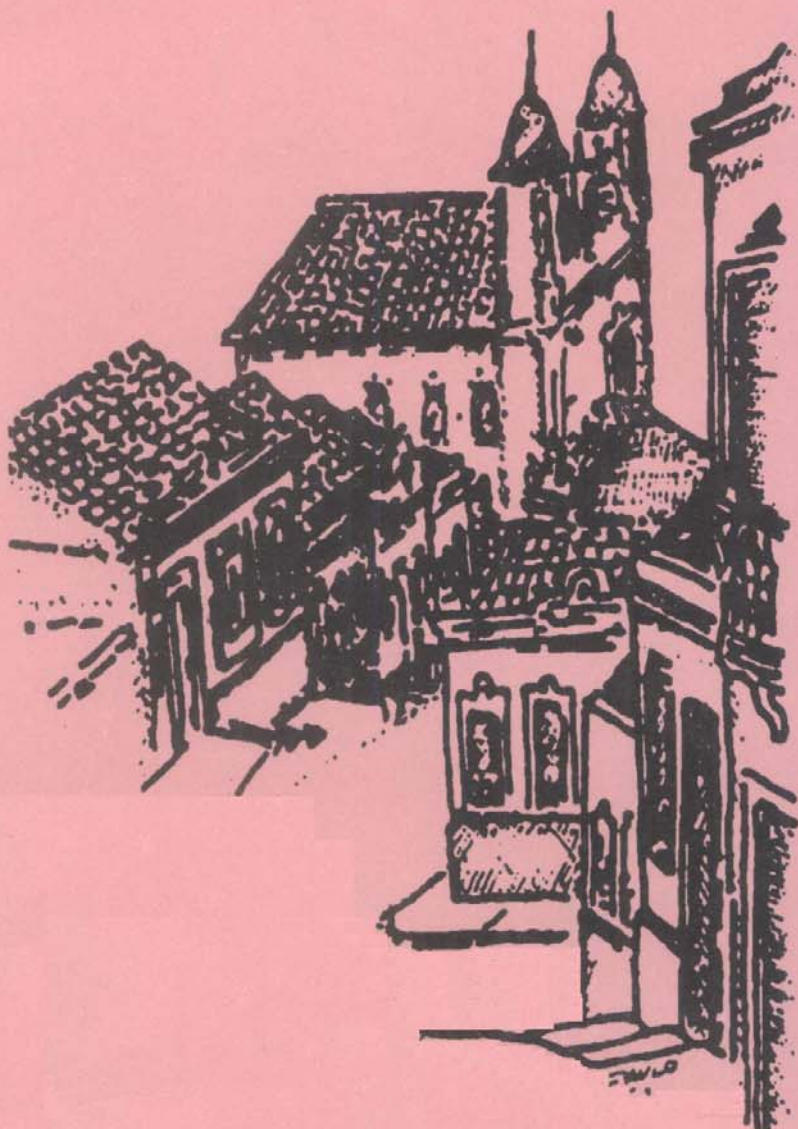
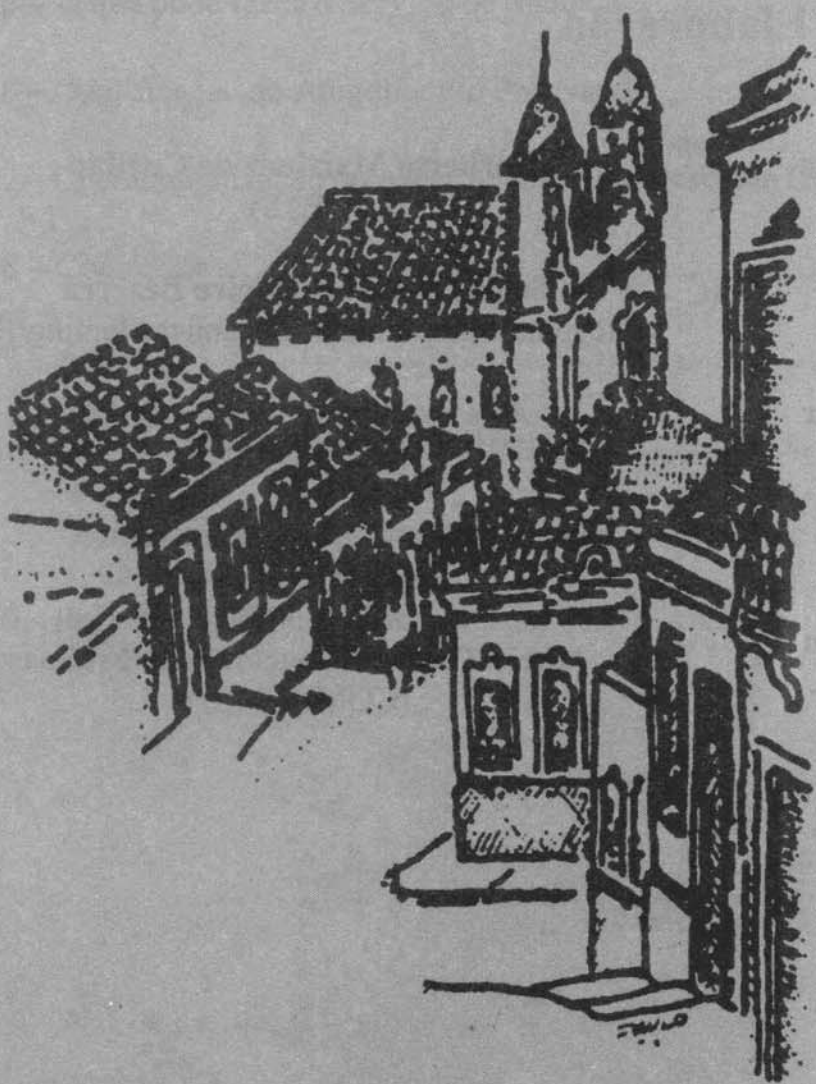
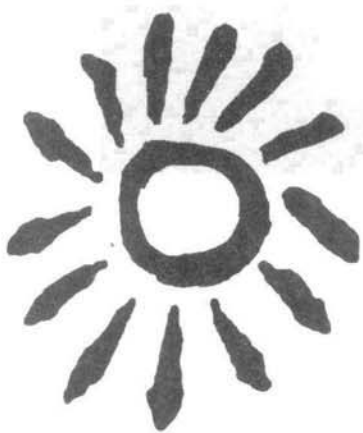




