



Prevalência do diagnóstico de enfermagem – nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais em gestantes*

Prevalence of the nursing diagnosis, imbalanced nutrition: more than body requirements, in pregnant women

Prevalencia del diagnóstico de enfermería – nutrición desequilibrada más que las necesidades corporales en gestantes

Escolástica Rejane Ferreira Moura¹, Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente², Marcos Venícios de Oliveira Lopes³, Ana Kelve de Castro Damaseno⁴, Danielle Rosa Evangelista⁵

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem (DE) nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais em gestantes e verificar a associação entre o DE e as variáveis sociodemográficas e obstétricas. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, exploratório, realizado com 146 gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Município da região metropolitana de Fortaleza (Ceará). Os dados foram coletados por meio de formulário durante consulta de enfermagem ao pré-natal. Foram realizados o cálculo do Índice de Massa Corporal e da mensuração da dobra da pele do tríceps. **Resultados:** O DE em estudo foi determinado em 100 (68,4%) gestantes. Verificou-se diferença estatística significativa da idade entre gestantes com e sem o DE ($p = 0,001$); paridade ($p = 0,026$) e idade gestacional ($p = 0,002$). **Conclusão:** O DE pesquisado apresentou prevalência marcante nas gestantes pesquisadas, estando associado a fatores evitáveis por ações educativas voltadas ao planejamento familiar, como idade materna e paridade.

Descritores: Prevalência; Diagnóstico de enfermagem; Gestantes; Nutrição pré-natal

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of the nursing diagnosis (ND) *imbalanced nutrition: more than body requirements* during pregnancy and the association between ND and the sociodemographic and obstetric variables. **Methods:** A transversal, descriptive, exploratory study conducted with 146 pregnant women seen in primary health care units, in a city in the metropolitan region of Fortaleza (Ceará). Data were collected by means of a prenatal nursing consultation form. We performed the calculation of Body Mass Index and the measurement of the triceps skin fold. **Results:** The ND in this study was identified in 100 (68.4%) of the pregnant women. There was a statistically significant difference in age between women with and without the ND ($p = 0.001$), parity ($p = 0.026$) and gestational age ($p = 0.002$). **Conclusion:** The ND was determined to have a marked prevalence in pregnant women participating in the research, and was associated with preventable factors and associated with educational interventions in family planning, such as maternal age and parity.

Keywords: Prevalence; Nursing diagnosis; Pregnant women; Prenatal nutrition

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia del Diagnóstico de Enfermería (DE) *nutrición desequilibrada: más que las necesidades corporales* en gestantes y verificar la asociación entre el DE y las variables sociodemográficas y obstétricas. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, exploratorio, realizado con 146 gestantes atendidas en unidades básicas de salud del Municipio de la región metropolitana de Fortaleza (Ceará). Los datos fueron recolectados por medio de un formulario durante la consulta de enfermería al prenatal. Fueron realizados el cálculo del Índice de Masa Corporal y de la mensuración del doblez cutáneo del tríceps. **Resultados:** El DE en estudio fue determinado en 100 (68,4%) gestantes. Se verificó una diferencia estadística significativa de la edad entre gestantes con y sin el DE ($p = 0,001$); paridad ($p = 0,026$) y edad gestacional ($p = 0,002$). **Conclusión:** El DE investigado presentó marcada prevalencia en las gestantes investigadas, estando asociado a factores evitables por acciones educativas volcadas a la planificación familiar, como edad materna y paridad.

Descriptores: Prevalencia; Diagnóstico de enfermería; Mujeres embarazadas; Nutrición prenatal

* Estudo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Nutrição desequilibrada: ingestão maior que as necessidades corporais em gestantes do município de Itaitinga-CE” – apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

² Pós-graduanda (Doutorado) em Enfermagem. Professora Auxiliar II da Universidade de Fortaleza – UNIFOR – Fortaleza (CE), Brasil

³ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

⁵ Pós-graduanda (Doutorado) em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de enfermagem (DE) “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais” 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; ato de alimentar-se em resposta a sugestões internas, além da fome; 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⁽¹⁾.

