vazias". Estudo desenvolvido por Barros (2002) fortalece esses resultados no qual traça o perfil habitual do consumo alimentar de adolescentes grávidas, observou que mães adolescentes mais jovens consumiam alimentos menos nutritivos, destacando o consumo elevado de alimentos como a manteiga, refrigerantes, chocolates e salgadinhos, esses hábitos podem estar relacionados à falta de informações sobre a importância de uma boa alimentação durante a gestação.

Diante disto observou-se um perfil alimentar inadequado para este grupo de gestantes pesquisadas, o qual não atende as necessidades nutricionais para esta condição fisiológica e faixa etária aliada à ausência de indicação de suplementação de ferro e ácido fólico neste grupo. Estas gestantes podem estar em risco nutricional, o que favorece ao desenvolvimento de carências

nutricionais que afetam os ajustes fisiológicos e o crescimento e desenvolvimento fetal resultando em prognóstico gestacional desfavorável.

8. CONCLUSÃO

No período da adolescência ocorre um aumento na oferta de nutrientes devido à fase de transição entre a infância e a vida adulta, a fim de suprir as demandas nutricionais para atender as transformações físicas desse período. Porém a adoção de hábitos alimentares inadequados somados a uma gravidez durante essa fase da vida pode comprometer seu estado nutricional e consequentemente influenciar na saúde da mãe e do bebê.

A prática alimentar saudável tem papel fundamental para saúde dos indivíduos principalmente em uma etapa da vida caracterizada pelo aumento da demanda de energia e nutriente como é a fase da adolescência associado a condição fisiológica da gestação. Neste período ocorrem intensas transformações orgânicas com formação de tecidos durante um curto espaço de tempo. Nesse contexto, adolescentes grávidas são apontadas como grupo de risco nutricional, devido ao corpo ainda imaturo para suportar uma gravidez, aspectos emocionais e hábitos alimentares inadequados.

Percebe-se nesse estudo a relação da gravidez na adolescência com pobreza e baixa escolaridade. Mostrando que a maioria das entrevistadas não estudava e vivia com renda família de até um salário mínimo.

A pesquisa também revelou que a maioria das gestantes não planejou engravidar, e que uma pequena porcentagem 14,6% já possuía mais de um filho. Este fato pode estar relacionada ao início precoce da atividade sexual pelos adolescentes, a falta de diálogo em casa e educação sexual principalmente nas classes menos favorecidas.

Verificou-se positivamente o início da assistência pré-natal relatado pelas gestantes adolescentes. A grande maioria afirmou terem começado o pré-natal durante o primeiro trimestre da gestação. Isso é muito importante, pois o acesso ao pré-natal é essencial para que a gravidez transcorra sem problemas para gestante e o feto. No entanto, chama atenção o baixo uso de suplementações importantes como o ferro e ácido fólico mostrando-se um dado preocupante visto que anemia durante esse período pode trazer consequências graves especialmente pelo fato das adolescentes entrevistadas apresentarem

uma alimentação pobre em alimentos fontes desse mineral como carnes e vegetais folhosos.

Quanto aos hábitos alimentares das adolescentes entrevistadas verificou-se um baixo consumo de alimentos do grupo das frutas, leguminosas e hortaliça, destaca-se o consumo dos alimentos do grupo dos cereais, raízes e tubérculos assim como o elevado consumo diário e semanal de açúcares, margarina, manteiga, refrigerantes, chocolates e salgadinhos. Esses hábitos podem estar relacionados à falta de informação sobre a importância e benefícios de uma boa alimentação durante a gestação além dos hábitos alimentares característico da idade da mãe.

Diante do estudo percebe-se a importância da abordagem de temas referentes à alimentação e nutrição adequada durante o atendimento pré-natal, fazendo com que as diferenças sociais, econômicas e comportamentais das gestantes adolescentes possam ser amenizadas e que se tenha uma gestação livre de riscos para mãe e o bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, D.V.; SAMPAIO, H.A.C. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. **Revista de Nutrição**, Campinas, 16(3):273-280, jul./set., 2003.

BAIÃO, M.R.; DESLANDES S.F; Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(11):2633-2642, nov, 2008.

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

BALLONE, G.J. **Gravidez na adolescência**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

BARBOSA, K.B.F. et al. Instrumentos de inquérito dietético utilizados na avaliação do consumo alimentar em adolescentes: comparação entre métodos. **ALAN**, Caracas, v. 57, n. 1, 2007.

BEMFAM - Sociedade Civil de Bem-Estar 1996. **Pesquisa nacional sobre demografia (Relatório)**. Rio de Janeiro.

BERETTA, M.I.R. et al., A construção de um projeto na maternidade adolescente: relato de experiência. **Revista Escola Enfermagem**. USP 2011; 45(2):533-6. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/> . Acesso em: 8 jul. 2015.

BARROS, D.C.; **O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde pública, Rio de Janeiro, 2002.

BARROS, D.C.; et al.; O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S121-S129, 2004.

BARROS, D.C.; **Avaliação nutricional antropométrica de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado. Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BERTIN, R.L. et al. Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 6, n. 4, p. 383-390, 2006.

BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da justiça, 1990.

BRÊTAS, J.R.S.; et al., Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3221-3228, 2011.

CAROBA, D.C.R.; **A escola e o consumo alimentar de adolescentes matriculados na rede pública de ensino**. Dissertação apresentada a Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz. São Paulo, 2002.

CESAR, J.A.; et al., Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):985-994, mai, 2011.

CONTI M.A. et al. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev.Nutr**, v.18, n. 4, p. 491-497, Campinas, 2005.

COUTINHO, J.G et al. A desnutrição e obesidade no Brasil: O enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S332-S340, 2008.