A Adolescente Grávida e os Serviços de Saúde no Município



A Adolescente Grávida e os Serviços de Saúde no Município



© Ministério da Saúde, 2000

É permitida a reprodução total, desde que citada a fonte

1ª edição - 1996

2ª edição - 2000

Tiragem: 2000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

Ministério da Saúde

Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sala - 645 - CEP: 70 058-900 - Brasília - DF

Tel: (0xx61) 315-2375 - 315-2306

Fax: (0xx61) 315-2747

E-mail: adolescente@saude.gov.br

Elaboração

Rosa Maria Maciel M. A. Carneiro
(COMIN/MS)

Carolina Siu
(UNICEF)

José Domingues dos Santos Júnior
(PRAIA/DF)

Márcia Rovená de Oliveira
(Hospital Júlia Kubitschek/MG)

Maria da Conceição Oliveira Costa
(UEFS/BA)

Maria Geraldina Ramos Viçosa
(PAIGA - Hospital Escola Materno-Infantil -
Presidente Vargas - Porto Alegre/RS)

Norberto Martinez de Cuellar
(OPAS)

Selene Maria Rendeiro Bezerra
(Hospital Maternidade Alexander
Fleming/RJ)

Ana Sudária de Lemos Serra
(COMIN/MS)

Júlio Marcos Brunacci
(COMIN/MS)

Maria Thereza Gonçalves de Freitas
(COMIN/MS)

SUMÁRIO

1 – Apresentação	5
2 – Contextualização.....	7
3 – Linhas Gerais	9
4 – Objetivos	11
5 – O que pode fazer o Serviço de Saúde	13
6 – Qualificação do Atendimento Pré-Natal	17
7 – Operacionalização do Atendimento à Adolescente Grávida	21
8 – Conclusão	23
9 – Anexo	25
Intercorrências Clínico-Obstétricas	25
Alimentação da Adolescente Durante a Gestação e Amamentação	26
10 – Referências Bibliográficas	29

APRESENTAÇÃO

A adolescência, faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos (OMS), caracteriza-se por profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais.

Até poucas décadas atrás, jovens de 15 anos serem mães não só era comum, como socialmente aceito. Atualmente, diante da percepção de desenvolvimento do indivíduo, assim como das novas demandas sociais, exigindo melhor qualificação profissional para inserção no mercado de trabalho, a maternidade precoce pode acarretar uma situação angustiante tanto do ponto de vista individual como social, uma vez que essa situação impõe a necessidade de ampliação dos mecanismos sociais de suporte (creches, escolas, serviços de saúde, áreas de lazer, entre outros), por um período mais longo.

A questão da gravidez na adolescência, principalmente nas menores de 15 anos, vem preocupando os profissionais de saúde, pais e educadores. Estudos realizados em diferentes países e grupos sociais demonstram que tem havido um aumento da taxa de fecundidade nas adolescentes, em confronto com a diminuição dessas taxas na população geral.

A gravidez na adolescência é uma realidade incontestável e, assim, torna-se urgente e necessário que a sociedade tenha para com a adolescente grávida a atenção mais qualificada possível, promovendo ações básicas integradas para a mãe e a criança, no intuito de evitar transtornos psicossociais e físicos.