Em revisão integrativa da literatura realizada na coleção *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO) nas bases de dados *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), referente ao período de janeiro de 1997 e maio de 2008 sobre DE em gestantes, em que foram utilizados os descritores diagnóstico de enfermagem e cuidado pré-natal, associados, seis artigos foram analisados. Contudo, nenhum estava voltado ao DE delimitado para o presente estudo, que tomou como população gestantes de baixo risco⁽²⁾. Ressalta-se que os fenômenos obesidade e sobrepeso, não incluídos na referida revisão, possam contribuir para o levantamento de artigos sobre o diagnóstico em estudo.

Aumento dos estoques maternos, crescimento fetal, expansão dos tecidos maternos (placenta, tecido adiposo e útero), aumento das mamas, do líquido extracelular, do volume sanguíneo e formação do líquido amniótico levam ao aumento do ganho ponderal de gestantes. Mas, esse aumento fisiológico é esperado e não causa transtorno à saúde materno-fetal. O aumento ponderal deve ser diferenciado, conforme o estado nutricional pré-gestacional: gestantes com baixo peso devem ter ganho ponderal de 12,5 a 18,0 kg; gestantes com peso adequado, o ganho deve ser de 11,5 a 16,0 kg; gestantes com sobrepeso, o ganho deve ser de 7,0 a 11,0 kg e nas gestantes obesas, o ganho deve manter-se menor que 7,0 kg⁽³⁾.

Quando a alteração do peso para mais vai além do esperado para a gestação, conforme o peso pré-gravídico, as chances de partos operatórios e de resultados perinatais desfavoráveis, como fetos macrossômicos, desproporção cefalopélvica, trauma, asfixia e morte perinatal são maiores^(4,5). Além disto, o ganho de peso excessivo pode elevar a retenção de peso pós-parto, maior associação com Diabetes *mellitus* gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez⁽⁶⁻⁸⁾.

Nesse contexto, a presente pesquisa procurou responder às seguintes questões: Qual a prevalência DE Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades

corporais em gestantes? Fatores demográficos, socioeconômicos e obstétricos apresentam associação estatística com este DE? Assim, objetivou-se verificar a prevalência de gestantes com o DE nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais; e verificar a associação entre esse DE com idade da gestante, escolaridade, renda familiar, ocupação, condição de união, paridade e idade gestacional. Acrescenta-se que o único fator relacionado ao DE proposto na North American Nursing Diagnosis Association-International (NANDA-I) (ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas) foi considerado como variável a ser associada à presença da obesidade e sobrepeso, porém este aspecto foi tratado em outro artigo.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, exploratório, desenvolvido em seis unidades básicas de saúde de Município da região metropolitana de Fortaleza (CE), entre abril e setembro de 2009.

Participaram 146 gestantes acompanhadas por equipes da Estratégia Saúde da Família do respectivo Município. A amostra foi calculada, adotando-se o coeficiente de confiança de 95% ($Z_{\alpha} = 1,96$), população ($N=237$) correspondendo ao total de gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); erro aleatório de 5% e prevalência de 50%, pela falta de conhecimento da prevalência do DE pesquisado em outros estudos com as características deste.

As gestantes foram selecionadas de modo consecutivo à medida que compareciam às UBS para a consulta de enfermagem no pré-natal. Foram excluídas aquelas com menos de 2 anos de menarca, por se encontrarem em fase de imaturidade biológica, aspecto que orienta para o não uso do parâmetro de avaliação nutricional selecionado para o estudo; e gestantes com condições patológicas que levam ao aumento de peso gravídico, como Síndrome Hipertensiva Gestacional, Diabetes *mellitus*, macrossomia fetal e polidrâmnio.

Os dados foram coletados por meio de entrevista que seguiu formulário preestabelecido, abordando variáveis demográficas, socioeconômicas, obstétricas e clínicas referentes ao DE em estudo. O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). Aferiram-se o IMC e a dobra da pele do tríceps. O estado nutricional pré-gestacional foi considerado mediante entrevista às gestantes, que referiram seu peso e estatura pré-gravídica e, assim, determinou-se o IMC pré-gestacional que foi calculado com o peso e a estatura da gestante no momento da pesquisa. Para a classificação do estado nutricional, foi utilizada a recomendação da *National Academy of Sciences do Institute of the Medicine*: baixo peso (IMC < 19,8), eutrofia (IMC de 19,8 a 26), sobrepeso (IMC de 26 a 29) e obesidade (IMC > 29)⁽⁹⁾. A dobra da pele do tríceps foi

tomada por adipômetro, sendo definido um ponto médio entre o ombro e o cotovelo da gestante, posterior ao braço direito. Marcou-se o local delimitado por um sinal de cruz (+) com caneta. Pinçou-se a pele acima do referido sinal e usou-se o adipômetro, colocando-o na interseção das linhas que formam a cruz. Distendeu-se a pele, segurando-a entre o polegar e o indicador, afastando-a do músculo. Em seguida, fez-se a leitura da medida até o milímetro mais próximo. Realizaram-se mais duas medidas no mesmo local e anotou-se a média dos resultados, caso os valores fossem diferentes⁽¹⁰⁾.

