

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

FERNANDA BARROSO RORIZ

**CONSUMO ALIMENTAR DE GESTANTES ADOLESCENTES CADASTRADAS EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO NORDESTE**

**PICOS-PI
2017**

FERNANDA BARROSO RORIZ

**CONSUMO ALIMENTAR DE GESTANTES ADOLESCENTES CADASTRADAS EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO NORDESTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a Esp^a Jany de Moura Crisóstomo

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

R787c Roriz, Fernanda Barroso

Consumo alimentar de gestantes adolescentes cadastradas em unidades básicas de saúde do nordeste / Fernanda Barroso Roriz.– 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (55 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2017.

Orientador(A): Profa. Esp. Jany de Moura Crisóstomo.

1.Gestante Adolescente. 2.Gestante-Consumo Alimentar.
3.Gestante-Nutrição. I. Título.

CDD 618.24

FERNANDA BARROSO RORIZ

CONSUMO ALIMENTAR DE GESTANTES ADOLESCENTES CADASTRADAS EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO NORDESTE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Nutrição da Universidade Federal do
Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de
Barros, como requisito para obtenção do
grau de Bacharel em Nutrição.

Aprovada em Picos - PI, 28 de junho de 2017.

Banca Examinadora:

Exp. Jany de Moura Crisóstomo
Orientador(a) – Prof^ª Esp. Jany de Moura Crisóstomo – UFPI – CSHNB

Me. Natália Quaresma Costa
Examinador(a) – Prof^ª Me. Natália Quaresma Costa – UFPI – CSHNB

Exp. Laene Verucci de Sousa Santos
Examinador(a) – Prof^ª Esp. Laene Verucci de Sousa Santos – UFPI – CSHNB

PICOS-PI
2017

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1 Gestação na Adolescência	8
2.2 Necessidades Nutricionais da Gestante Adolescente	9
2.3 Recomendações Nutricionais para a Gestante Adolescente	9
2.3.1 Necessidade Energética	10
2.3.2 Carboidrato, Proteínas e Lipídeos	10
2.3.3 Cálcio	10
2.3.4 Ácido Fólico	11
2.3.5 Ferro	11
2.3.6 Vitamina A	11
2.3.7 Vitamina C	11
2.3.8 Vitamina D	12
2.4 Comportamento Alimentar de Gestante Adolescentes	12
2.5 Evidências Científicas sobre Consequências dos Maus Hábitos Alimentares Durante a Gestação na Adolescência para a Mãe e a Formação da Vida Embrionária	13
2.6 Atuação do Nutricionista na Conduta da Gestação	14
2.7 SISVAN Web	15
REFERÊNCIAS	17
CAPÍTULO II	21
1 ARTIGO CIENTÍFICO	22
ANEXOS	49

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO GERAL

A gestação é uma das etapas da vida da mulher de maior vulnerabilidade nutricional, estando mais sujeita a intercorrências decorrentes da má alimentação, em um momento que o organismo está em intenso anabolismo necessitando de um acréscimo nas necessidades nutricionais (SILVA; MURA, 2011).

O estado nutricional materno influencia nas condições do recém-nato, pois nesse período, há um aumento da demanda nutricional, devido ao crescimento fetal, da placenta, dos tecidos maternos e pelo próprio consumo da gestante. Portanto, a gestante deve ter um cuidado todo especial com sua alimentação, tendo uma ingestão adequada de energia e de macro e micronutrientes como cálcio, ferro e vitaminas (ACCIOLY; LACERDA; SAUNDERS, 2005; GONÇALVES; CELARO, 2009).

Atualmente, a gravidez na adolescência é considerada um sério problema de saúde pública e com isto exige programas de orientação, preparação e acompanhamento durante seu percurso e o parto, por ser um problema que oferece riscos ao desenvolvimento da criança, bem como riscos para a própria gestante, sendo então na maioria das vezes, não planejada (ARAUJO et al., 2015).

As adolescentes têm sido consideradas como sendo de risco nutricional em razão de seus hábitos alimentares, pois frequentemente deixam de fazer refeições saudáveis, substituindo-as por lanches de baixo valor nutritivo, e adotam dietas para emagrecer, o que pode determinar ingestão alimentar inferior ao recomendado (AZEVEDO; SAMPAIO, 2006).

Um ganho de peso insuficiente está relacionado a um maior risco de retardo de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal. Já, o ganho de peso excessivo pode estar associado à diabetes gestacional, dificuldades no parto e risco para o feto no período perinatal (ACCIOLY; LACERDA; SAUNDERS, 2005).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) tem como principal objetivo monitorar o estado nutricional e as características do consumo alimentar dos indivíduos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Dados oriundos de sistemas de vigilância, quando comparados aos grandes inquéritos populacionais de nutrição, permitem o fornecimento de informações de forma mais rápida, contínua e com menor custo. Isto pode possibilitar o diagnóstico nutricional

de populações e proporcionar dados para avaliação de políticas em saúde e nutrição, subsidiando formulações e avaliações de programas e intervenções na área (MS, 2004).

Faz-se necessário uma adequação na alimentação da gestante, visto que seu estado nutricional é de suma importância para o desenvolvimento de uma gestação saudável. Considerando que a condição nutricional da gestante pode interferir nos resultados obstétricos, o objetivo desse estudo foi avaliar o consumo alimentar de gestantes adolescentes cadastradas em unidades básicas de saúde do Nordeste, em uma análise dos dados do sistema *SISVAN Web*.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Gestação na Adolescência

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual acontecem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (YAZLLE, 2006).

Com a introdução dos cuidados de puericultura, melhores condições nutricionais, programas de vacinação, entre outros, tem ocorrido diminuição da mortalidade infantil, o que resulta no aumento da população de adolescentes. Segundo dados do IBGE (2010) no Brasil, correspondem a aproximadamente 17 milhões de adolescentes mulheres de 10 a 19 anos. Sendo no Nordeste 2.579.337 de 10 a 14 anos, e 2.555.119 de 15 a 19 anos.

A literatura utiliza expressões como gravidez precoce, indesejada, não-planejada e de risco para descrever e enfatizar as consequências sociais e biológicas negativas associadas ao fenômeno (DIAS; AQUINO, 2006; GONÇALVES, 2006; PANJOTA, 2003). Assim, estabeleceu-se uma imagem implícita de adolescência na qual a gestação não está incluída como experiência normativa. Pelo contrário, ela é vista como um desvio de percurso, um evento supostamente não desejado pelas adolescentes e cujas consequências frustram o que seria considerada uma “boa” adolescência (OLIVEIRA, 2008).

Yazlle (2006) cita que a gravidez neste grupo populacional vem sendo considerado em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido.

As gestantes adolescentes têm maior probabilidade de desenvolver síndromes hipertensivas, partos prematuros, anemia, pré-eclâmpsia, desproporção feto-pélvica, restrição do crescimento fetal, além de problemas consequentes de abortos provocados e/ou pela falta assistência adequada (MOTA, 2012). As consequências também atingem o recém-nascido, sendo um

fator de risco para o parto prematuro, baixo peso ao nascer, baixos apgar, entre outras complicações (SILVA et al., 2011).

Durante a gestação é de grande importância manter o bom estado nutricional da mãe para garantir um aporte de nutrientes suficiente ao feto proporcionando um desenvolvimento intrauterino satisfatório. Ao longo dos anos têm-se estudado a gestação e o estado nutricional das gestantes com o objetivo de melhor entender as complicações e os riscos nutricionais que aparecem nesse período (ROCHA, 2009).

2.2 Necessidades Nutricionais da Gestante Adolescente

O período gestacional é uma fase da vida da mulher que requer atenções especiais, no que diz respeito à alimentação, pois há necessidade do acréscimo do aporte nutricional de determinados nutrientes como cálcio, ferro e vitaminas (GONÇALVES; CELARO, 2009).

O importante durante toda a gravidez é o equilíbrio alimentar, pois sendo o organismo da gestante a fonte de nutrientes de que o feto dispõe, é importante a regularidade na ingestão de alimentos e a qualidade da dieta (GONÇALVES; CELARO, 2009). A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais. Seja em termos de micro ou macronutrientes, o inadequado aporte energético da gestante pode levar a uma competição entre a mãe e o feto, limitando a disponibilidade dos nutrientes necessários ao adequado crescimento fetal. A saúde das gestantes e de seus bebês depende de uma nutrição adequada. A nutrição da gestação é, portanto, decisiva para o curso gestacional (FREITAS et al., 2010).

2.3 Recomendações Nutricionais para a Gestante Adolescente

O Instituto de Medicina (2009) revisou as diretrizes para o ganho de peso gestacional, de acordo com estado nutricional estabelecido desde 1990, e concluiu que as recomendações de ganho de peso semanal para gestantes com baixo peso são de 510 g por semana, para as gestantes eutróficas são de 420 g por semana, para as com sobrepeso de 280 g por semana e para aquelas com obesidade, 220 g por semana.

2.3.1 Necessidade Energética

Um adicional energético de 80.000 calorias é aceito como necessário para a conversão dos nutrientes exógenos em energia metabolizável durante o período gestacional. Com isso, o custo energético da gestação deve ser dividido ao longo dos 280 dias, traduzindo-se num adicional diário de cerca de 300 Kcal/dia, correspondente à recomendação estabelecida pela RDA (STORY; ALTON, 2004).

2.3.2 Carboidrato, Proteínas e Lipídeos.

Os carboidratos constituem a principal fonte de energia de que o feto dispõe para garantir seu crescimento. Eles são representados principalmente pela glicose, constituem a principal fonte de energia de que o feto dispõe para assegurar seu crescimento e desenvolvimento; e são utilizados em forma de glicogênio e glicose (MOURA; FURUMOTO, 2008).