DATASUS. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 8 de jul. 2015.

DEMÉTRIO, F. Pirâmide alimentar para gestantes eutróficas de 19 a 30 anos. **Rev. nutr**, v. 23, n. 5, p. 763-778, 2010.

DIAS, A.C.G.; TEIXEIRAS, M.A.P.; **Gravidez na adolescência**: um olhar sobre um fenômeno complexo. jan.-abr. 2010, Vol. 20, No. 45, 123-131

DOMINGOS, A.C.; **Gravidez na adolescência: Enfrentamento na estratégia de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Monografia. Uberaba, 2010.

DREHMER, M.; **Índice de Massa Corporal pré-gestacional, fatores relacionados à gestação e ganho de peso materno em unidades básicas de saúde no sul do Brasil**- Estudo do consumo e do comportamento alimentar na gestação. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2008.

EISENSTEIN, E; et al., Nutrição na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro: 76 (Supl.3) : S263-S274, 2000.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro: v.2, n.2, 2005.

FARIAS JÚNIOR, J.C.; Cazusa; LOPES, A.S; Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. **R. bras. Ci. e Mov.** Brasília v. 12 n. 1 p. 7-12 jan./mar. 2004. Disponível em: < <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/535/559>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

FISBERG, R.M. et al. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 5, p. 617-24, 2009.

FREITAS, E.S. et al. Recomendações nutricionais na gestação. **Revista destaques Acadêmicos**, ano 2, n.3, 2010-CCBS/UNIVATES.

FREITAS, E.S. et al. Recomendações nutricionais na gestação. **Destaques Acadêmicos**, v. 2, n. 3, 2011.

FUJIMORI, E. et al. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. **Rev Nutr**, v.13, n.3, p. 177-84, 2000.

GALLETTA, M. A. **Obstetrícia Básica**. 3 ed. São Paulo, SP: Sarvier, 2005. p. 63.

GAMA, S.G.N.; **A gravidez na adolescência e efeitos adversos no recém-nascido: Um estudo no município do Rio de Janeiro**. Escola Nacional de Saúde Pública. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro s.n 105 p, 2001.

GAMA, S.G.N. et al. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1):153-161, jan-fev, 2002.

GARBIN, C.A.S; et al. A saúde na percepção do adolescente. **Physis: revista de saúde coletiva**, p. 227-238, 2009.

GOLDENBERG, P.; et al., Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Carlos, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1077-1086, 2005.

GUIMARÃES, A.F; SILVA, S.M.C.S.; Necessidades e recomendações nutricionais na gestação. **Cadernos**, Centro Universitário de São Camilo, São Paulo , v.9, n 2 , p. 36-49, abr/jun.2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)120.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)120.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. (Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica.

KASSAR, S.B.; et al., Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. Recife, 5 (3): 293-299, jul. / set., 2005.

MARTINEZ E.Z et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):855-867, mai, 2011.

BRASIL. Ministério de Minas e Energia. **Diagnóstico do Município de Escada, 2005**. Disponível em: <www.cprm.gov.br> Acesso em:16 nov. 2014.

MONTEIRO, N.R.O. et al. Gravidez e maternidade de adolescentes: fatores de risco **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**. 2011; 21(2): 198-209

MONTICELLI , F.D.B. **Consumo alimentar de adolescentes em escola municipal de Curitiba**. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em nutrição e saúde pública da USP. São Paulo, 2010.

MOREIRA,T.M.M. et al.Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez.**Revista Escola Enfermagem**. USP2008; 42(2):312-20.www.ee.usp.br/reeusp/

MOREIRA, M. M.; Adolescentes e jovens do sexo masculino: riscos de contrair HIV/AIDS ou DST ou engravidar uma parceira. **Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

NOGUEIRA, N.N. et al. Perfil nutricional de recém-nascidos de mães adolescentes suplementadas com ferro, em diferentes concentrações, zinco e ácido fólico. **Rev. nutr**, v.15,n.2,p. 194-200,2002.

OLIVEIRA, S.C.; FERNANDES A.F.C. Comportamento alimentar entre adolescentes grávidas: Contribuições para educação em saúde, **Convibra Saúde**, 2012.

OMS. Diretriz: **Suplementação de Ferro e ácido fólico em gestantes**. Genbra: Organização Mundial da Saúde; 2013.

PANTOJA, F.C; et al., Adolescentes grávidas: Vivência de uma Nova Realidade.**Psicologia Ciência e Profissão** 27 (3), 510-521,2007.

PINO, D.L.D.; Adaptação e validação de um questionário de frequência alimentar para crianças de 6 a 10 anos. **Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação e Ciências Médicas : Endocrinologia**. Porto Alegre,2009.

REZENDE, C.B.; Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. **Trabalho apresentado na 29ª Reunião Brasileira de Antropologia**. Natal,2014.

RUDGE, M.V.C; et al., **Ostetrícia Básica**. 3.ed.São Paulo, SP: Sarvier, 2005. p. 36.

SALES,R.L. et al. Desenvolvimento de um inquérito para avaliação da ingestão alimentar de grupos populacionais. **Rev nutr**,Campinas,19 (5); 539-552, set./out.,2006.

SANTANNA, M.J.C.; COATES, V; Atenção integral a adolescente grávida. **Revista Pediatria Moderna** 37 ed: 10-13, 2001.

SILVA, A.R.V. et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 18-24.

SIMÕES, V.M.F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev Saúde Pública** 2003;37(5):559-65

SOUZA , A.I. et al. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter** ., v. 24, n. 1, p. 29-36,2002.

VALDUGA, L.; **Avaliação do estado nutricional, hábitos alimentares e utilização de sulfato ferroso e ácido fólico por uma amostra de gestantes de Guarapuava-PR**. Monografia, Guarapuava, 2010.