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 que 25 mm. A presença de uma ou mais destas características definidoras é suficiente para estabelecer o diagnóstico em estudo⁽¹¹⁾. Portanto, durante o raciocínio diagnóstico, quando a gestante não apresentava, pelo menos, uma destas características definidoras, estabelecia-se que o DE estava ausente e apenas a presença de, pelo menos, uma delas foi utilizada como base para considerar o diagnóstico presente. Considerando que os testes de acurácia conferem melhor inferência estatística na relação entre as características definidoras e o DE, reconhecemos a impropriedade em previamente especificar características definidoras para a definição de um diagnóstico. Além disso, como a maior parte dos indicadores analisados refere-se às medidas antropométricas, as análises relacionadas à presença do diagnóstico estão limitadas a tais características.

Os dados foram organizados no *Excel*, versão 2003, analisados nos *softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0. Para verificação de independência entre as variáveis, aplicou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson e quando, pelo menos, 25% das frequências esperadas foram inferiores a cinco, aplicou-se o teste da probabilidade exata de *Fisher* ou o teste de *Fisher-Freeman-Halton*. Na comparação de medianas, aplicou-se o teste H de *Kruskal-Wallis*.

As recomendações da Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme Protocolo n.º. 18/09. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aquelas com idade inferior a 16 anos, após consentirem participar da pesquisa tiveram o termo assinado pelo responsável, conforme orientação do Comitê de Ética supracitado.

RESULTADOS

A idade das gestantes variou entre 14 e 39 anos, e apesar do predomínio de gestantes adultas jovens e

adultas (20-35 anos), enfatiza-se a porcentagem de 43 (30%) gestantes adolescentes e de 9 (6%) gestantes no final da fase reprodutiva (mais de 35 anos). A escolaridade variou de não letrada ao ensino superior completo, predominando o ensino fundamental incompleto, 71 (48,6%) das gestantes. A renda familiar variou de zero até cinco salários-mínimos; a maior porcentagem foi de gestantes do lar, 96 (65,8%); 126 (86,3%) eram casadas ou viviam em união consensual (Tabela 1).

Tabela 1. Gestantes, conforme as variáveis demográficas e socioeconômicas. Itaitinga-CE, Brasil, abr./set., 2009

Variáveis (n=146)	nº	%
Idade (em anos completos)		
$\bar{X} = 24,34$; Desvio Padrão (DP) = 6,43		
14 – 19	43	30,0
20 – 35	94	64,0
36 – 39	9	6,0
Escolaridade		
Não letrada	1	0,7
Alfabetizada	10	6,8
Ensino Fundamental (Incompleto – n= 71; Completo – n= 7)	78	53,4
Ensino Médio (Incompleto – n= 26; Completo – n= 28)	54	37,0
Superior (Incompleto – n= 2; Completo – n= 1)	3	2,1
Renda familiar (em salários mínimos) *		
$\bar{X} = 671,54$; DP = 466,85		
Sem rendimento	1	0,7
Até ½	13	9,0
> 1/2 – 1	57	39,0
> 1 – 2	45	30,8
> 2 – 3	14	9,6
> 3 – 4	11	7,5
> 4 – 5	5	3,4
Ocupação		
Atividades do lar	96	65,8
Estudante	19	13,0
Trabalho fora de casa (vendedora (6), doméstica (6), costureira (4), professora (3), agricultora (2) e outros (10))	31	21,2
Condição de união		
União consensual ou casada	126	86,3
Solteira ou sem companheiro	20	13,7

*salário-mínimo vigente = R\$ 465,00

Gestantes com sobrepeso/obesidade apresentaram idade maior quando comparadas a gestantes com peso normal ou baixo peso ($H = 16,984$, $gl = 3$, $p = 0,001$). Por outro lado, não foi identificada associação entre a classificação de peso das gestantes e as variáveis: nível de escolaridade ($p = 0,341$); renda familiar mensal ($p = 0,928$); ocupação “trabalho fora do lar” ($p = 0,467$) e condição de união ($p = 0,070$).

