

CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO DAS GESTANTES INSCRITAS
NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO CENTRO
DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C.

por

ALACOQUE LORENZINI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FLORIANÓPOLIS - SC

1978

A L A C O Q U E L O R E N Z I N I

CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO DAS GESTANTES INSCRITAS
NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO
CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C.

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de San
ta Catarina para a obtenção
do grau de Mestre.

FLORIANÓPOLIS - S.C.

1978

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, aprovada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação.

Wanda de Aguiar Horta
Prof.^a Dr.^a Wanda de Aguiar Horta - Orientadora

M. Pacheco
Prof.^a Maria Albertina Braglia Pacheco - Coordenadora

Apresentação perante a banca examinadora composta dos professores:

Wanda de Aguiar Horta
Dr.^a Wanda de Aguiar Horta - Presidente

Leda Ulson de Mattos
Dr.^a Leda Ulson de Mattos - Examinadora

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Examinadora

"Identificar as condições nutritivas da gestante é, antes de tudo e na sua maioria, a identificação do estado nutricional em que está se desenvolvendo o novo ser".

(Lorenzini, 1978)

AGRADECIMENTOS

- À Dr.^a Wanda de Aguiar Horta, pela disponibilidade e presteza na orientação deste trabalho, bem como, pelo exemplo de dedicação à Enfermagem em sua admirável originalidade.
- À Dr.^a Edna H. Whitley, pelo incentivo e colaboração na fase inicial da elaboração deste trabalho.
- Às Prof.^{as}. Ingrid Elsen, ex-coordenadora do Mestrado em Ciências da Enfermagem da UFSC, pela grande sensibilidade humanística e, Maria Albertina Braglia Pacheco, coordenadora atual, pelo interesse e esforço na obtenção de um exemplar sucesso de sua Mestranda.
- À Prof.^a Rosita Saupe, chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC, pelo estímulo e interesse no crescimento e desenvolvimento pessoal.
- À Prof.^a Lorena Machado e Silva, pela colaboração na coleta dos dados junto aos alunos da 6.^a fase, 77.2, do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC.
- Às Prof.^{as}. Ana Palma de Souza Camargo e Mercedes Trentini, pelo exemplo de coleguismo.
- Aos Prof.^{es}. Octacílio Schüller Sobrinho e Nilson Paulo, pelo interesse e auxílio no tratamento e cálculo estatístico dos dados.

- Ao Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel, pela colaboração na revisão geral, e em especial da variável "Condições de Saúde".
- À Sr.^a Maria Pedro Anacleto, Auxiliar de Serviço Médicos do Programa de Assistência Materno-Infantil, pela atenção em dispor o material necessário para a coleta de dados.
- Às Gestantes, objeto deste estudo, pela colaboração em prestar as devidas informações.
- Aos meus colegas Mestrandos, pela valiosa contribuição na formação e valorização pessoal no decorrer das atividades do Curso, bem como, pelo prestígio e colaboração com minha pessoa na função de Líder da Turma.
- À Maria Dioceli Souza Bolzani, pela dedicação na correção ortográfica deste relatório.
- À Maria Salette Inacio, pelo interesse e disponibilidade na dactilografia deste relatório em todas as fases de execução.
- A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram na realização deste trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

- A meus familiares, e em especial, aos profissionais em nutrição, pelo aprendizado e experiência adquirida nesta área de conhecimento. Ainda, pelo interesse, disponibilidade e atenção em proporcionarem condições favoráveis para a elaboração deste estudo.
- A Cristo, pela oportunidade concedida de ser a primeira Mestranda em Ciências da Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a apresentar dissertação orientada pela Doutora-Enfermeira, Wanda de Aguiar Horta, exemplo da Enfermagem Brasileira que, apesar de seu delicado estado de saúde, sempre se dispôs em ensinar ENFERMAGEM fazendo sentir o valor da pessoa humana pelo seu expressar: "GENTE QUE CUIDA DE GENTE".

RESUMO

O presente estudo identifica as características qualitativas e quantitativas da alimentação das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - SC; analisa a interferência das condições sócio-econômicas e culturais nestas características; e correlaciona as mesmas com os valores reais necessários e, com o estado de saúde geral da casuística. Assim, fornece dados que podem ser aproveitados na assistência nutricional das gestantes que se inscrevem no referido Programa.

A casuística se constituiu de 22 (vinte e duas) gestantes que se inscreveram no Projeto Piloto para controle de primíge - tas e respectivos infantes 1977/1978, no período de Ensino Prático da Disciplina de Enfermagem Ginecológica e Obstétrica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, de 12/09 a 30/11/77.

Os dados foram coletados através de formulários e fichas de registro de controle do Programa; e tratados segundo as técnicas empregadas em nutrição além das técnicas estatísticas: medidas de tendência central, coeficientes de correlação de Spearman, coeficiente de concordância de W de Kendall, teste T de Wilcoxon e teste do Qui-quadrado.

Os resultados evidenciaram homogeneidade em muitos aspectos abordados da casuística, concluindo-se que as gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - SC. apresentam necessidade nutritiva correspondente aos padrões médios indicados pela literatura e cujos valores médios ingeridos não satisfazem as necessidades reais. As condições sócio-econômicas e culturais não interferem em grau médio, uma vez que possuem Renda Baixa, Classe Social "E" e escolaridade de 1º grau incompleto. E, as condições de saúde estão, em sua maioria, relacionadas com as características qualitativas e quantitativas apresentadas pela alimentação.

ABSTRACT

The present study identifies the qualitative and quantitative alimentation characteristics of pregnant women registered at the Maternal-Infant Assistance Program of Florianópolis Health Center; and it analyses the interference of the social-economic and cultural conditions in this characteristics. It also correlates them with the really necessary values and with the status of the general health of the casuistics.

So it furnishes the data that can be used in the pregnancy nutritional assistance of the registry in the referred Program.

The casuistics is constituted of 22 pregnant women that had registered in the Pilot Project for controlling the first pregnancy and respective infants, 1977/1978, during the Pratical Teaching Term of Gynecological and Obstetrical Nursing Disciplin at the University Federal of Santa Catarina Nursing Course, from 12/09 to 30/11/77.

The data was calected through forms and Program control registry card. It was dealt with according to the techniques used in nutrition, besides the statistical techniques: central tendency measurement, Spearman Correlation Coefficients, Kendall W Concordance Coefficients, Wilconxon T test and Qui-square test.

The results evidence homogeneity in many aspects of the casuistics which were approached. We conclude that the pregnant women registered in Maternal-Infant Assistance Program of Florianópolis Health Center present nutritive necessity corresponding to the average standard indicated by the literature, also the average values ingested don't meet the real necessity. The cultural and social-economic conditions do not interfere in average grade, considering that it has low income, "E" Social Class and incomplete first grade schooling.

And the health conditions, are in its majority, related to the qualitative and quantitative characteristics presented by alimentation.

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	9
3. O PROBLEMA	30
3.1. <u>Variável dependente</u>	30
3.2. <u>Variáveis independentes</u>	31
4. OBJETIVOS	32
4.1. <u>Objetivo Geral</u>	32
4.2. <u>Objetivos Específicos</u>	32
5. HIPÓTESES	33
6. DEFINIÇÕES DE TERMOS	34
7. METODOLOGIA	36
7.1. <u>População</u>	36
7.2. <u>Instrumentos</u>	36
7.3. <u>Pré-teste</u>	37
7.4. <u>Coleta de dados</u>	37
7.5. <u>Critérios, cálculos e tratamento estatístico dos dados.</u>	37
8. RESULTADOS	41
9. DISCUSSÃO	78
10. CONCLUSÕES	106
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	117

1 - INTRODUÇÃO

Em todos os países e em especial, nos países em fase de desenvolvimento, os programas de saúde na área materno - infantil constituem prioridades, dentro das metas da Organização Mundial de Saúde.

Dentre as recomendações feitas na III Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, em Santiago, Chile, de 02 a 09 de outubro de 1972, salientou-se a intenção de reduzir de 40% a mortalidade infantil em menores de um ano de idade além da materna na mesma proporção.

O grupo materno-infantil (mulheres em idade fértil, gestante, parturiente, puérpera, criança e adolescente) representa parcela ponderável da população total do nosso País, 70,98%, e caracteriza-se por condições bio-psico-sociais que a tornam mais vulnerável aos riscos de adoecer e morrer. A sua importância biológica e sócio-econômica levou o Ministério da Saúde a destacá-lo como de prioridade para efeito das ações integradas de saúde de interesse coletivo, conforme documento básico da V Conferência Nacional de Saúde¹⁸.

Neste mesmo documento encontramos a seguinte citação: "Apesar da precariedade dos dados estatísticos compilados existentes,

pode-se concluir que os níveis de saúde do grupo materno-infantil são insatisfatórios em virtude de:

- elevadas taxas de morbidade e mortalidade;
- elevada proporção de óbitos de menores de 1 ano em relação ao total de óbitos;
- elevada proporção de óbitos de 1 a 4 anos;
- predominância de óbitos por causas evitáveis".

Segundo CIETTO¹⁷ "... A extensão e a profundidade deste grave problema vem desafiando a vontade, o zelo e a capacidade das equipes de saúde".

A/o enfermeira/o é membro indispensável da equipe de saúde, e diante dos objetivos a alcançar até 1982, sua participação na ação sanitária passa a ser transcendental.

À Enfermagem está confiada a melhor assistência no ciclo grávido-puerperal para as mulheres brasileiras, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma geração sadia e a prevenção da mortalidade materno-infantil, conforme cita HORTA³⁸.

As informações disponíveis evidenciam a grande distância que há entre o ideal e a realidade, particularmente no que se refere à adequada nutrição, reconhecida como um direito fundamental da pessoa humana, conforme ARRUDA³.

Sabe-se que a saúde das populações relaciona-se com seu nível sócio-econômico e seu estado nutricional. Desse modo, a elevação do nível nutricional da população constitui um fator dos mais significativos, mediante o consumo de alimentos em qualidade e quantidade adequados às necessidades nutricionais dos diversos grupos etários.

A solução dos problemas de ordem nutricional depende da formulação de programas voltados para a melhoria do nível de vida das populações, considerando a situação sócio-econômica existen

te, e para tanto os dados sobre consumo, produção e distribuição de alimentos são fundamentais.

Segundo SERRANO⁷⁷, incluem-se entre os exemplos de estudos operacionais no campo da pesquisa comunitária, para a solução de problemas prioritários, os estudos tendentes a estabelecer procedimentos práticos para a avaliação do estado nutricional de gestantes.

STEARNS⁸², diz que a gravidez requer o aumento das necessidades nutricionais da futura mãe, que incluem as do feto. Uma mulher desnutrida pode procriar um filho sadio; não obstante, estudos nutricionais de mulheres grávidas têm demonstrado relação definida entre alimentação materna e o estado da criança ao nascer. Estes estudos também têm demonstrado que algumas das complicações da gravidez, como a anemia, a toxemia e o parto prematuro, podem originar-se de uma alimentação insuficiente referente às necessidades nutricionais da mãe e do ser em desenvolvimento.

Os estudos de BURKE e colaboradores¹¹, da Escola de Saúde Pública de Harvard da Maternidade de Boston (Boston Lying-In Hospital), em 284 gestantes, revelaram que: as gestantes que tiveram regime alimentar bom ou excelente deram a luz a recém-nascidos em bom ou excelente estado de saúde; as mães que ingeriram dietas de padrão médio, tiveram crianças com boa ou média saúde; e, as de regime alimentar pobre ou muito pobre tiveram filhos classificados como de saúde mediana ou precária, incluindo natimortos e prematuros que faleceram com três dias de vida, com defeitos congênitos ou funcionalmente imaturos.

"A importância da alimentação no desenvolvimento normal da gravidez, tanto para a saúde da mãe como para o embrião ou feto, é primordial"⁵ e deve ser controlada pelos Serviços de Saúde

Pública - Serviços de Higiene Pré-Natal, por equipe técnica especializada, promovendo assim, a saúde de nossa comunidade.

"Os fatores sociais e econômicos, em outras palavras, o reduzido ingresso nacional e sua distorcida distribuição familiar, influem nos elevados riscos da mãe e do filho por seu efeito desfavorável sobre a nutrição, sobre o nível dos serviços obstétricos e pediátricos e, sobre a educação. Por outra parte, é evidente que a extensão dos serviços de saúde materno-infantil é limitada, descontínua e comumente de eficiência restrita. A cobertura de gestante é geralmente inferior a 30%, a atenção institucional do parto em cerca da metade dos países das Américas é inferior a 50%"⁶³.

Na década mais recente se tem comprovado limitados progressos em matéria de saúde materno-infantil. As taxas de mortalidade materna, muito subvalorizadas, foram de aproximadamente 5 a 7 vezes mais elevadas na América Latina e no Caribe (13.5 e 18.8 por 10.000 na Mesoamérica e América do Sul, respectivamente) que na América do Norte (2.5 por 10.000)⁶³.

"A solução dos problemas de saúde dos países em desenvolvimento tem demonstrado que as enfermeiras, os auxiliares de enfermagem e a comunidade são essenciais para a prestação de cuidados de saúde"⁶³.

Os esforços desenvolvidos pela Enfermagem neste campo, devem ser cada vez maiores, abrangendo tanto a assistência pré-natal hospitalar como a de saúde pública, "responsabilizando-se pelo cuidado integral da gestante, o que inclui também o cuidado nutricional"... "partindo-se do princípio de que a orientação não só do paciente, como também de seus familiares e de outros grupos comunitários, é realmente uma das responsabilidades do enfermeiro de nosso meio"⁵³.

"Estabelecer normas das atividades de nutrição e incorporar

estas aos serviços de saúde, a todo nível, especialmente aos programas de assistência materno-infantil, em 100% dos países da Região"⁶³ é outra estratégia a ser considerada, das Metas dos Plano Decenal de Saúde para as Américas, 1971 - 1980.

Em 9 (nove) capitais do Nordeste do Brasil, constatou-se o coeficiente de mortalidade materna de 1,06 em cada 1.000 nascidos vivos, em 1973¹⁸.

Os dados conhecidos sobre a mortalidade materna, apesar de insuficientes, indicam a necessidade de melhorar as condições de atendimento adequado durante a gestação, o parto e o puerpério, para reduzir os riscos de complicações e morte materna.

Os coeficientes de mortalidade infantil oscilam nas capitais brasileiras desde 40,2 em Aracaju até 229,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos em Recife, estando Florianópolis com 97,8, segundo dados registrados no IBGE em 1974, em 1975, 78,6 e em 1977, 66,6, segundo Unidade Informática de Saúde da Secretaria de Saúde de S.C.⁸⁶.

Entre os fatores condicionantes da situação atual que tendem a configurar os problemas de saúde e a eficiência operacional dos atuais programas de assistência médico-sanitária, hospitalar e para-hospitalar existentes no Brasil¹⁸, evidenciam-se como fatores extra-setoriais:

- a renda per capita insatisfatoriamente distribuída;
- a população economicamente ativa de 31,7%;
- o analfabetismo e a sub-alimentação;
- déficit de saneamento básico: dos 3.953 municípios existentes em 1974, 68,4% não tinham abastecimento d'água e 86,4% não tinham esgoto.

Dentre os fatores condicionantes intra-setoriais que estão a influir no baixo nível de saúde materno-infantil, pode-se des

tacar a insuficiente integração da Universidade e sua capacidade formadora de recursos humanos no sistema assistencial, de forma institucionalizada, desenvolvendo-se, conseqüentemente, um processo distorcido de produção e absorção dos referidos recursos no mercado de trabalho.

O objetivo central do Programa de Saúde Materno-Infantil na década é contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade do grupo materno-infantil.

As metas propostas até 1979 são de atingir a cobertura de:

- 50% da população de gestantes;
- 50% na assistência técnica ao parto;
- 20% na assistência ao puerpério;
- 60% da população infantil menores de 1 ano;
- 50% da população infantil de 1 - 4 anos.

Para o referido Programa a assistência pré-natal deve ser precoce, contínua e regular, devendo incluir a supervisão médica, obstétrica e dentária, a promoção de hábitos higiênicos, particularmente a orientação alimentar, a orientação psicossocial e a proteção econômica e trabalhista, a fim de preservar a saúde da mãe e do feto e prevenir eventuais complicações no pré-parto, parto e pós-parto.

Dever-se-á promover, quando necessário, a suplementação alimentar da gestante, tendo em vista que a subnutrição materna pode contribuir, significativamente, para a lactação insuficiente e a ocorrência de prematuridade ou nascimento de crianças de baixo peso.

Dentre as principais dificuldades à implantação do programa, apontadas nas conclusões da V Conferência Nacional de Saúde¹⁸ destacam-se:

- Deficiência qualitativa e quantitativa dos recursos huma -

nos disponíveis.

- Conhecimento deficiente da problemática de saúde do grupo materno-infantil.
- Barreiras econômico-sociais reduzindo a eficiência e a eficácia do programa.

Em Florianópolis, Santa Catarina, o Programa de Assistência Materno-Infantil (P.A.M.I.) foi implantado no Serviço Pré - Natal do Centro de Saúde, pertencente ao Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

Conta-se com um projeto especial deste Programa²² para o período de 01 de Julho de 1977 a 30 de Junho de 1978 cujo objetivo é de avaliar, através de um trabalho multidisciplinar, a influência de orientações psico-biológicas, de caráter profilático no desenvolvimento gestacional, e no período peri-natal, de filhos de primigestas, abrangendo um grupo de 25 gestantes e respectivos recém-nascidos.

Neste projeto, faz parte da rotina de atendimento de enfermagem, a identificação das necessidades da gestante, orientação sobre alimentação, higiene alimentar, tabagismo e alcoolismo.

Justifica-se que para a efetividade da orientação dos aspectos relacionados a alimentação, faz-se necessário identificar a real necessidade nutritiva das gestantes deste Projeto. Portanto, propõe-se o presente estudo, levantar as características qualitativas e quantitativas da alimentação das gestantes inscritas no P.A.M.I. considerando-se que estas, devem apresentar em comum, problemas como: nível econômico baixo, necessidade de orientação nutricional em maior ou menor intensidade, e condições nutritivas não condizentes às necessidades orgânicas. São problemas que devem ser quantificados para que se possa prestar melhor assistência no controle alimentar das gestantes deste

Centro de Saúde. Conseqüentemente, elevar-se-á o nível de eficiência da enfermagem e da equipe de saúde atuante, em especial, da assistência prestada pelos alunos estagiários do Curso de Graduação em Enfermagem, nas disciplinas de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica e Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Portanto, este estudo, oportuniza fornecer dados que possam ser aproveitados na assistência nutricional às gestantes que se inscrevem no referido P.A.M.I., o qual contou com a colaboração, quer seja de forma direta ou indireta, do pessoal atuante neste Programa. A participação deste estudo no P.A.M.I. vem satisfazer os interesses do pesquisador em aprofundar seus conhecimentos nesta área, bem como, em dispor o mesmo para aproveitamento pelo Projeto Piloto 77/78 na avaliação de seus objetivos.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

BRIQUET⁹ e REZENDE⁶⁷ confirmaram que a idade favorável para a parturiente seria de 18 aos 24 anos, conforme a maioria dos obstetras devido a distensibilidade das partes moles. A nubilidade, estabelece-se do décimo-oitavo ao vigésimo ano, segundo RI - BEIRO, RICTHER e HIESS⁶⁹.

MITCHELL⁵⁷ cita que as adolescentes gestantes representam um risco para a população porque se verifica neste grupo grandes incidências de toxemia e um aumento de partos prematuros e crianças de baixo peso ao nascimento. Ainda, foi verificado que a pré eclampsia e a hipertensão essencial ocorrem mais freqüentemente em adolescentes do que em mulheres entre 21 a 25 anos de idade.

Em relação ao estado civil de gestante temos a citação de REZENDE⁶⁸, ou seja: "a influência dessa condição é notória, posto que abundam as estatísticas mostrando a incidência de problemas e a maior morbidade e mortalidade materna e fetal entre as solteiras. GOFFI³⁵, em São Paulo, encontrou incidência de eclampsia quatro vezes maior entre pacientes de clínica gratuita do que em pensionistas, relacionando o achado à condição econômica e ao estado civil, pois que entre aquelas a freqüência de solteiras era de 1:4".

SERRANO e PUFFER⁷⁸ apontam em seus estudos, que os filhos de mães jovens, de menos de 20 anos de idade, apresentaram mais elevadas proporções de pesos baixos ou deficientes.

Quanto as condições sócios-econômicas relativas à nutrição, tem-se o Estudo Nacional da Despesa Familiar da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³², em que a ênfase especial dada à coleta de informações sobre o consumo alimentar, teve como objetivo principal permitir uma avaliação ampla de aspectos quantitativos e qualitativos do estado das famílias brasileiras, além da coleta de dados sobre a renda familiar - monetária e não monetária - por fontes de renda e, identificação e caracterização das atividades profissionais dos membros da família. Os dados foram coletados no período de 18/08/74 a 15/08/75. E, apresentam como despesas correntes anuais por família o valor de Cr\$ 21.442,00 e deste, Cr\$ 7.711,00 para o consumo em alimentação na Região III - Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Em específico para a classe de renda equivalente a 1 - 2 (um a dois) salários mínimo, o valor total anual foi de Cr\$ 4.500,00 a Cr\$ 8.999,00, com despesa para consumo em alimentação de Cr\$ 4.003,00 por famílias com tamanho médio de 04 (quatro) elementos.

Segundo CARVALHO¹⁵ "a questão renda é o principal problema de alimentação no Brasil, cujas soluções de imediato devem ser, de aumentar a renda ou, de reduzir o custo dos alimentos básicos".

BALDEJÃO⁴ reforça que "a desnutrição no Brasil é um problema sócio-econômico e que carece de soluções rápidas e permanente".

O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição⁴⁶ fundamentou se para a sua realização, no reconhecimento de que as precárias condições de alimentação e nutrição no País decorrem principalmente do nível de renda da população e do perfil de sua distribuição.