VOCI, S. M. et al. Validação do Questionário de Frequência Alimentar para Adolescentes (QFAA) por grupos de alimentos em uma população de escolares. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 4, p. 561-72, 2008.

XIMENES NETO, F.R.G. et al.. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília 2007 maio-jun; 60(3):279-85.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido para pais ou responsável.

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

Termo de assentimento livre e esclarecimento (menores de 18 anos)

Convidamos a sua filha, que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntária, da pesquisa ESTILO DE VIDA DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Diná Lyra da Trindade Silva, endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, Bela vista, Vitória de Santo Antão/PE, CEP: 55608-680, Telefone: 3523-3351 / 8484-7013 (atendendo ligações à cobrar), e-mail: dinalyatrindade@hotmail.com; e está sob a orientação do Prof Dr. Augusto Cesar Barreto Neto; e-mail: E-mail: augustocesarb@yahoo.com.br.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que sua filha faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o Sr. (a) ou a sua filha serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação dela a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- A pesquisa será direcionada às adolescentes grávidas com o objetivo de analisar o estilo de vida e comportamento de risco a saúde quanto às dimensões socioeconômica, demográfica, comportamentais (hábitos alimentares e prática de atividade física) e obstétricos das adolescentes de 10 a 19 anos gestantes residentes na Zona da Mata do Estado de Pernambuco, Brasil. Essa análise será feita por meio da aplicação do questionário e equipamentos (tensiometro, balança, estadiometro) acompanhado pela pesquisadora responsável.

- A pesquisa poderá ter uma duração de 15 (quinze) minutos.
- O risco apresentado por esse estudo às pessoas envolvidas está relacionado a algum tipo de desconforto ou constrangimento em responder as perguntas, já que os questionários são um meio de exposição de dados pessoais do indivíduo, porém deve-se levar em consideração que este estudo está sendo realizado de acordo com a resolução 466/12. Em caso de algum tipo de lesão física ou moral à participante será indenizada parcial ou integral, dependendo do grau dos danos sofridos e ressarcimento de suas despesas.
- Os benefícios diretos constituem na busca de um melhor estilo de vida a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida às adolescentes grávidas, e os indiretos visam melhorar as políticas públicas na saúde do adolescente.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação dela. Os dados coletados nesta pesquisa (questionário), ficarão armazenados em pastas, sob a responsabilidade do orientador, no endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, Bela vista, Vitória de Santo Antão/PE, CEP: 55608-680, no laboratório de Urgência e Emergência do Centro Acadêmico de Vitória pelo tempo de cinco anos.

O (a) senhor(a) não pagará nada para a sua filha participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

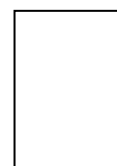
Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: avenida da engenharia s/n- 1 andar, sala

4- Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126-8588-
e-mail: cepccs@ufpe.br.

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, responsável pela
menor _____, autorizo a
sua participação no estudo ESTILO DE VIDA DE GRÁVIDAS
ADOLESCENTES NA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO, como
voluntária. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela
pesquisadora, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis
riscos e benefícios decorrentes da participação dela. Foi-me garantido que
posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve
a qualquer penalidade para mim ou para a minha filha.



Local e Data: _____

Assinatura do participante (ou responsável legal): _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a
pesquisa e aceite do sujeito em participar.) 02 testemunhas (não ligadas à
equipe de pesquisadores)

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de 18 anos.

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória Termo de assentimento livre e esclarecimento (maiores de 18 anos)

Convidamos a Sr. Para participar, como voluntária, da pesquisa ESTILO DE VIDA DE GRÁVIDAS ADOLESCENTES. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Diná Lyra da Trindade Silva, endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, Bela vista, Vitória de Santo Antão/PE, CEP: 55608-680, Telefone: 3523-3351 / 8484-7013 (atendendo ligações à cobrar), e-mail: dinalyatrindade@hotmail.com; e está sob a orientação do Prof Dr. Augusto Cesar Barreto Neto; e-mail: augustocesarb@yahoo.com.br.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr, não penalizada de forma alguma. A senhora tem o direito de retirar o consentimento da participação dela a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- A pesquisa será direcionada às adolescentes grávidas com o objetivo de analisar o estilo de vida e comportamento de risco a saúde quanto às dimensões socioeconômica, demográfica, comportamentais (hábitos alimentares e prática de atividade física) e obstétricos das adolescentes de 10 a 19 anos gestantes residentes na Zona da Mata do Estado de Pernambuco, Brasil. Essa análise será feita por meio da aplicação do questionário e equipamentos (tensiômetro, balança, estadiômetro) acompanhado pela pesquisadora responsável.
- A pesquisa poderá ter uma duração de 15 (quinze) minutos.

- O risco apresentado por esse estudo às pessoas envolvidas está relacionado a algum tipo de desconforto ou constrangimento em responder as perguntas, já que os questionários são um meio de exposição de dados pessoais do indivíduo, porém deve-se levar em consideração que este estudo está sendo realizado de acordo com a resolução 466/12. Em caso de algum tipo de lesão física ou moral a participante será indenizada parcial ou integral, dependendo do grau dos danos sofridos e ressarcimento de suas despesas.
- Os benefícios diretos constituem na busca de um melhor estilo de vida a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida às adolescentes grávidas, e os indiretos visam melhorar as políticas públicas na saúde do adolescente.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação dela. Os dados coletados nesta pesquisa (questionário) ficarão armazenados em pastas, sob a responsabilidade do orientador, no endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, Bela vista, Vitória de Santo Antão/PE, CEP: 55608-680, no laboratório de Urgência e Emergência do Centro Acadêmico de Vitória pelo tempo de cinco anos.