Os lipídios da dieta materna também estão envolvidos com o crescimento intra-uterino do feto e, assim como os carboidratos, contribuem para o desenvolvimento normal da gestação (RODRIGUEZ et al., 2004). A gordura da dieta materna influencia o perfil dos ácidos graxos presentes nas membranas celulares, além de estar envolvida na formação de estruturas útero-placentárias, no desenvolvimento de sistema nervoso central do feto e da retina da criança desde sua vida intra-uterina, relacionando-se, então, com sua capacidade de aprendizagem e acuidade visual (KOLETZKO et al., 2003).

É a proteína que contribui para o crescimento e desenvolvimento saudável do feto, da placenta, mamas e útero. É importante incluir na dieta, proteínas de alto valor biológico, encontradas principalmente nas carnes (RIBEIRO et al., 2002).

2.3.3 Cálcio

O cálcio é responsável não só por suprir as necessidades maternas, como também tem função de formar as estruturas ósseas e dentárias do feto, portanto, a sua ingestão deve ser suficiente tanto para suprir as necessidades da mãe como as necessidades do bebê (RIBEIRO et al., 2002).

2.3.4 Ácido Fólico

O ácido fólico ou folato previne descolamento da placenta, e defeitos congênitos. Sua deficiência está relacionada a sangramento no último trimestre de gestação, nascimento precoce, baixo peso ao nascer, malformação do feto, defeitos do tubo neural, anemia megaloblástica e hemorragia pós-parto (NOGUEIRA et al., 2002; RIBEIRO et al., 2002).

2.3.5 Ferro

O ferro é o oligoelemento mais abundante no organismo humano, participando de diversos processos metabólicos, incluindo o transporte de elétrons, metabolismo de catecolaminas (co-fator da enzima tirosina hidroxilase) e síntese de DNA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A deficiência de ferro apresenta elevada prevalência mundial, estimando-se que cerca de 60% das gestantes apresentem anemia (*INSTITUTE OF MEDICINE*, 2001). Nos países em desenvolvimento, cerca de 1,1 bilhão de mulheres e 96 milhões de gestantes são anêmicas (MASON et al., 2001).

2.3.6 Vitamina A

De acordo com Ribeiro et al. (2006) a vitamina A, também é importante para o crescimento e desenvolvimento do feto, porém neste caso, é chamada a atenção pelos problemas que sua deficiência pode acarretar, tais como: defeitos congênitos, morte fetal, retardo de crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer e baixa reserva da vitamina no recém-nascido.

2.3.7 Vitamina C

A vitamina C é importante não apenas na gestação, mas em todas as etapas da vida. Sua deficiência tem sido associada à ruptura prematura de membranas, aumento do risco de infecções, parto prematuro e eclampsia (RIBEIRO et al., 2002).

2.3.8 Vitamina D

Atualmente, sabe-se que a vitamina D é o fator necessário para o desenvolvimento e manutenção do tecido ósseo, e para a manutenção da homeostase normal do cálcio e do fósforo (BASILE, 2014).

A deficiência de vitamina D pode ser um fator de risco para o resultado negativo na gravidez, como parto pré-termo, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intra-uterino e diabetes gestacional (ABEDI et al., 2013).

2.4 Comportamento Alimentar de Gestante Adolescentes

No Brasil, o consumo alimentar de adolescentes grávidas tem sido considerado insuficientes em relação à energia e a diversos nutrientes, como ferro, folato e cálcio, que podem, eventualmente, favorecer o desenvolvimento de distúrbios nutricionais na mãe ou no concepto (BARROS et al., 2004; BERTIN et al., 2006).

Para uma grávida, o ato de comer pode ser intensamente afetado por questões objetivas, como os recursos materiais disponíveis, que interferem na disponibilidade e no acesso aos alimentos, as condições sociais e as experiências corpóreas (ganho de peso, enjôos, vômitos etc.). Porém, a própria gravidez pode adquirir para as mulheres sentidos ligados à imagem corporal, aos significados atribuídos à saúde e à doença, à maternidade, ao discurso médico, entre outros aspectos que também influenciam no comportamento alimentar das gestantes (BAIÃO; DESLANDES, 2006). Tais sentidos são construídos e reconstruídos com base em valores, discursos, crenças, emoções e na experiência cotidiana (BORGES, 2001).

O conhecimento científico (traduzido na prescrição dietética) e as práticas culturais podem estar em oposição, o que coloca a mulher diante de duas lógicas distintas. Os preceitos científicos tornam-se impotentes diante de algumas interdições e prescrições, particularmente associadas aos valores culturais e ao simbolismo dos alimentos. Com isso, legumes, frutas, ovos, peixes e carnes costumam ser extintos da dieta, quando considerados "fortes" e perigosos para a saúde da mãe e da criança. Também favorece a exclusão de alimentos o emprego do princípio da analogia, como, por exemplo, ingestão de ovos e nascimento de um

bebê calvo; pata de caranguejo e malformação das pernas; consumo de abacaxi e surgimento de manchas na pele da criança (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Muitas pessoas em diferentes sociedades ainda creem que os desejos da gestante necessitam ser atendidos, caso contrário a criança nascerá com alguma marca; que a coloração de alguns alimentos pode manchar a pele do bebê e que alimentos "quentes" podem provocar aborto. Assim, em diversas culturas, uma mulher que transgrida as normas pode se tornar responsável pelo surgimento de malformação fetal, de defeitos simples ou doenças na criança (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Do ponto de vista científico, é possível observar a adoção de dietas monótonas, qualitativamente insuficientes para o crescimento e desenvolvimento fetal (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

A gestante adolescente necessita de auxílio para compreender suas novas necessidades orgânicas e para elaborar e consumir uma dieta adequada, que contenha os nutrientes essenciais para o seu organismo e para o crescimento e desenvolvimento do feto, devendo incluir em cada refeição, pelo menos um alimento de cada grupo da cadeia alimentar (DEVINCENZI et al., 2003).

2.5 Evidências Científicas sobre Consequências dos Maus Hábitos Alimentares Durante a Gestação na Adolescência para a Mãe e a Formação da Vida Embrionária.

Em estudo realizado por Pessoa et al. (2015) em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, estudo esse composto por 845 gestantes/puérperas adolescentes e seus recém-nascidos, verificou-se segundo a classificação do estado nutricional pré-gestacional, 3,1% das adolescentes apresentavam baixo peso, 81,5%, adequado, 11,1%, sobrepeso, e 4,2%, obesidade; enquanto na avaliação do ganho de peso total gestacional foi verificado que 30% das gestantes apresentaram ganho de peso abaixo do recomendado, 32,6%, adequado, e 37,4%, acima do recomendado. Os resultados encontrados neste trabalho, considerando o total de gestantes adolescentes, indicaram uma prevalência de anemia gestacional maior do que 40%, classificando a situação descrita como grave problema de Saúde Pública, segundo critérios sugeridos pela WHO (2001).

Em outro estudo de Meller e Santos (2009) a classificação do estado nutricional pré-gestacional revelou, 37,7% mulheres com má nutrição, por *déficit* ou excesso, sendo mais frequente sobrepeso 20,4%, seguido da obesidade 10,8% e baixo peso 6,5%. O peso médio antes da gestação foi $65,14 \pm 10,84$ Kg, sendo que 18,84% apresentaram peso superior a 75 Kg. O incremento gestacional médio de peso materno foi de $13,27 \pm 4,22$ Kg, com a maioria (71,9%) exibindo ganho de peso na faixa de 8-16 Kg; 6,2% tiveram ganho de peso inadequado e, em 21,9% ganho de peso superior a 16 Kg. Com relação às características do recém-nascido, o peso de nascimento em gramas foi em média de $3107,53 \pm 506,18$ g. Verificou-se que 63,5% apresentaram peso adequado; 24,6% peso insuficiente; 9,2% baixo peso e 2,7% com excesso de peso.

2.6 Atuação do Nutricionista na Conduta da Gestação

O Nutricionista é o profissional capacitado para esclarecer dúvidas a respeito da alimentação e nutrição à gestante, promovendo assim um desenvolvimento adequado da mãe e do bebê. E é a partir da prevenção que se evitam gastos futuros maiores (CANÇADO; PEREIRA; FERNANDES, 2009).

A possibilidade de se evitar a mortalidade materna oscila entre 90 e 95%, e por sua vez, está ligada diretamente à oportunidade e qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, parto e puerpério, salientando que a melhoria da atenção pré-natal é essencial para se prevenir mortes por doenças hipertensivas (24% das mortes maternas), hemorragia, sepse e por outras causas diretas, além de permitir a indicação correta de cesarianas, ou seja, um pré-natal adequado é essencial para redução da morbi/mortalidade materna e neonatal (BENIGNA, 2004).

Constata-se a necessidade de investir na prevenção, controlando os fatores de risco, entre eles a alimentação, pois várias enfermidades estão relacionadas não só ao excesso alimentar como também à inadequação qualitativa da dieta que predispõe a diversas doenças, independentemente do ganho excessivo de peso. É importante que se reserve “lugar de destaque a ações de educação em alimentação e nutrição, que alcancem de modo eficaz todos os estratos econômicos da população”. A concretização dessas ações educativas exige, por sua vez, o trabalho de profissionais que detenham conhecimentos técnicos de

epidemiologia, nutrição, dietética, e ainda o domínio de métodos adequados para abordar os problemas alimentares e orientar a mudança de hábitos (BOOG, 1999).

A interdisciplinaridade tem permitido ao nutricionista desenvolver suas intervenções profissionais específicas, fazendo com que o usuário que busca esse profissional sinta-se mais acolhido e também responsável por sua saúde (MACHADO et al., 2004).

A atuação do nutricionista na atenção básica em saúde deve orientar-se pelos princípios da ESF (MACHADO et al., 2004). Como componente do trabalho interdisciplinar, é oportuno destacar as ações de alimentação e nutrição em quaisquer formas de intervenção, como estratégias indispensáveis a todo programa cuja finalidade seja elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade (ASSIS, 2002).