Tabela 2. Gestantes, conforme as variáveis obstétricas. Itaitinga-CE, Brasil, abr./set., 2009

Variáveis (n=146)	nº	%
Paridade $\bar{X} = 1,24$; DP= 1,52		
Nenhum (Nulípara)	60	41,1
1 (Primípara)	39	26,7
2 (Secundípara)	25	17,1
3-4 (Multípara)	14	9,5
5-7 (Grande Multípara)	8	5,6
Idade gestacional (por trimestre de gestação) $\bar{X} = 21s8d$; DP= 60,05		
Primeiro (8s4d – 13s6d)	29	20,0
Segundo (14s – 28s6d)	83	57,0
Terceiro (29s – 40s)	34	23,0

Constatou-se que gestantes com maior paridade (Tabela 2) apresentavam sobrepeso/ obesidade ($H = 9,283$, $gl = 3$, $p = 0,026$), e também mostrou aumento significativo com o aumento da idade gestacional ($H = 15,094$, $gl = 3$, $p = 0,002$).

Tabela 3. Gestantes, conforme estado nutricional pré-gestacional, gestacional e medidas da dobra da pele do tríceps. Itaitinga-CE, Brasil, abr./set., 2009

Variáveis (N= 146)	nº	%
Estado nutricional pré-gestacional IMC:		
$\bar{X} = 23,67$; DP= 4,13		
Baixo Peso (IMC < 19,8)	20	13,0
Eutrófico (IMC > 19,8 – 26,0)	89	61,0
Sobrepeso (IMC > 26,0 – 29,0)	23	16,0
Obesidade (IMC > 29,0)	14	10,0
Estado nutricional gestacional IMC:		
$\bar{X} = 26,10$; DP= 4,41		
Baixo Peso (IMC < 19,8)	10	6,9
Eutrófico (IMC > 19,8 – 26,0)	43	29,5
Sobrepeso (IMC > 26,0 – 29,0)	60	41,0
Obesidade (IMC > 29,0)	33	22,6
Medidas da dobra do tríceps (em mm)		
$\bar{X} = 15,19$; DP= 4,65		
Até 25	139	95,2
>25	7	4,8

De acordo com os dados da Tabela 3, no estado pré-gestacional, houve maior porcentagem de gestantes com baixo peso – 20 (13,0%) e peso eutrófico – 89 (61,0%) quando comparado ao estado gestacional. Na gestação, houve maior porcentagem de sobrepeso, 60 (41,0%), e obesidade, 33 (22,6%). Baixo peso reduziu em 50% e gestantes eutróficas em 51,7%; maior aumento foi de sobrepeso, 160,8%; obesidade aumentou 135,7%. Houve associação estatisticamente significativa entre as medidas pré-gestacionais e gestacionais ($p = 0,034$).

A Figura 1 ilustra o comportamento nutricional das gestantes pesquisadas.

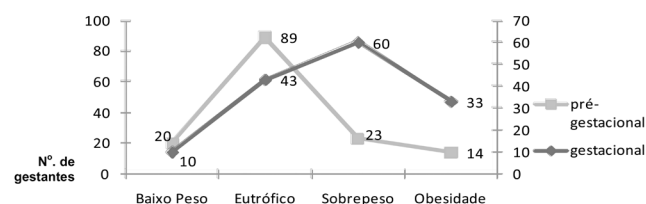


Figura 1. Comportamento do estado nutricional das mulheres nos períodos pré-gestacionais e gestacionais. Itaitinga-CE, Brasil, abr./set., 2009.

A dobra da pele do tríceps variou de 8 a 30 mm, apresentando uma média de 15,19 mm. Observou-se medida da dobra superior a 25 mm em 7 (4,8%) das gestantes participantes do estudo.

DISCUSSÃO

Estudos encontraram média de idade de gestantes concordantes com a da presente pesquisa ($\bar{X} = 24,34$; DP= 6,43). Estudo realizado com 141 gestantes atendidas em serviço pré-natal de baixo risco de São Paulo(SP), encontrou predomínio de gestantes com idade entre 20 e 30 anos⁽¹²⁾. Em coorte de 115 gestantes atendidas na ESF de Campina Grande(PB), a média de idade foi de 24 anos⁽¹³⁾. Outro estudo realizado com 219 gestantes atendidas em Instituição Filantrópica de São Paulo-SP, a média de idade foi de 24,3 anos⁽¹⁴⁾. Isto significa que as mulheres desta pesquisa e dos estudos levantados estão a gestar, predominantemente, em idade que não representa risco reprodutivo, aspecto a ser mantido e incentivado nas ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva.