A senhora não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: avenida da engenharia s/n- 1 andar, sala 4- Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126-8588- e-mail: cepccs@ufpe.br.

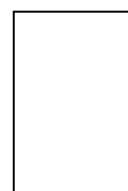
Assinatura do pesquisador (a)

**ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO
VOLUNTÁRIA**

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou escuta da
leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e de ter
esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo
em participar do estudo ESTILO DE VIDA DE GRÁVIDAS
ADOLESCENTES NA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO, como
voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora, os
procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e
benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso
retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a
qualquer penalidade.

Local e Data _____

Assinatura do participante (ou responsável
legal): _____



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a
pesquisa e aceite do sujeito em participar.) 02 testemunhas (não ligadas à
equipe de pesquisadores)

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE- C

QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

ESTILOS DE VIDA DAS GESTANTES ADOLESCENTES.

Leia as seguintes orientações antes de preencher os questionários:

- O estudo pretende oferecer uma visão analítica, que permita uma conclusão do estilo de vida das adolescentes grávidas do município de Escada – PE.
- A pesquisa será conduzida através de questionários que perguntarão sobre o seu nível de instrução, condições sociodemográficas, sua história reprodutiva, clínica e obstétrica, avaliação nutricional, estilo e qualidade de vida.
- Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
- Você deve responder a todas as perguntas.
- Você deve responder as questões com caneta. As informações que você nos der serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

QUESTIONÁRIO

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS QUE VOCÊ IRÁ RESPONDER SÃO REFERENTES A VOCÊ, SUA FAMÍLIA E AO PAI DO SEU FILHO

1- LOCAL DA RESIDÊNCIA: ☐ Zona Rural. ☐ Zona urbana.

2- UNIDADE DE SAÚDE ONDE REALIZA O PRÉ-NATAL: _____

3- IDADE EM ANOS: _____

4- PESO ANTES DE ENGRAVIDAR : _____ 5- PESO: _____ 6- ALTURA: _____

7-IMC: _____ 8- PRESSÃO ARTERIAL: _____

8- REALIZA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA? ☐ sim. ☐ não.

SE SIM, QUAL/QUAIS?

9- QUAL A SUA RELIGIÃO? ☐ Evangélica. ☐ Católica. ☐ Espírita. ☐ Outras. ☐ Não tenho religião.

10- DE QUE COR DE PELE VOCÊ SE CONSIDERA?

☐ Branco. ☐ Negro. ☐ Pardo. ☐ Índio. ☐ Outros.

11 - QUAL SEU ESTADO CIVIL?

☐ Solteira. ☐ Casada ou morando junto. ☐ Separada. ☐ Viúva.

12 – QUAL ERA A SUA SITUAÇÃO CONJUGAL QUANDO VOCÊ ENGRAVIDOU?

☐ Solteira. ☐ Casada. ☐ União consensual. ☐ Divorciada. ☐ Separada. ☐ Viúva.

13-VOCÊ MORA COM SUA MÃE E PAI JUNTOS?

☐ Sim. ☐ Não, moro sozinho. ☐ Não, moro com companheiro(a).

☐ Não, somente com minha Mãe (são separados). ☐ Não, somente com o meu Pai (são separados).

☐ Não, com parentes (avós, tios ou outros). ☐ Não, com parentes, pais são falecidos.

14- O PAI DA CRIANÇA MORA COM VOCÊ E SEU FILHO? ☐ sim. ☐ não.

15- ONDE VOCÊ MORA?

☐ Casa. ☐ Apartamento.

☐ Residência coletiva (pensão, alojamento). ☐ Outros. _____

16- SUA CASA POSSUI ÁGUA ENCANADA? ☐ sim. ☐ não.

17- SUA CASA POSSUI ENERGIA ELÉTRICA? ☐ sim. ☐ não.

18- A CASA ONDE VOCÊ MORA É FEITA DE TIJOLOS (CASA DE ALVENARIA)? ☐ sim. ☐ não.

19- VOCÊ TRABALHA?

☐ Não trabalho.

☐ Sim, com:

20- SEU PAI TRABALHA EM QUÊ?

☐ Não trabalha/Desempregado.

22- SUA MÃE TRABALHA EM QUÊ?

☐ Não trabalha/Desempregada.

23- SEU COMPANHEIRO TRABALHA EM QUÊ?

☐ Não trabalha desempregado. ☐ Não tenho companheiro.

24- VOCÊ RECEBE AJUDA FINANCEIRA DO PAI DA CRIANÇA?

☐ sim. ☐ não. ☐ Não tenho companheiro.

25- NA SUA CASA, SOMANDO TODO O DINHEIRO QUE TODOS GANHAM POR MÊS, QUANTOS VOCÊS GANHAM EM REAIS?

26- VOCÊ ESTUDA? QUAL A SUA SÉRIE?

ABEP- CLASSIFICAÇÃO SÓCIOECONOMICA

	QUANTIDADE DE ITENS				
	0	1	2	3	4 OU +
TELEVISÃO EM CORES					
RÁDIO					
BANHEIRO					
AUTOMÓVEL					
EMPREGADA MENSALISTA					
MÁQUINA DE LAVAR					
DVD					
GELADEIRA					
FREEZER (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

ESCOLARIDADE DO CHEFE DE FAMÍLIA	
ANAFALBETO/ FUNDAMENTAL 1 INCOMPLETO	
FUNDAMENTAL 1 COMPLETO/ FUNDAMENTAL 2 INCOMPLETO	
FUNDAMENTAL 2 COMPLETO/ SUPERIOR INCOMPLETO	
SUPERIOR COMPLETO	

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS QUE VOCÊ IRÁ RESPONDER ESTÃO RELACIONADAS COM DADOS SOBRE A
ANTICONCEPÇÃO/REPRODUÇÃO

01- QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA NA ÉPOCA DA SUA PRIMEIRA MENSTRUACÃO? _____

02- QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO TEVE A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL? _____

03- QUAL MÉTODO ANTICONCEPCIONAL VOCÊ USAVA ANTES DA GESTAÇÃO?