A competência do nutricionista para integrar a equipe do programa Estratégia de Saúde da Família está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual o instrumentaliza a realizar o diagnóstico nutricional da população, tornando-o, assim, o único profissional a receber uma instrução específica que lhe permite, a partir desse diagnóstico e da observação dos valores sócio-culturais, propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos da unidade familiar, à cultura, às condições fisiológicas dos grupos e à disponibilidade de alimentos (ASSIS, 2002).

Trata-se, portanto, de um profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil. Por esse caminho, pode-se afirmar que uma assistência à saúde da família brasileira, cujo objetivo seja transformar a história das práticas e dos resultados das intervenções, não poderá prescindir da atuação do nutricionista (ASSIS, 2002).

2.7 SISVAN Web

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um Sistema de Informação em Saúde (SIS) que tem como objetivo a geração de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2012). O conhecimento dessas informações permite que os gestores, em diferentes níveis de governo, implementem estratégias para a promoção de melhorias das condições de saúde relacionadas à alimentação e nutrição. Para isso, é necessário que o SISVAN tenha

o registro dos dados de alimentação e nutrição de toda a população do município. Além disso, é fundamental que seja estabelecido um fluxo a partir das informações da Vigilância Alimentar e Nutricional. Esse fluxo permitirá que os dados coletados de fato alcancem o objetivo do SISVAN, que é a geração de informações, para que sejam desenvolvidas ações de promoção de alimentação saudável apropriadas para o indivíduo ou para a coletividade. Por exemplo, monitorar a implementação de uma política de alimentação e nutrição (BRASIL, 2010).

No ano de 2002 iniciou-se o processo de informatização do SISVAN, no Brasil, que culminou com a criação do SISVAN Módulo Municipal em 2003. Após a informatização, observou-se um aumento do número de indivíduos acompanhados pelo SISVAN em relação ao estado nutricional (BRASIL, 2009).

Em janeiro de 2008 foi lançado o SISVAN *Web*, que substituiu o SISVAN Módulo Municipal. O SISVAN *Web* tem como objetivo o acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar de todos os indivíduos atendidos pela Atenção Básica à Saúde. O SISVAN *Web* apresenta as seguintes vantagens em relação ao SISVAN Módulo Municipal: possibilidade de registro de dados de consumo alimentar, incorporação das curvas de crescimento da OMS de 2006 e 2007 para avaliação do estado nutricional de crianças e apresentação de uma interface mais fácil para o usuário do Sistema (BRASIL, 2008).

REFERÊNCIAS

- ABEDI, P.; MOHAGHEGH, Z.; AFSHARY, P.; LATIFI, M. The relationship of serum vitamin D with pre-eclampsia in the Iranian women. **Matern & Child Nutrition**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 206-212, jun. 2013.
- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Medica, 2005. 551p.
- ARAUJO, R. L. D.; NÓBREGA, A. L.; NÓBREGA, J. Y. L.; SILVA, G.; SOUSA, K. M. O.; COELHO, D. C.; SILVA, A. P. Gravidez na adolescência: consequências voltadas para a mulher. **Revista Intesa**, Pombal, v. 9, n. 1, p. 15-22, jan./jun. 2015.
- ASSIS, A. M. O.; SANTOS, S. M. C.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, J. M.; SILVA, M. C. M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 255-266, set./dez., 2002.
- AZEVEDO, D. V.; SAMPAIO, H. C. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 273-280, jul./set. 2006.
- BAIAO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 245-253, mar./abr. 2006.
- BARROS, D. C.; PEREIRA, R. A.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 1, p. 121-129, jan. 2004.
- BASILE, L. H. Gestante e necessidade da vitamina D. **International Journal of Nutrology**, Catanduva, v. 7, n.1, p. 05-13, jan./abr. 2014.
- BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 3, n. 2, p.16-21, jan. 2004.
- BERTIN, R. L.; PARISENTI, J.; DI PIETRO, P. R.; VASCONCELOS, F. A. G. Métodos de avaliação de consumo alimentar de gestantes: uma revisão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 6, p. 383-390, mar. 2006.
- BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-272, set./dez. 1999.
- BORGES, Z. N. **A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001. 371p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Enpacs - Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável** - Caderno do Tutor. Brasília, 2010. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006**. Brasília, 2009. 142 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe: **Uso dos formulários e registro das informações no novo Sistema Informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan Web**. Brasília, 04 jun., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF; 2006. 142 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF; 2012. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional. **SISVAN: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde**. Brasília, DF, 2004.

CANÇADO, I. A. C.; PEREIRA, F. M.; FERNANDES, R. M. Avaliação do conhecimento em nutrição de gestantes atendidas pela estratégia de saúde da família (ESF) da cidade de Pará de Minas – MG. **Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, v. 1, n. 1, p. 318-327, out. 2009.

DEVINCENZI, M. U.; RIBEIRO, L. C.; SIGULEM, D. M.; GARCIA, J. N. **Nutrição e alimentação na gestação**. 2 ed. São Paulo: Editora de Projetos Médicos, 2003. 316p.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 1447-1458, ago. 2006.

FREITAS, E. D. S.; BOSCO, S. M. D.; SIPPEL, C. A.; LAZZARETTI, R. K. Recomendações nutricionais na gestação. **Revista Destaque Acadêmico**, Lajeado, v. 2, n. 3, p. 81-95, abr. 2010.

GONÇALVES, A. A.; CELARO, M. Sucos para gestantes: um estudo de mercado. **Estudos Tecnológicos**, Bauru, v. 5, n. 1, p. 1-13, jan./abr. 2009.

GONÇALVES, H.; KNAUTH, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 49, n. 2 p. 626-643, jul./dez. 2006.

RASMUSSEN, K. M.; YAKTINE, A. L. **Pregnancy Weight Guidelines**. 1 ed. Washington: Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM, 2009. 309p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil**. São Paulo, 2010.

Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>>.
Acesso em: 03 dez. 2016.

KOLETZKO, B.; SAUERWALD, U.; KEICHER, U.; SAULE, H.; WAWATSCHEK, S.; BOHLES, H.; BÖHLES, H.; BERVOETS, K.; FLEITH, M.; CROZIER-WILLI, G. Fatty acid profiles, antioxidant status, and growth of preterm infants fed diets without or with long-chain polyunsaturated fatty acids. A randomized clinical trial. **European Journal of Nutrition**, Bethesda, v. 42, n. 5, p. 243-253, out. 2003.

MACHADO, N. M. V.; VITERITTE, P. L.; GOULART, D. A. S.; PINHEIRO, A. R. O. Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 4, n. 1, p.18-21, fev. 2004.

MASON, J. B.; LOTFI, M.; DALMIYA, N.; SETHURAMAN, K.; DEITCHLER, M. **The micronutrient report. Current progress and trends in the control of vitamin A, iodine, and iron deficiencies**. 4. ed. Ottawa: The Micronutrient Initiative, 2001. 544p.

MELLER, T. C.; SANTOS, L. C. A Influência do Estado Nutricional da Gestante na Saúde do Recém-Nascido. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 1, p. 31-40, ago. 2009.

MOTA R. S. **História oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica**. 2012. 94f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

MOURA, L. J. FURUMOTO R. V. Necessidades nutricionais e consumo alimentar na gestação. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 353-363, jul. 2008.

NOGUEIRA, N. N.; MACEDO, A. S.; PARENTE, J. V.; COZZOLINO, S. M. F. Perfil nutricional de recém-nascidos de mães adolescentes suplementadas com ferro, em diferentes concentrações, zinco e ácido fólico. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 193-200, mai./ago. 2002.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: A percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 93-102, out./dez. 2008.

PANJOTA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 335-343, ago. 2003.

PESSOA, L. S.; SAUNDERS, C.; BELFORT, G. P.; SILVA, L. B. G.; VERAS, L. S.; ESTEVES, A. P. V. S. Evolução temporal da prevalência de anemia em adolescentes grávidas de uma maternidade pública do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 98-102, mai. 2015.

RIBEIRO, E. R.; BARBIERI, M. A.; BETTIOL, I. H.; SILVA, A. A. M. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudoeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 136-142, abr. 2006.

RIBEIRO, L. C.; DEVINCENZI, M. U.; GARCIA, J. N.; SIGULEM, D. M. Nutrição e alimentação na gestação. **Compacta de Nutrição**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 1-22, ago. 2002.

ROCHA, V. S. **Avaliação Bioquímica e do consumo alimentar de magnésio em mulheres saudáveis no terceiro trimestre gestacional**. 2009. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciência dos Alimentos), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

RODRÍGUEZ E. Y.; PITA, R. G.; GONZÁLEZ, M. I.; MARTÍNEZ, A. F.; PUENTEZ MÁRQUEZ, I. Las grasas en la dieta materna, edad gestacional y peso al nacer. **Revista Cubana de Salud Publica**, La Habana, v. 30, n. 2, p.76-88, ago. 2004.

SILVA, J. M. B.; FERREIRA, J. A.; ENDERS, B. C.; MENESES, R. M. V. Percepção de adolescentes grávidas acerca de sua gestação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 1, p. 23-2, jan./abr. 2011.

SILVA, S. M. C. S; MURA, J. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia**. 2 ed. p. 573-578, São Paulo: Roca, 2011.

STORY, M.; ALTON, I. Nutritional issues and adolescent pregnancy. **Nutrition Today**, Boston, v. 30, n. 1, p. 142-151, jan. 2004.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 343-345, mai. 2006.