Discute-se, porém, sobre as 43 (30,0%) gestantes adolescentes, porcentagem ainda elevada. Este é um grupo etário com menores chances de ganho ponderal para mais, uma vez que o conceito compete com a adolescente pelos nutrientes, em prol de seu próprio crescimento⁽¹⁵⁾. Mas, dois estudos realizados em serviços públicos de Fortaleza(CE) com 40 e com 99 gestantes adolescentes detectaram sobrepeso/obesidade em 9 (22,5%) e 5 (5,1%) das gestantes, respectivamente^(16,17). Contudo, em pesquisa

com 558 gestantes adolescentes em São Paulo(SP), foi encontrado sobrepeso/obesidade em 133 (44,3%) das gestantes⁽¹⁸⁾. Logo, percebe-se que essas porcentagens são diversificadas no mesmo Município (Fortaleza) e em Município do Sudeste (São Paulo), sugerindo que estudos qualitativos sejam realizados com o objetivo de aclarar as peculiaridades desse desfecho.

As alterações de peso (obesidade e sobrepeso) são mais destacadas que a alteração nutricional em si, pela falta de literatura que enfoque o DE. Entretanto, estudos ressaltam a relação entre nutrição e elevação de peso (obesidade e sobrepeso). A nutrição inadequada é um dos fatores de risco que mais contribui para o aumento da obesidade e do sobrepeso em todo o mundo⁽¹⁹⁾. Estudos associam a elevação da densidade energética da dieta e o padrão nutricional caracterizado por alimentos do tipo *fast-food* (doces, chocolates, carne processada, refrigerantes, entre outros) no período gestacional com aumento do ganho ponderal ao final da gravidez^(20,21). Pesquisa realizada no Rio de Janeiro(RJ) com 173 mulheres aplicou questionário de frequência alimentar e observou que o ganho de peso gestacional foi menor entre aquelas com consumo adequado de energia, conforme recomendação da *Food and Agriculture Organization*⁽²²⁾.

A relação entre o aumento do percentual de gestantes com sobrepeso ou obesidade com o aumento da idade deve ser monitorada, pois, pode indicar consequências tardias de hábitos alimentares inadequados entre as mulheres da comunidade estudada.

Considerando a predominância de gestantes com ensino fundamental incompleto, 71 (48,6%), resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com 110 gestantes de São Paulo(SP), onde 59% tinham o mesmo grau de escolaridade⁽²³⁾. O ensino médio correspondeu a 54 (37%), resultado bem abaixo do encontrado em estudo realizado com 219 gestantes atendidas em consulta de pré-natal em instituição filantrópica de São Paulo(SP), que detectou 62,1% das gestantes com a referida escolaridade⁽¹⁴⁾. Esses achados confirmam a discrepância na escolaridade de mulheres das regiões Nordeste e Sudeste.

No presente estudo, não foi verificada associação estatística significativa entre as medidas antropométricas utilizadas a escolaridade. Mas, ao comparar gestantes com mais de 4 e com menos de 4 anos de escolaridade encontrou-se que as primeiras ganharam 1,9 kg a mais no final da gestação⁽¹²⁾. Portanto, a variável escolaridade deve ser vista como possível influenciador de alterações antropométricas relacionadas às alterações do estado nutricional.

A ausência de associação estatística significativa entre renda familiar mensal e as diferentes classificações de peso das gestantes ganha reforço em estudo no qual se afirmou que gestantes de baixa renda teriam menos acesso aos alimentos em termos qualitativos, consumindo alimentos mais calóricos por serem mais

baratos, mantendo o estado nutricional desequilibrado para mais⁽²⁴⁾.