Essa realidade vem sendo constatada pelo crescente número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidades e confirmada pelos dados mais recentes, conforme pode ser visto no quadro a seguir:

ANO	TOTAIS DE PARTOS NO SUS (TODOS OS TIPOS)	% DE PARTOS DE ADOLESCENTES (TODOS OS TIPOS)			OUTRAS IDADES %
		10-14 Anos	15-19 Anos	20-24 Anos	
1993	2.856.255	0,93	21,41	32,91	44,75
1994	2.852.834	0,93	22,27	32,85	43,95
1995	2.821.211	1,00	23,44	32,47	43,09

Fonte: DATASUS/FNS/MS – 1993, 1994, 1995.

As adolescentes menores de 15 anos têm de cinco a sete vezes mais probabilidade de morrer durante a gravidez e o parto do que as mulheres que estão entre 20 e 24 anos, que são as menos expostas. As meninas menores de 15 anos, que não alcançaram seu pleno desenvolvimento, freqüentemente apresentam a pélvis demasiado estreita para permitir a fácil passagem do bebê. Essas jovens mães podem sofrer complicações e morrer.

Esse manual tem a finalidade de fornecer informações e orientações gerais aos profissionais dos serviços de saúde, para atendimento a adolescentes grávidas e seus filhos, sem exigir recursos físicos e/ou financeiros adicionais, bastando apenas redimensionar e redistribuir os recursos existentes. Assim, por exemplo, se a Unidade atende 20 gestantes/dia, poderá reservar um número determinado desses atendimentos para adolescentes grávidas.

O conteúdo do manual é baseado em experiências já realizadas no Brasil, nesse tipo de atendimento, e segue as diretrizes das Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente (Vol. III), disponíveis na Secretaria de Saúde dos Estados.

CONTEXTUALIZAÇÃO



As rápidas mudanças ocorridas no país nas últimas décadas, alteraram radicalmente o perfil da distribuição da população, bem como aspectos sociais e culturais. A forte migração do campo para a cidade fez com que, hoje, cerca de 70% da população resida nas áreas urbanas e suas periferias.

No decorrer do processo migratório, o grupo social, forçosamente, entra em contato com diferentes realidades que exigem novos padrões de comportamento, criando insatisfações e grandes frustrações, principalmente entre os jovens, justamente por estarem em processo de transição e busca de novos valores.

Alguns dados são demonstrativos da situação atual de nossos adolescentes:

Quantos são?

Segundo o último Censo do IBGE (1991), a população de 10 a 19 anos corresponde a 21,84% do total da população brasileira, o que significa um total próximo de 35 milhões de adolescentes em 1996.

De que morrem?

Os dados do Ministério da Saúde apontam as causas externas (principalmente acidentes de trânsito, homicídios e suicídios) como responsáveis por aproximadamente 75% das mortes de adolescentes do sexo masculino com idade entre 15 a 19 anos, enquanto que no sexo feminino da mesma faixa de idade esse percentual chega perto dos 40 %.

Chama a atenção a mortalidade materna. Das 1643 mortes maternas reportadas em 1993, 242 (14,8%) se referiam a mães de 10 a 19 anos, sendo que 85 (35,12% destas mortes foram provocadas por distúrbios hipertensivos da gravidez. (fonte: CENEPI/MS)

Quais são os seus problemas de saúde?

Os problemas ligados ao trabalho de adolescentes, que cada vez em maior número são obrigados a entrar para o mercado produtivo em setores como a Agricultura,

Construção Civil, Prestação de Serviços e Indústria de Transformação, materializam-se em acidentes e doenças profissionais, motivados pela inadequação dos equipamentos e condições de segurança que não contemplam o estágio peculiar de desenvolvimento psicossocial do adolescente trabalhador. Há poucos dados sobre esse problema, já que perto de 80% dos adolescentes trabalham sem carteira assinada, longe dos seus direitos mínimos.

A CÁRIE DENTÁRIA é o principal motivo de atendimento dos adolescentes na rede pública ambulatorial de saúde, enquanto que na rede particular a procura de atendimento é motivada por distúrbios psicológicos e sexuais.

O uso de DROGAS PSICOATIVAS (inclusive álcool e tabaco) é uma questão fortemente ligada à adolescência. Por curiosidade e/ou experimentação, os adolescentes usam estas substâncias. Pesquisas realizadas em 1987, 1989 e 1993 pelo CEBRID (EPM-SP) demonstram que o percentual dos que as usaram, pelo menos uma vez na vida vem aumentando, e indicam também um preocupante crescimento no número de adolescentes que fazem uso freqüente dessas drogas.

A principal causa de internação de adolescentes do sexo feminino de 10 a 19 anos de idade na rede do SUS (Sistema Único de Saúde), em nível nacional, segundo levantamento feito nos dados de 1995, é o ATENDIMENTO OBSTÉTRICO (isto é, todas as modalidades de parto), em todos os estados do Brasil.