CAPÍTULO II

(Artigo Científico a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública, ISSN 1678-4464)

CONSUMO ALIMENTAR DE GESTANTES ADOLESCENTES CADASTRADAS EM
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO NORDESTE

FOOD CONSUMPTION OF PREGNANT TEENAGERS REGISTERED IN THE BASIC
HEALTH UNIT OF NORTHEAST

CONSUMO ALIMENTARIO DE ADOLESCENTES ADOLESCENTES CADASTRADAS
EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DEL NORDESTE

Consumo alimentar de gestantes adolescentes da Região Nordeste do Brasil

Food consumption of adolescent pregnant women in Northeastern Brazil

Consumo alimenticio de gestantes adolescentes de la región Nordeste de Brasil

Jany de Moura Crisóstomo ¹

Laene Verucci de Sousa Santos¹

Natália Quaresma Costa²

Fernanda Barroso Roriz ³

¹ Docente, Especialista, Universidade Federal do Piauí-CSHNB, Piauí, Brasil.

² Docente, Mestre, Universidade Federal do Piauí-CSHNB, Piauí, Brasil.

³ Graduanda, Universidade federal do Piauí-CSHNB, Piauí, Brasil

Endereço para correspondência:

J. M. Crisóstomo

Bacharelado em Nutrição

Universidade Federal do Piauí

Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros

Rua Cícero Duarte nº905 - Bairro Junco, Picos, Piauí, Brasil - CEP 64607-670

janymourac@hotmail.com

RESUMO

Considerando que a condição nutricional da gestante pode interferir nos resultados obstétricos, o objetivo desse estudo foi avaliar os *hábitos alimentares* de gestantes adolescentes cadastradas em unidades básicas de saúde do Nordeste, em uma análise dos dados do sistema *SISVAN Web*. Foram coletados os dados referentes ao consumo alimentar de gestantes adolescentes: Hábito de realizar no mínimo as três principais refeições; Hábito de realizar as refeições assistindo a televisão; Consumo de feijão; Consumo de frutas; Consumo de verduras e legumes; Consumo de Hambúrguer e/ou embutidos; Consumo de bebidas adoçadas; Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado, e Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas. O estudo mostra resultados ainda não satisfatórios, visto que apesar das elucidações na literatura, uma quantidade significativa de gestantes adolescentes adotam hábitos não saudáveis que podem causar riscos tanto para a própria mãe adolescente, quanto para o embrião/feto, como risco para prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, descolamento placentário, e baixo peso ao nascer. Ressalta-se que no período gestacional intensifica-se a necessidade de acompanhamento da gestante por profissionais da saúde, acentuando-se o papel do nutricionista por meio da orientação nutricional a respeito da alimentação quantitativa e qualitativa que respeite as necessidades calóricas, bem como de macronutrientes e micronutrientes, favoráveis à fase de crescimento e desenvolvimento intrauterino, direcionado tanto para a mãe quanto para o feto.

Gestante. Adolescente. Consumo Alimentar. Nordeste.

ABSTRACT

Considering that the nutritional condition of the pregnant woman can interfere in the obstetric results, the objective of this study was to evaluate the dietary intake of adolescent pregnant women enrolled in basic health units of the Northeast, in an analysis of the data of the SISVAN Web system. Food consumption of pregnant adolescents: Habit to perform at least three main meals; The habit of dining with television; Bean consumption; Fruit consumption; Consumption of vegetables and vegetables; Burger consumption and / or sausages; Consumption of sweetened beverages; Consumption of instant noodles, packet chips or salty crackers, and consumption of stuffed biscuit, sweets or treats. The study shows unsatisfactory results, since despite the elucidations in the literature, a significant number of adolescent pregnant women adopt unhealthy habits that may cause risks for both the adolescent mother herself and the embryo / fetus as risk for prematurity, delay Intrauterine growth, placental abruption, and low birth weight. It is noteworthy that in the gestational period the need for follow-up of the pregnant woman by health professionals intensifies, emphasizing the role of the nutritionist through the nutritional orientation regarding the quantitative and qualitative feeding that respects the caloric needs as well as macronutrients And micronutrients, favorable to the stage of growth and intrauterine development, directed to both mother and fetus.

Pregnant. Teenager. Food consumption. Northeast.

RESUMEN

Considerando que la condición nutricional de la gestante puede interferir en los resultados obstétricos, el objetivo de este estudio fue evaluar el consumo alimentario de gestantes adolescentes registradas en unidades básicas de salud del Nordeste, en un análisis de los datos del sistema SISVAN Web. Consumo alimentario de gestantes adolescentes: Hábito de realizar al menos las tres principales comidas; Hábito de realizar las comidas viendo la televisión; Consumo de frijoles; Consumo de frutas; Consumo de verduras y verduras; Consumo de Hamburguesa y / o embutidos; Consumo de bebidas endulzadas; Consumo de macarrones instantáneos, salchichas de paquete o galleta salada, y Consumo de galleta rellena, dulces o golosinas. El estudio muestra resultados aún no satisfactorios, ya que a pesar de las aclaraciones en la literatura, una cantidad significativa de gestantes adolescentes adopta hábitos no saludables que pueden causar riesgos tanto para la propia madre adolescente, como para el embrión / feto, como riesgo para prematuridad, retraso El crecimiento intrauterino, el desprendimiento placentario, y el bajo peso al nacer. Se resalta que en el período gestacional se intensifica la necesidad de acompañamiento de la gestante por profesionales de la salud, acentuando el papel del nutricionista por medio de la orientación nutricional respecto a la alimentación cuantitativa y cualitativa que respete las necesidades calóricas, así como de macronutrientes Y micronutrientes, favorables a la fase de crecimiento y desarrollo intrauterino, dirigido tanto para la madre y para el feto.

Mujer embarazada. Adolescente. Consumo de alimentos. Noreste.

Introdução

A gestação é uma das etapas da vida da mulher de maior vulnerabilidade nutricional, estando mais sujeita a intercorrência decorrentes da má alimentação, em um momento que o organismo está em intenso anabolismo necessitando de um acréscimo nas necessidades nutricionais ¹.

O estado nutricional materno influencia nas condições do recém-nato, pois nesse período, há um aumento da demanda nutricional, devido ao crescimento fetal, da placenta, dos tecidos maternos e pelo próprio consumo da gestante. Portanto, a gestante deve ter um cuidado todo especial com sua alimentação, tendo uma ingestão adequada de energia e de macro e micronutrientes como cálcio, ferro e vitaminas ^{2,3}.

Atualmente, a gravidez na adolescência é considerada um sério problema de saúde pública e com isto exige programas de orientação, preparação e acompanhamento durante seu percurso e o parto, por ser um problema que oferece riscos ao desenvolvimento da criança, bem como riscos para a própria gestante, sendo então na maioria das vezes, não planejada ⁴.

As adolescentes têm sido consideradas como sendo de risco nutricional em razão de seus hábitos alimentares, pois frequentemente deixam de fazer refeições saudáveis, substituindo-as por lanches de baixo valor nutritivo, e adotam dietas para emagrecer, o que pode determinar ingestão alimentar inferior ao recomendado ⁵.

Um ganho de peso insuficiente está relacionado a um maior risco de retardo de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal. Já, o ganho de peso excessivo pode estar associado à diabetes gestacional, dificuldades no parto e risco para o feto no período perinatal ².

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) tem como principal objetivo monitorar o estado nutricional e as características do consumo alimentar dos indivíduos atendidos pelo Sistema Único de Saúde ⁶. Dados oriundos de sistemas de vigilância, quando comparados aos grandes inquéritos populacionais de nutrição, permitem o fornecimento de informações de forma mais rápida, contínua e com menor custo. Isto pode possibilitar o diagnóstico nutricional de populações e proporcionar dados para avaliação de políticas em saúde e nutrição, subsidiando formulações e avaliações de programas e intervenções na área ⁷.

Faz-se necessário uma adequação na alimentação da gestante, visto que seu estado nutricional é de suma importância para o desenvolvimento de uma gestação saudável. Considerando que a condição nutricional da gestante pode interferir nos resultados

obstétricos, o objetivo desse estudo foi avaliar os *hábitos alimentares* de gestantes adolescentes cadastradas em unidades básicas de saúde do Nordeste, em uma análise dos dados do sistema *SISVAN Web*.

Métodos

Este estudo caracteriza-se como sendo do tipo transversal, qualitativo e quantitativo, no qual foram utilizados dados secundários referentes ao ano de 2015, disponibilizados no sistema *SISVAN Web*. A amostra foi composta por população de gestantes adolescentes da região Nordeste do Brasil, frequentadoras de Unidades Básicas de Saúde (UBS), abrangendo toda a cobertura da região Nordeste do Brasil, como critério de inclusão os dados do sistema *SISVAN Web*, perfazendo um total de 840 indivíduos.

Este sistema possui a funcionalidade ‘‘módulo gerador de relatórios’’, por meio da qual são geradas planilhas no programa *Microsoft Excel*, onde constam dados sobre o consumo alimentar, por ciclo de vida, faixa etária e sexo, por regiões do Brasil. Os dados coletados a partir dos relatórios gerados pelo sistema *SISVAN Web* foram tabulados em planilhas do *Microsoft Excel* e organizados por região e categorias de alimentos.

Foram coletados os dados referentes aos hábitos alimentares de gestantes adolescentes: Hábito de realizar no mínimo as três principais refeições; Hábito de realizar as refeições assistindo a televisão; Consumo de feijão; Consumo de frutas; Consumo de verduras e legumes; Consumo de Hambúrguer e/ou embutidos; Consumo de bebidas adoçadas; Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado, e Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas a partir dos relatórios gerados pelo sistema *SISVAN Web*.

Resultados e discussão

Conhecer o padrão de consumo alimentar, tanto individual quanto coletivo, é essencial para orientar as ações de atenção integral à saúde e, principalmente, para promover a melhoria do perfil alimentar e nutricional da população. Assim, realizar avaliação do consumo de alimentos na rotina da Atenção Básica é uma ação estratégica de cuidado em saúde, o qual potencializa as demais ações de prevenção e de tratamento realizadas no cotidiano dos serviços. Entretanto, há de se considerar que esse tipo de avaliação deve ser prática e com estreita relação entre as demais atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde ⁸.

