

## **NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS EM GESTANTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ**

Maria Adgeane Souza Brandão<sup>1</sup>, Lindemberg da Silveira Rodrigues<sup>2</sup>, Jéssica Braga de Sousa<sup>3</sup>, Jeanny Marques Meneses<sup>4</sup>.

*1- Centro Universitário Estácio do Ceará, adgeanebrandao@ymail.com*

*2-Centro Universitário Estácio do Ceará, bergrodrigues00@gmail.com*

*3-Centro Universitário Estácio do Ceará, jessicabragadesouza2@hotmail.com*

*4- Centro Universitário Estácio do Ceará, jeanny\_marques@hotmail.com*

**Introdução:** A maioria das gestações transcorre sem intercorrências, caracterizando-se como um período de hígidez da mãe e do concepto. Entretanto, parte das gestantes pode apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal, como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). Dentre as formas clínicas está a pré-eclâmpsia, definida pela presença de hipertensão e de proteinúria após a 20<sup>a</sup> semana de gestação, podendo ser leve ou grave (FREITAS et al, 1997). Os distúrbios hipertensivos são as complicações mais comuns no pré-natal, acometendo 12 a 22% das gestações, sendo a eclâmpsia uma das principais causas de óbito materno em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento (NETTINA, 2003). Vários fatores concorrem para o desenvolvimento da SHEG, sendo um dos principais fatores a obesidade. Para diagnosticar alterações no estado nutricional das gestantes, é preciso habilidade de raciocínio e julgamento clínico por parte do enfermeiro, o que consiste no diagnóstico de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem relacionado a este desequilíbrio nutricional é o Diagnóstico de Enfermagem (DE) “Nutrição Desequilibrada: mais do que as necessidades corporais”. Este consiste na ingestão de nutrientes que excede às necessidades metabólicas, tendo como características definidoras: dobra da pele do tríceps maior que 25 mm em mulheres; peso 20% acima do ideal para altura e compleição; ato de alimentar-se em resposta a sugestões externas; atitude de alimentar-se em momentos que esteja realizando outras atividades; sedentarismo e ingestão de alimentos concentrados no final do dia; e como fator relacionado, alimentar-se além das necessidades metabólicas (NANDA, 2011). A decisão para realização deste estudo monográfico considerou a prática vivenciada pelas autoras em estágios acadêmicos nas maternidades. Observou-se através do acompanhamento das gestantes com SHEG que um número significativo de gestantes apresentava estado nutricional desequilibrado para mais. Diante do exposto, a relevância deste estudo consistiu

em pesquisar uma situação vivenciada continuamente pelas gestantes que é a nutrição desequilibrada, cuja uma das principais consequências é SHEG. Nesse contexto, a presente pesquisa procurou responder as questões: Qual a prevalência do DE em estudo em gestantes com SHEG? Quais as principais características definidoras e fatores relacionados ao DE em gestantes com SHEG? Assim, almejou-se verificar a prevalência do DE em gestantes com SHEG e identificar as principais características definidoras e fatores relacionados ao DE em gestantes com SHEG.