Os dados estimativos sobre o número de gestações das adolescentes brasileiras mostram que cerca de 18% dos nascidos vivos e registrados em 1994 são filhos de mães de 10 a 19 anos (IBGE). Pesquisas de diversos serviços apontam que as adolescentes grávidas representam entre 23% e 30% do total de gestantes atendidas pelos serviços de saúde.

A gravidez na adolescência aparece como fenômeno incompatível com o modelo vigente na sociedade ocidental – competitivo, consumista, em processo de empobrecimento, com estreito mercado de trabalho – e, ao mesmo tempo, exigente de melhores condições de vida para a população como um todo. Além disso, há limitações culturais que dificultam a ampla educação sexual e informações abrangentes sobre as questões reprodutivas, incluindo planejamento familiar.

É inegável que a gravidez na adolescência, especialmente nas faixas de renda mais pobres, contribui para a perpetuação de um ciclo de pobreza e carências, e que uma atenção adequada pode minimizá-la, a partir do momento em que desenvolva ações abrangentes e intersetoriais em todos os níveis de atenção à saúde.

LINHAS GERAIS



atendimento da adolescente grávida deve ser "**diferenciado**" por causa das características próprias do seu desenvolvimento, isto é, momento de grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais ainda não bem estruturadas. Por atendimento diferenciado entende-se aquele que:

- a) Estabeleça dias e/ou horários específicos para a atenção das adolescentes grávidas.
- b) Mantenha agenda aberta para adolescente, sem necessidade de marcar consulta.
- c) O profissional tenha disponibilidade para ouvir a adolescente, tirar suas dúvidas e prestar os esclarecimentos necessários, mesmo que necessite dispende mais tempo na consulta.

A superposição da gestação, nessa etapa do ciclo vital, acarreta uma sobre-carga física e psíquica a essa mulher jovem e tão cheia de ambivalências e sonhos.

Os serviços de saúde de qualquer nível (primário, secundário ou terciário), incluindo os agentes de saúde, têm um papel fundamental no acompanhamento desse processo biopsicossocial por ser essa uma oportunidade ímpar de promover, proteger, prevenir e assistir adequadamente os pais adolescentes e a criança.

De forma geral as adolescentes, em especial o grupo de menores de 15 anos, apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce dessas gestantes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal "**diferenciada**" realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas e que não precisam, necessariamente, ser especialistas.

É importante, ainda, que os serviços e profissionais de saúde reconheçam que a oferta de atenção pré-natal ao grupo de adolescentes não depende de recursos financeiros, carga horária adicional ou profissional especializado. Requer, apenas, sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para exercerem tais atribuições como membros integrantes da equipe de saúde.


OBJETIVOS

1. Ampliar a cobertura e facilitar o acesso das adolescentes grávidas aos Serviços de Saúde;
2. Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do seu papel para melhorar a qualidade do atendimento;
3. Identificar e caracterizar os riscos relacionados à gestação precoce, garantindo o atendimento de acordo com o nível de complexidade;
4. Incentivar a participação dos companheiros das gestantes em todos os momentos do atendimento;
5. Incentivar e facilitar a participação da família, visando estimular maior apoio e compreensão;
6. Garantir o atendimento ou referenciar o casal adolescente para um serviço de planejamento familiar, com vistas a estimular o intervalo intergestacional de 2 anos e prevenir a incidência de gestação não planejada;
7. Garantir ou referenciar a execução das ações básicas de saúde da criança, e promover a interação mãe-pai-filha (o);
8. Incentivar e facilitar a integração social dos adolescentes com vistas a retomarem o seu projeto de vida;

9. Desenvolver, nos grupos formados pelas adolescentes no pré-natal e pós-parto, práticas educativas que permeiem as ações desenvolvidas pela unidade de saúde.

10. Respeitar a adolescente grávida como indivíduo, com direito a sigilo e privacidade no atendimento avaliando-se, cuidadosamente, os efeitos da gravidez em cada caso particular.

O QUE PODE FAZER O SERVIÇO DE SAÚDE

 município deve desenvolver todos os esforços no sentido de organizar sua rede de saúde de forma hierarquizada e regionalizada, com todos os níveis de atenção (posto/centro de saúde, hospital/maternidade, hospital especializado) a fim de proporcionar atendimento adequado às necessidades de sua população. É importante ressaltar que um sistema estruturado de referência e contra-referência, especialmente no caso de adolescentes grávidas, pode resultar em atenção bem mais eficaz, com repercussões nos índices de mortalidade perinatal e gestação de risco, uma vez que a gestante será sempre referenciada ao serviço adequado ao seu caso e o acompanhamento pós-natal poderá obter maior adesão da clientela. Assim, as ações preconizadas poderão ser desenvolvidas pelas unidades de saúde da região, de acordo com seu nível de complexidade.

As ações preconizadas a seguir devem estar respaldadas por uma percepção institucional das necessidades da clientela.