A abrangência da subnutrição pode ser inferida pela justa posição das seguintes informações, conforme ABREU e LIMA¹ :

a) mais da metade das famílias brasileiras (cerca de 57%) tem renda compreendida no estreito intervalo de 0 a 2 salários mínimos, não dispondo de condições satisfatórias de acesso aos alimentos básicos;

b) a "ração essencial mínima" (dieta alimentar individual definida pelo decreto-lei nº 399, de 30 de abril de 1938, que criou o salário-mínimo), com os preços dos seus componentes atualizados em junho de 1975, atingia nesta mesma data o valor de 50% do salário mínimo;

c) a família média brasileira é composta de aproximadamente 5 pessoas, as quais apenas para se alimentarem, segundo os padrões mínimos estipulados pela "ração essencial", necessitam de uma renda familiar de cerca de 2,5 salários mínimos.

GOLDENBERG³⁶ relata que "as famílias numerosas apresentam associação com o estado nutritivo: deficiência proteico-calórica".

Por outro lado, pelos efeitos econômicos-sociais do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil¹⁸, espera-se que o controle de uma fração significativa dos danos produza redução dos coeficientes de morbidade e mortalidade desse grupo.

Ainda, é de se prever que a melhoria das condições de saúde do grupo materno-infantil, particularmente no que refere a obtenção de um estado de nutrição mais favorável, possibilite crescimento e desenvolvimento normais, promova maior rendimento no período de aprendizagem e, assim, adaptação mais harmônica no lar, na escola e na comunidade.

Em face da crescente participação da mulher na força de trabalho, é necessário, assegurar-lhe as condições que impliquem

em proteção sanitária e social adequadas durante os períodos de gestação e aleitamento materno. Assim, a execução do Programa de Saúde Materno-Infantil, a longo prazo, virá contribuir para maior produtividade com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho; a saúde será meio e fim para o desenvolvimento econômico-social, consoante ao disposto na Política Social do governo explícita no II Plano Nacional de Desenvolvimento.

O Programa do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição é desenvolvido em Florianópolis - S.C., atendendo os grupos biologicamente mais vulneráveis da população, ou seja, grupo materno-infantil. Teve início em 1975, distribuindo leite, e a partir de 1976, os demais alimentos: açúcar, farinha de milho, arroz e feijão ⁸⁶.

Quanto as condições culturais sabe-se que o grau de instrução da gestante é muito valorizado em todas as pesquisas nutricionais indicando que a uma maior escolarização corresponde um menor número de filhos e a um melhor conhecimento a respeito de alimentação humana. ^{23,27,28,48,51,75.}

Enfocando-se as condições de saúde, BRIQUET ⁹ cita que, "a assistência pré-natal estabelece as normas que a gestante deve observar, visando assegurar a perfeita estruturação somatopsíquica do nascituro".

Conforme DUARTE ²³ as infecções e as infestações parasitárias; a anemia, as enfermidades metabólicas como a obesidade e diabetes; a hipertensão, o fumo e a adição de drogas interferem na saúde da gestante e trarão conseqüências ao desenvolvimento fetal.

As condições de saúde da gestante são, sem dúvida, fator significativo para o desenvolvimento adequado de concepto.

Muitos dos estudos existentes comprovam esta afirmativa , apesar de que, em muitos aspectos ainda se encontram obscuros.

VELOSO⁸⁸ cita que "a gravidez exige grandes esforços ao organismo materno. Se a mulher está desnutrida ou se sua saúde é precária por qualquer outro motivo, surgem, no filho, defeitos constitucionais (Mc Lester)".

A nutrição materna regula o crescimento fetal, o metabolismo das células fetais. Ainda, as medidas antropométricas do bebê apresentam-se diminuídas quando o estado nutricional materno é deficiente. Estas afirmativas foram comprovadas pelos estudos de METCOFF⁵⁶.

SAI⁷² afirma que 15 (quinze) milhões do total de bebês que nascem anualmente no mundo são desnutridos e que, possuem menor quantidade de células nervosas no cérebro.

Os estudos de KUSUNOKI⁴⁹ sobre os efeitos da mã-nutrição no crescimento do cérebro, revelam que há uma evidência crescente de que crianças que nascem com retardo de crescimento intra-uterino tem uma incidência mais elevada de problemas do sistema nervoso central do que crianças com apropriado crescimento para a idade gestacional.

Em 1977, KUSUNOKI⁴⁹ relatou que a maioria dos neurônios na massa cerebral são produzidos na camada matriz, onde a proliferação celular ativa toma parte desde o 10º ao 16º dia de gestação. E a mã nutrição materna durante este período causou cerca de 14% de prolongação do tempo de geração da célula matriz, o precursor de neurônios, assim causando um decréscimo na produção de neurônio no cérebro fetal. Destes resultados, é sugerido que a mã nutrição durante o 1º e 2º trimestre pode causar resultado similar no embrião humano.

HOWARD et alii e DOBBING et alii⁴¹ demonstraram bioquimi

camente que todos os neurônios na neocortex foram produzidos durante 10 (dez) semanas, da 10.^a à 20.^a semana de gestação.

Segundo SAI⁷² não se pode padronizar a qualidade e quantidade de alimentos para a gestante. As tabelas existentes trazem apenas as estimativas pois cada gestante deve ser vista em especial.

Pelas condições hematológicas pode-se apontar o estado de saúde da gestante quanto aos possíveis riscos de anemia, desnutrição, processos infecciosos ou outros.

A prevalência de anemias nutricionais em mulheres não grávidas oscila entre 14 a 30% e, em mulheres grávidas, entre 29 a 63%⁶³.

A diminuição desta atual prevalência de anemias nutricionais em mulheres grávidas em 30%, nos países da região, é um dos propósitos específicos das Metas do Plano Decenal de Saúde das Américas para o período de 1971/1980, na área Materno-Infantil⁶³.

Todavia quando se trata de valores sanguíneos, MITCHEL⁴² cita que, nos últimos meses da gestação poderá ocorrer uma grande redução no teor de hemoglobina do sangue da mãe devido a um ajustamento fisiológico. Nessa ocasião o seu volume total sanguíneo é consideravelmente aumentado para alimentar a circulação placentária. Isso talvez não seja acompanhado por um aumento correspondente dos glóbulos vermelhos e, conseqüentemente, ocorre um certo grau de hemodiluição. Entretanto, é um leve decréscimo, não devendo ser confundido com a anemia da gravidez.

A anemia verdadeira que ocorre durante a gestação é geralmente devida a deficiência de ferro. Nos Estados Unidos, mesmo as mulheres com bom estado de saúde, necessidades humanas básicas equilibradas, usualmente não mantêm reservas de ferro em quanti-

dades suficientes para a demanda da gestação. A suplementação de ferro poderá manter os níveis normais de hemoglobina em tais pacientes. Durante o segundo e terceiro trimestre da gestação, recomenda-se uma suplementação oral diária de ferro de 30 a 60 mg de sais ferrosos. Entretanto é essencial que a mulher inclua alimentos ricos em ferro e proteína no seu regime alimentar sem o que outras deficiências poderão aparecer.

Como se sabe os níveis de hemoglobina na criança ao nascimento e suas reservas de ferro para uso nos primeiros meses de vida são menores quando a ingestão de ferro pela mãe é inadequada. E o resultado é a ocorrência de anemia na infância⁵⁷.

Quanto a anemia megaloblástica na gravidez, esta pode ocorrer devido a ingestão deficiente de alimentos, vômitos ou à utilização fetal de folacina. É caracterizada por um grande decréscimo de glóbulos vermelhos e igual redução de hemoglobina, e apresenta outros sinais associados com a anemia perniciosa.

Os estudos indicam que a exigência de ácido fólico na gestante é muito aumentada, comparada às necessidades mínimas do adulto. O Comitê de Nutrição Materno-Infantil sugere um complemento de 400 mcg de folacina por dia. Se a gestante não receber tratamento antes do nascimento da criança, esta também poderá apresentar sintomas de anemia megaloblástica.

DUARTE²³ em seu estudo constatou que 33,7% das grávidas encontravam-se com hematócrito abaixo do valor mínimo fixado pela OMS (34%) e 66,3% apresentavam de 34% ou mais. Considera que este dado reveste-se de importância e deve ser salientado, pois 33,7% das gestantes podem ser consideradas como portadoras de anemia hipocrômica, com conseqüências indiscutíveis, na saúde da mãe e do feto.

SALZANO et alii⁷⁴ constataram, em 689 gestantes dos Estados

de Pernambuco e Paraíba, a prevalência de anemia durante a gravidez com o percentual de 33,7% em Pernambuco e 36,9% em Paraíba, cuja concentração da hemoglobina no sangue estava abaixo de 11 g/dl.

SZARFARC et alii⁸³ observaram, em gestante "sadias", no Estado de São Paulo, que os valores de hemoglobina e hematócrito diminuem no início seguindo-se um aumento no final da gravidez; os valores de ferro sérico diminuem de maneira geral durante toda a gestação e os de capacidade de ligação de ferro não apresentam comportamento uniforme.

O volume do plasma aumenta na gravidez. Tanto BURWELL como METCALFE e col., referem um aumento de volume plasmático de 50 a 65% entre a 25.^a e a 35.^a semanas em relação à mulher não grávida e que este diminui para 50% aproximadamente, no fim da gestação¹³. Há, também um aumento dos eritrócitos, conforme CATON e Col.; este, porém, não proporcional ao aumento plasmático, daí a diminuição relativa na contagem de hemácias e no valor do hematócrito¹⁴.

O hematócrito, cuja cifra normal é de 40 - 42% em mulheres não grávidas, diminui paralelamente à concentração de hemoglobina, alcançando a média de 34%⁹.

Segundo HYTTEN e PAINTIN⁴², a diminuição da concentração de hemoglobina, no primeiro trimestre da gravidez, é da ordem de 0,5 g/dl. Entre a 30.^a e 32.^a semanas, a concentração oscila em torno de 11g/dl.

No simpósio Internacional sobre "Anemias Nutricionais na América Latina", realizado em Caracas, em 1968, relatou-se para a mulher grávida no Brasil, Perú e Venezuela, o valor na concentração da hemoglobina de 10g/dl em comparação com 12g/dl da não grávida⁹.

Segundo REZENDE⁶⁷, o número de eritrócitos, por unidade de volume sanguíneo, também varia, paralelamente à concentração de hemoglobina, estando reduzidos e, motivando pela sua frequência, a chamada "anemia fisiológica da gestação", rubrica sem sentido, porquanto procura não ferir o conceito de normalidade sem evitar as inferências com um estado patológico.

REZENDE⁶⁷ reafirma que a concentração da hemoglobina na mulher com gravidez normal está entre 11 a 12 g por dl, na maioria das séries estudadas, com desvio padrão de 1 g; e a mulher não grávida oscila entre 13,7 a 14 g por dl.

A queda na concentração da hemoglobina observa-se desde o primeiro trimestre sendo na ordem de 0,5 g por dl.

A concentração mínima é atingida entre 30 e 32 semanas, havendo após, um ligeiro aumento. Os padrões das alterações relativas nos volumes globular e plasmático pode ser previsto: a concentração decresce até ser alcançado o volume plasmático maior, e então ascende enquanto esse volume diminui, até o termo. O hematócrito cai, acompanhando a concentração de hemoglobina, chegando ao valor médio de 34%, quando o teor médio em não grávidas é de 40 a 42%. E, aumenta nas últimas semanas, acompanhando a concentração de hemoglobina.

Segundo EASTMAN, o número de leucócitos, no decorrer da gravidez, oscila entre 5.000 a 12.000 por mm^3 . Durante o trabalho de parto, a contagem pode chegar a 25.000. A causa deste aumento é desconhecida²⁶.

Para REZENDE⁶⁷ é característica a existência de leucocitose durante a prenhez, elevando-se os glóbulos brancos da média de 7.100 por mm^3 , em mulheres não grávidas, para 10.500 ao final da gestação. A ascensão se processa à custa dos neutrófilos polimorfonucleares, que passam de 4.500 por mm^3 para 7.700, ao termo.

Não ocorrem alterações significativas em relação aos linfócitos, monócitos e eosinófilos.

Não há interpretação satisfatória, até hoje, para essas alterações, afirma REZENDE⁶⁷.

Evidencia-se que, assim como aumenta o volume plasmático, altera-se a sua composição. PAABY⁶⁴ demonstrou que o conteúdo, em água, do plasma e do soro, eleva-se de cerca de 91,5% no início da gestação, para mais de 92% no 3º trimestre, decrescendo a níveis não-gravídicos próximo ao parto .

Quanto as doenças transmissíveis, sabe-se que a sífilis era atribuída até pouco tempo, a prioridade absoluta na mortalidade do concepto. Sua frequência, que já esteve em franco declínio, começa novamente a elevar-se sem que se possa precisar a razão. Entre 1960 e 1972, na "33ª enfermaria da Santa Casa da Misericórdia" a mortalidade perinatal, atribuída à sífilis, passou de 6 à 12%, aumento significativo conforme cita REZENDE⁵¹ .

Também, segundo REZENDE⁶⁷ , as helmintoses têm grande importância como problema de saúde pública no Brasil.

Das referências de MORAES⁵⁹ relativas a helmintos destacam-se as citações a seguir:

- "As possibilidades de infestação dos *Áscaris lumbricoides* aumentam na medida em que decrescem os hábitos de higiene individual".

- "A eosinofilia na estrogiloidose é constante, mais alta na fase aguda que na crônica. Nenhuma outra verminose é mais eosinofilogênica que a estrogiloidose".

- "A ocorrência de anemia nos portadores de *Trichocephalus trichiurus* provém da ação tóxica devida às excreções e secreções do helminto e/ou às substâncias formadas nos tecidos , onde se fixam os vermes. Além da baixa do número dos glóbulos

vermelhos e da hemoglobina, é habitual a ocorrência de uma eosinofilia em graus variáveis de caso para caso e, no mesmo caso, em fases diferentes do curso da infestação".

- "A ancilostomose é uma afecção resultante da espoliação sanguínea combinada com o estado nutritivo carencial".

- "Do indivíduo infestado, o fator alimentar é o mais importante, pelo estado carencial que por si e isoladamente já é causa de anemia. Nessa eventualidade, às alterações mórbida de origem carencial se associam as de uma anemia espoliativa resultantes das perdas sanguíneas produzidas pelos vermes. O estado carencial resultante da dieta pobre de proteínas, de sais minerais e de vitaminas acentua no organismo infestado os efeitos do parasitismo".

- "Das deficiências apontadas como desencadeadoras das perturbações mórbidas da ancilostomose, a mais importante é a do ferro, que para alguns autores é o principal fator responsável pela anemia ancilostomósica".

- "Na maioria dos casos de ancilostomose, a gravidade da doença depende do estado carencial do indivíduo, e muitos casos melhoram apenas com o estabelecimento de uma alimentação adequada".

- "Nas mulheres grávidas a ancilostomose é freqüentemente muito grave e causa de grande número de abortos".

- "O hemograma na ancilostomose varia de acordo com a fase evolutiva e a gravidade da doença. Nos casos agudos, inicialmente há hiperleucocitose e já franca eosinofilia que, não raro, ultrapassa 50%. Passada a fase aguda, há nítida tendência à leucopenia e a eosinofilia torna-se moderada e, em casos graves, pode mesmo não existir. A redução do teor de hemoglobina se processa mais rapidamente que o do número de hemácias, que tendem

a diminuir de volume, donde a diminuição do volume globular e a hipocromia são comuns na ancilostomose".

Estudando as condições de saúde das gestantes relativa a urina, temos a citação de IMAZ⁴³ a respeito, ou seja, que "a análise da urina deve efetuar-se de forma sistemática todos os meses durante a primeira metade da gravidez, e posteriormente, a cada quinze dias; deve-se vigiar a quantidade total de urina (oligúria, polaquiúria), assim como a sua densidade, reação, elementos normais e anormais, e a sedimentação de Addis".

Ainda, para IMAZ⁴³, normalmente a urina da mulher gestante é mais abundante do que a da mulher não grávida. Sua diminuição é um sinal importante de retenção hidrica anormal do organismo (edema oculto, aumento de peso).

Segundo BRUNNER/SUDDARTH¹⁰ "a composição da urina é afetada por: estado nutricional, processos metabólicos e, estado da função renal".

A cor amarelo-escuro caracteriza a urina concentrada, pigmentos normais ou anormais aumentados^{87,10}. Indica estado febril, diarreia, vômitos, sudação, desidratação⁸⁷.

Para VALLADA⁸⁷, a dor e ardor indica inflamação baixa: bexiga ou uretra.

ROBBINS⁷⁰, cita que: "a infecção de bexiga urinária virtualmente sempre implica alguma causa que a provoca, induzindo-se como exemplo, a gravidez. Até à meia-idade, a cistite é muito mais comum nas mulheres, talvez porque a uretra seja mais curta, ou porque a gravidez e o trauma do coito tornam a mulher mais jovem mais vulnerável do que o homem à difusão de bactérias dentro da bexiga".

A presença de piócitos na urina nem sempre significa infecção renal. A interpretação dada a uma piúria deverá ser aliada

sempre a outros dados, tais como a presença de albumina, cilindros ou hemácias⁸⁷.

Segundo DUKE²⁵, o número de piócitos por mm³ de urina não ultrapassa a 10 elementos. Quantidade superior significa traços de pus.

Dentre os estados patológicos diversos de uma gestante podemos encontrar a albuminúria gravídica.^{10,43,87}

Quando se obtém a urina por sonda, livre de piúria e que contém quantidades mínimas de albumina, deve-se considerar como um transtorno gestósico de manifestação inaparente. Sua origem se atribui a uma perturbação funcional e a insuficiente reabsorção. Sempre que se observa piúria em urina obtida por sonda deve presumir-se de uma cistite, uma ureteropielite ou uma pielonefrite.⁴³

A gravidez, em 30 a 35% dos casos é acompanhada de protei-núria³⁷. Temos ainda a bacteriúria que indica infecção de trato urinário, quando em contagens superior a 5.000/ml de urina¹⁰.

Quanto a saúde dentária, BRIQUET⁹ cita que BIRO, de Budapest, examinou 1899 gestantes de 16 a 30 anos, concluindo que as diferenças verificadas na vulnerabilidade dentária decorriam, não da gravidez, mas da idade da paciente.

O conceito de que a cárie dentária é agravada pela gestação é infundada. Há contudo, gestações mais predispostas a cárie e, nestas, causas locais, como acidez conseqüente a regurgitação gástrica ou vômito, e o uso exagerado de açúcar ou doces são fatores agravantes. A cárie dentária indica ser moléstia local de origem exógena⁹.

Para BENSON⁶ a paciente pode negligenciar a higiene oral durante o início da gravidez, quando incomoda pela náusea. A hipertrofia e a turgescência hormonais das gengivas permitem a sua irritação e infecção; e a escolha alimentar e as variações do pH sa

livar, durante a gravidez, podem produzir cáries dentárias. A descalcificação dos dentes da mãe como resultado da gravidez não é razão para que os cuidados dentários sejam negligenciados. "Para cada filho, um dente" é um velho ditado que não tem base científica.

Ainda, referente as condições de saúde da gestante, temos os dados disponíveis a partir de 1970, demonstrando que² :

- Quanto à mortalidade materna, são apontadas como causas principais: a toxemia gestacional, os acidentes hemorrágicos, as infecções e o aborto;

- A maior incidência de óbitos em crianças é verificada no primeiro ano de vida, encontrando-se um coeficiente de mortalidade infantil muito elevado, isto é, ao redor de 108,68 ‰.

A ocorrência de toxemia na gravidez é mais comum em gestantes que se alimentam com dietas insuficientes, principalmente em proteínas. Estudos epidemiológicos mostram uma relação direta entre a incidência de toxemia e a situação individual de renda per capita. O maior número de casos é registrado geralmente em grupos comunitários pobres⁵⁷.

BURKE e KIRWOOD, estabeleceram em seus trabalhos que 44% de mulheres com dietas pobres ou muito pobres, 8% com dietas regulares, e nenhum caso com dietas boas ou excelentes, apresentaram sintomas de toxemias¹².

TOMPKINS e WIEHL verificaram que a suplementação da dieta com proteínas e vitaminas reduz acentuadamente a incidência de toxemia em seus pacientes⁸⁵.

Quanto a questão relativa à ingestão de cloreto de sódio (sal de cozinha) e toxemia, ROBINSON⁷¹ estudando cerca de 2.000 gestantes, instruiu a metade para aumentar o consumo de sal e a outra metade para diminuí-lo. Observou, então, uma pequena inci-

dência de toxemia no grupo com alta ingestão de sal. MENGERT⁴² observou 48 pacientes com toxemia, experimentando um grupo com alta ingestão de sal e outro com baixa ingestão. Não se verificou qualquer diferença da doença em ambos os grupos. O Comitê de Nutrição Materno Infantil não aconselha a restrição de sal e o uso de diuréticos durante a gestação.

Conforme REZENDE⁶⁷, vários fatores são responsáveis pela higidez do recém-nato: hereditários, saúde física e boa nutrição durante a gravidez, placenta eutrôfica com funções endócrinas e metabólicas adequadas e lactação suficiente. Só não podemos interferir nas influências genéticas, mas nas demais a boa nutrição é decisiva ou pelo menos adjuvante.

WILLIAMS⁸⁹ conseguiu abaixar de aproximadamente 1/3 a mortalidade fetal com dietas balanceadas, em cerca de 15.000 gestantes.

Na gestante, a fixação do número de calorias da sua alimentação deve estar em função ao rigoroso controle do ganho ponderal e à ingestão variada e saudável de alimentos. O crescimento requer energia e as calorias adicionais são necessárias em até 10% sobre a quantidade pré-gravídica.

A ingestão de proteínas deve ser aumentada na gestação, em virtude da sua contribuição específica para o crescimento e porque uma dieta pobre em proteínas quase sempre carece de outros nutrientes.

Estudos indicam que aproximadamente 925 gramas de proteínas são depositadas no feto e em outros tecidos da mulher durante uma gravidez normal.