**Metodologia:** Estudo transversal, descritivo-exploratório, desenvolvido em um hospital terciário de referência no Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia de outubro a novembro de 2016. Participaram 52 gestantes com SHEG acompanhadas ambulatoriamente no pré-natal de risco da referida instituição hospitalar. A amostra foi calculada adotando-se coeficiente de confiança de 95% ( $Z_{\alpha} = 1,96$ ), população ( $N=323$ ) correspondendo ao total de gestantes acompanhadas na referida instituição no período de março de 2015 a março de 2016; erro aleatório de 10% e prevalência de 33,8%. Esta prevalência foi definida e utilizada em virtude de um estudo realizado com 71 gestantes de risco de um hospital de São Paulo, em que foram identificadas 24 (33,8%) gestantes que possuíam o diagnóstico de enfermagem “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais” (GOUVEIA; LOPES, 2004). As gestantes foram selecionadas de forma consecutiva na medida em que compareciam ao serviço de saúde para consulta médica de pré-natal. Participaram do estudo mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: encontrar-se em acompanhamento no referido hospital e ter o diagnóstico confirmado de SHEG. Foram excluídas da amostra mulheres que não apresentam condições mentais no momento da coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de entrevista as gestantes que compareceram à consulta médica de pré-natal, seguindo formulário pré-estabelecido, abordando variáveis demográficas, socioeconômicas, obstétricas e clínicas referentes ao DE em estudo. O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). Para a classificação do estado nutricional foi utilizada a recomendação da *National Academy of Sciences do Institute of the Medicine (IOM)*: baixo peso (IMC<19,8), eutrofia (IMC de 19,8 a 26), sobrepeso (IMC de 26 a 29) e obesidade (IMC> 29) (IMNA, 1992). O DE em análise foi determinado conforme presença das características definidoras: sobrepeso (peso 10% acima do ideal para altura e estrutura), obesidade (peso 20% acima do ideal para altura e estrutura), e dobra da pele do tríceps maior do que 25 mm. A presença de uma ou mais destas características definidoras é suficiente para estabelecer o diagnóstico em estudo (CARPENITO, 2008). Os dados foram organizados no programa *Excel*, versão 2007. Para análise quantitativa foi utilizado o software *Statistical Package*

for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0. Na análise exploratória, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis nominais. No caso de variáveis quantitativas, foram apresentados a média e o desvio padrão. Foram seguidas as recomendações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-MS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição hospitalar conforme protocolo nº 539/2016. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados e discussão:** O IMC mostrou a metade da amostra iniciou a gravidez em risco nutricional (50,0%), sendo que 2 (3,9%) apresentavam baixo peso, 9 (17,3%) sobrepeso e 17 (32,7%) estavam obesas. A média de IMC pré-gestacional foi de 27,07 kg/m<sup>2</sup>. O IMC médio encontrado no período gestacional foi de 30,93 Kg/m<sup>2</sup> com um desvio padrão de 5,44 Kg/m<sup>2</sup>, demonstrando a ocorrência de ganho de peso excessivo entre as gestantes e uma predominância preocupante de gestantes obesas (61,7%) neste período. Com relação à dobra da pele do tríceps, um dos critérios para definição do diagnóstico de enfermagem em estudo, esta variou de 10 a 48 mm, apresentando uma média de 24,75 mm. Observou-se alteração (>25mm), parâmetro que estabelece característica definidora do diagnóstico de enfermagem pesquisado, em 26 (50,0%) das gestantes analisadas. Obteve-se, portanto, que o diagnóstico de enfermagem em estudo: “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais” esteve presente em 100% das gestantes da amostra. Essa prevalência é preocupante, pois reflete a necessidade de um melhor monitoramento do ganho ponderal e uma adequada orientação alimentar para proporcionar um ganho de peso adequado durante o período gestacional. Com relação ao peso gestacional, 26 (50%), gestantes iniciaram a gestação com sobrepeso/obesidade. Pesquisa sobre ganho de peso na gestação, realizada em seis capitais brasileiras, encontrou 28% das mulheres iniciando a gravidez com sobrepeso/obesidade. Embora tenha sido encontrada maior frequência de sobrepeso/obesidade nas capitais mais industrializadas, capitais do Nordeste também apresentaram maiores prevalências de sobrepeso/obesidade do que baixo peso (NUCCI et al, 2001). Estudo realizado em Campina Grande-PB com 115 gestantes, a prevalência de sobrepeso e obesidade também foi similar, 27% (MELO et al, 2007). Estudo realizado em Teresina-PI apresentou prevalência inferior, de 14,4% (LIMA; SAMPAIO, 2004). O estudo também mostrou que 72 (80,8) apresentavam-se com sobrepeso/obesidade. Com relação à característica definidora: sedentarismo, esta foi avaliada pela atividade física praticada entre as gestantes. Considerou-se sedentária a gestante que não praticasse atividade física pelo menos por 30 minutos, 3 a 5 vezes por semana (VIEIRA; SPROESSER, 2007). Entende-se por atividade física qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso (CASPERSEN;