1. Facilitar a inscrição no pré-natal e, se possível, criar um “**momento específico**” para o atendimento da adolescente grávida, seu companheiro e/ou familiares;
2. Promover sensibilização e treinamento dos profissionais da unidade de saúde, através de cursos, seminários e supervisão sistemática sobre o tema de adolescência normal e saúde reprodutiva;
3. O profissional de saúde deve estar habilitado a reconhecer os principais riscos biológicos, psicológicos e sociais da adolescente grávida. Os fatores de risco que deverão ser sistematicamente pesquisados, para melhor orientar o acompanhamento da adolescente grávida, incluem:
 - menores de 15 anos;
 - baixo peso da adolescente grávida (classe A da curva do cartão da gestante);
 - tentativa de aborto;
 - intercorrências clínico-obstétricas; (vide anexo 1)

- falta de apoio da família e do companheiro;
 - tentativa de suicídio;
 - gestantes que sofreram violência;
 - apresentação de comportamento de risco (incluindo uso de drogas, exercício físico exagerado, auto medicação, etc.)
 - gravidez como consequência de estupro ou incesto;
 - deficiência mental;
 - baixa escolaridade e condição sócio-econômica desfavorável;
 - gestantes oriundas de famílias de risco (alcoolismo, drogas, desestruturação, maus tratos, entre outros);
 - disposição de entregar o filho para adoção;
 - dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
 - acesso tardio ao pré-natal.
4. Facilitar a participação do companheiro e/ou família nos grupos, na consulta pré-natal e, se possível, na sala de parto e alojamento conjunto;
 5. Esclarecer a família sobre as repercussões psicossomáticas da gravidez na adolescência e seus riscos, destacando a importância do apoio e compreensão, sem culpabilização, e delimitando os papéis de mãe e avós.
 6. Enfatizar o Planejamento Familiar em todas as oportunidades, durante o pré-natal. Após o parto, fornecer informações que permitam o acesso a unidades de saúde que desenvolvam atividades de Planejamento Familiar, inclusive com o fornecimento de métodos anticoncepcionais;
 7. Acompanhar ou referenciar os adolescentes aos serviços de planejamento familiar, de forma sistemática, fornecendo informações que permitam o acesso à Unidades de Saúde que desenvolvam tal atividade, inclusive com o fornecimento de métodos anticoncepcionais.

8. Prestar atendimento ou referenciar todos os filhos de adolescentes para acompanhamento pediátrico, pelo menos até o 2º ano de vida, visando também incentivar a interação pais/criança;
9. Aproveitar todas as oportunidades durante o atendimento para resgatar a auto-estima e cidadania dos adolescentes com o objetivo de que haja uma retomada no seu projeto de vida (volta à escola, ao trabalho, ao lazer, entre outros);
10. Oferecer atendimento em grupo (sala de espera, grupos com os companheiros, com os familiares) com o objetivo de propiciar um espaço onde os adolescentes possam interagir entre si, com os profissionais da saúde, com os familiares e companheiros.

Nos grupos de adolescentes grávidas com seus companheiros e/ou familiares, espontaneamente surgem dúvidas relacionadas às modificações corporais e psicológicas, trabalho de parto, cuidados com o bebê e amamentação, entre outras. São reuniões onde os assuntos devem ser discutidos de maneira informal com o objetivo de aliviar as ansiedades típicas desse momento, fornecendo-se os esclarecimentos adequados, utilizando-se técnicas que facilitem a adesão do grupo às atividades propostas;

11. Conhecer o perfil epidemiológico da clientela de sua área de abrangência, que pode ser obtidos através do levantamento de dados ou solicitando ajuda da Secretaria de Saúde;
12. Estabelecer horários de atendimento compatíveis com a demanda e a disponibilidade da clientela adolescente;
13. Buscar formar equipe multiprofissional, com disponibilidade, flexibilidade e sensibilidade para atender integralmente às necessidades dos adolescentes.

QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Atendimento Individual:

- O atendimento individual deve incluir, no mínimo, 6 consultas pré-natais. A remarcação dos retornos deve ser feita conforme a identificação de riscos, de acordo com as Normas de Atenção ao Pré-Natal do Ministério da Saúde:
 - a) até 36 semanas de gestação
 - Com risco: de 15 a 21 dias;
 - Sem risco: retorno em 30 dias;
 - b) após 36 semanas de gestação
 - retorno semanal.
- É fundamental o preenchimento do cartão da gestante pelo profissional de saúde. A avaliação do estado nutricional (curva do cartão da gestante), da curva de altura uterina e da pressão arterial são imprescindíveis para avaliar a evolução da gestação e possíveis intervenções;
- Considerando que a gravidez na adolescência, abaixo de 15 anos, pode representar uma situação de sobrecarga ao organismo, ainda em fase de crescimento e desenvolvimento, é necessário assegurar apoio nutricional que permita à gestante um ganho adequado de peso - vide anexo 2.
- Na primeira consulta pré-natal solicitar todos os exames de rotina preconizados. Repetir, pelo menos, VDRL, hemograma e EAS, no terceiro trimestre.