Existe também evidências de que, durante o início da gravidez, a proteína possa ser armazenada no tecido materno e usada mais tarde, quando as necessidades do crescimento do feto forem

maiores. A recomendação de uma quota adicional de 30 gramas de proteínas é para prevenir as necessidades proteicas que são acumuladas pelo feto e tecidos acessórios durante a gestação .

OLIVEIRA⁶² destaca nas conclusões de seu trabalho que: a fisiologia do sistema nervoso central e periférico está intimamente relacionada com o teor sanguíneo de sais minerais, vitaminas do complexo B e proteínas completas de origem animal; a ordem decrescente dos nutrimentos mais eficientes para aumentar a capacidade de aprender é: sais minerais, complexo vitamínico B sob a forma de levedura de cerveja e proteínas completas de origem animal.

Junto às necessidades do organismo materno em relação ao ferro, há também a necessidade para o feto, devido à constituição do seu próprio sangue. Quando a criança nasce, depois de completamente formada, apresenta um teor de hemoglobina entre 20 e 22 gramas por dl. Este alto nível é necessário no organismo fetal para a captação de oxigênio pela placenta, onde o mesmo se apresenta com pressões mais baixas do que nos pulmões. Depois do nascimento, alguma quantidade dessa hemoglobina começa a ser destruída, caindo para um nível de 13 a 14 gramas por dl de sangue. O ferro proveniente da destruição da hemoglobina é armazenado no fígado da criança, servindo como fonte durante o primeiro mês de vida quando, se sabe que a dieta láctea é insuficiente em ferro. Se a ingestão de ferro na dieta da mãe é baixa, isso será refletido nos seus próprios níveis de hemoglobina, e eventualmente num nível de hemoglobina também da criança.

Nem sempre é fácil a inclusão de quantidades suficientes desse mineral na dieta diária, sobretudo quando se refere a grupos de baixa renda. Devido a essa dificuldade de obtenção de quotas suficientes de ferro através de um alimento isolado, o Co-

mitê Nacional de Pesquisas em Nutrição Materno-Infantil recomenda que a dieta da gestante deverá ser suplementada, diariamente, com 30 a 60 mg de ferro através de um medicamento⁵⁷.

A gestante deve ingerir quantidades de cálcio e fósforo suficientes para o preenchimento de suas próprias necessidades, bem como para a formação da estrutura óssea e dentária do feto. Aproximadamente 25 gramas de cálcio são encontradas na criança após sua completa formação, sendo que a maior parte (200 a 300mg diárias) é depositada durante o último trimestre. Além disso, o organismo materno pode armazenar cálcio em seu próprio corpo como uma reserva para as altas demandas na lactação. Uma quota adicional de 0,4 gramas de cálcio e fósforo por dia é recomendada nesta fase.

O uso de suplementos vitamínicos (exceto para ácido fólico) não é necessário, a não ser que, devido a uma enfermidade ou outros problemas, a gestante seja incapaz de ingerir uma dieta adequada, não preenchendo suas próprias necessidades nutritivas assim como as do feto em crescimento⁵⁷.

Porém a quantidade de vitamina D deve permanecer equivalente a necessidade da mulher não gestante, isto é, 400 U.I. diárias, precaução esta devido a uma evidência recente indicando a relação entre a deposição anormal de cálcio em crianças e doses excessivas de Vitamina D ingeridas durante a gestação. A utilização apropriada de cálcio e fósforo depende da inclusão de uma certa quantidade de vitamina D na dieta⁵⁷.

REZENDE E MONTENEGRO⁶⁸ citam que a dieta da gestante deve ser hiperproteica, hipoglicídica e hipolipídica. Em face do aumento de proteínas a quantidade de glicídios podem ser diminuídas assim como a de lipídios, porém deve-se manter o equilíbrio necessário entre as gorduras de origem animal e as de origem ve-

getal, sendo as primeiras fontes de vitaminas lipossolúveis.

Para BRIQUET ⁹, as massas e os doces devem ser restringidos, afim de evitar ganho excessivo de peso. Recomenda como fontes de carboidratos: pão, batata e outros.

DUARTE ²³, em seus estudos constata que o leite é consumido diariamente, por 68,5% das gestantes. Apenas 7,6% nunca consomem o produto. Se estes dados indicam um consumo qualitativo satisfatório, a rejeição de tão importante alimento - 7,6%, deve ser motivo de preocupação, pois este alimento é a melhor fonte de cálcio, mineral de importância fundamental durante a gravidez.

Ainda, conforme DUARTE ²³ tem-se: consumo diário de queijo em 30,4% das gestantes, de ovos em 52,2%, de carnes em 73,9%, de tubérculos e raízes em 80,4%, de leguminosas em 81,5%, de arroz em 87%, de pão em 82,6%, de vegetais verdes e amarelos em 80,4%, de pelo menos uma fruta por dia em 76% das gestantes. O consumo diário de açúcares e gorduras foi em 100% dos casos; a banha de porco em 40,2%, o óleo vegetal em 80,4%, a manteiga em 50% e a margarina em 56%. Os refrigerantes são hábito diário de 46,7% das gestantes e, 86,9% nunca se fazia uso de bebidas contendo álcool. Nota-se que o fígado, importante alimento proteico e ferroso, é rejeitado por 37% das gestantes e, por ocasião da entrevista, não tomou parte da alimentação do dia em nenhuma das mesmas.

A origem dos produtos alimentícios consumidos em Florianópolis é, na maioria, de outras localidades do Estado ou País.

Segundo a "Síntese Informativa sobre a Agricultura Catarinense" - 1977, Florianópolis produz: cana-de-açúcar, tomate, gado leiteiro, pescado, mandioca ⁸⁶.

Os alimentos de maior consumo na região III - Paraná, San-

ta Catarina e Rio Grande do Sul³⁴ são, em ordem decrescente em peso nos grupos os seguintes: dos cereais e derivados: arroz, farinha de trigo, pão francês e, fubã de milho; dos tubérculos, raízes e similares: batata inglesa, mandioca, batata doce e, farinha de mandioca; dos açúcares e derivados: açúcar cristal e refinado; das leguminosas e oleaginosas: feijão preto e, outros feijões; dos legumes (folha, fruto e raiz): tomate, repolho, abóbora, cebola, chuchu, abobrinha, pepino, alface e, couve; das frutas: laranja, pera, banana d'água, frutas tipo europeu, melancia e melão, doce de frutas, tangerina e outras laranjas; das carnes e pescados: carne de boi, frango, carne de porco; salsicharia, peixes, carneiro e cabrito e, vísceras; dos ovos, leites, queijos e gorduras: leite fresco, leite pasteurizado, banha de porco, ovos, óleo de soja, queijos e margarina; das bebidas e diversos: sal, café, bebidas gasosas, mate e infusões, outras bebidas alcoólicas, cerveja e vinagre.

O decreto-lei 399 de 30 de abril de 1938, ainda em vigor, estabelece a dieta diária essencial para uma pessoa, ou seja, 200 g de carne, 250 g de leite, 150 g de feijão, 50 g de farinha, 100 g de arroz, 200 g de batata, 300 g de legumes, 200 g de pão, 200 g de café em infusão, 100 g de açúcar, 25 g de manteiga, 25 g de banha e, mais três frutas⁷⁹.

O consumo em calorias e nutrientes por comensal/dia na Região III - Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul³⁴ é de 2.360,83 calorias, 70,13 g de proteínas, 518,71 mg de cálcio, 14,78 mg de ferro, e cujas necessidades e devidas porcentagens de ingestão correspondem a 2.206,31 calorias e 107,00%; 31,14 g de proteínas - 225,21%; 497,51 mg de cálcio - 104,26%; 11,15 mg de ferro - 132,56%. A ingestão de lipídios é 63,66 g, glicídios 379,71 g, aminoácidos essenciais 28.366mg e, todos os aminoácidos 68.986 mg.

As medidas antropométricas médias do sexo feminino com idade de 17 a 24 anos é de 53,2 a 54,5 Kg de peso e, 156,9 a 157,6 cm de altura na Região III - Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul³³.

JELLIFFE⁴⁸ considera desnutrida uma gestante que aumente menos de 6 Kg de peso corporal durante a evolução da gravidez.

Os resultados encontrados nos estudos de DUARTE²³ foram: Gestantes com altura média de 154,46 \pm 5,9 cm, peso antes da gestação de 58,19 \pm 13,06 Kg, peso no terceiro trimestre de 68,44 \pm 12,74 Kg, aumento de peso na gestação de 11,10 \pm 0,81 Kg, perda de peso no pós-parto de 6,19 \pm 1,74 Kg, hematócrito 34,94 \pm 2,99%. Recém nascido com 51,9 cm de comprimento e 3.191 gramas para os de sexo masculino; e 52,4 cm e 3.068 para feminino. Estas gestantes apresentaram hábitos alimentares considerados corretos em 68,5%, suficiente em 30,4% e deficiente em 1,1%. Encontrou-se deficiência nutricional relativa de proteínas em 14,1%, de carboidratos em 2,2% e de gorduras em 1,1%; considerando-se satisfatório o estado nutricional destas gestantes.

Portanto, o presente estudo aborda as necessidades nutritivas do indivíduo (gestantes), sendo, segundo MOHAMA⁴⁰, uma necessidade humana básica - fazendo parte das necessidades psicobiológicas.

Entende-se por necessidades básicas "os estados de tensões conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Em estados de equilíbrio dinâmico as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado"⁴⁰.

"A enfermagem assiste o Homem no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princí-

pios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais" ³⁹.

"A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao homem no atendimento de suas necessidades básicas, procura sempre conduzir o homem à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço" ³⁹.

HORTA ³⁹ conceitua a Enfermagem como "a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais".

Segundo a Associação Médica Americana a nutrição é definida como: "a ciência dos alimentos, dos nutrientes, da ação-interação e equilíbrio relacionado à saúde e à doença; é o processo pelo qual o organismo ingere, digere, absorve, transporta, utiliza e elimina as substâncias alimentares. Além disso, a nutrição deve estar relacionada com implicações sociais, econômicas, culturais e psicológicas do alimento e do modo de se alimentar" ⁵⁷.

3 - O PROBLEMA

No Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., presta-se assistência de saúde às gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil, para controle da gravidez, assegurando o bom desenvolvimento do novo ser: embrião e feto.

Para melhor eficiência e eficácia neste controle feito por equipe de saúde com atuação direta das equipes médica e de enfermagem, a gestante recebe orientações em que se inclui instruções referentes as necessidades nutritivas determinadas pelo seu estado real. Portanto, torna-se conveniente identificar as características da alimentação das gestantes no ato da inscrição, com os recursos e meios existentes no Programa. E assim, deve-se levar em conta os seus aspectos qualitativos e quantitativos, bem como, o estado de saúde geral das gestantes, suas necessidades nutritivas, e a interferência das condições sócio-econômicas e culturais.

3.1. Variável dependente

Características qualitativas e quantitativas da alimentação das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C.

3.2. Variáveis independentes

- 3.2.1. Condições sócio-econômicas e culturais das gestantes;
- 3.2.2. Estado de saúde geral das gestantes;
- 3.2.3. Necessidades nutritivas das gestantes: calorias, proteínas, gorduras, carboidratos, cálcio, ferro e fósforo;
- 3.2.4. Características pessoais das gestantes relativas à gravidez, idade, número de gestações, trimestre de gravidez, peso e altura.

4 - OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Identificar as características qualitativas e quantitativas da alimentação das gestantes no ato da inscrição ao P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C.

4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Identificar e analisar a interferência das condições sócio-econômicas e culturais das gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. nas suas características alimentares qualitativas e quantitativas;

4.2.2. Correlacionar os valores nutritivos médios diários ingeridos pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. com os valores nutricionais reais necessários e, com o estado de saúde geral.

5 - HIPÓTESES

5.1. As gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., apresentam valores nutritivos correspondentes à média diária de aproximadamente 2.200 - 2.600 Calorias, 75 - 90 gramas de proteínas, 60 - 90 gramas de gordura, 240 - 480 gramas de carboidratos, 0,8 - 1,7 gramas de cálcio, 15 - 20 miligramas de ferro e, 0,8 - 1,7 gramas de fósforo.

5.2. As condições sócio-econômicas e culturais das gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., interferem em grau médio na sua alimentação nos aspectos qualitativos e quantitativos.

5.3. As gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., alimentam-se satisfatoriamente atendendo as suas necessidades qualitativas e quantitativas.

5.4. As condições de saúde (hematológica, parasitária, urinária e dentária) das gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., estão na sua maioria, relacionadas com as características alimentares qualitativas e quantitativas apresentadas.

6 - DEFINIÇÕES DE TERMOS

6.1. Característica qualitativa da alimentação - alimentação variada contendo os seis componentes nutritivos: carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais e água.

6.2. Característica quantitativa da alimentação - alimentação com equilíbrio quantitativo dos elementos nutritivos segundo às necessidades orgânicas e o período de gestação.

6.3. Alimentação - conjunto de atos ou fenômenos com os quais o ser humano apreende os alimentos e os prepara, ingere-os, absorve-os, metaboliza-os e, os incorpora às células e tecidos do organismo.

6.4. Gestante - mulher que concebeu e desenvolve dentro de si um novo ser.

6.5. Necessidades nutritivas das gestantes - alimentação qualitativa e quantitativa em componentes nutritivos e quilo-calorias correspondentes ao período de gravidez, peso e altura corporal, atividades físicas diárias e clima; com aplicação do método (Dante Costa): $VCT = MB \times 24 \times SC + \text{Ativ. Ext.} \pm 10\% \pm 15 \text{ a } 20\%$.

6.6. Alimentam-se satisfatoriamente - alimentação correspondente às necessidades nutricionais das gestantes.

6.7. Interferem em grau médio - alimentação com moderada in-

terferência da renda e posição social por situar-se em níveis de renda média, correspondendo as classes sociais D e C.

6.8. Programa de Assistência Materno-Infantil (P.A.M.I.) - Assistência prestada às gestantes para controle pré-natal no Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., através do Projeto Piloto 1977/1978.

6.9. Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. - Unidade de Assistência à Saúde da Comunidade, vinculado ao 1º Centro Administrativo Regional de Saúde do Departamento de Saúde Pública (DSP) do Estado de Santa Catarina, localizado no Centro da Capital - Florianópolis, Estado de Santa Catarina (SC).

6.10. Condições Sócio-Econômicas - Combinação de fatores sociais e econômicos relativos à renda e a posição social.

6.11. Condições Culturais - Grau médio de instrução, ou seja, ensino médio correspondente ao nível do ensino de 1º e 2º grau.

7 - METODOLOGIA

7.1. População

A população estudada, compõe-se de 22 (vinte e duas) gestantes que se inscreveram no P.A.M.I. - Projeto Piloto, do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., e se mantiveram em controle no período de 12 de setembro a 30 de novembro de 1977, portanto, casuística representativa de 22 gestantes correspondentes a todo o universo deste período de tempo.

7.2. Instrumentos

Foi utilizado um formulário (Anexo I) para levantar os dados relativos a ingestão de alimentos pela gestante, com base nas refeições do dia anterior ao da aplicação do mesmo ou, na ingestão média diária e, reaplicados posteriormente, no primeiro retorno do P.A.M.I., para assegurar-se da validade dos mesmos, além da checagem com os levantados pelo pessoal de enfermagem (Formulário Anexo II, item II.1).

Aproveitou-se ainda, como fontes subsidiárias de dados, a ficha de registros (Anexo III), existente no fichário de cada gestante inscrita, as quais contem informações oriundas do pessoal de Enfermagem, do Médico, do Dentista, do Laboratorista e outros.

7.3. Pré-teste

Com objetivo de verificar a operacionalidade do instrumento e realizar as reformulações necessárias, submetemos a um pré-teste com 6 (seis) clientes do sexo feminino que aguardavam atendimento na Unidade de Atenção Médica do Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino no Centro de Saúde de Florianópolis - S.C.

Os resultados demonstraram a aplicabilidade deste formulário, uma vez que não houve necessidade de reformulações para adequação a realidade em estudo.

7.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada com a colaboração das alunas da 6ª fase do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC, orientadas pela pesquisadora, e contando com a participação direta da Professora Supervisora da Disciplina de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica em estágio prático no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., no período de 12/09 a 30/11/77.

7.5. Critérios, cálculos e tratamento estatístico dos dados

7.5.1. Condições sócio-econômicas e culturais - Para inferir o grau de interferência das condições sócio-econômicas e culturais com as características qualitativas e quantitativas da alimentação das referidas gestantes adotou-se os seguintes graus como correspondentes às classes sociais e níveis de renda:

- grau inferior - por situar-se em níveis de renda baixa e/ou de renda marginal, classes sociais E e/ou F;

- grau médio - renda média e/ou renda média baixa, classes sociais C e/ou D;

- grau superior - renda alta e/ou renda média superior, classes sociais A e/ou B.

Relação da renda, em salários mínimo, e a posição social indicadas por SECCO⁷⁶.

Renda Marginal	= menos de 1 salário mínimo	- Classe Social F
Renda Baixa	= um a dois salários mínimo	- Classe Social E
Renda Média Baixa	= três salários mínimo	- Classe Social D
Renda Média	= quatro salários mínimo	- Classe Social C
Renda Média Super.	= cinco a dez salários mín.	- Classe Social B
Renda Alta	= mais de dez salários mín.	- Classe Social A

7.5.2. Condições de Saúde - Para avaliar a variação anormal dos parâmetros indicadores das condições de saúde, comparou-se com os valores normais mais aceitos pela literatura médica existente.

7.5.3. Necessidades Nutritivas diárias - Para apresentar os dados relativos aos valores nutritivos necessários às gestantes na inscrição ao P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - SC., efetuou-se os cálculos com base nas proposições de DANTE COSTA, relativas a aplicação individual, constando dos seguintes parâmetros: a) consumo calórico por hora e por metro quadrado (Cal/h/m^2) do metabolismo basal (MB), para 24 horas, segundo a idade e o sexo; b) a superfície corporal (SC) expressa em metros quadrados (m^2), considerando-se o peso e a altura; c) a atividade externa (Ativ.Ext.) de 70 Cal/h/8h, com base no tipo de ocupação (Do Lar) e condições de atividades físicas (gestantes), exercendo trabalho caracterizado como leve. Entende-se por trabalho leve aquele que realiza de pé e sentado e em ambiente abrigado e confortável, consumindo de 20 a 70 Cal/h, num total médio de 08 horas de atividade diária; d) a ação dinâmica

específica (ADE) relativa a energia gasta para o metabolismo dos alimentos (digestão e absorção das substâncias nutritivas ingeridas) no valor de 10% sobre o MB. 24h.SC+Ativ.Ext.; e) ainda, \pm 10% para a despesa calórica segundo o clima (frio: + 10%, quente: -10% e, temperado: = sem alteração); f) finalmente, \pm 15 a 20% relativo às calorias necessárias para a manutenção do feto (+ 15% para o 2º trimestre de gravidez e + 20% para o 3º trimestre). Assim, chega-se ao valor calórico total (VCT) necessário para cada gestante em estudo, conforme cálculos e tábuas ou quadros relativos exigidos no emprego do referido método:

$$\text{VCT} = \text{MB.24h.SC+Ativ.Ext.} + \text{ADE} \pm 10\% \pm 15 \text{ a } 20\%.$$

Com base no VCT de cada gestante, efetuou-se os cálculos dos valores nutritivos necessários para 24 horas, ou seja, gramas de proteínas (prot) relativas a 15% do VCT (cifras normais entre 10-15%); gramas de gorduras (gord) em 30% do VCT (25-35%); e, gramas de carboidratos em 55% do VCT (50-60%). Para a conversão de calorias em gramas os cálculos foram efetuados mediante os valores de 4,0 calorias por gramas para proteínas e carboidratos (4,1 Cal/g = valor preciso) e, 9,0 Calorias por grama para gorduras, (9,1 Cal/g = valor preciso). Adotou-se a terminologia Calorias (Cal) para expressar as quilocalorias ou quilojoules (1 Kcal = 4,184 Kj; 1 Kj = 0,239 Kcal).

Quanto aos minerais, são referidos conforme a tábua indicadora de Council - revisão 1968, ou seja, 0,8 gramas de cálcio e fósforo para a mulher de 18 - 35 anos de idade acrescido de 0,5 gramas para o 2º e 3º trimestres de gravidez e 1,3 gramas para a idade de 16 - 18 anos acrescido de 0,5 gramas para o 2º e 3º trimestres de gravidez; 15 miligramas de ferro para a mulher de 15 a 35 anos de idade acrescido de 5 miligramas para o 2º e 3º trimestre de gravidez ^{42,68}.

7.5.4. Consumo de Valores Nutritivos Diários - Para o cálculo dos valores nutritivos médios diários aproximados dos alimentos ingeridos de cada gestante em estudo, adotou-se a tabela de composição química dos alimentos de FRANCO³¹, cujo quadro demonstrativo dos cálculos estão em anexo (Anexo IV).

7.5.5 Tratamento Estatístico - A casuística constituída de 22 elementos foi tratada através das seguintes técnicas:

7.5.5.1. Determinação das medidas de posição: média e mediana das idades.

7.5.5.2. Determinação dos coeficientes de correlação entre os valores reais e os teóricos para cada caso. Tratando-se de pequena casuística foram calculados os coeficientes de Spearman ao nível de significância de 0,01 (um por cento).

7.5.5.3. Determinação do coeficiente de concordância W de Kendall, com a finalidade de verificar a relação entre diversos conjuntos homogêneos.

7.5.5.4. Aplicação do teste de significância T de Wilcoxon para verificar se são significativas as diferenças entre os valores reais e teóricos (Nível de significância a 0,05).

7.5.5.5. Aplicação do teste do qui-quadrado para verificar a concordância entre as condições de saúde e a ingestão dos alimentos.

7.5.5.6. As relações estatísticas entre o nível sócio-econômico e cultural e as demais variáveis são irrelevantes dados que para a casuística, o nível é sempre o mesmo, e as tabelas descritivas foram suficientes para a análise e conclusões. Mesmo assim, aplicou-se as medidas de tendência central representativas do conjunto de dados para caracterizar o que é típico no grupo, sua distribuição e repetição de valores (\bar{x} , Md, Mo).