A respeito da ocupação das gestantes em que 96 (65,8%) desenvolviam atividades do lar e 31 (21,2%) trabalhavam fora de casa, resultados semelhantes foram encontrados em investigação realizada com 277 gestantes atendidas em maternidade do Piauí, quando 75,8% dedicavam-se às atividades do lar⁽²⁵⁾. Embora não tenha sido identificada associação entre a ocupação, acredita-se que esta, ao ser desenvolvida fora de casa, provoque falta de tempo para o preparo das refeições no domicílio, levando as gestantes trabalhadoras a darem preferência aos alimentos semiprontos. O trabalho fora de casa também tem gerado substituição da refeição familiar mais completa pelos "*fast-food*" das ruas, caracterizados pela ampla variedade de alimentos ricos em ácidos graxos saturados, acompanhados por refrigerantes e sobremesas com elevado teor de açúcares⁽²⁶⁾.

Apesar da condição de união consensual ou casada ter sido predominante no presente estudo, nenhuma associação com os parâmetros utilizados foi identificada. Neste ponto, uma porcentagem semelhante de união consensual foi observada em estudo realizado em Porto Alegre(RS) com 315 gestantes, quando 86,7% viviam em união consensual⁽²⁷⁾. Contudo, pesquisa com 622 gestantes do Estado de Nova York(EUA) observou ganho ponderal de 2,3 kg entre gestantes que não possuíam companheiro, pois a ausência deste causa ingesta maior que as necessidades corporais pela falta de apoio psicossocial, o que poderia levar a ocorrência de uma nutrição alterada⁽²⁸⁾.

No presente estudo, predominou a nuliparidade, (60 – 41,1%), com associação estatística significativa entre paridade e sobrepeso/obesidade ($p=0,026$). A porcentagem de nulíparas encontrada foi similar à verificada em estudo realizado em Teresina(PI) com 277 gestantes, quando 39% eram nulíparas⁽²⁵⁾. Estudo de coorte realizado com 215 gestantes atendidas em serviço público de São Paulo(SP) também encontrou associação estatística significativa entre paridade e ganho ponderal (em média 2,4 kg a mais) ($p=0,01$)⁽²⁸⁾. Assim, enfatiza-se que a paridade seja um fator contribuinte para as alterações de peso na gestação.

A relação entre alterações de peso e idade gestacional encontradas no presente artigo são similares às achadas em estudo com 225 gestantes acompanhadas em maternidade filantrópica de São Paulo(SP) ($p=0,004$)⁽²⁸⁾. Assim, é importante considerar o avanço da idade gestacional, como fator influenciador destas alterações.

Pesquisa sobre ganho de peso na gestação, realizada em seis capitais brasileiras, encontrou 28% das mulheres iniciando a gravidez com sobrepeso/obesidade e 6% com baixo peso. Embora tenha sido encontrada maior frequência de sobrepeso/obesidade nas capitais mais industrializadas, capitais do Nordeste também mostraram maiores prevalências de sobrepeso/obesidade que baixo peso⁽²⁹⁾. Estudo realizado em Campina Grande(PB) com 115 ges-

tantes, a prevalência de sobrepeso e obesidade também foi similar, 27%⁽¹³⁾. Estudo realizado em Teresina (PI) apresentou prevalência inferior, 14,4%⁽²⁵⁾. Observa-se similaridade nos achados em diferentes regiões do País, denotando que o baixo peso que antes era um problema nutricional predominante, vem sendo substituído pelo sobrepeso/obesidade. Esta transição nutricional é consequente a dietas ricas em carboidratos e lipídios, bem como a valores culturais. Ainda é senso comum, por exemplo, que toda gestante deve dobrar seu aporte calórico e que o ganho ponderal ideal deve ser em torno de 12 kg, independente do estado nutricional inicial da gestante⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Considerando os parâmetros utilizados neste estudo, o DE pesquisado apresentou prevalência de 68,4% entre as gestantes, constituindo um problema de enfermagem frequente no grupo. Nesse contexto, o enfermeiro que trabalha na atenção básica exerce papel fundamental, tanto por oferecer a consulta de enfermagem no pré-natal, oportunidade de monitorar o estado nutricional

e dar orientação individual à gestante de acordo com suas particularidades como 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 à 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.

Entre as variáveis estudadas, três apresentaram relação estatística com o aumento de peso das gestantes: o aumento da idade, maior número de partos e o aumento da idade gestacional. 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 predefinição de características que determinem a presença do diagnóstico. Considera-se também importante o desenvolvimento de estudos que abordem os fatores relacionados desse diagnóstico, tendo em vista que, no momento, existe apenas um único fator descrito na Taxonomia da NANDA Internacional, que não foi investigado no presente estudo.