- O atendimento pré-natal deve ser continuado até a resolução do parto;
- A gestante deve ser encaminhada para a Maternidade com “**o Cartão da Gestante**” ou similar adequadamente preenchido;
- Em todas as oportunidades de atendimento deve-se buscar incentivar o aleitamento materno, conforme preconizado pelas Normas do Ministério da Saúde.

Assistência ao Parto:

Sensibilizar a equipe da Maternidade (da recepção à sala de parto) para:

- acolher sem preconceito a adolescente grávida
- desfazer a crença de que a cesariana é a melhor forma de parto na adolescência
- oferecer suporte emocional que permita uma boa evolução no trabalho de parto
- permitir a presença do companheiro ou familiar durante o trabalho de parto e durante todo o período de internação, conforme determina o Art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Assistência ao Pós-Parto:

- Garantir o alojamento conjunto, isto é, a mãe com a criança desde o nascimento, permitindo reforçar o vínculo mãe-filho devido à intimidade da dupla através do olhar, do tocar, do falar e da amamentação.
- Garantir a revisão do parto entre 30 e 40 dias após o nascimento da criança.

Grupo de Pais Jovens:

No período do primeiro ano de vida da criança, por ser a base da sua estrutura biopsicossocial, o profissional de saúde pode aproveitar essa etapa para continuar o trabalho de prevenção primária que iniciou durante o pré-natal. Isto poderá ser realizado através de reuniões com os pais e as crianças no setor de espera da consulta com o pediatra.

OPERACIONALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À ADOLESCENTE GRÁVIDA

Agendamento:

Deverá haver facilidade/privacidade e rapidez para marcação de consultas, com atenção especial para os casos de urgência e de final de gestação.

Adequar o atendimento para que no mesmo dia da consulta, os horários permitam a realização de:

- Entrevista individual inicial;
- Consulta médica;
- Grupo de gestantes.

A direção da Unidade de Saúde deverá coordenar o tempo de atividade dos profissionais da equipe, em duração e periodicidade, de forma a adequá-la à demanda.

Entrevista Inicial Individual:

O primeiro contato poderá ser com qualquer elemento da equipe, com o objetivo de:

- Estabelecer vínculo entre a adolescente e a equipe;
- Informar a adolescente sobre atividades desenvolvidas no programa;
- Conhecer o perfil psicossocial da adolescente, do companheiro e da família;
- Identificar os fatores de risco desfavoráveis para a saúde;
- Identificar situações de urgência.

Roteiro da Consulta Médica:

Na primeira consulta é essencial a obtenção de uma avaliação cuidadosa e completa, conforme as orientações do Manual de Assistência Pré-Natal, anotando-se os dados coletados na Ficha Perinatal e no Cartão da Gestante. Quase sempre, a gestante vem à consulta acompanhada por familiar que também deseja falar com o médico para informar-se sobre a situação e pedir ajuda. Eles deverão ser informados que durante a entrevista inicial, ela permanecerá sozinha com o pré-natalista e que no final da consulta serão ouvidos.

A consulta inicial gera grandes expectativas para a adolescente grávida, que vem carregada de dúvidas, culpa, vergonha, temores em relação à sua capacidade reprodutiva e desconfiada de como será atendida pelo profissional. Cabe ao pré-natalista desfazer essa impressão transmitindo uma mensagem de que ele faz parte de uma equipe de saúde preparada para ajudá-la. Para realizar essa tarefa, ele necessitará conhecer a fundo toda a sua história pessoal e para isto a atitude do médico é tanto ou mais importante que as perguntas de praxe que possa fazer. Ao captar na atitude do médico que não vai ser julgada nem criticada, porém simplesmente avaliada do ponto de vista de saúde, falará então com muito mais franqueza de seus problemas e irá até onde os conheça.

CONCLUSÃO

A maioria das necessidades de saúde da adolescente grávida pode ser atendida com a aplicação das orientações e ações anteriormente descritas, adaptadas à realidade de cada serviço.

Os casos cuja resolução ultrapasse a capacidade da unidade (por exemplo: adolescente grávida cardiopata ou portadora do HIV), deverão ser encaminhados a serviços de maior complexidade, daí a importância da organização da rede de saúde no município e da sistematização da referência e contra-referência.

A sensibilização, motivação e comprometimento dos profissionais envolvidos, são fundamentais para garantir um atendimento de qualidade a adolescente grávida, repercutindo favoravelmente na diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, prevenindo transtornos psicossociais.