O profissional não deve focar exclusivamente o aspecto quantitativo da alimentação, mas sim identificar qualidade e comportamentos de risco. É preciso também estar atento à quantidade de refeições que a pessoa realiza ao longo do dia, bem como, ao hábito de se alimentar assistindo à televisão ⁸.

Para essa fase do curso da vida, é fundamental orientar que a alimentação seja baseada em alimentos e preparações culinárias saudáveis e a partir dessa prática alimentar os alimentos processados prontos para o consumo podem até fazer parte de refeições mediante uma alimentação equilibrada, no entanto, os ultraprocessados devem ser evitados ou consumidos ocasionalmente. Óleos, gorduras, sal e açúcar também podem ser utilizados em pequenas quantidades para temperar e cozinhar os alimentos ⁸.

Outras informações importantes referem-se à regularidade das refeições, que devem respeitar horários semelhantes, e ao planejamento delas. Comer em locais limpos e confortáveis, preferencialmente em companhia, e estimular que as próprias pessoas preparem suas refeições também são dicas valiosas para a promoção da alimentação adequada e saudável ⁸.

O SISVAN dispõe de um bloco de questionário para coleta de dados para gestantes que foi elaborado com o objetivo de identificar padrões de alimentação e comportamento saudáveis ou não saudáveis. É um marcador saudável o consumo de frutas, verduras e feijão; e não saudável o consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados ⁸.

Esta pesquisa utilizou valores secundários obtidos a partir de banco de dados do Sistema SISVAN *Web*, que disponibiliza as seguintes coletas de dados e classificações para o público gestantes adolescentes, segundo o tipo de consumo alimentar na fase gestacional: Hábito de realizar no mínimo as três principais refeições; Hábito de realizar as refeições assistindo a televisão; Consumo de feijão; Consumo de frutas; Consumo de verduras e

legumes; Consumo de Hambúrguer e/ou embutidos; Consumo de bebidas adoçadas; Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado, e Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas (**Tabela 01**).

Tabela 01

Consumo Alimentar de Gestantes Adolescentes. SISVAN Web, Nordeste, Brasil, 2015.				
Consumo Alimentar de Gestantes Adolescentes	BRASIL		NORDESTE	
	Nº	%	Nº	%
Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	3124	49	478	57
Hábito de realizar as refeições assistindo a televisão	4055	63	460	55
Consumo de feijão	5207	81	674	80
Consumo de fruta	4659	72	585	70
Consumo de verduras e legumes	4346	68	511	61
Consumo de Hambúrguer e/ou embutidos	2570	40	257	31
Consumo de bebidas adoçadas	4255	66	437	52
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	3467	54	377	45
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	2973	46	346	41
Total de gestantes adolescentes avaliadas:	6440	100	840	100

Esperava-se através deste estudo resultados negativos, tendo em vista que, devido ao processo de industrialização as pessoas costumam seguir hábitos alimentares inadequados, devido a praticidade dos produtos industrializados, justificando a falta de tempo para preparação de alimentos mais saudáveis.

Os resultados deste estudo foram interpretados levando-se em consideração as características do grupo estudado, restritos a Região Nordeste composta por 840, de um total de 6.440, de gestantes adolescentes no Brasil, frequentadoras UBS's, no ano de 2015.

Na região Nordeste do país, em uma avaliação de 840 gestantes adolescentes apenas n=478 tem o hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia, ou seja, 57% da

população total, isso implica que n=362 (43%) das gestantes não adotaram esse hábito alimentar (**Tabela 01**).

O consumo alimentar dos seres humanos é composto por eventos alimentares, denominados “refeições” e “lanches”, os quais variam em número e composição ⁹. De acordo com orientações sugeridas pelo novo Guia Alimentar da População Brasileira à alimentação ingerida ao longo do dia deve ser executada de forma fracionada sugerindo a realização de três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e, pelo menos, um pequeno lanche ¹⁰.

O baixo consumo de refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) estão associados à retenção de peso pós-parto até um ano após o parto ¹¹. Isto porque, gestantes adolescentes substituem refeições principais por lanches. Hambúrguer, pizza, cachorro-quente, salgados e certos tipos de sanduíches e biscoitos, são referidos como principais substitutos das refeições em um estudo em São Paulo ¹², na maioria dos casos esses substitutos apresentam alta densidade energética, grande quantidade de sódio e gorduras e baixo conteúdo de fibras, vitaminas e minerais. O consumo elevado desses alimentos provoca aumento do risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que, nas últimas décadas, passaram a liderar as causas de óbito no Brasil ¹³.

O baixo conteúdo de vitaminas e minerais no consumo desses alimentos é um dado preocupante, uma vez que algumas vitaminas e minerais são essenciais para essa fase do ciclo de vida. A Vitamina A ajuda na prevenção de prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna, e é encontrada em vegetais folhosos verdes escuros e amarelos, vermelhos e alaranjados; couve-folha, espinafre, cenoura, tomate, manga, laranja, brócolis. A vitamina C estimula melhor absorção do ferro e reduz de risco de anemia materna, podendo ser encontrada na laranja, acerola fresca, mamão, goiaba, morango, kiwi, tomate, brócolis ¹⁴. Já a vitamina D auxilia na absorção do cálcio e fósforo provenientes da ingestão alimentar, necessário para formação esquelética do feto, encontrada no atum, sardinha, gema de ovos, óleo de peixe, salmão e fígado ¹⁵.

Dentre os minerais importantes na fase da gestação encontra-se o ferro, que ajuda na prevenção da anemia e nascimento pré-termo. Sendo encontrado na carne vermelha, miúdo, gema de ovo, feijões, beterraba, vegetais verde escuros, e no melado. O cálcio atuando na manutenção esquelética e função cardíaca ¹⁴, encontrado no leite e derivados, vegetais e os feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida ¹⁶. O ácido fólico na prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular, encontrando-o nos vegetais folhosos verdes, frutas cítricas, alimentos integrais, legumes e bife de fígado ¹⁶.

A dieta deve ser fracionada com menores porções (café da manhã, lanche - opcional, almoço, merenda, jantar, ceia – opcional com intervalo de 3/3h) para que ao longo do dia, haja aporte de nutrientes e energia necessários¹⁷. O fracionamento de refeições e o uso de cabeceira elevada, evita com que a gestante sinta azia, que ocorre frequentemente por compressão gástrica pelo útero, aumentando o refluxo gastroesofágico. A gestante deve evitar posição supina após refeições e a ingestão de alimentos agravantes¹⁸.

Na **Tabela 01**, pode-se observar em relação ao hábito de realizar as refeições assistindo a televisão, que a média do Nordeste é de 55% das gestantes, ou seja, n=460 gestantes adolescentes adotam esse hábito.

Apesar de os valores na região analisada se apresentarem abaixo da média do Brasil, não o torna um dado positivo, uma vez que o ideal seria que as gestantes realizassem suas refeições em um local tranquilo, sem distrações (como televisão). Comer em locais limpos, confortáveis e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. Sempre que possível, comer em companhia, com familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o ato de comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação¹⁰.

Dentre os mecanismos pelos quais o hábito de assistir TV pode afetar o peso estão à inatividade física e o maior consumo de alimentos obesogênicos durante o tempo gasto diante da televisão^{19, 20}. Adicionalmente, a distração provocada pelas telas interfere nos sinais fisiológicos de fome e saciedade, levando a escolhas alimentares inadequadas com consumo exacerbado de produtos de elevado teor calórico e baixo teor de nutrientes¹⁹.

Outro fator contribuinte é a forte influência da mídia no comportamento alimentar. As indústrias investem fortemente em propagandas de *fast-food*, alimentos ricos em calorias, bebidas carbonatadas, cereais matinais açucarados e outros produtos ultraprocessados, o que pode impactar na formação de hábitos alimentares de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas²¹.

Em pesquisas evidencia-se que 85,0% dos artigos avaliados encontraram relação entre TV e consumo de alimentos e 60,0% dos artigos, entre TV e obesidade. Maior tempo assistindo TV é significativamente associado ao menor consumo de frutas e verduras e maior consumo de porções de salgadinhos, doces e bebidas e elevado teor de açúcar²².

A obesidade materna aumenta o risco de hipertensão arterial (HTA) gestacional (tensão arterial sistólica = 140 mmHg e/ou diastólica = 90 mmHg identificada pela primeira vez após as 20 semanas de gestação) e a pré-eclampsia (HTA associada a proteinúria e/ou edema de tipo nefrótico), atuando como fator independente^{23, 24}. As grávidas obesas têm 2,5

vezes probabilidade maior de desenvolver HTA gestacional comparativamente às grávidas normoponderais²⁵. A obesidade é risco ainda para diversas outras patologias e intercorrências na gestação, como diabetes mellitus gestacional (DMG)^{26, 27}; complicações respiratórias, como apneia do sono, e asma^{27, 28, 29}, e doenças tromboembólicas^{30, 31}.

Os fetos são vítimas inocentes de diversos fatores ambientais adversos, entre eles os hábitos insalubres de suas mães³². O excesso de tecido adiposo materno afetaria o conceito desde sua fase embrionária até o parto. A taxa de malformações fetais é maior em mulheres obesas do que naquelas com peso normal^{33, 34}.

O excesso de tecido adiposo parece interferir no metabolismo dos folatos, o que explicaria a maior incidência de defeitos do tubo neural entre as obesas, mesmo naquelas que recebem suplementação de ácido fólico nas doses recomendadas^{33, 34, 35}. O risco de óbito fetal é também significativamente maior entre as mulheres com peso acima da média, por motivos ainda desconhecidos³⁶. A macrosomia fetal é mais frequente entre as obesas, independente da associação com diabetes^{37, 38, 39}.