☐ camisinha. ☐ diafragma. ☐ coito interrompido. ☐ pílulas. ☐ DIU. ☐ outros.

☐ Não uso nenhum.

04- SE NÃO USAVA NENHUM, POR QUÊ?

☐ não conhecia os métodos.

☐ não esperava ter relação naquele momento.

☐ pensava que não podia engravidar.

☐ não tinha acesso aos métodos.

☐ desejava ter um filho.

☐ outros.

05- QUAL A IDADE QUE VOCÊ CONSIDERA IDEAL PARA INICIAR A ATIVIDADE SEXUAL? _____

06- QUAL IDADE VOCÊ CONSIDERA IDEAL PARA A MULHER TER O PRIMEIRO FILHO? _____

07- QUANTOS ANOS TEM O PAI DO SEU FILHO(S)? _____

08- RELAÇÃO SEXUAL COM O(S) PARCEIROS. QUANTOS PARCEIROS VOCÊ TEVE/TEM? _____

09- VOCÊ JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL? ☐ sim. ☐ não.

10- PORTADOR DE ALGUMA DOENÇA PREEXISTENTE? ☐ sim. ☐ não.

SE SIM, QUAL? _____

11- REALIZOU O TRATAMENTO ADEQUADO? ☐ sim. ☐ não.

SE NÃO, POR QUÊ? _____

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS QUE VOCÊ IRÁ RESPONDER ESTÃO RELACIONADAS COM OS SEUS DADOS CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS

01- VOCÊ PLANEIOU A GRAVIDEZ? ☐ sim. ☐ não.

02- VOCÊ TEVE ALGUM APOIO NO INÍCIO DA GRAVIDEZ? ☐ sim. ☐ não.

SE SIM, DE QUEM? _____

03- É O SEU PRIMEIRO FILHO? ☐ sim. ☐ não.

SE NÃO, QUANTOS FILHOS VC JÁ TEM? _____

04- QUANTOS FILHOS NASCERAM VIVOS? _____

05- QUANTOS FILHOS MORRERAM APÓS O NASCIMENTO? _____

06- VOCÊ JÁ SOFREU ABORTO? ☐ sim. ☐ não.

SE SIM, QUANTOS? _____

07- QUAL FOI O DIA DA SUA ÚLTIMA MENSTRUACÃO? _____

08- QUAL É A IDADE GESTACIONAL A QUAL VOCÊ SE ENCONTRA NESSE MOMENTO? _____

09- EM QUAL TRIMESTRE VOCÊ SE ENCONTRA? _____

10- QUAL É A DATA PROVÁVEL DO PARTO? _____

11- COM QUANTOS MESES DE GESTAÇÃO VOCÊ INICIOU O PRÉ-NATAL? _____

12- QUANTAS VISITAS AO PRÉ-NATAL VOCÊ FEZ DURANTE A GESTAÇÃO? _____

13- DURANTE O PRÉ-NATAL, QUAIS ORIENTAÇÕES VOCÊ RECEBEU?

☐ não recebi orientações.

☐ alimentação.

☐ controle de peso.

☐ data provável do parto.

☐ aleitamento materno.

☐ outro(s)

14- VOCÊ TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DURANTE A GESTAÇÃO? ☐ sim. ☐ não.

SE SIM,

QUAIS? _____

15- PRECISOU DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO? ☐ sim. ☐ não.

SE SIM,

QUAIS? _____

16- VOCÊ FEZ O TRAMENTO COMPLETO ? ☐ sim. ☐ não.

SE SIM,

QUAIS? _____

17- VOCÊ TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DURANTE A GESTAÇÃO QUE PRECISOU IR AO HOSPITAL?

☐ sim. ☐ não.

SE SIM,

QUAIS? _____

18- E HOJE, VOCÊ FAZ USO DE ALGUM MEDICAENTO?

☐ sim. ☐ não.

SE SIM,

QUAIS? _____

AS PRÓXIMAS PERUNTAS QUE VOCÊ IRÁ RESPONDER SÃO SOBRE O USO DE TABACO (CIGARRO).

01- Você já tentou fumar cigarro, mesmo dando uma ou duas tragadas?

☐ Não fumo Cigarro. ☐ Sim. ☐ Não.

02- Que idade você tinha quando fumou um cigarro inteiro pela primeira vez?

☐ Não fumo Cigarro. ☐ 9 a 10 anos. ☐ 15 a 16 anos.
☐ Eu nunca fumei um cigarro inteiro. ☐ 11 a 12 anos. ☐ 17 anos ou mais.
☐ 8 anos ou menos. ☐ 13 a 14 anos.

03- Nos últimos doze meses você fumou cigarro?

☐ Não fumo Cigarro. ☐ Sim. ☐ Não.

04- Nos últimos trinta dias, em quantos dias você fumou cigarro?

☐ Não fumo Cigarro. ☐ 1 a 2 dias. ☐ 6 a 9 dias. ☐ 20 a 29 dias.
☐ Nenhum. ☐ 3 a 5 dias. ☐ 10 a 10 dias. ☐ Nos 30 dias.

05- Nos últimos trinta dias, nos dias em que você fumou, quantos cigarros você fumou por dia?