KRISKA; DEARWATER, 1994). Observou-se que predominou a inatividade física, presente em 45 (86,5%) gestantes. Das 7 (13,5%) que realizavam atividade física, a caminhada foi a única referida, com uma frequência de três vezes por semana. Com relação à característica definidora: sedentarismo, esta foi avaliada pela atividade física praticada entre as gestantes. Considerou-se sedentária a gestante que não praticasse atividade física pelo menos por 30 minutos, 3 a 5 vezes por semana (VIEIRA; SPROESSER, 2007). Observou-se que predominou a inatividade física, presente em 45 (86,6%) gestantes. Das 7 (313,5%) que realizavam atividade física, a caminhada foi a única referida, com uma frequência de três a cinco vezes por semana. Resultado similar foi encontrado em estudo de coorte realizado no Rio de Janeiro, que verificou uma prevalência de 98,1% de gestantes sedentárias (BICALHO, 2006). A alta prevalência de sedentarismo encontrada (86,6%) neste estudo leva a refletir sobre a importância dos profissionais da ESF, como outros responsáveis pela assistência pré-natal, que é preciso um maior estímulo às gestantes para que venham a desenvolver atividade física. Todavia, os profissionais precisam receber um treinamento adequado para saber como orientá-las a ter uma atividade física planejada, sistematizada, de forma que venham melhorar a qualidade de vida destas mulheres. A respeito de outra característica definidora: alimentar-se em resposta a estímulos internos além da fome, observou-se que foi predominante na amostra a não correlação a nenhuma sugestão interna (50,0%). Em menor frequência, alimentavam-se em resposta à ansiedade (19,2%). Com relação a sugestões externas, obteve-se que, principalmente, as gestantes são estimuladas a alimentar-se, em virtude de eventos sociais (48,0%). Sobre a associação da alimentação com outras atividades, encontrou-se que 25 (48,0%) não associavam a alimentação a nenhuma atividade. E dentre as que associavam, a mais relatada foi alimentar-se assistindo televisão (25,0%). Quando questionadas sobre a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, 42 (80,8%) gestantes responderam que não se alimentavam. A respeito de característica definidora: alimentar-se em resposta a estímulos internos além da fome, observou-se que foi predominante na amostra a não correlação a nenhuma sugestão interna (50%). Das gestantes que se alimentavam em resposta a algum fator interno, a ansiedade teve uma maior frequência (19,2%). Com relação a sugestões externas, obteve-se que, principalmente, as gestantes são estimuladas a alimentar-se em virtude de um evento social (48%), 9 (17,4%) gestantes alimentavam-se devido ao cumprimento do horário padrão da refeição. O fator situação social esteve presente em 7 (13,5%) das gestantes. Estudo realizado com 18 gestantes e 8 puérperas para avaliar as práticas alimentares na gravidez, encontrou que as adolescentes grávidas que não estavam estudando ou trabalhando não tinham horário para comer, principalmente por que dormiam e acordavam muito tarde. As demais mulheres

procuravam seguir horários considerados “normais” para o café da manhã, almoço e jantar, sendo este habitualmente substituído por lanches (BAIÃO; DESLANDES, 2008). Além disso, o “comer em casa” e o “comer fora de casa” tinham motivações e significações distintas. No geral, o primeiro era interpretado como o espaço privado, parte da rotina diária. O segundo representava o espaço público destinado ao prazer (CASOTTI, 2002). Sobre a associação da alimentação com outras atividades, encontrou-se que a maioria das gestantes, 25 (48%), não associavam a alimentação a nenhuma atividade, 13 (25%) gestantes se alimentavam concomitante a assistir à televisão, 9 (17,4%) se alimentavam enquanto estudavam, 4 (7,7%) durante o trabalho, e em menor prevalência se alimentavam no momento que realizavam os afazeres domésticos (1,9%). Para as gestantes avaliadas em um estudo, a associação da alimentação com a televisão, era uma atividade quase inseparável, difícil de “abrir mão”. Além de poucas oportunidades de lazer, a televisão tornava o ato de comer mais prazeroso, principalmente porque a “comida” era pouco atrativa (BAIÃO; DESLANDES, 2008). Quando questionadas sobre a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, 42 (80,8%) gestantes responderam que não se alimentavam. Todavia, é importante destacar que gestantes não tem noção das quantidades que comiam devido à oscilação da ingesta de alimentos durante a gravidez. Esta oscilação era ocasionada por diversos fatores, como alteração do apetite, enjoo e vômitos, nervosismo, conflitos e crises com familiares e/ou companheiro, medo do futuro, dentre outros. Era comum acontecer de uma gestante passar um dia inteiro sem comer ou comer exageradamente em decorrência de seu estado emocional (BAIÃO; DESLANDES, 2008).