Os dados apresentados em percentagem indicam a frequência relativa.

8 - RESULTADOS

Dos dados levantados, apresenta-se nas tabelas a seguir as principais características da casuística em proposição às variáveis deste estudo.

Dados de identificação e situação sócio-econômica.

TABELA 1 - Identificação das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., quanto à idade, estado civil e, número de gestações. Florianópolis, NOV/1977.

ESTADO CIVIL IDADE	Nº GES- TAÇÕES	SOLTEIRA			CASADA		TOTAL	%	
		1	4	5	SUB TOTAL	1			SUB TOTAL
16						1	1	1	4,5
17						1	1	1	4,5
18		2			2	3	3	5	22,7
19		2			2	1	1	3	13,6
20						1	1	1	4,5
21		1	1	1	3	1	1	4	18,2
22		1			1	1	1	2	9,1
23		1			1	1	1	2	9,1
24			1		1	1	1	2	9,1
25									
26						1	1	1	4,5
TOTAL		7	2	1	10	12	12	22	100

\bar{x} = 20,5 anos. Md = 20,5 anos. Mo = 18 anos.

Os dados da tabela 1 mostra que toda a casuística se encontra na faixa etária de 16 a 26 anos, ou seja, no primeiro terço do período em que a mulher pode procriar - menacme, com maior concentração da frequência (86,6%) na faixa etária de 18 a 24 anos.

Correlacionando o estado civil e o número de gestações 54,5%, ou seja, 12 gestantes são casadas enquanto que 45,5%, 10 gestantes são solteiras, sendo que a totalidade das casadas (100%) são primigestas, ao passo que das solteiras encontramos 70% primigestas, 20% tetragestas e 10%, multigestas, ou seja, 7,2 e 1 para 10 gestantes solteiras, respectivamente.

Pelas medidas de tendência central têm-se que a idade média é de 20,5 anos, a frequência mais repetida é da idade de 18 anos (22,7%) e, 50% situa-se acima de 20,5 anos e 50% abaixo desta.

TABELA 2 - Escolaridade das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., relacionado a idade. Florianópolis, NOV/1977.

ESCOLARIDADE	IDADE											TOTAL	%	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			
Analfabeta					1								1	4,5
Iº Grau Incompleto.	1	1	5	2	1	3	2	2	2		1		20	90,9
Iº Grau completo.						1							1	4,5
TOTAL	1	1	5	3	1	4	2	2	2		1		22	100

Por esta tabela verifica-se que a maioria das gestantes, 90,9% possuem Iº grau incompleto; apenas 4,5% concluíram o Iº grau e 4,5% são analfabetas.

Das gestantes com Iº grau incompleto houve maior concentração na idade de 18 anos.

TABELA 3 - Situação Sócio-Econômica das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., quanto a renda e número de dependentes. Florianópolis, NOV/1977.

RENDA	Nº DE DEPENDENTES					TOTAL	%
	2	3	4	9	10		
Menos de 1 salário mínimo	1			1		2	9,1
1 a 2 salários mínimos	13	1	2		2	18	81,8
3 salários mínimo	1					1	4,5
4 salários mínimo	1					1	4,5
TOTAL	16	1	2	1	2	22	100

Considerando os fatores sociais e econômicos relativos a renda e a posição social constata-se que a maioria, 81,8% das gestantes inscritas no P.A.M.I., são de Classe Social "E" correspondente a Renda Baixa (1 - 2 salários mínimo). Ainda, em menor percentual, 9,1% são de Classe Social "F" - Renda Marginal e, 4,5% em ambas as classes sociais: "D" - Renda Média Baixa e, "C" - Renda Média.

Correlacionando a renda com o número de dependentes da família têm-se que 72,7% (16) da casuística apresenta 2 (dois) dependentes sendo que 81,2% destes possuem renda de 1 - 2 salários

mínimo.

Ainda, repete-se os valores de 9,1% nas famílias com 4 (quatro) e com 10 (dez) dependentes; e os valores de 4,5% nas de 3 (três) e 9 (nove) dependentes; valores estes todos situados em Classe Social "E" e "F".

TABELA 4 - Situação Sócio-Econômica das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., quanto a moradia. Florianópolis, NOV/1977.

Nº DE DEPENDÊNCIAS	CASA PRÓPRIA TIPO	SIM		NÃO		TOTAL	%
		ALV.	MAD.	ALV.	MAD.		
1 - 2			2		3	5	22,7
3 - 4		2	5	1	2	10	45,5
5 - 6		1	2		4	7	31,8
TOTAL		3	9	1	9	22	100

ALV. - Alvenaria

MAD. - Madeira

Observa-se prevalência das casa de madeira (81,8%), tanto em propriedades próprias ou não, com um percentual coincidente de 40,9%.

Quanto ao número de dependências a maioria das moradias, 45,5, possuem 3 - 4 dependências seguindo, 31,8% para 5 - 6 dependências e, apenas 22,7% para 1 - 2 dependências.

Constata-se ainda, que do percentual de 54,5% para as possuidoras de casas próprias, a maioria possui 3 - 4 dependências (58,3%).

Complementa-se com a informação de que todas as moradias si
tuam-se em zona urbana.

TABELA 5 - Situação Sócio-Econômica das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., quanto a ocupação. Florianópolis, NOV/1977.

OCUPAÇÕES	GESTANTE	%	PAI/ESPOSO (Fonte da Renda)	%
Balconista			1	4,5
Carpinteiro			1	4,5
"Do Lar"	22	100		
Eletricista			1	4,5
Marcineiro			3	13,6
Mecânico			1	4,5
Mensageiro			1	4,5
Militar			2	9,1
Motorista			1	4,5
Operário			1	4,5
Pedreiro			3	13,6
Pintor			1	4,5
Recepcionista			1	4,5
Servente			3	13,6
Soldado			1	4,5
Vendedor Ambulan <u>te</u>			1	4,5
TOTAL	22	100	22	100

A totalidade das gestantes inscritas no P.A.M.I. (100%) tem como ocupação "Do Lar", ao passo que, do pai ou esposo, ou seja, pessoa responsável pela fonte de renda da mesma, perfaz uma variedade de 15 (quinze) ocupações para a casuística de 22 (vinte e dois), prevalecendo os resultados repetidos de 13,6% pa

ra as ocupações de: marceneiro, pedreiro e servente; 9,1% para militar e, 4,5% para as demais.

Descreve-se, a seguir, as informações referentes aos tipos de atividades e os hábitos de horário de sono, repouso e alimentação:

- na ocupação "Do Lar" das referidas gestantes, os tipos de atividades que executam são: "serviços da casa" o que compreende: cozinhar, lavar e passar roupa, costurar, varrer, lavar e encerar o chão, tirar o pó dos móveis, lavar louça, arrumar a cama, fazer crochê e tricô; além de, assistir televisão, ler revistas, ocupar-se com o asseio pessoal e com afazeres diversos incluindo fazer compras e receber visitas.
- Como hábitos de sono e repouso apresenta-se que a média diária de horas gastas para o sono é de aproximadamente 09:15min. (nove horas e quinze minutos) além de 63,6% da casuística fazer repouso diário no horário médio compreendido entre às 13:00 e 14:00 horas.
- E, como hábito de horário de alimentação, a média apresentada é de 4 (quatro) refeições diárias, sendo: desjejum, almoço, lanche e janta; ou seja, das 07:00 às 08:00 h, das 12:00 às 13:00 h, das 15:00 às 16:00 h e, das 18:00 às 19:00 h, respectivamente.

Condições de Saúde

TABELA 6 - Condições Hematológicas das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Florianópolis , NOV/1977.

GESTANTE Nº ORDEM	ERITRÓCITOS Nº/mm ³	LEUCÓCITOS Nº/mm ³	HEMATÓCRITO %	HEMOGLOBINA g/dl	REAÇÃO V.D.R.L.
01	4.000.000	10.600	35	11,10	-
02	4.590.000	7.200	40	13,18	-
03	4.000.000	12.200	35	11,12	-
04	4.100.000	13.900*	36	11,60	+
05	4.580.000	8.900	40	13,20	-
06	4.400.000	7.900	40	13,60	-
07	4.120.000	7.450	36	11,95	-
08	4.510.000	13.300*	41	13,90	-
09	4.360.000	7.300	39	13,00	-
10	4.600.000	9.200	41	13,60	-
11	3.080.000*	9.650	28*	9,38*	-
12	3.170.000*	8.500	31*	10,20*	-
13	4.600.000	10.400	42	13,70	-
14	3.910.000*	13.000*	34	11,00	-
15	4.180.000	5.900	38	12,97	-
16	4.150.000	6.850	37	12,35	-
17	4.290.000	10.350	39	13,27	-
18	4.280.000	9.550	38	12,00	-
19	3.900.000*	4.800*	34	10,80*	-
20	4.180.000	9.800	38	12,90	-
21	3.900.000*	7.500	34	10,70*	-
22	4.510.000	10.900	41	13,90	-

* Valores Anormais

+ Positivo

- Negativo

Da casuística em estudo, apenas 4,5% apresentou V.D.R.L (Venereal Disease Research Laboratory) positivo.

Relacionando os dados levantados com os valores normais da mulher em período de gestação, observa-se que 22,7% (5) não atingiu 4.000.000 eritrócitos por mm^3 ; 4,5% (1) não atingiu 5.000 leucócitos por mm^3 e , 18,2% (4) ultrapassou o valor de 12.000 por mm^3 . Quanto ao hematócrito temos 9,1% (2) gestantes com percentual inferior a 34%, estando 13,6% (3) no limite mínimo (34%). O percentual de hemoglobina também foi de 18,2%(4) inferior a 11 g/dl e 22,7%(5) com percentual entre 11 e 12g/dl.

Outrossim, observa-se que existe correlação, nos valores anormais dos diferentes parâmetros levantados, com cada gestante estudada.

TABELA 7 - Condições de Saúde das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. quanto à presença de helmintos. Florianópolis, NOV/1977.

GESTANTE Nº ORDEM	ÁSCARIS LUMBRI- CÓIDES	TRICHOCE- PHALUS TRI CHIURUS	ANCILOS- TOMÍDEOS	STRONGYLOI DES ESTER- CORALIS	TOTAL DE +
01	+	+	-	-	2
02	+	+	-	-	2
03	-	-	-	-	-
04	+	+	-	-	2
05	-	+	-	-	1
06	-	+	-	-	1
07	-	+	-	-	1
08	+	+	+	-	3
09	+	-	-	-	1
10	-	+	-	+	2
11	+	-	-	-	1
12	+	+	+	-	3
13	+	+	+	-	3
14	-	+	-	+	2
15	-	-	+	-	1
16	+	+	+	-	3
17	-	-	-	-	-
18	+	+	-	-	2
19	+	+	+	-	3
20	-	-	-	-	-
21	+	-	-	-	1
22	+	-	+	-	2
TOTAL DE +	13	14	7	2	36

+ Presente
- Ausente

Os dados desta tabela mostram que 86,4% das gestantes inscritas no P.A.M.I. são portadoras de helmintos, prevalecendo o tipo *Trichocéphalus trichiurus* em 63,6% da casuística, seguindo o *Áscaris lumbricóides* em 59,1%, *Ancilostomídeos* em 31,8% e, *Strongylóides stercoralis* em apenas 9,1%.

Quanto à natureza da infestação, relacionando a presença de helmintos em cada gestante, observa-se que nenhuma é portadora de todos os 4 (quatro) tipos levantados. Porém, 22,7% da casuística é portadora de 3 (três) tipos, percentual igual de 31,8% para 2 (dois) e 1 (um) tipos, e apenas 13,6% não apresenta presença positiva de helmintos.

TABELA 8 - Condições de Saúde das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., relacionadas à urina. Florianópolis, NOV/1977.

GES- TANTE Nº DE ORDEM	PIÓCITOS Nº/CAMPO	FLORA BACTE- RIANA	ALBUMI NÚRIA	PROBLEMAS AO URINAR				
				DOR ARDÊN CIA	< DO VOL.	> DO VOL.	URINA AMARELO ESCURA	
01	10-15	Moderada	+	+	+	+	-	-
02	14-17	Moderada	+	-	+	-	-	+
03	19-22	Moderada	+	-	+	-	+	-
04	15-20	Moderada	+	-	-	+	-	-
05	1-2	Discreta	-	-	-	-	-	-
06	-	Discreta	-	-	-	-	+	-
07	-	Moderada	-	-	-	-	-	-
08	20,25	Moderada	-	-	+	-	-	-
09	40-45	Moderada	+	+	+	-	-	+
10	-	Discreta	-	-	-	-	-	-
11	numerosos	Aumentada	+	-	-	-	-	-
12	raros	Discreta	-	-	+	-	-	-
13	2-4	Discreta	-	-	-	-	-	-
14	0-1	Discreta	-	-	-	-	+	-
15	2-4	Discreta	-	+	+	-	+	-
16	1-3	Discreta	-	-	-	-	-	-
17	-	Discreta	-	-	-	-	-	-
18	-	Discreta	-	+	+	-	-	-
19	-	Discreta	-	+	-	-	-	-
20	-	Discreta	-	-	+	-	+	-
21	0-1	Discreta	-	+	+	-	-	-
22	-	Discreta	-	-	-	-	-	-

+ Presente

- Ausente

< Diminuição do volume

> Aumento do volume

Mediante resultado do exame laboratorial de urina e levantamento de problemas ao urinar, pelo pessoal de enfermagem, tem-se que: 100% das gestantes inscritas no P.A.M.I. apresentam flora bacteriana positiva sendo, 63,6% discreta, 31,8% moderada e, 4,5% aumentada. 63,6% apresentam piócitos presentes porém, 31,8% em quantidade superior a 10/campo; 27,3% apresentam albuminúria positiva. Ainda 59,1% queixam-se de problemas ao urinar sendo: 22,7% de dor, 45,4% de ardência, 9,1% de oligúria, 22,7% de poliúria e, 9,1% de urina amarelo-escura.

TABELA 9 - Saúde Dentária das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C., Florianópolis, NOV/1977.

Nº ORDEM DA GESTANTE	PARECER DO ODONTÓLOGO	Nº DE CÁRIES TRATADAS PELO P.A.M.I.	FAZ TRATAMENTO DENTÁRIO	ESCOVA OS DENTES DIARIAMENTE	ÚLTIMA CONSULTA DENTÁRIA
01	Bom		Sim	Sim	2 a.
02	Cariados		Sim	Sim	3 a.
03	Cariados	12	Sim	Sim	3 a.
04	Cariados		Não	Sim	
05	Cariados	2	Sim	Sim	10 m.
06	Cariados	8	Sim	Sim	3 m.
07	Cariados		Sim	Sim	3 a.
08	Cariados	8	Sim	Sim	8 m.
09	Cariados		Sim	Sim	2 a.
10	Cariados	8	Sim	Sim	6 m.
11	Cariados		Não	Sim	
12	Bom		Não	Sim	
13	Cariados		Sim	Sim	1 a.
14	Bom		Sim	Sim	6 m.
15	Cariados	5	Sim	Sim	3 m.
16	Cariados		Não	Sim	
17	Cariados		Não	Sim	
18	Cariados	4	Sim	Sim	4 m.
19	Bom		Sim	Sim	3 m.
20	Cariados	4	Sim	Sim	5 m.
21	Cariados	2	Sim	Sim	4 m.
22	Cariados		Sim	Sim	5 a.

Quanto a saúde dentária da casuística em estudo, observa-se que apenas 18,2% obteve parecer odontológico como: "Bom", ou seja, a não presença de cáries dentárias. Das 81,8% gestantes portadoras de cáries dentárias 40,9% foram tratadas pelo P.A.M.I.

Observa-se ainda que 77,3% faz tratamento dentário e, que

o tempo relativo a última consulta dentária variou entre 3 (três) meses a 5 (cinco) anos com uma média de 18,4 meses ($\bar{x} = 18,4$ m.) e, frequência mais repetida de 3 (três) anos ($Mo=3$ a.).

Quanto aos hábitos de higiene dentária constata-se que 100% da casuística escova os dentes todos os dias.

TABELA 10 - Estado Clínico Geral das gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Florianópolis, NOV/1977.

Nº DE ORDEM DA GESTANTE	PARECER DO OBSTÉTRA
01	Bom
02	Bom
03	Bom
04	Bom
05	Bom
06	Bom
07	Bom
08	Bom
09	Bom
10	Bom
11	Regular
12	Regular
13	Regular
14	Bom
15	Bom
16	Bom
17	Bom
18	Bom
19	Bom
20	Bom
21	Bom
22	Regular

Pelo parecer do obstetra relativo ao estado clínico geral das gestantes inscritas no P.A.M.I., 81,8% apresentam parecer "Bom" e 18,2%, parecer "Regular".

Dados de Nutrição

TABELA 11 - Valores Nutritivos necessários às gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE Nº ORDEM	Idade	Trim. da Grav.	Peso (Kg)	Altura (cm)	MB (Cal/h/m ²)	SC (m ²)	VCT [±] 24h.	Valores Nutritivos Necessários p/24hs.					
								PROT. (g)	CORD. (g)	HC (g)	Ca* (g)	Fe* (mg)	P* (g)
01	18	II	56,5	151	38,0	1,52	2.461,98	92,3	68,3	369,2	1,3	20	1,3
02	26	I	50,8	151	37,0	1,42	2.003,05	75,1	55,6	300,4	0,8	15	0,8
03	24	I	56,7	156	37,0	1,52	2.100,73	78,7	58,3	315,1	0,8	15	0,8
04	18	I	39,1	149	38,0	1,30	1.920,16	72,0	53,3	288,0	0,8	15	0,8
05	21	II	62,5	166	37,0	1,69	2.606,80	97,7	72,4	391,0	1,3	20	1,3
06	21	I	47,6	149	37,0	1,42	2.003,05	75,1	55,6	300,4	0,8	15	0,8
07	23	I	55,1	155	37,0	1,52	2.100,73	78,7	58,3	315,1	0,8	15	0,8
08	20	I	51,0	155	37,0	1,46	2.042,12	76,5	56,7	306,3	0,8	15	0,8
09	21	II	42,7	157	37,0	1,30	2.168,71	81,3	60,2	325,3	1,3	20	1,3
10	24	II	56,8	152	37,0	1,48	2.370,90	88,9	65,8	355,6	1,3	20	1,3
11	21	II	41,4	153	37,0	1,33	2.202,41	82,5	61,1	330,3	1,3	20	1,3
12	23	II	55,5	154	37,0	1,52	2.415,83	90,5	67,1	362,3	1,3	20	1,3
13	16	III	50,0	151	40,0	1,42	2.538,62	95,1	70,5	380,7	1,8	20	1,8
14	19	I	56,5	141	38,0	1,42	2.040,54	76,5	56,6	306,0	0,8	15	0,8
15	18	I	49,6	150	38,0	1,42	2.040,54	76,5	56,6	306,0	0,8	15	0,8
16	19	I	41,5	147	38,0	1,30	1.920,16	72,0	53,3	288,0	0,8	15	0,8
17	22	II	64,4	167	37,0	1,72	2.640,50	99,0	73,3	396,0	1,3	20	1,3
18	19	I	55,3	146	38,0	1,45	2.070,64	77,6	57,5	310,5	0,8	15	0,8
19	20	I	60,7	156	40,0	1,58	2.284,48	85,6	63,4	342,6	0,8	15	0,8
20	22	II	57,0	162	37,0	1,59	2.494,47	93,5	69,2	374,1	1,3	20	1,3
21	18	I	64,5	161	38,0	1,68	2.301,37	86,3	63,9	345,2	0,8	15	0,8
22	18	III	66,0	152	38,0	1,60	2.665,34	99,9	74,0	399,8	1,3	20	1,3
\bar{X}	20,5		53,6	153	37,6	1,48	2.245,14	84,1	62,3	336,7	1,1	17	1,1

* Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences, National Research Council, 1968 - E.U.A.

Pelos dados antropométricos mostrados nesta tabela, observa-se valores significativos abaixo do normal quanto a relação peso/altura/trimestre de gravidez nas gestantes de número de ordem: 04,09 e 11, e valores acima, nas de número 14, 18 e 22.

O peso médio apresentado é de 53,6 Kg ($\bar{x} = 53,6\text{Kg}$), a altura de, 153 cm ($\bar{x} = 153\text{ cm}$), e, a maioria (54,5%) em I trimestre de gravidez, com 36,4% em II trimestre e, apenas 9,1% em III trimestre.

O VCT médio necessário corresponde a 2.445,14 Cal distribuídos na média de 84,1 g de proteínas, 62,3 g de gorduras e, 336,7 g de carboidratos. Obtivemos ainda, a média necessária de 1,1 g de cálcio, 17 mg de ferro e, 1,1 g de fósforo.

TABELA 12 - Valores Nutritivos médios diários aproximados dos alimentos ingeridos pelas gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Florianópolis - S.C. Florianópolis, NOV/77.