- | | |
|--|---|
| ☐ Não fumo Cigarro. | ☐ 2 a 3 cigarros por dia. |
| ☐ Eu não fumei cigarro nos últimos trinta dias. | ☐ 6 a 10 cigarros por dia. |
| ☐ Menos de um cigarro por dia. | ☐ 11 a 20 cigarros por dia. |
| ☐ 1 cigarro por dia. | ☐ Mais de 20 cigarros por dia. |

06- Você já tentou parar de fumar?

- ☐ Não fumo Cigarro. ☐ Sim. ☐ Não.

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. ISSO INCLUI CERVEJA, CACHAÇA, VINHO, VODKA, RUM, BATIDA OU QUALQUER OUTRA BEBIDA CONTENDO ÁLCOOL.

"BEBER ÁLCOOL NÃO INCLUI BEBER POUCOS GOLES DE VINHO POR MOTIVOS RELIGIOSOS"

01- Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu pelo menos uma dose de bebida contendo álcool?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Não bebo bebida com álcool. | ☐ 6 a 9 dias. | ☐ 20 a 29 dias. |
| ☐ 3 a 5 dias. | ☐ 10 a 19 dias. | ☐ Todos os 30 dias. |

02- Durante os últimos 30 dias, como você conseguiu a bebida que você consumiu?

- | | |
|---|---|
| ☐ Não bebo bebida com álcool. | ☐ Eu consegui com meus amigos. |
| ☐ Eu não consumi bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias. | ☐ Eu consegui na minha casa. |
| ☐ Eu comprei num bar, num restaurante ou num supermercado. | ☐ Eu roubei. |
| ☐ Eu comprei de um vendedor de rua. | ☐ Eu consegui de alguma outra forma. |
| ☐ Eu dei dinheiro a alguém para alguém comprar. | |

03- Durante a sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou embriagado (bêbado)?.

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Não bebo. | ☐ 1 a 2 vezes. | ☐ 10 vezes ou mais. |
| ☐ Nenhuma vez. | ☐ 3 a 9 vezes. | |

04- Durante a sua vida, quantas vezes você utilizou álcool antes de manter relacionamentos sexuais?

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Não bebo bebida com álcool. | ☐ 3 a 9 vezes. | ☐ Nenhuma vez. |
| ☐ 10 vezes ou mais. | ☐ 1 a 2 vezes. | ☐ sempre. |

AGORA FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS REFERENTES A SUA QUALIDADE DE VIDA

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA FERRANS & PAWERS

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:

O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO:

	Sem ou nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2. Esta gravidez?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3. O cuidado pré-natal ?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
4. Estar completamente livre de desconforto?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5. Estar completamente livre de mudanças de humor ?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:

O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO:

	Sem ou nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
6. Estar completamente livre de irritações?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
9. Ter condições físicas para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
10. Viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
11. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
12. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

	QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:						O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO:					
	Sem ou nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
14. Seu relacionamento com seu esposo/companheiro?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
15. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
16. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
17. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
18. Cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
19. Ter capacidade para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
20. Ter um nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
21. Seu lar?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:

O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO:

	Sem ou nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
22. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
23. Ter boas condições socioeconômicas?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
24. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
25. Ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
26. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
27. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
28. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
29. Ter essa criança?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
30. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:

O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO:

	Sem ou nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
31. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
32. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
33. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
34. Estar satisfeito com a vida?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
35. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
36. Ser você mesmo?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS QUE VOCÊ IRÁ RESPONDER SÃO REFERENTES A ATIVIDADE FÍSICA

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA- GSHS

As próximas 2 perguntas se referem a sua atividade física. A atividade física é qualquer atividade que acelera os batimentos cardíacos e perda de calorias. Se pode ter atividade física dos esportes, jogando com amigos ou caminhando até a escola. Alguns exemplos de atividade física são correr, caminhar rapidamente, andar de bicicleta, dançar, jogar futebol e (exemplos próprios do país).

Some todo o tempo que dedica à atividade física cada dia. Não inclua suas aulas de ginástica ou educação física.

1. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS PRÁTICA UMA ATIVIDADE FÍSICA POR UM TOTAL DE MENOS 60 MINUTOS AO DIA?

☐ 0 DIAS. ☐ 1 DIA. ☐ 2 DIAS. ☐ 3 DIAS. ☐ 4 DIAS. ☐ 5 DIAS. ☐ 6 DIAS. ☐ 7 DIAS.

2. DURANTE UMA SEMANA TÍPICA OU USUAL, QUANTOS DIAS PRÁTICA UAM ATIVIDADE FÍSICA POR UM TOTAL DE MENOS 60 MINUTOS AO DIA?

☐ 0 DIAS. ☐ 1 DIA. ☐ 2 DIAS. ☐ 3 DIAS. ☐ 4 DIAS. ☐ 5 DIAS. ☐ 6 DIAS. ☐ 7 DIAS.

A próxima pergunta se refere ao tempo que você passa geralmente sentado quando não está na escola ou fazendo suas tarefas escolares.

3. DURANTE UM DIA TÍPICO OU USUAL QUANTO TEMPO PASSA SENTADO VENDO TELEVISÃO, JOGANDO JOGOS NO COMPUTADOR, CONVERSANDO COM AMIGOS OU FAZENDO OUTRAS COISAS QUE EXIJAM PERMANECER SENTADO, COMO EXEMPLOS PRÓPRIOS DO PAÍS?

☐ MENOS DE UMA HORA POR DIA.	☐ 1 A 2 HORAS POR DIA.
☐ 3 A 4 HORAS POR DIA.	☐ 5 A 6 HORAS POR DIA.
☐ 7 A 8 HORAS POR DIA.	☐ MAIS DE 8 POR DIA.

As próximas 2 perguntas se referem à ir a escola e voltar para casa.

4. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, QUANTOS DIAS FOI À ESCOLA E VOLTOU PARA CASA CAMINHANDO OU DE BICICLETA?

☐ 0 DIAS. ☐ 1 DIA. ☐ 2 DIAS. ☐ 3 DIAS. ☐ 4 DIAS. ☐ 5 DIAS. ☐ 6 DIAS. ☐ 7 DIAS.

5. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, QUANTO TEMPO VOCÊ GASTA PARA CHEGAR À ESCOLA E VOLTAR PARA CASA CADA DIA? SOME O TEMPO QUE TOMA PARA IR PARA ESCOLA E VOLTAR PARA CASA.

☐ MENOS DE 10 MINUTOS AO DIA.	☐ 10 a 19 MINUTOS POR DIA.
☐ 20 a 29 MINUTOS AO DIA.	☐ 30 a 39 MINUTOS AO DIA.
☐ 40 a 49 MINUTOS DIA.	☐ 50 a 59 MINUTOS AO DIA.
☐ 60 OU MAIS MINUTOS AO DIA.	

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS QUE VOCÊ IRÁ RESPONDER SÃO REFERENTES A ATIVIDADE FÍSICA

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA- PPAQ (Adaptado para adolescentes)

É muito importante você falar honestamente sobre você. Não existe resposta certa ou errada. Nós apenas queremos saber sobre as coisas que você está fazendo durante esse trimestre.

Durante esse Trimestre, quando você não está na escola, quanto tempo você usualmente gasta:

1. PREPARANDO COMIDA (COZINHANDO, ARRUMANDO A MESA, LAVANDO A LOUÇA)?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

2. VESTINDO, DANDO BANHO, ALIMENTANDO CRIANÇAS ENQUANTO VOCÊ ESTÁ SENTADA?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

3. VESTINDO, DANDO BANHO, ALIMENTANDO CRIANÇAS ENQUANTO VOCÊ ESTÁ EM PÉ?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

4. BRINCANDO COM CRIANÇAS SENTADA OU EM PÉ?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

5. BRINCANDO COM CRIANÇAS ANDANDO OU CORRENDO?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

6. CARREGANDO CRIANÇA?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

7. CUIDANDO DE ADULTOS MAIS VELHOS?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

8. SENTADA USANDO O COMPUTADOR OU ESCRIVENDO, ENQUANTO VOCÊ NÃO ESTÁ NA ESCOLA?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

9. ASSISTINDO TV OU VÍDEO?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

10. SENTADA LENDO, FALANDO OU NO TELEFONE, ENQUANTO VOCÊ NÃO ESTÁ NA ESCOLA?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

11. BRINCANDO COM ANIMAIS?

- ☐ Nenhum. ☐ Menos que 30 min por dia. ☐ De 30 min a quase 1 hora.
☐ De 1 a 2 horas por dia. ☐ 3 ou mais horas por dia.

12. FAZENDO LIMPEZA LEVE (ARRUMAR CAMA, LAVAR E PASSAR)?

- () Nenhum. () Menos que 30 min por dia. () De 30 min a quase 1 hora.
() De 1 a 2 horas por dia. () 3 ou mais horas por dia.

13. FAZENDO COMPRAS (ALIMENTOS, ROUPAS, OU OUTRAS COISAS)?

- () Nenhum. () Menos que 30 min por dia. () De 30 min a quase 1 hora.
() De 1 a 2 horas por dia. () 3 ou mais horas por dia.

14. FAZENDO LIMPEZA PESADA (PASSAR ASPIRADOR, VARRER, LAVAR JANELAS)?

- () Nenhum. () Menos que 30 min por dia. () De 30 min a quase 1 hora.
() De 1 a 2 horas por dia. () 3 ou mais horas por dia.

15. ANDANDO LENTAMENTE PARA IR A ALGUM LUGAR, COMO PARA PEGAR ÔNIBUS, IR A ESCOLA. NÃO POR LAZER OU EXERCÍCIO.

- () Nenhum. () Menos que 30 min por dia. () De 30 min a quase 1 hora.
() De 1 a 2 horas por dia. () 3 ou mais horas por dia.

16. ANDANDO RAPIDAMENTE PARA IR A ALGUM LUGAR, COMO PARA PEGAR ÔNIBUS, IR A ESCOLA. NÃO POR LAZER OU EXERCÍCIO.

- () Nenhum. () Menos que 30 min por dia. () De 30 min a quase 1 hora.
() De 1 a 2 horas por dia. () 3 ou mais horas por dia.

17. DIRIGINDO OU PASSEANDO DE CARRO OU DE ÔNIBUS.

- () Nenhum. () Menos que 30 min por dia. () De 30 min a quase 1 hora.
() De 1 a 2 horas por dia. () 3 ou mais horas por dia.

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS QUE VOCÊ IRÁ RESPONDER ESRÃO REFERENTES A SUA ALIMENTAÇÃO:

QUESTIONÁRIO DE CONSUMO ALIMENTAR

FRUTAS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
ABACAXI (fruta)										
LARANJA (unidade)										
MAÇA (unidade)										
MAMÃO (fruta)										
MANGA (unidade)										
MELANCIA (fruta)										
MELÃO (fruta)										
SALADA DE FRUTAS (copo)										

LEGUMES E VERDURAS/QUANTIDADE	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes / Mês	Nunca / Quase nunca	Antes da gestação
ABÓBORA (colher de sopa)										
INHAME (pedaço)										
ALFACE (pires de xicara)										
CENOURA (colher de sopa)										
CHUCHU (colher de sopa)										
COUVE (colher de sopa)										
COUVE FLOR (colher de sopa)										
ERVILHA/ ERVILHA ENLATADA (colher de sopa)										
MILHO/MILHO ENLATADO (colher de sopa)										
SALADA DE MAIONESE/ SALADA DE BATATA (colher de sopa)										
SOPA DE LEGUMES (concha média)										
TOMATE (colher de sopa)										
VAZEM (colher de sopa)										
AZEITE DE OLIVA (colher de sopa)										