ANEXO 1

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS:

- Desnutrição materna;
- Retardo do crescimento intra-uterino;
- Excessivo ganho de peso da gestante adolescente;
- Intolerância aos hidratos de carbono;
- Crescimento fetal excessivo (diabetes?);
- Desproporção céfalo-pélvica;
- Infecção urinária;
- Doença hipertensiva específica da gestação;
- Baixo peso ao nascimento;
- Trabalho de parto prematuro;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Infecções perinatais;
- Anemia;
- Drogadição;
- Depressão e suas complicações;
- Gestação recorrente com reduzido intervalo interpartal;
- Desnutrição infantil;
- Doenças próprias do período pós-natal;

ANEXO 2

ALIMENTAÇÃO DA ADOLESCENTE DURANTE A GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO

Atenção especial deve ser dada à alimentação da gestante adolescente, cuja menarca ocorreu há menos de 5 anos do início da gravidez. Estas mulheres ainda possuem uma demanda nutricional elevada, para seu próprio crescimento, além de estarem numa fase da vida caracterizada pela indisciplina alimentar, onde a alimentação irregular e as dietas pobres em micronutrientes são a norma. Além disso, gestantes biologicamente imaturas necessitam um maior ganho de peso gestacional (independente de seu estado nutricional) para a gestação de um bebê bem nutrido.

Toda mulher deve iniciar a gravidez com peso e níveis de hemoglobina adequados.

Para a avaliação da adequação do peso, o melhor indicador é constituído a partir do seguinte cálculo: peso (em quilogramas) dividido pelo quadrado da altura (em metros) e é denominado Índice de Massa Corporal (IMC).

IMC inferior a 20 indica baixo peso

IMC de 20 a 24,99 indica peso normal e deve ser perseguido

IMC de 25 a 29,99 indica sobrepeso

IMC iguais ou superiores a 30 indica obesidade

IMC igual ou maior que 40 indica obesidade severa.

A anemia na gestante é diagnosticada quando a dosagem de hemoglobina é inferior a 11g/dl, apesar da hemodiluição causada pela expansão do volume de sangue.

O ganho de peso ideal deve ser estimado levando-se em conta o peso pré-gestacional e a maturidade biológica da gestante e deve ser adquirido aos poucos, principalmente nos 2º e 3º trimestres da gestação.

1. para mulheres que iniciam a gravidez com IMC < 20 ou para gestantes adolescentes biologicamente imaturas, recomenda-se um ganho de 14 a 15 kg.
2. para mulheres que iniciam a gravidez com IMC de 20 a 24,99 recomenda-se um ganho de 12 kg.
3. para mulheres que iniciam a gravidez com IMC > 25 recomenda-se um ganho de 7 a 8 kg.
4. para mulheres com gravidez gemelar recomenda-se um ganho de 18 kg.

As gestantes desnutridas (classe A do cartão da gestante) devem aumentar o consumo calórico e protéico diário na tentativa de recuperar o estado nutricional e incrementar o crescimento fetal.

Cerca de 400 cal/dia a mais das necessidades normais para a idade (ñ 2.300 cal/dia é o normal), 10 a 15g de proteína/dia a mais das necessidades normais para a idade (o normal é 30/40g proteína/dia).

Entretanto, deve ser evitada a perda de peso e a situação de catabolismo.

Deve ser destacada a importância de alimentos com Vitamina A, Vitamina D, ácido fólico e alguns elementos como Ferro e Cálcio. A ingestão de sal deve ser normal salvo nos casos de hipertensão e/ou edema.

A alimentação deve estar de acordo com o poder aquisitivo da família, conter elementos habitualmente utilizados, priorizando as 3 refeições básicas e se evitando períodos prolongados de jejum, aproveitando as frutas e verduras da safra e da região.

A curva de ganho de peso do Cartão da gestante é o instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento e avaliação da adequação do ganho de peso da gestante durante as consultas pré-natais.

Como lembrete, listamos a seguir os nutrientes mais essenciais e suas fontes mais comuns.