GESTANTE Nº DE ORDEM	VCT	PROT. (g)	CORD. (g)	HC (g)	CA. (g)	FE. (mg)	P (g)
01	2.410,8	92,9	51,2	394,6	0,94	14,3	1,50
02	2.008,4	56,9	56,4	318,3	0,61	11,0	0,90
03	2,135,6	69,9	52,0	347,0	0,91	11,4	1,34
04	1.887,5	65,1	40,7	315,2	0,22	15,3	1,06
05	2.456,4	62,5	71,6	390,5	0,64	13,8	1,22
06	2.026,5	80,3	60,5	290,2	0,41	15,2	1,21
07	2.128,4	84,4	66,8	397,4	0,40	13,0	1,16
08	2.039,6	74,8	40,0	345,1	0,52	9,6	1,05
09	1.904,4	78,7	51,2	282,2	0,38	15,3	1,19
10	2.483,0	90,3	62,2	390,5	0,68	15,0	1,53
11	1.988,4	69,4	51,6	311,6	0,79	11,7	1,23
12	2.440,8	79,9	55,2	406,1	0,76	11,2	1,30
13	2.402,0	89,5	69,2	355,3	0,87	14,7	1,49
14	2.155,6	56,0	44,8	382,1	0,35	10,4	0,83
15	2.087,3	69,5	46,5	347,7	0,58	12,6	1,12
16	1.905,9	59,4	58,3	285,9	0,36	10,2	1,09
17	2.502,5	79,5	57,3	417,2	0,57	14,6	1,11
18	2.087,9	64,6	55,9	331,6	0,69	10,7	0,98
19	2.247,1	86,1	53,5	355,3	0,74	11,3	1,40
20	2.272,0	61,4	51,2	391,4	0,35	14,3	0,99
21	2.225,0	74,5	50,2	368,8	0,56	12,1	1,11
22	2.706,5	91,8	64,1	440,6	0,84	12,0	1,37
\bar{x}	2.204,6	74,4	55,0	357,5	0,60	12,7	1,19
Md	2.145,6	74,7	54,4	355,3	0,60	12,4	1,18

Após a aplicação do formulário para a obtenção dos dados referentes a média diária de ingestão de alimentos pelas gestantes do P.A.M.I. (Anexo I) e efetuação dos cálculos dos valores nutritivos (Anexo IV), apresenta-se os resultados constantes da tabela 12, como valores nutritivos médios diários que caracterizam a alimentação dessa casuística.

Observa-se que o VCT aproximado variou entre 1.887,5 a 2.706,5 Cal. com média de 2.204,6 Cal. ($\bar{x} = 2.204,6$ Cal.); a quantidade de proteínas, entre 56,0 a 92,9 g, com média de 74,4 g ($\bar{x} = 74,4$ g); gorduras de 40,0 a 71,6 g com média de 55,0 g ($\bar{x} = 55,0$ g); carboidratos de 282,2 a 440,6 g, com média de 357,5 g ($\bar{x} = 357,5$ g); cálcio de 0,22 a 0,94 g, com média de 0,60 g ($\bar{x} = 0,60$ g); ferro de 9,6 a 15,3 mg, com média de 12,7 mg ($\bar{x} = 12,7$ mg); fósforo de 0,83 a 1,53 g, com média de 1,19 g ($\bar{x} = 1,19$ g).

As medianas indicadas mostram que 50% dos casos ingerem menos que aqueles valores medianos apontados.

TABELA 13 - Coeficiente de Spearman relativo a correlação entre o VCT diário necessário e o ingerido pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	VCT (24 H) NEC.	VCT (24 H) ING.	R ₁	R ₂	D	D ²
01	2461,98	2410,8	17,0	17,0	0	0,00
02	2003,05	2008,4	3,5	5,0	1,5	2,25
03	2100,73	2135,6	9,5	11,0	1,5	2,25
04	1920,16	1888,5	1,5	1,0	0,5	0,25
05	2606,80	2456,4	20,0	19,0	1,0	1,00
06	2003,05	2026,5	3,5	6,0	2,5	6,25
07	2100,73	2128,4	9,5	10,0	0,5	0,25
08	2042,12	2039,6	7,0	7,0	0	0,00
09	2168,71	1904,4	11,0	2,0	9	81,00
10	2370,90	2483,0	15,0	20,0	5	25,00
11	2202,41	1988,4	12,0	4,0	8	64,00
12	2415,83	2440,8	16,0	18,0	2	4,00
13	2538,62	2402,0	19,0	16,0	3	9,00
14	2040,54	2155,6	5,5	12,0	6,5	42,25
15	2040,54	2087,3	5,5	8,0	2,5	6,25
16	1920,16	1905,9	1,5	3,0	1,5	2,25
17	2640,50	2502,5	21,0	21,0	0	0,00
18	2070,64	2087,9	8,0	9,0	1	1,00
19	2284,48	2247,1	13,0	14,0	1	1,00
20	2494,47	2272,0	18,0	15,0	3	9,00
21	2301,37	2225,0	14,0	13,0	1	1,00
22	2665,34	2706,5	22,0	22,0	0	0,00
Σ						258,00

$$\text{Coeficiente de correlação: } \rho = 1 - \frac{6 \times 258}{22(22^2 - 1)}$$

$$\rho = 1 - \frac{6 \Sigma D^2}{N(N^2 - 1)}$$

$$\rho = 1 - \frac{1548}{10626} = 1 - 0,15 = 0,85$$

TESTE DE SIGNIFICÂNCIA DE ρ :

Sendo GL = 20 (N-2) no nível de 0,01 (1%)

O resultado é significativo a partir de 0,537 (dado tabulado)

Logo o valor de $\rho = 0,85$ é significativo ao nível de 0,01, indicando que não é zero na população (hipótese nula).

TABELA 14 - Coeficiente de Spearman relativo a correlação entre a quantidade diária de proteínas necessárias e as ingeridas pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	PROT.(24 H)NEC.	PROT (24 H)ING.	R ₁	R ₂	D	D ²
01	92,3	92,9	17	22	5	25
02	75,2	56,9	4	2	2	4
03	78,3	69,9	9	10	1	1
04	72,0	65,1	1,5	7	5,5	30,25
05	97,7	62,5	20	5	15	225
06	75,1	80,3	3	16	13	169
07	78,7	84,4	10	17	7	49
08	76,5	74,8	6	12	6	36
09	81,3	78,7	11	13	2	4
10	88,9	90,3	15	20	5	25
11	82,5	69,4	12	8	4	16
12	90,5	79,9	16	15	1	1
13	95,1	89,5	19	19	0	0
14	76,5	56,0	6	1	5	25
15	76,5	69,5	6	9	3	9
16	72,0	59,4	1,5	3	1,5	2,25
17	99,0	79,5	21	14	7	49
18	77,6	64,6	8	6	2	4
19	85,6	86,1	13	18	5	25
20	93,5	61,4	18	4	14	196
21	86,3	74,5	14	11	3	9
22	99,9	91,8	22	21	1	1
Σ						905,5

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 905,5}{10626}$$

$$\rho = 1 - 0,511$$

$$\rho = 0,489$$

O resultado não é significativo ao nível de 0,01, tendo em vista que o ρ tabulado para 20 graus de liberdade é 0,537 nesse nível. Não se pode portanto rejeitar a hipótese de nulidade de ρ na população.

TABELA 15 - Coeficiente de Spearman relativo a correlação entre a quantidade diária de gorduras necessárias e as ingeridas pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis. , NOV/1977.

GESTANTE	GORD. (24H) NEC.	GORD. (24H) ING.	R ₁	R ₂	D	D ²
01	68,3	51,2	17	7	10	100
02	55,6	56,4	3,5	14	10,5	110,25
03	58,3	52,0	9,5	10	0,5	0,25
04	53,3	40,7	1,5	2	0,5	0,25
05	72,4	71,6	20	22	2	4
06	55,6	60,5	3,5	17	13,5	182,25
07	58,3	66,8	9,5	20	10,5	110,25
08	56,7	40,0	7	1	6	36
09	60,2	51,2	11	7	4	16
10	65,8	62,2	15	18	3	9
11	61,1	51,6	12	9	3	9
12	67,1	55,2	16	12	4	16
13	70,5	69,2	19	21	3	9
14	56,6	44,8	5,5	3	2,5	6,25
15	56,6	46,5	5,5	4	1,5	2,25
16	53,3	58,3	1,5	16	14,5	210,25
17	73,3	57,3	21	15	6	36
18	57,5	55,9	8	13	5	25
19	63,4	53,5	13	11	2	4
20	69,2	51,2	18	7	11	121
21	63,9	50,2	14	5	9	81
22	74,0	64,1	22	19	3	9
Σ						1097

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 1097}{10625} = 1 - 0,62$$

$$\rho = 0,38$$

O resultado não é significativo no nível adotado
Hipótese nula aceita.

TABELA 16 - Coeficiente de Spearman relativo a correlação entre a quantidade diária de carboidratos necessários e os ingeridos pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saude de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	HC (24H) NEC.	HC (24H) ING.	R ₁	R ₂	D	D ²
01	369,2	394,6	17	18	1	1
02	300,4	318,3	3,5	6	2,5	6,25
03	315,1	347,0	9,5	9	0,5	0,25
04	288,0	315,2	1,5	5	3,5	12,25
05	391,0	390,5	20	15,5	4,5	20,25
06	300,4	290,2	3,5	3	0,5	0,25
07	315,1	397,4	9,5	19	9,5	90,25
08	306,3	345,1	6	8	2	4
09	325,3	282,2	11	1	10	100
10	355,6	390,5	15	15,5	0,5	0,25
11	330,3	311,6	12	4	8	64
12	362,3	404,1	16	20	4	16
13	380,7	355,3	19	11,5	8,5	72,25
14	306,0	382,1	6	14	8	64
15	306,0	347,7	6	10	4	16
16	288,0	285,9	1,5	2	0,5	0,25
17	396,0	417,2	21	21	0	0
18	310,5	331,6	8	7	1	1
19	342,6	355,3	13	11,5	1,5	2,25
20	374,1	391,4	18	17	1	1
21	345,2	368,8	14	13	1	1
22	399,8	440,6	22	22	0	0
Σ						472,5

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 472,5}{10625} = 1 - 0,27 = 0,73$$

O resultado é significativo no nível adotado.

Hipótese nula rejeitada.

TABELA 17 - Coeficiente de Spearman relativo a correlação entre a quantidade diária de cálcio necessário e o ingerido pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977

GESTANTE	Ca(24H)NEC.	Ca(24H)ING.	R ₁	R ₂	D	D ²
01	1,30	0,94	17	22	5	25
02	0,80	0,61	6,5	12	5,5	30,25
03	0,80	0,91	6,5	21	14,5	210,25
04	0,80	0,22	6,5	1	5,5	30,25
05	1,30	0,64	17	13	4	16
06	0,80	0,41	6,5	7	0,5	0,25
07	0,80	0,40	6,5	6	0,5	0,25
08	0,80	0,52	6,5	8	1,5	2,25
09	1,30	0,38	17	5	12	144
10	1,30	0,68	17	14	3	9
11	1,30	0,79	17	18	1	1
12	1,30	0,76	17	17	0	0
13	1,80	0,87	22	20	2	4
14	0,80	0,35	6,5	2,5	4	16
15	0,80	0,58	6,5	11	4,5	20,25
16	0,80	0,36	6,5	4	2,5	6,25
17	1,30	0,57	17	10	7	49
18	0,80	0,69	6,5	15	8,5	72,25
19	0,80	0,74	6,5	16	9,5	90,25
20	1,30	0,35	17	2,5	14,5	210,25
21	0,80	0,56	6,5	9	2,5	6,25
22	1,30	0,84	17	19	2	4
Σ						947,00

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 947}{10625}$$

$$\rho = 1 - 0,53 = 0,47$$

O resultado não é significativo no nível adotado.

Hipótese nula aceita.

TABELA 18 - Coeficiente de Spearman relativo a correlação entre a quantidade diária de ferro necessário e o ingerido pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	Fe (24H) NEC.	Fe (24H) ING.	R ₁	R ₂	D	D ²
01	20	14,3	17,5	15,5	2	4
02	15	11,0	6,5	5	1,5	2,25
03	15	11,4	6,5	8	1,5	2,25
04	15	15,3	6,5	21,5	15	2,25
05	20	13,8	17,5	14	3,5	12,25
06	15	15,2	6,5	20	13,5	182,25
07	15	13,0	6,5	13	6,5	42,25
08	15	9,6	6,5	1	5,5	30,25
09	20	15,3	17,5	21,5	4	16
10	20	15,0	17,5	19	1,5	2,25
11	20	11,7	17,5	9	8,5	72,25
12	20	11,2	17,5	6	11,5	132,25
13	20	14,7	17,5	18	3,5	0,25
14	15	10,4	6,5	3	3,5	12,25
15	15	12,6	6,5	12	5,5	30,25
16	15	10,2	6,5	17	4,5	20,25
17	20	14,6	17,5	17	0,5	0,25
18	15	10,7	6,5	4	2,5	6,25
19	15	11,3	6,5	7	0,5	0,25
20	20	14,3	17,5	15,5	2	4
21	15	12,1	6,5	11	4,5	20,25
22	20	12,0	17,5	10	7,5	56,25
Σ						873,5

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 873,5}{10626} = 1 - 0,49 = 0,51$$

O resultado não é significativo no nível adotado.

Hipótese nula aceita.

TABELA 19 - Coeficiente de Spearman relativo a correlação entre a quantidade diária de fósforo necessário e o ingerido pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis. , NOV/1977.

GESTANTE	P(24H)NEC.	P(24H)ING.	R ₁	R ₂	D	D ²
01	1,30	1,50	17	21	4	16
02	0,80	0,90	6,5	2	4,5	20,25
03	0,80	1,34	6,5	17	10,5	110,25
04	0,80	1,06	6,5	6	0,5	0,25
05	1,30	1,22	17	14	3	9
06	0,80	1,21	6,5	13	6,5	42,25
07	0,80	1,16	6,5	11	4,5	20,25
08	0,80	1,05	6,5	5	1,5	2,25
09	1,30	1,19	17	12	5	25
10	1,30	1,53	17	22	5	25
11	1,30	1,23	17	15	2	4
12	1,30	1,30	17	16	1	1
13	1,80	1,49	22	20	2	4
14	0,80	0,83	6,5	1	5,5	30,25
15	0,80	1,12	6,5	10	3,5	12,25
16	0,80	1,09	6,5	7	0,5	0,25
17	1,30	1,11	17	8,5	8,5	72,25
18	0,80	0,98	6,5	3	3,5	12,25
19	0,80	1,40	6,5	19	12,5	156,25
20	1,30	0,99	17	4	13	169
21	0,80	1,11	6,5	8,5	2	4
22	1,30	1,37	17	18	1	1
Σ						737,0

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 737}{10626} = 1 - 0,42 = 0,58$$

Os resultados são significativos no nível de 0,01.

Hipótese nula rejeitada.

TABELA 20 - Coeficiente de concordância W de Kendall dos diversos componentes nutritivos ingeridos pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GEST	VCT	PROT	GORD	HC	Ca	Fe	P	SOMA	D	D ²
01	17	22	7	18	22	15,5	21	122,5	42,5	1806,25
02	5	2	14	6	12	5	2	46	34	1156
03	11	10	10	9	21	8	17	86	6	36
04	1	7	2	5	1	21,5	6	43,5	36,5	1332,25
05	19	5	22	15,5	13	14	14	88,5	8,5	72,25
06	6	16	17	3	7	20	13	82	2	4
07	10	17	20	19	6	13	11	96	16	256
08	7	12	1	8	8	1	5	42	38	1444
09	2	13	7	1	5	21,5	12	61,5	18,5	342,25
10	20	20	18	15,5	14	19	22	128,5	48,5	2352,25
11	4	8	9	4	18	9	15	67	13	169
12	18	15	12	20	17	6	16	104	24	576
13	16	19	21	11,5	20	18	20	125,5	45,5	2070,25
14	12	1	3	14	2,5	3	1	36,5	43,5	1892,25
15	8	9	4	10	11	12	10	64	16	256
16	3	3	16	2	4	2	7	37	43	1849
17	21	14	15	21	10	17	8,5	106,5	26,5	702,25
18	9	6	13	7	15	4	3	57	23	529
19	14	18	11	11,5	16	7	19	96,5	16,5	272,25
20	15	4	7	17	2,5	15,5	4	65	15	225
21	13	11	5	13	9	11	8,5	70,5	9,5	90,25
22	22	21	19	22	19	10	18	131	51	2601
Σ								1.757		20.033,5

$$W = \frac{12 \sum D^2}{m^2 (n) (n^2 - 1)} = \frac{12 \times 20.033,5}{49 \times 22 (22^2 - 1)}$$

$$W = \frac{240402}{520674} = 0,46$$

. Correlação moderada.

TABELA 21 - Teste T de Wilcoxon aplicado aos dados relativos ao VCT diário necessário e ao ingerido, com nível de significância 0,05, pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	D	R	R(+)	R(-)
01	51,18	13	13	
02	- 5,3	2		2
03	- 34,87	9		9
04	32,66	8	8	
05	150,40	19	19	
06	- 23,45	5		5
07	- 27,67	7		7
08	2,52	1	1	
09	264,31	22	22	
10	-112,1	15		15
11	214,01	20	20	
12	- 24,97	6		6
13	136,62	17	17	
14	-115,06	16		16
15	- 46,76	12		12
16	14,26	3	3	
17	138,0	18	18	
18	- 17,26	4		4
19	37,38	10	10	
20	222,47	21	14	
21	76,37	14		21
22	- 41,16	11		11
Σ			145	108

- . O menor das diferenças é o estatístico T de Wilcoxon
 - . Usando a tabela dos valores críticos de T,
para $N = \bar{T}$ (T CRÍTICO) = 66 para $\alpha = 0,05$
 - . Se $T \leq \bar{T}$ os resultados são significativos no nível adotado.
- No caso $T > \bar{T}$ tão logo H_0 é aceito; os resultados não são significantes.

TABELA 22 - Teste T de Wilcoxon aplicado aos dados relativos a quantidade diária de proteínas necessárias e as ingeridas, com nível de significância 0,05, pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	D	R	R(+)	R(-)
01	- 0,6	2		2
02	18,3	18	18	
03	8,4	12	12	
04	6,9	9	9	
05	35,2	22	22	
06	- 5,2	6		6
07	- 5,7	8		8
08	1,7	4	4	
09	2,6	5	5	
10	- 1,4	3		3
11	13,1	17	17	
12	10,6	13	13	
13	5,6	7	7	
14	20,5	20	20	
15	7	10	10	
16	12,6	15	15	
17	19,5	19	19	
18	13	16	16	
19	- 0,5	1		1
20	32,1	21	21	
21	11,8	14	14	
22	8,1	11	11	
Σ				20

$$\bar{T} = 66 \text{ para } N = 22 \text{ e } \alpha = 0,05$$

$$T = 20$$

$T < \bar{T}$ H_0 é rejeitado. O resultado é significativo.

TABELA 23 - Teste T de Wilcoxon aplicado aos dados relativos a quantidade diária de gorduras necessárias e as ingeridas, com nível de significância 0,05, pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	D	R	R(+)	R(-)
01	17,1	21	21	
02	- 0,8	1,5		1,5
03	6,3	8	8	
04	12,6	17	17	
05	0,8	1,5	1,5	
06	- 4,9	6		6
07	- 8,5	9		9
08	16,7	20	20	
09	9	10	10	
10	3,6	5	5	
11	9,5	11	11	
12	11,9	16	16	
13	1,3	3	3	
14	10,8	15	15	
15	10,1	14	14	
16	- 5	7		7
17	16	19	19	
18	1,6	4	4	
19	9,9	12,5	12,5	
20	18	22	22	
21	13,7	18	18	
22	9,9	12,5	12,5	
Σ				23,5

Como $T < T$

- . Ho é rejeitado
- . Os resultados são significativos.

TABELA 24 - Teste T de Wilcoxon aplicado aos dados relativos a quantidade diária de carboidratos necessários e os ingeridos, com nível de significância 0,05, pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	D	R	R(+)	R(-)
01	-25,4	11,5		11,5
02	-17,9	6		6
03	-31,9	14		14
04	-27,2	13		13
05	0,5	1	1	
06	10,2	3		3
07	-82,3	22		22
08	-38,8	16		16
09	43,1	19	19	
10	-34,9	15		15
11	18,7	7	7	
12	-43,8	20		20
13	25,4	11,5	11,5	
14	76,1	21		21
15	41,7	18		18
16	2,1	2	2	
17	-21,2	9		9
18	-21,1	8		8
19	-12,7	4		4
20	-17,3	5		5
21	-23,6	10		10
22	-40,8	17		17
Σ			40,5	

$T < \bar{T}$ H_0 é rejeitado

. Os resultados são significativos.

TABELA 25 - Teste T de Wilcoxon aplicado aos dados relativos a quantidade diária de cálcio necessário e o ingerido, com nível de significância 0,05, pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	D	R	R(+)	R(-)
01	0,36	8		
02	0,19	4		
03	- 0,11	2,5		2,5
04	0,58	16		
05	0,66	18		
06	0,39	9		
07	0,40	10		
08	0,28	7		
09	0,92	20		
10	0,62	17		
11	0,51	14		
12	0,54	15		
13	0,93	21		
14	0,45	12		
15	0,22	5		
16	0,44	11		
17	0,73	19		
18	0,11	2,5		
19	0,06	1		
20	0,95	22		
21	0,24	6		
22	0,46	13		
Σ				2,5

$T < \bar{T}$ H_0 é rejeitado

. Os resultados são significativos no nível adotado.

TABELA 26 - Teste T de Wilcoxon aplicado aos dados relativos a quantidade diária de ferro necessário e o ingerido, com nível de significância 0,05, pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

GESTANTE	D	R	R(+)	R(-)
01	5,7			
02	4			
03	4,6			
04	- 0,3			2
05	6,2			
06	- 0,2			1
07	2			
08	5,4			
09	4,7			
10	5			
11	8,3			
12	8,8			
13	5,3			
14	4,6			
15	2,4			
16	4,8			
17	5,4			
18	4,3			
19	8,7			
20	5,7			
21	2,9			
22	8			
Σ				3

$T < \bar{T}$

. os resultados são significativos no nível adotado

. H_0 é rejeitado.

TABELA 27 - Teste T de Wilcoxon aplicado aos dados relativos a quantidade diária de fósforo necessário e o ingerido com nível de significância 0,05, pelas gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - s:C. Fpolis, NOV/1977.

GESTANTE	D	R	R(+)	R(-)
01	- 0,20	10		10
02	- 0,10	6		6
03	- 0,54	21		21
04	- 0,26	13		13
05	0,08	5	5	
06	- 0,41	20		20
07	- 0,36	19		19
08	- 0,25	12		12
09	0,11	7	7	
10	- 0,23	11		11
11	0,07	3,5	3,5	
12	0,00	1	1	
13	0,31	16	16	
14	- 0,03	2		2
15	- 0,32	18		18
16	- 0,29	14		14
17	0,19	9	9	
18	- 0,18	8		8
19	- 0,60	22		22
20	0,31	16	16	
21	- 0,31	16		16
22	- 0,07	3,5		3,5
Σ			57,5	

$T < \bar{T}$ H_0 é rejeitado

. os resultados são significativos.