LANCHES	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/ Mês	Nunca/ Quase nunca	Antes da gestação
PÃO										
PÃO DE FORMA (fatia)										
PÃO FRANCÊS (unidade)										
PÃO DE LEITE (unidade)										
PÃO INTEGRAL (fatia)										
PÃO DOCE (unidade)										
TORRADA INDUSTRIALIZADA (fatia)										

FRIGOS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/ Quase nunca	Antes da gestação
GELEIA (colher de sopa)										
MAIONESE INDUSTRIAL (colher de sopa)										
MANTEIGA (colher de chá)										
MARGARINA (colher de chá)										
MARGARINA LIGHT (colher de chá)										
REQUEIÃO (colher de sopa)										
REQUEIÃO LIGHT (colher de sopa)										

QUEILOS E PRESUNTOS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/ Quase nunca	Antes da gestação
PRATO/MUSSARELA (fatia)										
PRESUNTO (fatia)										
PRESUNTO DE PERU (fatia)										

BISCOITOS E BOLOS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/ Quase nunca	Antes da gestação
Biscoito doce: maria/malsena (unidade)										
Biscoito doce recheado (unidade)										
Biscoito salgado: club social; cream cracker; (unidade)										
Biscoito tipo salgadinho (pacote)										
Bolo recheado (fatia)										
Bolo simples (fatia)										

SALGADOS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Pizza (fatia)										
Salgado assado: empada; coxinha; de queijo. (unidade)										
Salgado frito: coxinha; pastel; quibe. (unidade)										
Sanduíche tipo hambúrguer (unidade)										

BEBIDAS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Bebida de soja (copo tipo requieijo)										
Café (copo caixinha)										
CHÁ (xícara de chá)										
Refrigerante (copo tipo requieijo)										
REFRIGERANTE LIGHT (copo tipo requieijo)										
Suco industrializado (copo tipo requieijo)										
SUCO NATURAL (copo tipo requieijo)										
SUCO REFRESCO (copo tipo requieijo)										

LEITE E DERIVADOS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Iogurte (copo tipo requieijo)										
Iogurte light (copo tipo requieijo)										
Leite desnatado (copo tipo requieijo)										
Leite integral (copo tipo requieijo)										

OUTROS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Avelã (colher de sopa)										
Chocolate (barra pequena)										
Pipoca (saco)										
Bala (unidade)										
Doce de leite (unidade)										
Gelatina (colher de sopa)										
Goiabada (fatia)										
Outro doce de frutas										
Pudim (colher de sopa)										
Sorvete (bola)										
Açúcar refinado (colher de sobremesa)										

PRATOS QUENTES	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Angu ou polenta										
Arrroz branco										

ALIMENTO AGRUPADO	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Arrroz branco										
Arrroz integral										
Farinha de mandioca										
Farofa										
Feijão preto										
Macarrão										

Batata	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Batata cozida ou assada										
Coruja										
Frita ou palha										
Purê de batata										

Ovos	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Cozido										
Frito										
Omelete										
Mixado										

CARNES	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Carne de boi										
Almôlegas										
Bife										
Carne assada										
Carne desfiada										
Carne moída										
Carne seca/ carne de sol/ charque										

FRANGO	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Empadado										
Empadado/ cozido										
Frito										
Grelhado										

PEIXE	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/semana	De 2 a 4 vezes/semana	1 vez/semana	De 1 a 3 Vezes/Mês	Nunca/Quase nunca	Antes da gestação
Empadado/ cozido										
ALIMENTO AGRUPADO		+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia							
Frito										

OUTRAS CARNES	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/ semana	De 2 a 4 vezes/ semana	1 vez/ semana	De 1 a 3 Vezes/ Mês	Nunca/ Quase nunca	Antes da gestação
Carne de porco										
Fígado de boi										
Linguiça										
Salônica										

OUTROS ALIMENTOS	Nº de porções	+ de 3 vezes/dia	De 2 a 3 vezes/dia	1 vez/dia	De 5 a 6 vezes/ semana	De 2 a 4 vezes/ semana	1 vez/ semana	De 1 a 3 Vezes/ Mês	Nunca/ Quase nunca	Antes da gestação

ANEXO

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV
CEP: 55608-608- VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE
TELEFONE/FAX (081) 3523-3351 (Diretoria)
E-mail: augustocesarb@yahoo.com.br

Vitória de Santo Antão, 01 de Abril de 2013.

CARTA DE ANUÊNCIA

A Sua Excelência
Diretor da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Escada/PE

Solicitação da autorização institucional para realização da pesquisa intitulada ESTILO DE VIDA DAS GESTANTES ADOLESCENTES NA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO, pela graduanda do curso Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Dr. Augusto Cesar Barreto Neto, SIAPE: 2581613. Que utilizará da seguinte metodologia: preenchimento de questionários. O principal objetivo é entrevistar as adolescentes gestantes que estão realizando as consultas do pré-natal, necessitando, portanto ter acesso às unidades básicas de saúde. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome "secretaria municipal de Escada" possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Declaro ainda para os devidos fins, que a qualquer momento, se necessário, a aluna poderá ter o termo de autorização cancelado, caso seja comprovada atividades que causem prejuízos a instituição ou usuários do serviço. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.


Prof. Dr. Augusto Cesar Barreto Neto
Coordenador Orientador do Projeto
Prof. Assistente em Enfermagem
SIAPE: 2581613

☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação


Diretoria da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Escada/PE