Os dados referentes ao consumo de feijão mostram que na região Nordeste um total de n=674 (80%) das gestantes adolescentes adotam esse hábito alimentar, logo n= 166 (20%) não praticam esse hábito, excluindo o feijão da dieta (**Tabela 01**).

Feijões e as demais leguminosas são excelentes fontes de proteína, fibras, vitaminas do complexo B e minerais, como ferro, zinco e cálcio, devendo-se ser ingeridos diariamente⁴⁰. Entre os alimentos vegetais mais ricos em proteínas estão às leguminosas. Quando cozidas, contém 6% a 11% de proteína. Dentre as leguminosas estão incluídos todos os feijões e também as lentilhas, ervilhas secas, fava, tremoço, soja e grão-de-bico⁴¹.

O feijão-carioca, o mais consumido no Brasil, apresenta em sua composição nutricional (por 100g): 76 calorias, 4,8 g de proteínas, 13,6 g de carboidratos, 1,3 mg de Ferro e 255 mg de Potássio. O feijão-preto, segundo na preferência nacional, possui 77 calorias, 4,5 g de proteínas. 14 g de carboidratos, 1,5 mg de Ferro e 256 mg de Potássio, para os mesmos 100 g de produto⁴².

O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda manter o consumo diário de arroz e feijão na proporção de 2:1, respectivamente, o que torna tal combinação completa em aminoácidos essenciais. Aconselha também o resgate e a valorização da dieta tradicional brasileira, baseada em preparações combinadas de cereais e leguminosas (arroz e feijões), frutas, legumes e verduras⁶.

O hábito alimentar brasileiro mais tradicional, com predominância de feijão e carne, talvez permita uma mais adequada ingestão de folato. A frequência de consumo de feijão é uma das mais importantes fontes desse nutriente ⁴³.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que gestantes adolescentes consumiam frequentemente alimentos ricos em ferro, como feijão e carnes; entretanto, apesar de fazerem parte da dieta habitual, os alimentos fontes de ferro, provavelmente, não eram consumidos em quantidades suficientes para atender às necessidades dietéticas diárias das gestantes ⁴⁴.

Em outro estudo realizado na mesma cidade, na gravidez, as mulheres passaram a comer alguns alimentos que, antes delas engravidarem, não eram consumidos por serem menos apreciados. Em ordem, os alimentos mais citados como aqueles incluídos na dieta durante a gestação foram: leite (o mais enfatizado), feijão e beterraba (por causa da anemia), jiló e quiabo (por serem legumes). Esses alimentos foram incluídos pelas mulheres voluntariamente ou pelo fato de se sentirem pressionadas pela mãe e(ou) pelo companheiro ou por terem sido "obrigadas" por nutricionista ⁴⁵.

Trabalhos realizados demonstraram que o consumo do feijão possui benefícios associados a doenças cardiovasculares, principalmente na redução do colesterol LDL - Low Density Lipoprotein ⁴⁶. O feijão previne anemias, doenças cardiovasculares e neurais, por ser fonte de folato, e ainda fonte de zinco prevenindo o aborto, retardo do crescimento intrauterino, prematuridade e pré-eclampsia ¹⁴.

Em relação ao consumo de frutas, na região Nordeste um total de n= 585 (70%) das gestantes adolescentes realizaram esse consumo, logo se subentende que n=255 (30%) não consumiram frutas nessa fase crucial para a formação da criança (**Tabela 01**). Ainda foi possível constatar que, n= 511 das gestantes adolescentes (61%) fazem o consumo de verduras e legumes.

O grupo das frutas, bem como de verduras e legumes apresentou-se com médio consumo, entretanto ainda não satisfatório, uma vez que muitas vitaminas e minerais mostram uma redução lenta e contínua à medida que avança a gestação, em suas concentrações plasmáticas. Portanto, as frutas são fontes ideais de vitaminas, minerais e fibras que ajudam na regulação de várias reações do organismo, no crescimento e desenvolvimento do feto, devendo ter o consumo aumentado durante o período gestacional ⁴⁷.

O baixo consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) encontra-se entre os cinco principais fatores de risco associados à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, correspondendo a 2,7 milhões de mortes no mundo ⁴⁸. Evidências sugerem que indivíduos

mais novos, solteiros ou vivendo sozinhos, bem como aqueles que passam a maior parte do dia trabalhando fora de casa, referem que o consumo inadequado de alimentos é consequente da falta de tempo para o preparo de verduras e legumes, irregularidade na frequência e horário das refeições ^{49, 50}.

As crianças amamentadas por mães que consomem frutas e vegetais irão aprender sobre essas escolhas alimentares, experimentando os sabores no leite materno. Essas experiências sensoriais com sabores variados dos alimentos podem ajudar a explicar porque as crianças amamentadas são menos exigentes e estão mais dispostas a experimentar novos alimentos, que, por sua vez, contribuem para maior consumo de frutas e vegetais na infância ⁵¹.

As frutas, verduras e legumes, em geral possuem uma baixa quantidade de gordura, densidade energética e uma alta porcentagem de água e fibras dietéticas. Todas essas propriedades contribuem para aumentar a saciedade, reduzir a ingestão de alimentos, podendo favorecer a manutenção do peso corporal ⁵². Em um estudo verificou-se que as gestantes que consumiam 3 ou mais porções de frutas e verduras por dia ganharam em torno de 0,8 kg e menos do que aquelas que consumiam menos porções ⁵³.

É consenso que uma dieta rica em fibras está relacionada com o controle do peso e da obesidade ^{54, 55, 56}. Por isso seu consumo é de suma importância na gestação e no pós-parto, pois além de promover o controle do peso, diminui o risco de diabetes e doenças coronarianas, reduz a constipação, o risco de pré-eclâmpsia e promove uma alimentação rica em nutrientes e com baixa densidade energética ^{57, 58}.

Frutas laxativas como mamão, ameixa e laranja com bagaço, são ricas em fibras, ajudando a prevenir gases e/ou constipação intestinal, evitando abdômen inchado, dolorido, endurecido, barulhos (ruídos) e mal-estar na gestação ⁴⁰.

Em um estudo realizado em São Paulo (2013) encontraram o consumo médio de FLV ao longo da gestação em torno de 337 gramas diárias, não atingindo a recomendação das 400g/dia ⁵⁹.

Da amostra de 840 gestantes, n=257 (31%) fazem consumo de hambúrguer e/ou embutidos, o que sinaliza que n=583 (69%) não praticam esse hábito, apesar de os números parecerem favoráveis ainda assim evidencia-se a necessidade de conscientização das gestantes que optam pelo consumo (**Tabela 01**).

As carnes, especialmente as vermelhas e as processadas [também conhecidas como embutidos (salsichas, salames, presuntos e etc.)], possuem alta concentração de colesterol,

ácidos graxos saturados e sódio^{60, 61}, estando assim associadas à incidência de doenças cardiovasculares e até mesmo de câncer^{60, 61}.

A concentração plasmática de colesterol total, especialmente de colesterol associado à lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), está associada com o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV) oclusivas⁶⁴.

O consumo de hambúrguer é um hábito alimentar mundial em virtude das suas características sensoriais, crescente processo de urbanização, industrialização e diminuição do tempo disponível para o preparo de alimentos. No entanto, o consumo demasiado desse tipo de produto pode ser prejudicial à saúde humana, podendo ocasionar aumento da pressão arterial, excesso de gordura no sangue e obesidade, doenças consideradas como um problema de saúde pública e que têm acometido todas as faixas etárias^{65, 66, 67}.

Em um estudo, na população nipo-brasileira de Bauru, SP, investigou-se a existência de associação entre alimentos embutidos com obesidade, considerando-se a distribuição da adiposidade, generalizada ou central. Outro estudo no Rio de Janeiro, com gestantes, verificou-se que em relação aos hábitos alimentares das mesmas, o hambúrguer podia substituir a carne na refeição, pois era mais barato e, assim, tornava-se "*comida*". No entanto, se consumido em forma de sanduíche, era classificado como "*besteira*"⁶⁸.

No presente estudo o consumo de bebidas adoçadas realizado por gestantes adolescentes da região Nordeste foi de n=437 (52%), indicando que somente n=403 (48%) não optaram por este consumo durante a gestação (**Tabela 01**).

Mudanças dos padrões alimentares nas últimas décadas, com aumento marcante no consumo de industrializados, mais especificamente das bebidas açucaradas (BA), como os refrigerantes e sucos artificiais, vêm sendo apontadas como o principal contribuinte para o aumento da energia total das dietas. A ingestão excessiva de calorias influencia o ganho de peso e o aparecimento de marcadores inflamatórios, podendo ser considerado um dos fatores ambientais determinantes para as proporções epidêmicas da obesidade no mundo^{69, 70}.

Estudo conduzido nos Estados Unidos, revelou associação positiva entre sobrepeso/obesidade e o consumo de bebidas com adição de açúcar⁷¹. Cabe ressaltar que a recomendação do atual Guia Alimentar para a população brasileira é evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, como os refrigerantes. Ainda segundo esse guia, alimentos ultraprocessados são nutricionalmente desbalanceados e induzem ao consumo excessivo, com destaque para os refrigerantes. Sabe-se que o organismo tem dificuldade de "registrar" as calorias de bebidas açucaradas, aumentando o risco de obesidade. Além disso, composto

essencialmente de açúcar ou edulcorantes, o consumo de refrigerantes, está associado à diminuição da ingestão de suco de frutas naturais e leite ¹⁰.