TABELA 28 - Resultados da aplicação do χ^2 ao nível de significância de 0,05 e um (1) grau de liberdade da relação entre os diferentes resultados das variáveis apresentadas pelas gestantes inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil do Centro de Saúde de Florianópolis S.C. Fpolis., NOV/1977.

Nº DE ORDEM	RELAÇÃO	$\chi^2_{0,05;1}$	$\chi^2_{\text{calc.}}$	SIGNIFICÂNCIA
01	Eritr. - Prot.	3,84	13,09	X X
02	Eritr. - Fe	3,84	20,84	X X
03	Leuc. - Prot.	3,84	13,09	X X
04	Hemat. - Prot.	3,84	20,84	X X
05	Hemat. - Fe	3,84	29,45	X X
06	Hemogl. - Prot.	3,84	15,40	X X
07	Hemogl. - Fe	3,84	23,47	X X
08	VDRL - Prot.	3,84	24,07	X X
09	Cáries dent. - Ca	3,84	2,03	N S
10	Cáries dent. - HC	3,84	8,28	X X
11	Cáries dent. - P	3,84	15,40	X X
12	Piócitos - Prot.	3,84	9,17	X X
13	Bacteriúria - Prot.	3,84	5,75	X X

X X. Resultados significativos: as variáveis não são independentes; apresenta um grau de associação entre si.

N.S. Resultados não significativos: as variáveis são independentes.

Os alimentos ingeridos pelas gestantes (AnexoIV) fazem parte da relação de alimentos consumidos na região III, sendo que pela tabela que segue, apresenta-se a frequência com que os mesmos são incluídos nas refeições da casuística estudada.

TABELA 29 - Alimentos que fazem parte das refeições das gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. Fpolis., NOV/1977.

ALIMENTOS	Nº	%
Café	20	90,9
Leite	16	72,7
Açúcar	22	100,0
Margarina	22	100,0
Pão de trigo	22	100,0
Pão de milho	01	4,5
Bolacha doce	12	54,5
Bolacha "água e sal"	09	40,9
Doces	11	50,0
Queijo	03	13,6
Mortadela	02	9,1
Ovos	12	54,5
Sopa	03	13,6
Arroz	21	95,5
Feijão	17	77,3
Macarrão	06	27,3
Batata inglesa	10	45,5
Farinha de milho	05	22,7
Farinha de mandioca	12	54,5
Carne de gado	18	81,8
Peixe	05	22,7
Frango	04	18,2
Abóbora	02	9,1
Chuchu	07	31,8
Cenoura	08	36,4
Tomate	13	59,1
Alface	09	40,9
Repolho	08	36,4
Goiaba	02	9,1
Laranja	15	68,2
Banana	21	95,5
Maçã	07	31,8
Carne de porco	01	4,5
Beterraba	03	13,6
Coca-cola	09	40,9
Mamão	01	4,5
Gordura = óleo vegetal	21	95,5
banha	02	9,1
Abacate	02	9,1

Todas as gestantes ingeriram açúcar, margarina e pão de trigo; seguindo: óleo vegetal, arroz e banana em 95,5%, café 90,9%, carne de gado - 81,8%, feijão - 77,3%, leite - 72,7% , laranja - 68,2%, tomate - 59,1%, farinha de mandioca, bolacha doce e ovos - 54,5%, doces (marmelada) - 50,0%, batata inglesa - 45,5%, bolacha "agua e sal", alface e coca-cola - 40,9%, cenoura e repolho - 36,4%, chuchu e maçã - 31,8%, macarrão - 27,3%, farinha de milho e peixe - 22,7%, frango - 18,2%, queijo, sopa e beterraba - 13,6%, mortadela, abóbora, goiaba, banha e abacate - 9,1%, pão de milho, carne de porco e mamão - 4,5%.

9 - DISCUSSÃO

A casuística em estudo caracteriza-se por gestantes jovens (50% com idade de 16 a 20 anos e, 50% de 21 a 26 anos), com predominância de I trimestre de gravidez e, primigestas. Estas características se devem aos critérios de seleção das beneficiárias (gestantes) para inscrição do P.A.M.I., ou sejam, ser primigestas; ter idade, de preferência, entre 18 e 27 anos; possuir disponibilidade de tempo para participar assiduamente das ações programadas; residir no município de Florianópolis; e, estar em idade gestacional de 3 a 4 meses.

Pela idade jovem, pode-se afirmar, segundo a literatura, que são mulheres que apresentam melhores condições físicas para a procriação contando-se com 40,9% entre o décimo-oitavo e vigésimo ano de vida, época em que o organismo está mais apto para a gravidez. Todavia 50% desta casuística é considerada gestante de "alto risco" dado favorecer as toxemias, partos prematuros e crianças de baixo peso ao nascer.

Além de serem gestantes jovens e primigestas, 45,5% são solteiras, fator que também contribui para a maior morbidade e mortalidade tanto materna quanto fetal, devido talvez a fatores sociais. Todavia este percentual elevado se deve ao fato de que, pela rotina do P.A.M.I. relativo a inscrição da gestante, regis-

tra-se como solteira a gestante que for "juntada" ou "amasiada", e da mesma forma se houver casado só no religioso.

A escolaridade é considerada de importância no estudo, em vista de se aceitar que quanto maior a escolaridade maior é a probabilidade de ser portadora de melhores conhecimentos relativos a alimentação e nutrição, variando provavelmente entre as diferentes áreas de estudo. Todavia, embora se possa também aprender verbalmente, o aprendizado pela escrita é mais favorecido. Assim, para 4,5% da casuística que é analfabeta, o conhecimento bem como o ensino a respeito de alimentação e nutrição deve ser menor e mais dificultado.

O nível de escolaridade das mesmas situa-se, em 90,9% no 1º grau incompleto, grau de instrução notório nos indivíduos de baixa renda pois, a renda predominante, 81,8%, é de 1 - 2 salários mínimo, ou seja, Renda Baixa correspondente a Classe Social "E", baseada na classificação descrita na metodologia deste estudo.

Complementa-se com os dados relativos ao número de dependentes da renda na família, ou seja, de 2 (dois) dependentes em 72,7% da casuística. Ainda, residem em moradia de propriedade própria (54,5%), de madeira (81,8%) e, com 3 - 4 dependências (45,5%).

Toda a casuística tem como ocupação "Do Lar", e a pessoa que é fonte de renda da família exerce atividades de marceneiro, ou pedreiro, ou servente, dentre outras de menor frequência.

Relacionando as condições sócio-econômicas com o estado civil solteira tem-se, segundo GOFFI³⁵, que este fator solteira associado a baixa renda, favorece a incidência de eclampsia.

A relação entre pobreza e doença é bastante evidenciada pois já CHADWICK¹⁶ citou na Revolução Industrial de 1834 que "os homens adoecem porque são pobres e mantêm-se pobres porque são doentes

e continuam doentes porque são pobres", embora, segundo BERLINGUER⁷, "qualquer teoria que tente relacionar pobreza e doença não pode ignorar a prioridade, em sentido histórico e não ético, da economia política sobre a saúde,...".

A situação sócio-econômica influi consideravelmente no estado nutricional das pessoas, quer em países industrializados quer em países em desenvolvimento^{23,50,60}.

O consumo dos diferentes alimentos, em especial os que são ricos em proteínas de origem animal, aumentam com o ingresso econômico maior^{23,28}.

Quanto ao suprimento alimentar sabe-se que somente para a aquisição da "ração essencial mínima" necessária à família composta de 2 (duas) pessoas deve-se dispor de uma renda familiar equivalente a 1 (um) salário mínimo. Contudo pelo estudo³² da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a despesa para consumo de alimentação na Região III (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) segundo a classe de renda equivalente a 1 -2 salários mínimo, foi de quase 1 (um) salário mínimo por família com tamanho médio de 4 (quatro) elementos.

Portanto, mediante estas informações pode-se dizer que a renda destas famílias possibilita, de forma bastante restrita, a aquisição da "ração essencial mínima", fator que deve ser observado quando na orientação da alimentação necessária à gestante.

Um aspecto que favorece a casuística estudada é que pelo fato de não exercerem atividades fora do lar com vínculo empregatício, a necessidade de alimentos para a força do trabalho é menor, ou seja, despesa calórica em atividades simples de continuidade relativa "Do Lar", e em domicílio com apenas 2 (duas) pessoas. Todas residem em zona urbana o que as caracteriza como de hábitos e costumes urbanos.

A hipótese 5.2., ou seja, que as condições sócio-econômicas e culturais das gestantes inscritas no P.A.M.I. interferem em grau médio na sua alimentação quanto aos aspectos qualitativos e quantitativos já não pode ser comprovada. Isto se deve ao fato de que a casuística situa-se em classe social "E", nível de renda baixa, o que, apresenta capacidade financeira limitada para a aquisição da "ração essencial mínima", incluindo a aquisição de alimentos relativo as necessidades específicas da mulher em período de gravidez. Saliencia-se também que as referidas gestantes não possuem nem mesmo o 1º grau completo.

Para melhor estudo, esta hipótese ainda se complementa com os percentuais de gestantes da casuística obtidos no item II,1. (Anexo II) - Quais os alimentos que pode obter facilmente? Constatou-se assim que: 4,5% (1) somente pode obter arroz e batata ; 4,5% (1) idem a anterior acrescentando massa e ovos; 4,5% (1) , batata, verduras e ovos; 4,5% (1), frutas e verduras: 4,5 (1), tomate, leite, feijão e fígado; 4,5% (1), cenoura, arroz, repolho, tomate e macarrão; 4,5 (1) maçã, banana, laranja e leite; 4,5% (1), arroz, verduras, macarrão, ovos, leite e pão; 4,5% (1), arroz, feijão, batata, verduras e frutas; 4,5% (1) citou todos os alimentos básicos porém ressaltou que pode adquirir carnes e fígado apenas uma vez por semana; 9,1% (2) respondeu que tem facilidade para adquirir todos os alimentos; e, 45,5% (10) citou uma série de alimentos de consumo na região o que inclui os alimentos básicos. Portanto apenas 54,5% (12) da casuística apresenta condições econômicas para a obtenção dos alimentos essenciais, contudo pode variar a quantidade o que não foi levado em conta neste levantamento. Considere-se ainda, que pode ser interferido o fato de que sabendo que através do P.A.M.I. - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, será fornecido para as mes-

mas os alimentos como: leite, açúcar, farinha de milho, arroz e feijão, estas omitiriam da resposta formulada; o que parece não ter ocorrido.

A condição de saúde da gestante, como já foi citado neste estudo, é da maior importância para assegurar a saúde do feto.

Mediante os resultados, verificados pelo hemograma da casuística, existe correlação com os valores fisiológicos normais da mulher grávida, exceto em 2 (duas) das gestantes, as de números 11 e 12, cujos valores de eritrócitos, hematócrito e hemoglobina se encontram abaixo destes, e em outras 3 (três), também com cifras inferiores ao normal, sendo a de número 14, em eritrócitos, a de número 19 em eritrócitos, leucócitos e hemoglobina, a de número 21 em eritrócitos e hemoglobina. As gestantes de números 14, 19 e 21 apresentam hematócrito de 34%, valor situado no limite mínimo indicado.

Isto sugere que todas as gestantes citadas, números 11, 12, 14, 19 e 21, apresentam um possível estado anêmico, ou seja, 22,7% da casuística.

Este percentual de prevalência de anemia na gravidez é inferior aos resultados encontrados por DUARTE²³ (33,7%), SALZANO et alii⁷⁴ (33,7 e 36,9%), e no II Plano Decenal de Saúde para as Américas (29 a 63%).⁶³

Observa-se também, correlação para as gestantes de números 14, 19 e 21 com os estudos de SZARFARC et alii⁸³ em que os valores de hemoglobina e hematócrito diminuem no início seguindo-se um aumento no final da gravidez, pois as mesmas se encontravam no I trimestre da gestação. Já para as gestantes de números 11 e 12, de II trimestre da gestação, com 28% e 31%, e 9,38% e 10,20% de hematócrito e hemoglobina, respectivamente, parece que os dados se apresentam em contrário em relação àquelas de I trimes -

tre. Deve-se lembrar, no entanto, que segundo REZENDE⁶⁷ os valores mínimos são atingidos entre 30 a 32 semanas havendo após um ligeiro aumento. Contudo, estes valores ainda se encontram abaixo dos valores mínimos, citados por REZENDE; embora considere-se porém que o aumento do volume plasmático evidenciado na gravidez constitui um ajustamento fisiológico para alimentar a circulação placentária. A literatura descreve que a hemodiluição ocorre dado a este aumento do volume plasmático, o que não deve ser confundido com a anemia da gravidez, quando mantido dentro dos valores tidos como normais na gestação.

De qualquer forma, a anemia constitui uma das intercorrências mais comuns na gravidez e isto se deve, principalmente, às deficiências nutricionais pré-gravídicas, como também as necessidades nutritivas muito aumentadas durante este período⁷⁷. Para TEDESCO⁸⁴ "a determinação da sua frequência é muito difícil, ficando na dependência das condições sócio-econômico-culturais, da nutrição, da suplementação dietética, de verminoses, etc.". Assim, este fator sempre será preocupação, principalmente para a Equipe de Saúde, dado as repercussões sobre os organismos materno e fetal.

Apresentam-se ainda, 3 (três) gestantes de números 04, 08 e 14 com leucocitose, sendo 1 (uma), de número 04, portadora de Reação V.D.R.L. positiva, causa de risco de mortalidade do concepto.

Sabe-se que a leucocitose é observada no processo digestivo, nos traumatismos, modificações sazonais, climáticas e nos processos inflamatórios em que os centros leucocitógenos são solicitados³⁰.

Estes três casos de leucocitose observados, ultrapassam o valor de 12.000 leucócitos por mm^3 pois, conforme a literatura, há variação na gravidez de 5.000 a 12.000 por mm^3 . E para o caso da gestante de número 19 cujo valor encontrado foi de 4.800 leucócitos

tos por mm^3 este se aproxima bastante do valor mínimo de 5.000 por mm^3 o que se espera não ser muito significativo.

Outro fator que interfere na saúde da gestante, com possíveis conseqüências no desenvolvimento fetal, são as infestações parasitárias.

As helmintoses se fazem presente na maioria destas gestantes (86,4%); chegando a encontrar 22,7% de gestantes portadoras de 3 (três) dos 4 (quatro) tipos de parasitos examinados, gestantes de números 08, 12, 13, 16 e 19; 31,8% portadoras de 2 (dois) tipos e igual percentual para 1 (um) tipo. Os tipos *Trichocéphalus trichiurus*, 63,6%, e o *Áscaris lumbricóides*, 59,1%, foram os de maior incidência. Apenas 13,6% da casuística não é portadora dos helmintos estudados. Este quadro revela não só a pouca observância dos hábitos e higiene individual pelas mesmas mas como também os riscos de desequilíbrio de saúde a que estão sujeitas; e ainda, a necessidade de tratamento de saúde assegurando as condições orgânicas para o adequado desenvolvimento da gravidez. As helmintoses podem levar, não só um estado nutricional carencial, como também a anemia, a abortos, e outras manifestações que alteram o equilíbrio psico-biológico do organismo. A educação para a saúde, torna-se fundamental para amenizar este quadro, estando a exigir maior atenção de parte dos profissionais da saúde, incluindo-se a/o enfermeira/o em especial, por sua função de prover melhores hábitos de higiene na comunidade.

Para MANOEL et alii⁵², a falta de adequação de calorias e proteínas da dieta, em população de baixo nível de renda, é fator importante para o aparecimento de doenças carenciais. Associado a esse fator encontram-se as parasitoses intestinais ocasionadas pela falta de saneamento básico do meio ambiente em que se localiza esta população.

Pelo parecer da visitadora sanitária, após visitar 77,3% (17) dos domicílios da casuística estudada, encontrou 76,5% (13) domicílios com água encanada, 11,8 (2) com água de poço e 11,8% (2) sem registro; quanto as condições higiênicas 41,2% (7) foram consideradas "boas", 17,6% (3), "ótimas", 5,9% (1) "péssima", 5,9% (1) "precária" e 29,4% (5) sem referência. Quanto ao uso adequado dos alimentos fornecidos pelo P.A.M.I. - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, 64,7% (3) conserva-os adequadamente, 5,9% (1) não utiliza os serviços do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e aos demais não registrou. Quanto a esgoto, 23,5% (4) possuem rede de esgoto, 47,0% (8) possuem fossa seca e 29,4% (5) não registrou; e em 29,4% (5) o lixo é coletado pelo serviço público, 17,6% (3) queimam o lixo, 5,9% (1) é enterrado, 5,9% (1) põe no mato, e em 41,2% (7) não registrou. Completa-se com outros dados registrados pela visitadora sanitária, ou sejam, no domicílio da gestante de número 14 não possui nenhum eletrodoméstico, gestante de número 16 não possui luz elétrica e do número 21 a água é obtida no poço do vizinho, não possui fossa higiênica, o lixo é depositado no mato e as condições higiênicas são precárias; dados estes já relacionados nos percentuais citados acima.

A falta de saneamento básico que tende a associar-se aos problemas de saúde deve ser, sem dúvida, preocupação constante das autoridades responsáveis. Nota-se, uma vez mais, que a educação para a saúde é importante, bem como, é evidente a necessidade da atuação do enfermeiro neste campo.

Outro aspecto abordado foi quanto as condições de saúde relacionada a urina, através do resultado do exame laboratorial e dos problemas apresentados pela gestante ao urinar, levantados pelo pessoal de Enfermagem.

Encontramos 2 (dois) casos de oligúria, 9,1% da casuística, associada a albuminúria e a flora bacteriana moderada, sendo uma de 10 a 15 e a outra de 15 a 20 piócitos por campo. Já em poliúria, a frequência foi maior, 22,5%, pois conforme registra a literatura, o volume total de urina é maior na gestante do que na mulher não grávida.

Problemas de dor e ardência ao urinar associado a presença de piócitos superior a 10 por campo, flora bacteriana moderada e albuminúria, encontram-se 2 (dois) casos, ou seja, 9,1% da casuística. Estes casos indicam possível presença de infecção do trato genito-urinário.

A presença de traços de albumina na urina chega a 27,3% , frequência inferior a citada por HARPER³⁷. Todas as gestantes com albuminúria também são portadoras de mais de 10 piócitos por campo variando entre 10 a 45, com flora bacteriana moderada, destacando-se 1 (uma) com numerosos piócitos por campo e flora bacteriana aumentada. Ainda, tomam parte do grupo os 2 (dois) casos de oligúria citados anteriormente, e os dois casos de dor e ardência ao urinar. Portanto, este quadro em que estão incluídas as gestantes de números 01, 02, 03, 04, 08, 09 e 11, sugere que são possíveis portadoras de infecção renal ou infecção do trato urinário, ou ainda suspeita de toxemia gravídica em fase inicial.

Todavia, como não foi registrado a quantidade de albumina presente no exame, não se pode comprovar como causa da mesma a síndrome toxêmica mínima, pois HARPER³⁷ considera proteinúria fisiológica quando menos de 0,5%, e IMAZ⁴³ quando menos de 1 (uma) grama por cento. IMAZ⁴³ também refere a quantidade de albuminúria ao redor de (uma) 1 grama por cento em pré-eclampsia moderada e, de 1 até 4 gramas por cento em pré-eclampsia grave.

Deve-se ressaltar que a coleta da urina foi feita através

da técnica simples, utilizando-se o jato médio após assepsia vulvar, fator que pode ter concorrido para a presença de piócitos não provenientes da bexiga, bem como, de outros microorganismos.

Como é do conhecimento da equipe de saúde, o papel da/o enfermeira/o na assistência do indivíduo, família e comunidade no equilíbrio das funções reguladoras, incluindo a necessidade de eliminação, é da maior importância pois se relaciona com as funções de controle, supervisão, orientação tanto na promoção como prevenção, cura e reabilitação da saúde.

Quanto a saúde dentária, sabe-se que a gestante apresenta maior propensão a incidência de cáries dentárias seja por negligências aos cuidados higiênicos, seja pela alteração do pH salivar, ou ainda, por deficiências nutricionais e ou constitucionais.

A "teoria acidogênica" afirma que a retenção de carboidratos fermentáveis e a concentração de bactérias formadoras de ácidos são particularmente grande ao nível das placas. Esse fenômeno seria a causa da descalcificação inicial ao qual se segue uma lise enzimática da estrutura orgânica esparsa⁷⁰.

Sabe-se que a presença de cáries dentárias pode interferir na saúde do indivíduo por ser considerada como uma doença infecciosa⁷⁰.

Como vimos, 81,8% da casuística possui cáries dentárias, e 77,3% faz tratamento dentário, todavia a média do tempo da última consulta dentária foi de 18 meses com frequência mais repetida de 3 (três) anos.

O fato de que 100% da casuística escova os dentes diariamente não significa que está assegurado o adequado cuidado higiênico pois a técnica de escovação a frequência e o horário são

fatores que interferem na eficiência do procedimento; aspectos não registrados neste estudo.

Para a conservação de bons dentes e saúde perfeita, deve-se levar em conta estes fatores: higiene bucal, alimentação devida e visitas periódicas ao dentista.

A/o enfermeira/o, como proponente de práticas de boa saúde, está em posição privilegiada para ensinar e enfatizar a importância de exames dentários periódicos e regulares e para demonstrar e supervisionar as técnicas de higiene dentária adequadas. Segundo BRUNNER/SUDDARTH¹⁰, entendendo que a nutrição adequada está também relacionada com a boa saúde dental, a/o enfermeira/o pode auxiliar no planejamento da dieta apropriada levando em consideração as modificações requeridas por diferenças culturais, fatores sócio-econômicos e pelo estado de dentição individual. Além das deficiências e das incorreções nutricionais, deve-se reconhecer que fadiga, transtornos emocionais e traumas diminuem a resistência do tecido dental à infecção.