REFERÊNCIAS

- Nanda Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definição e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Pereira MM. Diagnósticos de enfermagem no cuidado pré-natal: um estudo de revisão [monografia]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Cnattingius S, Bergström R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 1998; 338(3):147-52.
- Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Santos Britto MM. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(6):502-7.
- Kac G. [Determinant factor of postpartum weight gain retention: a literature review]. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(3):455-66.
- Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25(8):1175-82.
- Young TR, Woodmansee B. Factors that are associated with cesarean delivery in a large private practice: the importance of prepregnancy body mass index and weight gain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187(2):312-20.
- Subcommittee for a Clinical Applications Guide. Institute of Medicine. Nutrition during pregnancy and lactation: an implementation guide. Washington (DC): National Academies Press; 1992.
- Gaya A, coordenador. Indicadores de saúde e de desempenho esportivo em crianças e jovens [Internet]. Brasília: Ministério do Esporte e Turismo; 2001 [citado 2008 Maio 23]. Disponível em: <http://www.esef.ufgrs.br/proesp-br/proespbr.htm>
- Carpenito-Moyet LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Stulbach TE, Benício MH, Andreazza R, Kono S. [Determinants of excessive weight gain during pregnancy in a public low risk antenatal care service]. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(1):99-108. Portuguese.
- Melo AS, Assunção PL, Gondim SS, de Carvalho DF, Amorim MM, Benício MH, et al. [Maternal nutritional status, gestational weight gain and birth weight]. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):249-57. Portuguese.
- Nochiere AC, de Assumpção MF, Belmonte FA, Leung MC. Nutritional profile of pregnant women assisted in the first prenatal nutritional consultation in a philanthropic institution from São Paulo. *Mundo Saúde*. 2008; 32(4):443-51.
- Scholl TO, Hediger ML, Ances IG. Maternal growth during pregnancy and decreased infant birth weight. *Am J Clin Nutr*. 1990; 51(5): 790-3.
- Belarmino GO, Moura ER, de Oliveira NC, de Freitas GL. [Nutritional risks among pregnant teenagers]. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):169-75. Portuguese.
- de Azevedo DV, Sampaio HA. [Food consumption of pregnant adolescents assisted by prenatal service]. *Rev Nutr*. 2003; 16(3):273-80. Portuguese.
- Furlan JP, Guazzelli CA, Papa AC, Quintino MP, Soares RV, Mattar R. [The influence of the nutritional status of pregnant adolescents on parturition and the newborn's weight]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(9):625-30. Portuguese.
- World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; 2003. (WHO Technical Report Series, 916).
- Deierlein AL, Siega-Riz AM, Herring A. Dietary energy density but not glycemic load is a associated with gestational weight gain. *Am J Clin Nutr*. 2008; 88(3): 693-9.
- Uusitalo U, Arkkola T, Ovaskainen ML, Kronberg-Kippilä C, Kenward MG, Veijola R, et al. Unhealthy dietary patterns are associated with weight gain during pregnancy among Finnish women. *Public Health Nutr*. 2009; 12(12): 2392-9.
- Rodrigues PL, Lacerda EM, Schlüssel MM, Spyrides MH,

- Kac G. Determinants of weight gain in pregnant women attending a public prenatal care facility in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective study, 2005-2007. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 2): S272-84.
23. do Nascimento E, de Souza SB. [Evaluation of diet of overweight pregnant women]. *Rev Nutr*. 2002;15(2):173-9. Portuguese.
 24. Andreto LM, de Souza AI, Figueiroa JN, Cabral-Filho JE. [Factors associated with excessive gestational weight gain among patients in prenatal care at a public hospital in Recife, Pernambuco, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11):2401-9. Portuguese.
 25. Lima GS, Sampaio HA. [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): 253-61. Portuguese.
 26. Tardido AP, Falcão MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras Nutr Clin*. 2006; 21(2):117-24.
 27. Vítolo MR, Bueno MS, Gama CM. [Impact of a dietary counseling program on the gain weight speed of pregnant women attended in a primary care service]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(1):13-9. Portuguese.
 28. Konno SC, Benício MH, Barros AJ. Factors associated to the evolution of gestational weight of pregnant women: a multilevel analysis. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(6):995-1002.
 29. Nucci LB, Duncan BB, Mengue SS, Branchtein L, Schmidt MI, Fleck ET. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(6): 1367-74.