NUTRIENTES	ALIMENTOS
Calorias	Arroz, milho, trigo, feijão, soja, açúcares, mandioca, batata, óleos, margarinas, manteiga, banha ou outros alimentos gordurosos.
Proteínas	Carne de boi, peixe, vísceras, aves, ovos, leite, coalhada, queijos, nozes e leguminosas (feijão, soja, lentilha, ervilha, grão de bico e outros).
Vitamina A	Fígado e vísceras, gema de ovo, queijo, manteiga, nata, leite integral, frutas e verduras amarelas e alaranjadas, folhas verde escuras, azeite de dendê e de pequi, castanhas diversas e amendoim.
Vitaminas B1, B2, B6, B12 e Niacina	Fígado e vísceras, cereais integrais, farelos de cereais, nozes, legumes, batatas, leite, folhas verde escuras, legumes, sementes.
Ácido Fólico	Fígado, vísceras
Vitamina D	Fígado, peixes gordurosos, gema de ovo e manteiga.
Cálcio	Leite, queijos, folhas verde escuras, casca de ovo seca e moída.
Ferro	Fígado e vísceras, carnes, leguminosas, trigo integral, farelo de trigo, gema de ovo, folhas verde escuras, frutas desidratadas (uva passa, ameixa, damasco, figo).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bagge, M.J.; Roberts, J.E.; Norr, K.F. A comparative study of plans for infant care made by adolescent and adult mothers. *J. Adolesc. Health Care*, 11(6):537-40, 1989.
2. Brasil, 1991. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; Ministério da Saúde.
3. Brasil, 1993. Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. Brasília; Ministério da Saúde.
4. Cartwright, P.S.; Mclaughlin, J.; Martinez, M.A.; Caul, D.E.; Hogan, I.G.; Reed, G.W.; Swafford, M.S. Teenager's perceptions of barriers to prenatal care. *South J. Med.* 86(7): 737-41, 1993.
5. Coates, V. Necessidades nutricionais na gravidez. In: Coates, V.; Françoso, L.A.; Beznos, G. *Medicina do Adolescente*. São Paulo, Sarvier, 1993, p:263-7.
6. Costa, M.C.O.; Pinho, F.J.; Martins, S. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes. *J. Pediatria*, 1994 (no prelo).
7. Diretrizes para a Programação da Saúde Integral do Adolescente e Módulos de Atendimento - Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS - Fundação W.K. Kellogg - Washington, DC, USA, 1995.
8. Frisancho, R.; Matos, J.; Flegel, P. Maternal nutritional status and adolescent pregnancy outcome. *Am. J. Clin. Nutr.* 38:739-46, 1983.
9. Frisancho, R.; Matos, J.; Bollettino, L.A. Role of gynecological age and growth maturity status in fetal maturation and prenatal growth of infants born to young still-growing adolescent mothers, *Hum. Biol.* 56(3): 583-93, 1984.
10. Frisancho, R.; Matos, J. Leonard, W.R.; Yaroch, L.A. Developmental and nutritional determinants of pregnancy outcome among teenagers. *Am. J. Phys. Anthropol.* 66:247-61, 1985.
11. Hediger, M.L.; School, T., Ances, I.G.; Belsky, D.H; Salmon, R.W. Rate and amount of weight gain during adolescent pregnancy: associations with maternal weight for height and birth weight. *Am. J. Clin. Nutr.* 52:793-9, 1990.

12. Kinsman, S.B. & Slap, G. B. Barriers to adolescent prenatal care. *J. Adolesc. Health Care.* 13(2):146-54, 1992.
13. Klaus, M.H. e Kennel, J.H: Pais/Bebê - A Formação do Apego - Artes Médicas, 1992.
14. Maldonado, M.T.: Maternidade e Paternidade - Vol. I - Ed. Vozes, 1980.
15. Molinar, R.; Alarcón, G.; Luenga, X. Toledo, V.; González, E.; Mateluna, A.; Sepúlveda, E.; Lobos, L.; Fuentes, E.; Bolívar, N.; Molina, T. Estudio prospectivo de factores de riesgo en adolescentes embarazadas. *Rev. Chil. Obstet. Gynecol.* 53(1):27-34, 1988.
16. Naeye, R. L. Teenaged and pre-teenaged pregnancies: consequences of the fetal-maternal competition for nutrients. *Pediatrics*, 67(1):146-50, 1981.
17. Rosso, P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. *Am. J. Clin. Nutr.* 41:644-51, 1985.
18. Rosso, P. Regulation of food intake during pregnancy and lactation. *Curr. Concepts Nutr.* 16:91-99, 1987.
19. School, T.; Miller, L.K.; Salmon, R.W.; Cofsky, M.C.; Shearer, J. Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. *Obstet. Gynecol.* 69(3):312-16, 1987.
20. School, T.; Salmon, R. W.; Miller, L.K.; Vasilenko, P.; Furey, C.H.; Christine, S.M. Weight gain during adolescent pregnancy. *J. Adolec. Health Care.* 9:286-90, 1988.
21. School, T.; Hediger, M.L.; Ances, I.G.; Belskky, D.H; Salmon, R.W.; Weight gain during pregnancy in adolescence: predictive ability of early weight gain. *Obstet. Gynecol* 75(6):948-53, 1990.
22. School, T.; Hediger, M.L.; Khoo, C.S. Healey, M.F.; Rawson, N.L. Maternal weight gain, diet and infant birth weight: correlations during adolescent pregnancy. *J. Clin. Epidemiol.* 44(4/5):423-8, 1991.
23. Viçosa, G; Ruzicky, E.M; Przbylsky, J; Azambuja, H.C; Queirós, L; Dalcin, V.E; Silva, L; Behle, I. Gestação na Adolescência: a experiência do Hospital Presidente Vargas. *Rev. Psiq. R.G. Sul*, 9(2):97-104,1987.

24. Worthinton-Robert, B.S. & Rees, J.M. Necessidades nutricionais da adolescente grávida. In: Worthinton, B.S. Nutrição na Gravidez e Lactação. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980, p: 165-86.
25. Anuário Estatístico de IBGE, 1994.
26. Documento “ Orientações para a alimentação da gestante”, Ministério da Saúde, 1996 - versão preliminar (ainda não impresso)