Sabe-se ainda que a saúde dentária favorece a uma boa nutrição, havendo uma correlação lógica entre as duas: boa nutrição favorece os dentes e os bons dentes favorecem, pela mastigação, a assimilação para um mais perfeito aproveitamento dos alimentos⁴⁴.

Correlacionando a idade das gestantes com a incidência de cáries, observa-se uma relativa homogeneidade na sua distribuição, o que não possibilita comprovar que a vulnerabilidade dentária está associada a idade da gestante.

Após discutir os dados referentes aos diversos aspectos relativos as condições de saúde observa-se no geral, que as gestantes de numerosos 04, 08, 11, 12, 14, 19 e 21 apresentaram valores anormais quanto às condições hematológicas; as de núme-

ros 08, 12, 13, 16 e 19 apresentaram três tipos de helmintos, sendo que apenas as gestantes de números 03, 17 e 20 não são portadoras dos helmintos examinados. As gestantes de números 01, 02, 03, 04, 08, 09 e 11 apresentaram problemas ao urinar associados a piúria, bacteriúria e albuminúria, com exceção da gestante de número 08 que não apresentou albuminúria. A presença de cáries dentárias somente não foi evidenciada nas gestantes de número 01, 12, 14 e 19, com parecer odontológico "bom", sendo as demais todas portadoras de dentes cariados. As gestantes de números 04, 11, 12, 16 e 17 não faziam tratamento dentário. Pelo parecer do obstetra relativo ao estado clínico geral das gestantes, considerou como "regular" as de números 11, 12, 13 e 22. Assim pode-se correlacionar as frequências dos valores anormais ou pareceres regulares, cujos elementos mais repetidos foram as gestantes de números: 11, apontada em todas as tabelas: 6, 7, 8, 9 e 10, referentes às condições de saúde; 04 e 08 nas tabelas 6, 7, 8 e 9; 02 e 09, tabelas 7, 8 e 9; 12, tabelas 6, 7 e 10; 13 e 22 tabelas 7, 9 e 10; as demais gestantes, 54,5%, apenas em duas tabelas sendo mais significativo as gestantes de números 14 e 19 cujos valores anormais se correlacionam com as tabelas 6 e 7; ainda, 9,1%, gestantes de números 17 e 20 apenas apresentam valores anormais na tabela 9 (presença de cáries dentárias).

Considerando o parecer relativo ao estado clínico geral, entende-se que, as gestantes de números 11 e 12 tenham tido parecer "Regular" em razão das anormalidades apresentadas nos exames relativos às condições de saúde; nesse grupo poder-se-ia também incluir as gestantes de números 04 e 08. Para justificar os pareceres anormais às gestantes de números 13 e 22, as anormalidades parecem ser pouco significantes nestes exames e pareceres considerados; todavia se justifica o fato de que ambas se encon

tram no III trimestre da gestação e com peso corporal não adequados aos padrões normais, ou sejam, gestante de número 13, 50,0 Kg de peso corporal para 151 cm. de altura e, de número 22, 66,0 Kg para 152 cm.

Para a hipótese nº 5.4. da relação entre as condições de saúde com as características alimentares qualitativas e quantitativas tem-se, através da aplicação do teste do χ^2 (qui-quadrado), a significância da concordância entre as proporções dos diferentes resultados normais e anormais, apresentados na Tabela 28.

Adotando-se um grau de liberdade e nível de significância 5% (0,05) e sendo todos os casos testados χ^2 crítico = $\chi^2_{1;0,05}$ = 3,84, os resultados foram significativos = H_0 REJEITADA, as variáveis são dependentes, em 12 dos 13 casos de relação, ou sejam: Eritrócitos - Proteínas, Eritrócitos - Ferro, Leucócitos - Proteínas, Hematócrito - Proteínas, Hematócrito - Ferro, Hemoglobina - Proteínas, Hemoglobina - Ferro, VDRL - Proteínas, Cáries dentárias - Carboidratos, Cáries dentárias - Fósforo, Piócitos - Proteínas e Bacteriúria - Proteínas. As variáveis são independentes, resultados não significativos = H_0 ACEITA, no caso de cáries dentárias - Cálcio.

Considera-se que estes casos testados sejam os que possuem maior relação entre si; razão porque pode-se afirmar que existe relação dependente entre as condições de saúde e as características da alimentação desta casuística.

Todavia, esta relação entre condições de saúde e características alimentares é melhor evidenciada quando tratadas isoladamente, isto é, os devidos resultados de cada caso. Como obser-

va-se, as gestantes da casuística, com maior frequência de valores anormais ou pareceres regulares, apresentam também deficiências qualitativas e quantitativas nos valores nutritivos ingeridos, ou sejam: a) gestante de número 11, ingestão deficiente em todos os componentes nutritivos calculados; b) gestantes de números 04 e 08, deficiente em proteínas, gorduras, cálcio, além de VCT deficiente da gestante de número 04 e deficiência de ferro, de número 08; c) gestantes de números 02, 09, 12, 13 e 22, todas com ingestão deficiente em proteínas, cálcio e ferro, seguindo, em gorduras exceto gestante de número 02, e gestantes de números 09 e 13 deficiente também em VCT, carboidratos e fósforo, portanto deficiente em todos os componentes nutritivos calculados. Nas demais gestante não se constata nenhum caso em que há satisfatoriedade da necessidade quantitativa para todos os componentes nutritivos, atingindo o seu valor necessário; porém, em contrário, não há nenhum caso em que todos os componentes nutritivos estejam em valores abaixo do necessário, interferindo portanto também no equilíbrio qualitativo. Neste caso, as variáveis mais comprometidas em termos de deficiência, são as relativas a proteínas, gorduras, cálcio e ferro. Todavia, existe muitos valores bastante aproximados dos valores necessários, o que, pela margem de precisão dos cálculos poderiam, talvez, ser consideradas satisfatórias às necessidades.

Portanto, embora as condições de saúde da casuística estão, em muitos casos, relacionadas entre si, também, na sua maioria, se relacionam com características alimentares qualitativas e quantitativas.

Outra variável do estudo diz respeito aos valores nutritivos necessários às gestantes da casuística, cujos resultados encontrados foram em média de 2.245,14 Calorias, 84,1 g de pro -

teínas, 62,3 g de gorduras e 336,7 g de carboidratos. Estes dados se situam entre os valores recomendados pelo Food and Nutrition Board do National Research Council,³⁷ ou sejam, 2.200 a 2.600 Calorias, 75 a 90 g de proteínas, 60 a 90 g de gorduras e 240 a 480 de carboidratos.

As necessidades diárias de cálcio, ferro e fósforo foram obtidas já com base na tabela de Council segundo o trimestre da gestação, cuja média resultou em 1,1 g de cálcio, 17 mg de ferro e, 1,1 g de fósforo, estando entre os valores de 0,8 a 1,7 g de cálcio; 15 a 20 mg de ferro, e 0,8 a 1,7 g de fósforo.

Portanto, é aceita a hipótese nº 5.1. deste estudo, ou seja, que as gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C. apresentam necessidades nutritivas correspondentes a 2.200 a 2.600 Calorias, 75 a 90 gramas de proteínas, 60 a 90 gramas de gorduras, 240 a 480 gramas de carboidratos, 0,8 a 1,7 gramas de cálcio, 15 a 20 miligramas de ferro e 0,8 a 1,7 gramas de fósforo.

Para chegar a estes resultados fez-se uso dos dados registrados pelo pessoal de enfermagem atuante no P.A.M.I., no ato da inscrição da gestante, com os instrumentos de medida existente no local, ou sejam: a) balança antropométrica de adulto, sendo o peso e a altura verificados estando a gestante descalça e com pouca roupa, sem casacos, capas e outros que possam alterar significativamente o peso, além de ter o cuidado de que a mesma esteja regulada; b) fichas de registros e material afim.

Procurou-se manter, neste estudo, ao máximo possível, a originalidade na obtenção dos dados, não fugindo da realidade, para que se possa apresentar as possibilidades de identificar as necessidades nutritivas, não em dados precisos mas sim aproximados, pelos profissionais de saúde competentes: nutricionista, en

fermeiro e médico.

Aplicando o método que for escolhido para o cálculo do VCT e devidos componentes nutritivos calóricos, justifica-se que apesar da variedade de métodos, este é o que mais se aplica em caso de determinação do VCT individual, pois outros com aplicação à coletividade, aos diferentes tipos de atividades, e ainda tabelas padrão para uma casuística de 22 elementos e com estudos específicos, poderiam levar a uma probabilidade maior de imprecisão dos resultados.

Como característica física da casuística, alguns aspectos devem ser ressaltados, ou sejam, a relação peso/altura/trimestre da gestação. Com base na tabela apresentada por VELOSO⁸⁸ e tabela de CRISTAKIS²¹ (peso/altura/idade gravidez) encontram-se 6 (seis) gestantes, 27,3%, com peso corporal 15% inferior do ideal segundo a altura e o trimestre de gravidez; e, 3 (três), 13,6%, com peso corporal 15% superior ao padrão citado.

Correlacionado estes valores com a ingestão de calorias observa-se que todos os casos de excesso de peso ingerem maior quantidade de calorias e, do mesmo modo, todos os casos de baixo peso ingerem menor quantidade de calorias.

Ainda, pela média de 53,6 Kg de peso corporal /153 cm de altura/I trimestre de gravidez/e 20,5 anos de idade, pode-se sugerir que estes valores se encontram entre os padrões indicados nas tabelas, bem como, entre as medidas antropométricas, idade/peso/altura/sexo, características da Região III³³.

A média diária de ingestão de componentes nutritivos pela casuística foi de 2.204,6 Calorias; 74,4 g de proteínas; 55,0 g de gorduras; 357,5 g de carboidratos; 0,60 g de cálcio; 12,7 mg de ferro; e, 1,19 g de fósforo.

A mediana encontrada foi de 2.145,6 Calorias; 74,7 g de

proteínas; 54,4 g de gorduras; 355,3 g de carboidratos; 0,60 g de cálcio; 12,4 mg de ferro; e, 1,18 g de fósforo.

Em todos esses casos constata-se que: média e mediana são praticamente iguais, em todos os resultados verifica-se que os valores estão abaixo da quantidade média que deveria ser ingerida por dia, apresentados na tabela 11, considerando-se os pontos médios dos intervalos para cada elemento como sendo a quantidade teoricamente ideal.

Pelas medianas indicadas mostra-se que 50% da casuística ingerem menos que os valores citados.

Portanto, os valores médios de componentes nutritivos ingeridos pelas gestantes estudadas encontram-se abaixo das quantidades necessárias por dia, exceto em carboidratos com uma diferença, para mais, de 20,8 g e em fósforo, de 0,09 gramas.

Assim, obtendo as devidas percentagens de ingestão de valores nutritivos em relação ao suprimento às quotas necessárias apresentadas na tabela 11, tem-se: 98,2% de ingestão de calorias; 91,7% de proteínas; 88,3% de gorduras; 106,2% de carboidratos; 60,5% de cálcio; 74,7% de ferro; e 108,2% de fósforo.

Tomando por base o consumo da Região III³⁴ no qual apresenta somente os valores relativos a calorias, proteínas, cálcio e ferro, observa-se que os percentuais desta casuística são bastante inferiores aqueles. Todavia acredita-se ser bastante discutível a razão de que nesta região tem-se um percentual de ingestão de proteínas de 225,21%.

Os resultados obtidos nos cálculos dos coeficientes de correlação entre os valores necessários e os ingeridos, demonstram, através dos coeficientes de Spearman com determinação da significância no nível de 0,01 (um por cento), que existe uma relação

apreciável, com resultado significativo $\rho \neq 0$, entre os valores nutritivos de VCT com coeficiente de correlação de 0,85; carboidratos, de 0,73; e, fósforo, de 0,58. Não há motivos para se aceitar a existência de relação nos demais casos, isto é, proteínas e gorduras, com coeficiente de correlação de 0,49 e 0,38, respectivamente, resultados que não se pode rejeitar $\rho = 0$; e, cálcio e ferro, com 0,47 e 0,51, respectivamente, resultados não significativos $\rho = 0$.

Testando no nível de significância de 0,05 as diferenças entre os valores nutritivos necessários e os ingeridos usando-se o Teste T de Wilcoxon, resultaram que somente o VCT não apresenta diferença significativa, com $T = 106$ e $\bar{T} = 66$; e todos os demais resultados rejeitam essa hipótese ao nível de 0,05, ou seja, significância = significativo e $\bar{T} = 66$, com proteínas $T = 20$, gorduras $T = 23,5$, carboidratos $T = 40,5$, cálcio $T = 2,5$, ferro $T = 3,0$ e fósforo $T = 57,5$.

Pelos resultados de ambas as técnicas usadas: coeficiente de correlação de Spearman e teste T de Wilcoxon observa-se significância dos dados nos níveis adotados.

Para avaliar a variável qualitativa de componentes nutritivos, ou seja, as suas variações proporcionais às necessidades orgânicas, aplicou-se a determinação do coeficiente de Concordância de Kendall, demonstrando uma correlação moderada entre os diversos elementos nutritivos ingeridos, concluindo-se por uma distribuição precária dos ditos elementos em relação a cada indivíduo.

Nos diferentes alimentos ingeridos pela casuística num dia, conforme apresenta a tabela 29, observa-se uma relação definida entre esses dados com os publicados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, embora o espaço de tem

po da coleta dos dados tenham diferido; implicando possivelmente em consumo de alimentos mais abundantes da época.

Comparando estes resultados com os de DUARTE²³, pode-se perceber semelhança entre os mesmos, principalmente quanto aos alimentos básicos. No caso, a ingestão de leite desta casuística foi de 72,7% e, das gestantes estudadas pelo referido pesquisador foi de 68,5%. Embora seja um consumo qualitativo satisfatório este alimento é de importância fundamental na gravidez, dado ao seu valor nutritivo, o que deve ser motivo de constante preocupação da equipe de saúde que presta orientação à gestante.

Quanto ao consumo de carnes registrou-se apenas 1 (uma) gestante, a de número 05, que não ingeriu nenhum tipo de carne, 4,5% da casuística; embora este resultado satisfaça qualitativamente, não satisfaz quantitativamente, pois observando as tabelas em Anexo V, tem-se que a maioria da casuística não ingere a quantidade necessária, ou seja, uma média de 200 gramas ao dia.

Um aspecto que se destaca é o fato de que nenhuma das gestantes estudadas ingeriu fígado, o mesmo que ocorreu nos estudos de DUARTE.²³ Sendo o fígado importante alimento como fonte de proteínas, ferro e vitaminas, além de menor preço de custo comparando-se com a carne de gado e o frango, é mais um fator a ser enfatizado na orientação a gestantes.

Quanto as leguminosas - feijões, a sua ingestão por 77,3% das gestantes deste estudo e, 81,5% das gestantes estudadas por DUARTE²³, como sendo fonte de ferro e proteínas, também deveriam ser de maior consumo por estes grupos. O mesmo ocorre com os ovos em que a ingestão é de apenas 54,5% e 52,2% nos estudos referidos.

Todas as gestantes da casuística ingeriram, pelo menos, uma fruta com preferências: a banana - 95,5%, e laranja - 68,2%,

o que satisfaz qualitativa e quantitativamente segundo a tabela em anexo IV. O que não ocorre com os vegetais verdes e amarelos em que a ingestão é menor, destacando-se 13,6% da casuística que não ingere nenhum tipo além de outras em quantidades muito reduzidas.

A ingestão de refrigerantes, é hábito de 40,9% da casuística e 46,7% nos estudos de DUARTE²³. Seja pelo teor de acidez, no caso sendo a totalidade consumidoras do tipo cola, coca-cola, seja pela quantidade de substâncias químicas pouco conhecidas e de açúcar que a mesma contém, são fatores que podem interferir na saúde das mesmas. Outro fato paralelo é a ingestão de café observado em 90,9% de casuística e que em muitos casos, a quantidade é superior ao recomendável - 200 ml ao dia, conforme Anexo IV.

O consumo de cereais encontra-se dentro das quantidades recomendadas e representadas em variedades satisfatórias de alimentos; o mesmo observado com as gorduras porém prevalecendo as gorduras vegetais, margarina 100% dos casos e óleo vegetal 95,5%, o que poderia ser mais variada com gorduras de origem animal: banha e manteiga.

A ingestão de açúcar por esta casuística foi de 100% e cujas quantidades também são coerentes com as necessidades, todavia, observa-se que a quantidade de alimentos consumidos ricos em carboidratos poderiam ser levemente reduzidos acrescentando-se as proteínas e as gorduras para satisfazer as necessidades conforme já apresentadas anteriormente.

Pela dieta diária essencial para uma pessoa, estabelecida pelo decreto lei nº 399 de 30/04/1938, ainda em vigor, pode-se afirmar que em termos de qualidade, a presença dos alimentos citados, existem uma relação satisfatória, embora não atinja 100% ,

da ingestão de todos estes tipos de alimentos, mas também não se encontram aquém de 50%. Já em termos de quantidade, pela tabela em AnexoIV, observa-se que a maioria são inferiores a estes valores. Porém, em termos de quantidade, observando os dados registrados no anexoIV, estes valores se encontram aquém na maioria dos alimentos estabelecidos.

Após a discussão de todos os aspectos relacionados as características qualitativas e quantitativas da alimentação desta casuística pode-se afirmar que a hipótese nº 5.3 deste estudo é rejeitada. Portanto, as gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis S.C., não se alimentam satisfatoriamente atendendo as suas necessidades qualitativas e quantitativas dado que, os valores nutritivos ingeridos foram inferiores aos necessários.

Como o Programa do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição foi implantado junto ao P.A.M.I., atendendo ao grupo materno-infantil, acredita-se que a característica qualitativa e quantitativa da alimentação destas gestantes estudadas, poderá vir e ser satisfatória, uma vez que as mesmas tem assegurado o direito de assistência alimentar por um período de aproximadamente 6 (seis) meses. Nesta assistência alimentar está incluído a complementação farmacêutica de sulfato ferroso, vitaminas e sais minerais, segundo a disponibilidades no Central de Medicamentos do Ministério de Providência e Assistência Social.⁸⁶

Discutindo-se os aspectos relacionados as características qualitativas e quantitativas da alimentação desta casuística evidenciam-se outros, ligados a estes, destacando-se em especial, o papel da/o enfermeira/o na assistência às necessidades nutritivas do indivíduo, família e comunidade.

Entende-se que o campo de ação da/o enfermeira/o é amplo e imprime um grande número de atribuições que requer conhecimento

especializado.

Segundo SALUM⁷³ "cabendo à enfermagem a responsabilidade pela assistência integral ao paciente, inclui-se também aqui a assistência nutricional".

Pelo "Report of the Second Meeting of the INUS (International Union of Nutrition Sciences) Committee V/II, Nutrition Education in Nursing"⁶⁶ de dezembro/1975, apresentado no XI Congresso Internacional de Nutrição, observa-se que ainda há uma grande preocupação no sentido de ser claramente definido por todos os membros da equipe de saúde o papel da/o enfermeira/o no campo da nutrição. Segundo este relatório, a/o enfermeira/o deve ser qualificada e autorizada em seu país para prover serviço responsável e competente na promoção da saúde e bom nível nutricional; prevenção de doenças incluindo deficiências nutricionais; no cuidado de doenças junto aos pacientes tentando assim suprimir de todas as formas de má nutrição; e na reabilitação de todos os pacientes incluindo a desnutrição. Ainda, dentre a maioria das responsabilidades definidas, o papel da/o enfermeira/o deve expandir-se para o ensino, pesquisa e consultoria em nutrição. Para satisfazer esta multiplicidade de papéis a/o enfermeira/o deve funcionar como uma co-participante nas tomadas de decisões da equipe de saúde. Para isto requer na formação deste profissional uma base adequada tanto de nutrição básica como de nutrição aplicada.

Cabe bem citar o parecer de PAIM⁶⁵ que "para a introdução de matéria no organismo, quer com fins nutritivos quer com objetivos terapêuticos, são necessários conhecimentos tanto da estrutura, composição e fisiologia do organismo como da estrutura e composição das substâncias introduzidas"... "O conhecimento desse princípio facilita sobremodo os procedimentos nutricionais,

pois a introdução de substâncias em qualidade e proporções adequadas, favorecem os mecanismos homeostáticos ou cibernéticos do organismo, que assim não precisam se esforçar muito para reparar as agressões provocadas por aporte inadequado de matéria e energia no organismo (alimentos ou medicamentos) que lhes alteram muitas vezes a constância de composição, as quais devem ser preservadas a qualquer custo".

Assim, a/o enfermeira/o deve estar preparada para assistir o ser humano nas suas necessidades básicas que inclui a necessidade de nutrição.

Pessoalmente, creio que se deve entender a enfermagem como arte pelo fato de que a mesma visa a manutenção do equilíbrio do seu objeto de trabalho, ou seja, das necessidades humanas básicas, uma vez que a "arte" é o "belo", ou seja, o mais perfeito equilíbrio das formas e movimentos. Todavia, para a homeostase do organismo tem-se como princípios científicos ligados a enfermagem: matéria, energia e informação .

Assim a Enfermagem é arte porque oportuniza ao seu profissional a desenvolver novas ações que levam ao melhor equilíbrio das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade, observando os princípios científicos e técnicos de matéria, energia e informação.

E, a enfermagem é ciência porque se utiliza dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psico-sociais.

Por outro lado, tem-se a nutrição como ciência, cuja ação-interação e equilíbrio relaciona-se à saúde e à doença.

Para MITCHELL⁵⁷, "o nutricionista é o primeiro orientador de nutrição na equipe de assistência de saúde. Pode dividir suas funções com outro membro da equipe de saúde, tal como o enfermei

ro, a assistente social, o técnico e o auxiliar de nutrição. Entretanto a responsabilidade final pela qualidade da assistência nutricional fica com o nutricionista. O enfermeiro, em qualquer caso de assistência, pode ser muito útil, ajudando o paciente a compreender e a aceitar seu plano de assistência nutricional".