A formação dos hábitos alimentares sofre a influência de fatores fisiológicos e ambientais. Inicia-se desde a gestação e amamentação, e sofre modificações de acordo com os fatores a que as crianças serão expostas durante a infância ⁷². O feto é exposto a uma variedade de estímulos sensoriais in útero. O aparelho necessário para detectar tais estímulos, as papilas gustativas, aparece pela primeira vez por volta da 7ª e 8ª semana de gestação ⁷³.

Uma vida sedentária, com obesidade e má alimentação influem muito no desenvolvimento do diabetes na gestação, pois ocasionam sequelas para a mãe e para o recém-nascido. Uma das repercussões maternas está associada a incidências de complicações na gravidez, como toxemia que poderá ocasionar uma eclampsia, polidramnia por conta da diurese osmótica fetal e além desses casos mais complexos também poderá a mãe originar durante toda gestação episódios de infecção urinária e pielonefrite ⁷⁴.

Em relação a complicações do Diabetes como: hiperglicemia, hiperinsulinemia, presença de co-morbidades e complicações agudas e crônicas estão diretamente relacionados a morbi-mortalidade materna e fetal em maior proporção em gestantes. Por isso é preciso de uma atenção ao tratamento e aos hábitos alimentares para evitar ou prevenir tais patologias que causam tanto transtornos durante o período da gravidez ⁷⁵. O recém-nascido sofre assim como a mãe o desenvolvimento do diabetes, pois é descompensado por causa da alta taxa de insulina no sangue que tende a agravar a doença. A morbi-mortalidade materna e fetal aumentada em gestantes com diabetes melitus tem sido associada com fatores de hiperglicemia, hiperinsulinemia, presença de co-morbidades e complicações agudas e crônicas do diabetes ⁷⁵.

Para o recém-nascido as causas são bem piores, pois podem levar a morte intrauterina no caso onde o diabetes gestacional foi diagnosticado, mas não foi acompanhando ou acompanhado e não cuidado pela mãe. As malformações fetais, macrossomias fetais, síndrome da angústia respiratória, hipoglicemia neonatal são repercussões que o concepto pode ter por causa de um diabetes gestacional e um não acompanhamento médico ⁷⁴.

O consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado no presente estudo foi de n=377, totalizando 45% da amostra total, de gestantes adolescentes da região Nordeste. Também se observou com relação ao consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas, na região Nordeste, onde n=346 gestantes (41%) afirmaram o consumo **(Tabela 01)**.

O macarrão instantâneo é um produto alimentício que vem apresentando forte tendência de aumento no consumo, por ser um alimento de fácil aceitação, de preparo rápido e prático e de preço acessível e segundo a Associação Brasileira das Indústrias de Biscoitos, Massas Alimentícias e Pães e Bolos Industrializados (Abimap), a demanda deste produto avançou 11,5% em volume e 36,8% em valor nos últimos três anos ⁷⁶. Contudo, uma unidade comercial deste grupo ultrapassa 459% da recomendação diária de sódio pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2000 mg, equivalente a 5 g de sal por dia ⁷⁷.

Em um estudo realizado em Rondolândia – MT no que diz respeito ao consumo de alimentos considerados não saudáveis e que, portanto, podem ser consumidos no máximo uma vez na semana, foram observadas maiores frequências de consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote e biscoito salgado, cerca de 51,80% da população estudada ⁷⁸.

Em outro estudo sobre a análise da rotulagem de alimentos industrializados, observou-se que os grupos macarrões instantâneos e salgadinhos de pacote apresentaram-se 100% inadequados quanto ao teor de sódio, com todas as amostras com classificação vermelha ⁷⁹.

Outros autores também obtiveram como resultado um consumo frequente de doces. Este hábito alimentar pode trazer como prejuízo um ganho de peso excessivo na gravidez, e como consequência a hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia ⁸⁰.

A frequência do consumo de alimentos menos nutritivos, como os doces e açúcares de adição, é mais elevada entre gestantes com menos de 15 anos de idade do que entre as que possuem idade superior ^{6, 81}.

Estudos comprovam o consumo elevado destes alimentos com grandes quantidades de calorias, açúcar, sódio e gorduras entre adolescentes e ressaltam que esses produtos além da elevada densidade energética, por receberem adição de açúcares e gorduras trans, podem alterar o crescimento e desenvolvimento fetal. Além disso, o consumo excessivo pode acarretar um ganho de peso em gestantes e o surgimento de doenças durante a gestação que podem permanecer durante toda a vida da mãe ^{82, 83}.

Conclusão

O resgate de hábitos alimentares mais saudáveis é fator fundamental para uma vida com maior qualidade e longevidade, em especial, ressalta-se que no período gestacional intensifica-se a necessidade de acompanhamento da gestante por profissionais da saúde, acentuando-se o papel do nutricionista por meio da orientação nutricional a respeito da alimentação quantitativa e qualitativa que respeite as necessidades calóricas, bem como de macronutrientes e micronutrientes, favoráveis à fase de crescimento e desenvolvimento intrauterino, direcionado tanto para a mãe quanto para o feto.

Logo, ressalta-se a importância de um acompanhamento pré-natal promovendo a adesão de práticas alimentares saudáveis e já com o incentivo ao aleitamento materno exclusivo (AMEX). Nesse sentido, se faz importante o desenvolvimento de mais políticas de incentivo que apoiem e ajudem as famílias a criar um cenário favorável para a gestante e a capacitação periódica aos profissionais da saúde voltadas para a fase gestacional.

Referências

- 1 – Silva SMCS, Mura JP. Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia. 2nd ed. São Paulo: Roca; 2011.
- 2 – Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2nd ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
- 3 – Gonçalves AA, Celaro M. Sucos para gestantes: um estudo de mercado. Estudos Tecnológicos 2009; 5(1): 1-13.
- 4 – Araújo RLD, Nóbrega AL, Nóbrega JYL, Silva G, Sousa KMO, Coelho DC, et al. Gravidez na adolescência: consequências voltadas para a mulher. Revista Intesa 2015; 9(1): 15-22.
- 5 – Azevedo DV, Sampaio HC. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. Revista de Nutrição 2006; 16(3): 273-280.
- 6 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira - Promovendo alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 7 – Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 8 – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- 9 – Gauche H, Calvo MCM, Assis MAA. Ritmos circadianos de consumo alimentar nos lanches e refeições de adultos: aplicação do semanário alimentar. *Rev Nutr* 2006; 19(2): 177-185.
- 10 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira - Promovendo alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

11 – Oken E, Taveras EM, Popoola FA, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Television, walking, and diet: associations with postpartum weight retention. *Am J Prev Med* 2007; 32(4): 305-11.

12 – Teixeira AS, Philippi ST; Leal GVS; Araki EL; Estima CCP; Guerreiro RER. Substituição de refeições por lanches em adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2012; 30(3): 335-337.

13 – Brasil. Ministério da Saúde. Enpacs - Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável - Caderno do Tutor. Brasília, 2010.

14 – Lim CE, Yii MF, Cheng NC, Kwan YK. The role of micro nutrients in pregnancy. *Australian Family Physician* 2009; 38(12): 980-4.

15 – Allen LH. Multiple micronutrients in pregnancy and lactation. *American Journal of Clinical Nutrition* 2005; 81(5): 1206-16.

16 – Vítolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. 2nd ed. Rio de Janeiro: Rúbio; 2008.

17 – Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 3nd ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan; 2010.

18 – Buchabqui JA, Abeche AM, Nickel C. Assistência pré-natal. In: *Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JÁ. Rotinas em obstetrícia. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 23- 44.*

19 – Bickham DS, Blood EA, Walls CE, Shrier LA, Rich M. Characteristics of screen media use associated with higher BMI in young adolescents. *Pediatrics* 2013; 131(5): 935-41.

20 – Ghavamzadeh S, Khalkhali HR, Alizadeh M. TV viewing, independent of physical activity and obesogenic foods, increases overweight and obesity in adolescents. *J Health Popul Nutr* 2013; 31(3): 334-42.

21 – Moura NC. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. *Segur Alim Nutr* 2010; 17(1): 113-22.

- 22 – Rossi CE, Albernaz DO, Vasconcelos FAG, Assis MAA, Di Pietro PF. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Nutr* 2010; 23(4): 607-20.
- 23 – Galtier F, Raingeard I, Renard E, Boulot P, Bringer J. Optimizing the outcome of pregnancy in obese women: from pregestational to long-term management. *Diabet Metabol* 2007; 34: 19-25.
- 24 – Cunningham F, Leveno K, Blomm S, et al. In: Williams Obstetrics. Obesity. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 1007-1017.
- 25 – Shobha H. Nutrition and pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51(2): 409-418.
- 26 – 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.
- 27 – O'Brien TE, Ray JG, Chan WS. Maternal body mass index and the risk of preeclampsia: a systematic overview. *Epidemiology*. 2003; 14(3): 368-74.
- 28 – Sattar N, Greer IA. Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening? *BMJ* 2002; 325: 157-60.
- 29 – Lu GC, Rouse DJ, DuBard M, Cliver S, Kimberlin D, Hauth J. The effect of the increasing prevalence of maternal obesity on perinatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:845-9.
- 30 – Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor level and oral contraceptive use. *Thromb Haemost* 2003; 89(3): 493-8.
- 31 – Larsen TB, Soresen HT, Gislum M, Johnsen SP. Maternal smoking, obesity, and risk of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium: a population-based nested case-control study. *Thromb Res* 2007; 120(4): 505-9.
- 32 – Mattar R, Torloni MR, Betrán AP; Merialdi M. Obesidade e gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009, 31(3): 108-110.

33 – Anderson JL, Waller DK, Canfield MA, Shaw GM, Watkins ML, Werler MM. Maternal obesity, gestational diabetes, and central nervous system birth defects. *Epidemiology* 2005; 16(1): 87-92.

34 – Ray JG, Vermeulen MJ, Meier C, Wyatt PR. Risk of congenital anomalies detected during antenatal serum screening in women with pregestational diabetes. *QJM* 2004; 97(10): 651-3.