**Conclusão:** Considerando os parâmetros utilizados neste estudo, o DE pesquisado apresentou prevalência de 100% entre as gestantes com SHEG, constituindo um problema de enfermagem frequente neste grupo. Nesse contexto, o enfermeiro que trabalha na atenção básica tem papel fundamental, tanto por oferecer a consulta de enfermagem ao pré-natal, oportunidade de monitorar o estado nutricional e dar orientação individual à gestante de acordo com suas particularidades, quanto por desenvolver atividades grupais de educação em saúde, que abordem este tema. O enfermeiro tem, ainda, amplo contato com a clientela feminina nas demais ações que realiza, voltadas a atenção integral à saúde da mulher, podendo tomá-las como espaço para promover a alimentação saudável e o incentivo à atividade física, como estratégias para a manutenção do IMC nos parâmetros de normalidade. Sugere-se a realização de novos estudos sobre o DE em pauta, uma vez que ainda é pouco explorado. Recomenda-se a análise da acurácia de seus indicadores clínicos independente da pré-definição de características que determinem a presença do diagnóstico, bem como estudos que incorporem a identificação de fatores relacionados para este diagnóstico.

**Referências:** Freitas F, Martins CSH, Ramo JGL, Magalhães JA. **Rotinas em obstetrícia.** 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006. Montenegro CAB, Rezende Filho J. **Obstetrícia fundamental.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. Nettina, SM. **Prática de Enfermagem.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2003. Cnatingius, S, Bergston R, Liipworth L, Kramer MS. **Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes.** N. Engl. J. Med., v.338, p.147-152, 1998. NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definição e classificação 2009-2011.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. Neme, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo, SP: Sarvier, 2000. Gouveia, HG, Lopes, MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev. Latinoam. Enferm.** v.12, n.2, p.175-182, 2004. Institute of Medicine of the National Academies (EUA). **Nutrition during pregnancy and lactation: an implementation guide.** Washington: DC. 1992.[Internet].[citado 2010 may 8]. Disponível em: <http://www.iom.edu/>. Carpenito-Moyet LJ. **Manual de Diagnósticos de enfermagem.** 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. Vieira MLC, Sproesser AJV. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Arq. Bras. Cardiol., v. 89, n. 3, p. e24-e79, set. 2007. Lima GSP, Sampaio HAC. Obstetric, social, economic and nutritional factors of pregnant women of newborn weight: study accomplished in a maternity in Teresina, Piauí. **Rev Bras Saúde Matern Infantil.** 2004; 4(3): 253-261. Nucci LB, Duncan BB, Mengue SS, Branchtein L, Schimidt MI, Fleck ET. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. **Cad Saúde Pública.** 2001; 17(6): 1367-1374. Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim MMR, Benício MHDA, Cardoso MAA. Maternal nutritional status, gestational weight gain and birth weight. **Rev Bras Epidemiol.** 2007; 10(2): 249-257. Bicalho ES. **Fatores associados à prática de atividade física no primeiro trimestre em uma coorte de gestantes do Município do Rio de Janeiro.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Baião MR, Deslandes SF. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva,** 2008. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2408](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2408). Acesso em: 23 jan.2010. Casotti L. **À mesa com a família: um estudo do comportamento do consumidor de alimentos.** Rio de Janeiro, RJ: Mauad, 2002. Nogueira PC. **Reeducação alimentar.** Sanavita. Disponível em: <http://www.sanavita.com.br/padrao.aspx?artigo.aspx?idcontent=341&idContentSection=225>. Acesso em: 23 jan.2010.