35 – Rasmussen SA, Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Lau J. Maternal obesity and risk of neural tube defects: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(6): 611-9.

36 – Chu SY, Kim SY, Lau J, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, et al. Maternal obesity and risk of still birth: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197(3): 223-8.

37 – Isaacs JD, Magann EF, Martin RW, Chauhan SP, Morrison JC. Obstetric challenges of massive obesity complicating pregnancy. *J Perinatol* 1994; 14(1): 10-4.

38 – Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 1998; 338(3): 147-52.

39 – Kramer MS, Morin I, Yang H, Platt RW, Usher R, McNamara H, et al. Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *J Pediatr* 2002; 141(4): 538-42.

40 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

41 – Wander AE. Produção e consumo de feijão no Brasil, 1975-2005. *Informações Econômicas* 2007; 37(2): 7-21.

42 – TACO. Tabela brasileira de composição de alimentos/NEPA-UNICAMP. 2nd ed. Campinas: NEPA-UNICAMP; 2006. 113p.

43 – Scholl TO, Johnson WG. Folic acid: influence on the outcome of pregnancy. *Am J Clin Nutr* 2000; 71: 1295-303.

44 – Barros DC, Pereira RA, Gama SGN, Leal MC. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl1): 121-9.

- 45 – Casotti L. À mesa com a família: um estudo do comportamento do consumidor de alimentos. 2nd ed. Rio de Janeiro: Mauad; 2002.
- 46 – Winham DM, Hutchins AM, Melde CL. Pinto bean, navy bean, and black eyed pea consumption do not significantly lower the glycemic treatment in normoglycemic adults. *Nutrition Research* 2007; 27(1): 535-541.
- 47 – Picciano MF. Embarazo y lactancia. In: Ziegler EE, Filer Júnior LJ. Conocimientos actuales sobre nutrición. 7nd ed. Washington: ILSI/OPAS/OMS; 1997. p. 410-22.
- 48 – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças crônico degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.
- 49 – Hosotani K, Kitagawa M. Measurement of individual differences in intake of green and yellow vegetables and carotenoids in young unmarried subjects. *J Nutr Sci Vitaminol* 2007; 53: 207-12.
- 50 – Yeh MC, Ickes SB, Lowenstein LM, Shuval K, Ammerman AS, Farris R, et al. Understanding barriers and facilitators of fruit and vegetable consumption among a diverse multi-ethnic population in the USA. *Health Promot Int* 2008; 23: 42-51.
- 51 – Forestell CA, Mennella JA. Early determinants of fruit and vegetable acceptance. *Pediatrics* 2007; 120(6): 1247-54.
- 52 – Rolls BJ, Ello-Martin JA, Tohill BC. What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management. *Nutrition Reviews* 2004; 62(1): 1-17.
- 53 – Olson CM, Strawdermann S. Modifiable behavioral factors in a biopsychosocial model predict inadequate and excessive gestational weight gain. *J Am Diet Assoc* 2003, 103: 48-54.
- 54 – Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Louheranta A, Fogelholm M, Uusitupa M, et al. High fibre, low-fat diet predicts long-term weight loss and decreased type 2 diabetes risk: the finnish diabetes prevention study. *Diabetologia* 2006; 49: 912-20.
- 55 – Marlett JA, Slavin JL. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc* 1997; 97: 1157-159.

- 56 – Bhargava A. Fiber in takes and anthropometric measures are predictors of circulating hormone, triglyceride, and cholesterol concentrations in the women’s health trial. *J Nutr* 2006; 136: 2249-254.
- 57 – Kaiser L, Allen LH. Position of the American Dietetic Association: nutrition and life style for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108: 553-561.
- 58 – Institute of Medicine. National Academy of Sciences. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatt Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Washington, DC: National Academies Press; 2005.
- 59 – Santana AC. Consumo alimentar na gestação e ganho ponderal: um estudo de coorte de gestantes da zona oeste do município de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
- 60 – Bender A. Meat and meat products in human nutrition in developing countries. *FAO Food Nutr Pap* 1992; 53:1-91.
- 61 – Hooper L, Thompson RL, Harrison RA, Summerbell CD, Ness AR, Moore HJ, et al. Risks and benefit so f omega 3 fats for mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332(7544):752-760.
- 62 – Cross AJ, Leitzmann MF, Gail MH, Hollenbeck AR, Schatzkin A, SinhaR. A prospective study of red and processed meat intake in relation to cancer risk. *PLoS Medicine* 2007; 4(12): 1973-1984.
- 63 – Instituto Nacional do Câncer. Fatores de Risco para o Câncer - Hábitos Alimentares. 2010.
- 64 – Jones PJH, Kubow S. Lipids, sterols, and their metabolites. In: Shils ME. *Modern Nutrition in Health and Disease*. Baltimore: Williams&Wilking; 1999. 145- 565
- 65 – Fattori FFA, Souza LC, Braoios A, Ramos APD, Silva MA, Tashima NT, et al. Aspectos sanitários em “trailers” de lanche no município de Presidente Prudente, SP. *Revista Higiene Alimentar* 2005; 19(128): 54-62.
- 66 – Queiroz YU, Daud KO, Soares RAM, Sampaio GR, Capriles VD, Torres EAFS. Desenvolvimento e avaliação das propriedades físico químicas de hambúrgueres com reduzidos teores de gordura e de colesterol. *Revista Nacional da Carne* 2005; 30(338): 84-9.

- 67 – Oliveira DF, Coelho AR, Burgardt VCF, Hashimoto EH, Lunkes AM, Marchi JF, et al. Alternatives for a healthier meat product: a review. *Brazilian Journal of Food Technology* 2013; 16(3): 163-74.
- 68 – Baião MR, Deslandes SF. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl.2): 3199-206.
- 69 – Enes CC, Silva MV. Energy and nutrients disposal in residences: the contrast between north and south regions of Brazil. *Cien Saúde Colet* 2009; 14(4):1267-76.
- 70 – Hu FB, Malik VS. Sugar-sweetened beverages and risk of obesity and type 2 diabetes: epidemiologic evidence. *Physiol Behav* 2010; 100(1): 47-54.
- 71 – Liebman M, Pelican S, Moore AS, Holmes B, Wardlaw MK, Melcher LM, et al. Dietary intake, eating behavior, and physical activity-related determinants of high body mass index in rural communities in Wyoming, Montana, and Idaho. *Int J Obes* 2003; 27: 684-92.
- 72 – Valle JMN, Euclides MP. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista APS* 2007; 10(1): 56-65.
- 73 – Beauchamp GK, Menella JA. Períodos sensíveis no desenvolvimento da percepção dos sabores e na sua escolha pelo ser humano. *Anais Nestlé* 1999; 57: 21-34.
- 74 – Montenegro CAB, Filho JR. *Obstetrícia Fundamental*. 11nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- 75 – Montenegro JR, Renan M, Pacolla GMFG, Faria CM, Sales APM, Montenegro APDR, et al. Evolução Materno-fetal de gestantes diabéticas seguidas no HC-FRMP-USP no período de 1992- 1999. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo* 2001; 45(5): 2-18.
- 76 – Associação Brasileira das Indústrias de Biscoitos. *Massas Alimentícias e Pães & Bolos Industrializados – Abimapi*. Anuário ABIMAPI 2015. São Paulo: Associação Brasileira das Indústrias de Biscoitos, Massas Alimentícias e Pães & Bolos Industrializados; 2015.
- 77 – Toloni MHA, Longo-Silva G, Goulart RMM, Taddei JAAC. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev Nutr* 2011; 24(1): 61-70.

78 – Amaral JS. Avaliação do consumo alimentar das mulheres atendidas pelo Programa Bolsa Família do Município de Rondolândia-MT. XIV Jornada Científica das Faculdades Integradas de Cacoal – UNESC; 2006.

79 – Silva VSF, Latini JPT, Teixeira MT. Análise da rotulagem de alimentos industrializados destinados ao público infantil à luz da proposta de semáforo nutricional. *Vigil Sanit Debate* 2017; 5(1):36-44.

80 – Belarmino GO, Moura ERF, Oliveira NO, Freitas GL. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(2): 169-175.

81 – Philippi ST, Aquino RC, Leal GVS. Necessidades e recomendações nutricionais. In: Palma D, Oliveira FLC, Escrivão MAMS. Guia de nutrição clínica na infância e na adolescência. Barueri, SP: Manole; 2009. p. 55-67.

82 – Camargo RMS, Pereira RA, Yokoo EM, Sachs A, Schirmer J. Consumo alimentar de gestantes atendidas em ambulatório de pré-natal da rede pública. *Ciênc Cuid Saúde* 2012; 11(3): 489-496.

83 – Enes CC, Slater, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Rev Bras Epidem* 2010; 13(1): 163- 171.

Colaboradores

J. M. Crisóstomo contribuiu na concepção na concepção, análise e interpretação dos dados, Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e é responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. L. V. S. Santos e N. Q. Costa colaboraram na análise e revisão crítica dos dados. F. B. Roriz contribuiu na concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

ANEXO A

Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

Secretaria Editorial +55 21 2598-2511 :: Assinaturas +55 21 2598-2514

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – [Questões Metodológicas](#): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

- 10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
- 10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).
- 10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.
- 10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

- 11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.
- 11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
- 11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".
- 11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

- 12.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".
- 12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
- 12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.
- 12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).
- 12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo

para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

12.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em

formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

- 15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;
- 15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;
- 15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.
- 15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(X) Monografia
() Artigo

Eu, Fernanda Barroso Roniz,
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Consumo alimentar de gestantes adolescentes cadastrados
em Unidades básicas de saúde do Nordeste.
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 13 de Setembro de 2017.

Fernanda Barroso Roniz
Assinatura

Fernanda Barroso Roniz
Assinatura