Na assistência de enfermagem, o cuidado nutricional é entendido por MATTOS⁵³ como "o conjunto de atividades relacionadas à orientação do paciente, família ou comunidade sobre sua dieta; supervisão da aceitação dessa; avaliação da mudança de comportamento alimentar; colaboração com a nutricionista no planejamento da dieta e sua administração".

Embora os papéis dos profissionais enfermeiro e nutricionista não estejam delimitados, acredita-se que o trabalho em equipe, integrado, visando a assistência do ser humano, é ponto fundamental para atender à sua necessidade nutricional.

Todavia, será que a/o enfermeira/o possui competência e condições favoráveis para identificar as necessidades nutritivas de cada indivíduo, seguindo o mesmo procedimento empregado neste estudo? Ou, poderá apenas levantar os problemas relativos a alimentação e nutrição e apontá-los nas necessidades básicas afetadas, encaminhando-o a seguir para o nutricionista a fim de que este identifique mais precisamente seu desequilíbrio qualitativo e quantitativo? Pode-se dizer que a/o enfermeira/o identifica as necessidades básicas afetadas do indivíduo quanto ao seu desequilíbrio relacionado ao grau de dependência da assistência de enfermagem em natureza e extensão, porém, acredita-se que não se pode dizer que a/o enfermeira/o identifica o grau de desequilíbrio dessas necessidades.

O pessoal de enfermagem do P.A.M.I. orienta as gestantes sobre alimentação, higiene alimentar, ingestão de álcool e fumo,

adaptando estas orientações às necessidades de cada uma das mesmas, identificadas através do histórico de enfermagem, itens 1.1, 1.2 e 1.4, e registradas no item 1.5 deste instrumento (Anexo II)

Como, em apenas 1 (um) caso, gestante de número 11, não foi encontrado registro de orientação quanto a necessidade nutritiva, pode-se afirmar que esta função é seguida pelo referido pessoal de enfermagem. Todavia, como não foi registrado os aspectos específicos que fazem parte desta orientação principalmente nos citados: alimentação, higiene alimentar, e dieta na gravidez, não é possível tecer considerações a respeito da qualidade das informações prestadas a este grupo estudado.

Em nenhum caso se verifica citações acerca de tabus alimentares, o que deve ser considerado quando se presta orientação referente aos hábitos alimentares.

Para que se possa prestar orientação de enfermagem, eficiente e eficaz, sobre a necessidade nutritiva, acredita-se que o mais coerente seria constatar se a gestante está se nutrindo satisfatoriamente em qualidade, suficientemente em quantidade, além de, harmonicamente em seus componentes nutritivos e adequadamente em suas finalidades, ou seja, às suas condições fisiológicas ou patológicas, fases da vida, clima e condições de trabalho. Para tanto, deve-se contar com o levantamento dos problemas que afetam a necessidade nutritiva, através do Histórico de Enfermagem, além da avaliação e prescrição dietética feita pela nutricionista. Neste levantamento de problemas devem estar incluídos os fatores que interferem na alimentação da gestante, ou sejam: hábitos alimentares quanto a horário das refeições, quantidades ingeridas, preferências alimentares, tabus alimentares; tabagismo, alcoolismo, higiene dos alimentos; técnica de preparo, cocção e ingestão; conservação dos alimentos; con-

dições financeiras para a aquisição de alimentos ou cultivo dos mesmos; conhecimentos a respeito de alimentação e nutrição; e outros que possam ser significativos para o caso. Somente assim a/o enfermeira/o poderá traçar seu plano de orientação alimentar atendendo todos os aspectos que venham equilibrar a necessidade nutritiva, ou seja, orientação quanto a: que alimentos deve ingerir, em que quantidade, que horário de refeições deve seguir, como deve conservar, preparar e ingerir os alimentos, justificar o porque em cada aspecto da orientação e justificar o porque de omitir os hábitos de ingestão de alimentos e substâncias tóxicas constatados que estão em prejuízo à sua saúde. Uma vez que a gestante tenha compreendido e passado a observar a orientação prestada, além de se constatar que houve melhor equilíbrio da necessidade nutritiva, a enfermagem terá sido eficiente e eficaz neste procedimento.

Por outro lado, sabe-se que na realidade o profissional Nutricionista é ainda mais escasso que o profissional Enfermeiro, não se contando com este elemento, até mesmo, neste P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis - S.C.²² Acredita-se que o Enfermeiro é o profissional melhor preparado para substituir o Nutricionista quanto a assistência à necessidade nutritiva do indivíduo desde em identificar o seu desequilíbrio nutritivo, considerando que toma parte nos currículos dos Cursos de Enfermagem a disciplina de Nutrição e Dietética, até em identificar o grau de dependência da assistência de Enfermagem em natureza e extensão, e assistir a essa necessidade fazendo pelo mesmo o que ele não pode fazer por si próprio, ajudando-o, orientando-o, supervisionando-o e encaminhando-o a outros profissionais. O profissional Médico substitui o Nutricionista também na identificação da necessidade nutritiva, em termos de equilíbrio, e faz a prescrição do

regime alimentar; porém, para a assistência a esta necessidade acredita-se que deixaria a desejar.

Através do instrumento em Anexo II, a Enfermagem obtém quase todos os dados relativos a alimentação e nutrição da gestante faltando apenas discriminar as quantidades médias ingeridas de alimentos, além de alguns aspectos referentes a higiene e tabus alimentares que se fazem necessário à Educação Alimentar. Assim a/o enfermeira/o estará possibilitado a identificar as características qualitativa e quantitativa da alimentação de cada gestante, considerando que cada caso deve ser visto isoladamente como preconiza algumas autoridades atuais de nutrição a gestante; identificação esta que embora não seja tão precisa, possivelmente será o suficiente para assim prestar assistência de enfermagem à necessidade nutritiva afetada.

O Grupo de Trabalho nº 7, coordenado por FINDANZA,²⁹ do XI Congresso Internacional de Nutrição em que abordou o Ensino de Nutrição para Médicos e Para-Médicos apresentou dentre as principais conclusões a de que, o ensino de nutrição na área de saúde do mundo é ainda deficiente principalmente o ensino prático em relação à necessidade. Ainda, que em todo o mundo deve ser aproveitado outros profissionais dedicados à nutrição para o ensino desta disciplina, uma vez que existem poucos profissionais de nutrição. Em relação específica do ensino de nutrição em Cursos de Enfermagem foram destacados 3 (três) aspectos prioritários: 1. O enfermeiro treinado como líder da equipe possui igualdade de nível com os demais membros da equipe de saúde podendo ser consultado pela comunidade sobre saúde do indivíduo o que requer conhecimentos suficientes sobre nutrição; 2. O papel do enfermeiro em nutrição deve ser claramente definido na equipe de saúde pois sua contribuição será superior se o ensino dado em nu

trição for mais relevante para as necessidades da comunidade;3. O ensino de nutrição deve ser urgentemente revisado em muitas escolas, identificando cuidadosamente a competência em nutrição requerida para cada enfermeiro, bem como o preparo do enfermeiro-professor para o ensino desta disciplina. Ainda, desenvolver programas de educação contínua para os profissionais enfermeiros que atuam na prevenção e cura dos problemas nutricionais em hospitais e na comunidade.

Portanto, deve-se estar ciente de que o enfermeiro precisa saber nutrição humana para que possa atuar como profissional de Saúde na assistência da mesma nos níveis primários, secundários e terciários quer seja em níveis de cuidados mínimo , intermediário e ou intensivo.

10 - CONCLUSÕES

Conclui-se que:

10.1. - As gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis, apresentaram média de valores nutritivos necessários por 24 horas de aproximadamente 2.245,14 Calorias, 84,1 gramas de proteínas, 62,3 gramas de gorduras, 336,7 gramas de carboidratos, 1,1 grama de cálcio, 17 miligramas de ferro, e 1,1 grama de fósforo; estes valores situam-se entre os correspondentes de 2.200 a 2.600 Calorias, 75 a 90 gramas de proteínas, 60 a 90 gramas de gorduras, 240 a 480 gramas de carboidratos, 0,8 a 1,7 grama de cálcio, 15 a 20 miligramas de ferro e, 0,8 a 1,7 grama de fósforo.

10.2 - As condições sócio-econômica e culturais das gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis, não interferem em grau médio na sua alimentação no que diz respeito aos aspectos qualitativos e quantitativos, uma vez que possuem Renda Baixa, Classe Social "E" e escolaridade de 1º grau incompleto.

10.3 - As gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis, não se alimentam satisfatoriamente no atendi

mento às suas necessidades qualitativas e quantitativas, pois as quantidades de componentes nutritivos ingeridos foram inferiores aos necessários, exceto em carboidratos e fósforo cujos coeficientes de correlação de Spearman, com determinação da significância ao nível de 0,01, demonstra relação apreciável com resultado significativo $\rho \neq 0$. Encontra-se também neste nível o VCT, que pelo teste T de Wilcoxon, é o único que não apresenta diferença significativa ao nível de significância de 0,05. Contudo, pela determinação do coeficiente de Concordância de W de Kendall demonstra-se uma "correlação moderada" entre os diversos elementos indicando distribuição precária destes elementos em relação a cada indivíduo.

10.4. As condições de saúde, tal como reveladas pelos dados hematológicos, parasitológicos, urinários e dentários, das gestantes inscritas no P.A.M.I. do Centro de Saúde de Florianópolis estão, na sua maioria, relacionadas com as características alimentares qualitativas e quantitativas apresentadas,

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU E LIMA, M. de. Experiência do Brasil; O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, set. de 1978, mimeografado.
2. ADAMI, N. P. Situação de Saúde no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 29, Camboriú, S.C., 1977. Anais... Camboriú, S.C., Associação Brasileira de Enfermagem, 1978.
3. ARRUDA, B. K. G. de. Reflexões sobre a política alimentar e Nutricional. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, set. de 1978. mimeografado.
4. BALDEJÃO, C. E. Problemas da desnutrição no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago/01, set. de 1978. mimeografado.
5. BÉHAR, M. & ICAZA, S. J. Nutricion. México, Interamericana, 1972. 248 p.
6. BENSON, R. C. Manual de Obstetrícia & Ginecologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1970. 845 p.
7. BERLINGUER, G. Medicina y Política, Buenos Aires, Cuarto Mundo, 1976
8. BIRO. In: BRIQUET, R. Obstetrícia normal. 2.ed. São Paulo, São Paulo Editora, 1970. 444 p.

9. BRIQUET, R. Obstetrícia normal. 2. ed. São Paulo, São Paulo Editora, 1970. 444 p.
10. BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, S. D. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. 1269 p.
11. BURKE, B. S. e Col. In: MITCHELL, H. e outros. Nutricion y Dieta. México, Interamericana, 1970.
12. BURKE e KIRKWOOD. In: MITCHELL, H. S. et alii. Nutrição. 16. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 567 p.
13. BURWELL e METCALFE e col. In: BRIQUET, R. Obstetrícia normal. 2. ed. São Paulo, São Paulo Editora, 1970. 444 p.
14. CATON e col. In: BRIQUET, R. Obstetrícia normal. 2. ed. São Paulo, São Paulo Editora, 1970. 444 p.
15. CARVALHO, L. E. Problemas de Nutrição no Brasil. In: CONGRESSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, set. de 1978. mimeografado.
16. CHADWICK. In: COSTA FILHO, D. C. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença. Revista Saúde em Debate, São Paulo, (6):65-6, jan./mar., 1978.
17. CIETTO, L. Pesquisa e desenvolvimento da enfermagem: considerações sobre sua importância na área materno-infantil. Revista Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2(2):93-7, maio/jun. 1976.
18. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, 1975. Anais... Brasília, Ministério da Saúde, 1975.
19. COSTA FILHO, D. C. de C. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença. Revista Saúde em Debate, São Paulo, (6):65-6, jan./mar., 1978.
20. COSTA, D. In: VELOSO, C. S. Trinta regimes alimentares. Rio de Janeiro, Leitura, 1968. 503 p.
21. CRISTAKIS. In: DUARTE, L. J. V. Reflexos da nutrição materna no crescimento e desenvolvimento da criança. Revista

- de Medicina do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre, 5(3):93-101, set./dez. de 1976.
22. DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Centro de Saúde de Florianópolis. Projeto Piloto para controle de Primigestas e respectivos Infantes. Florianópolis, 1977. mimeografado.
23. DUARTE, L. J. V. Avaliação de características nutricionais de gestantes no terceiro trimestre da gravidez. Puerto Rico, 1975.
24. _____. Reflexos da nutrição materna no crescimento e desenvolvimento da criança. Revista de Medicina do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre, 5(3):93-101, set./dez. 1976.
25. DUKE. In: VALLADA, E. P. & ROSEIRO, A. M. Manual de exames de urina. 2. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1976. 183 p.
26. EASTMAN. In: BRIQUET, R. Obstetrícia normal. 2.ed. São Paulo, São Paulo Editora, 1970. 444 p.
27. FERNANDEZ, N. et alii. Nutritional Status of people in isolated areas of Puerto Rico. American Journal of Clinical Nutrition, (19):269-84, 1966.
28. _____. Nutritional Status of the Puerto Rican population, master sample survey. Boletim Association Medical Puerto Rico, Porto Rico, (63):1-46, 1971. Suplemento.
29. FIDANZA, F. Ensino de Nutrição para Médicos e Para-Médicos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, set. de 1978.
30. FORTES & PACHECO. Dicionário Médico. Rio de Janeiro, Ed. Fábio Mello, s.d. 650 p.
31. FRANCO, G. Tabela de composição química dos alimentos. 3. ed. Rio de Janeiro, SAPS, s.d. 194 p.

32. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
Estudo nacional da despesa familiar; Consumo alimentar - Despesas das famílias. Rio de Janeiro, 1978. 122 p.
33. _____. Estudo nacional da despesa familiar; Consumo alimentar - Antropologia. Rio de Janeiro, 1978. 110 p.
34. _____. Estudo nacional da despesa familiar; Despesas das famílias - Dados preliminares, Região III. Rio de Janeiro, 1978. 99 p.
35. GOFFI. In: REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia fundamental. 2.ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. 631 p.
36. GOLDENBERG. In: INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Seminário sobre anemias nutricionais no Brasil; Relatório Final. Brasília, 26/7, out. de 1977. 100 p.
37. HARPER, H. A. Manual de Química Fisiológica. 3. ed. São Paulo, Atheneu, 1973. 570 p.
38. HORTA, W. de A. A obstetrix. Revista Enfermagem em Novas Dimensões. São Paulo, 3(2):n.p.,mar./abr. 1977.
39. _____. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 8(1):7-15, 1974.
40. _____. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. Revista Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(5):266-268, 1975.
41. HOWARD et alii e DOBBING et alii. In: KUSUNOKI, T. M. D. Efect of malnutrition on brain growht. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ag./01, set. de 1978. mimeografado.
42. HYTEM e PAINTIN. In: BRIQUET, R. Obstetrícia normal. 2.ed. São Paulo, São Paulo Editora, 1970. 444 p.

43. IMAZ, F. A. U. Obstetrícia práctica. Buenos Aires, Intern dica, 1970. 841 p.
44. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTA O E NUTRI O. Seminário sobre preven o da cárie dentária no Brasil; Relatório Final. Brasília, 8/9, mar. de 1978. 126 p.
45. _____. Seminário sobre anemias nutricionais no Brasil; Rel torio Final. Brasília, 26/7, out. de 1977. 100 p.
46. _____. Programa Nacional de Alimenta o e Nutri o 1976/1979; Documento Técnico INAN n  06/76. Bas lia, 1978.
47. JELLIFFE, E. F. P. Nutrition education and training in Nursing Schools. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRI O, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, set. de 1978. mimeografado.
48. JELLIFFE, D. B. Evaluación del estado nutrición de la comunidad. Ginebra, OMS, 1978. 98 p.
49. KUSONOKI, T. M. D. Efect of malnutrition on brain growth. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRI O, 11, Rio de Janeiro, 27, ag./01, set. de 1978. mimeografado.
50. LECHTIG, A. et alii. Influ ncia de la nutrición materna sobre el crecimiento fetal en poblaciones rurales de Guatemala; aspectos dietéticos. Archives Latinoamericano nutrición (22): 101-15, 1972.
51. _____. Influência de la Nutrición materna sobre el crecimiento fetal en poblaciones rurales de Guatemala: suplementación alimentaria. Archives Latinoamericano Nutrición (22):117-31, 1972.
52. MANOEL, N. J. et alii. Adequa o da dieta em calorias e proteínas e parasitose intestinal em popula o de baixa renda. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRI O, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, set., 1978. Resumo de Temas Livres, Rio de Janeiro, 1978.

53. MATTOS, L. U. et alii. Aplicabilidade dos conhecimentos de nutrição no campo da enfermagem. Revista Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2(3):164-69, jul./ago. 1976.
54. MELLO, G. de. Saúde e desenvolvimento econômico. Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais, 19(2):n.p. abr./jun., 1978.
55. MENGERT. In MITCHELL, H. S. et alii. Nutrição. 16.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 567 p.
56. METCOFF, J. Nutricion Materna e Crescimento Fetal. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, set. de 1978. mimeografado.
57. MITCHELL, H. S. et alii. Nutrição. 16.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 567 p.
58. MONTEIRO, C. A. A desnutrição e o planejamento econômico e social. Revista Saúde em Debate. São Paulo, 3:58-67, abr./maio/jun., 1977.
59. MORAES, R. G. de et alii. Parasitologia médica. Rio de Janeiro, Atheneu, 1971. p. 168-298.
60. NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, U.S.A. Maternal nutrition and the course of pregnancy. Washington, 1970. p.1-11,111-30 165-83.
61. NORDMARK, M. T. & ROWEDER, A. W. Princípios científicos aplicados a la enfermería. 3.ed. Mexico, La Prensa Médica Mexicana, 1975. 295 p.
62. OLIVEIRA, E. de V. Proteína derivada da cana-de-açúcar pelo desenvolvimento de "Saccharomyces cervisiae" In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, ser. de 1978.
63. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington, 1973. p.11-26. Documento oficial nº 118.

64. PAABY. In: REZENDE, J. Obstetrícia. 3.ed., Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 1975. 1107 p.
65. PAIM, R. C. N. Problemas de Enfermagem e a Terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro, Gráfica Lu na, 1978. p. 121-3.
66. REPORT OF THE SECOND MEETING OF IUNS COMMITTEE V/II. Nutri - tion education in nursing. Environment Child Health. 21 (6):345-55. Dec. 1975.
67. REZENDE, J. Obstetrícia. 3.ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975. 1107 p.
68. REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia fundamental. 2.ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. 631 p.
69. RIBEIRO, RITCHER e HIESS. In: BRIQUET, R. Obstetrícia nor - mal. 2.ed. São Paulo, São Paulo Editora, 1970. 444 p.
70. ROBBINS, S. L. Patologia estrutural e funcional. Rio de Ja neiro, Interamericana, 1975. p. 771-4.
71. ROBINSON. In: MITCHELL, H. S. et alii. Nutrição. 16.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 567 p.
72. SAI, F. T. Nutrition in pregnancy. In: CONGRESSO INTERNACIO NAL DE NUTRIÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago/01, set. de 1978. mimeografado.
73. SALUM, M. J. et alii. Aplicabilidade dos conhecimentos de nutrição por enfermeiros graduados na escola de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30, Belém, 16-22/ Jul., 1978. Resumos de Temas Livres, Belém, 1978.
74. SALZANO, A.C. et alii. Anemia during pregnancy in two states of north-east Brazil. In CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRI ÇÃO, 11, Rio de Janeiro, 27, ago./01, set. 1978. Resumo de Temas Livres, Rio de Janeiro, 1978.
75. SANJUR, D. M. La alimentation de los lactentes y el destete

- en um medio rural pre-industrial, estudio desde el punto de vista socio-cultural. Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana. Washington. 71:281-327, 1971.
76. SECCO, V. A. Estudos das diferenças significativas de dois grupos de colonizadores; Altamira (PA) e Barra da Garça (MT). Florianópolis, jul., 1974. Tese de Livre Docência apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina.
77. SERRANO, C. V. Programa Regional de Desenvolvimento de Saúde de Materno-Infantil no Brasil. In: Investigação de Mortalidade na Infância no Brasil. Washington, Oficina Sanitária Panamericana - OPAS, Publicação Científica 343 , 1977.
78. SERRANO, C. V. & PUFFER R. Utilização dos dados hospitalares de peso ao nascer e mortalidade como indicadores de problemas de saúde na infância. In: Investigação de Mortalidade na Infância no Brasil. Washington, Oficina Sanitária Panamericana - OPAS, Publicação Científica 343 , 1977.
79. SOARES, L. E. Vendendo Saúde; o INPS e a seguridade social no Brasil. Revista Saúde em Debate, São Paulo, (2): 37-47, Jan./mar. 1977.
80. SOUZA, M. de L. & WESTRUPP, M. H. B. "Acreditação" do Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Florianópolis. In: JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM, 6, Florianópolis , maio de 1978. mimeografado.
81. _____. Avaliação quantitativa do Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Florianópolis. In: JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM, 6, Florianópolis, maio de 1978. mimeografado.
82. STEARNS, G. In: MITCHELL, H. e outros. Nutricion y Dieta , México, Interamericana, 1970.

83. SZARFARC, S. C. et alii. Avaliação da concentração de ferro em uma população de gestantes. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO. Rio de Janeiro, 27, ag./01 set. 1978, Resumo de Temas Livres, Rio de Janeiro, 1978.
84. TEDESCO, J. de A. Anemias na gravidez. Revista Atualidades Médicas, São Paulo, : 15-31, maio, 1978. ed. extra.
85. TOPKINS, W. T. e WIEHL, D. G. In: MITCHELL, H. S. et alii. Nutrição. 16.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
86. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Levantamento de recursos da comunidade de Florianópolis. Florianópolis, 1978. 196 p.
87. VALLADA, E. P. & ROSEIRO, A. M. Manual de exames de urina. 2.ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1976. 183 p.
88. VELOSO, C. S. Trinta regimes alimentares. Rio de Janeiro, Leitura, 1968. 503 p.
89. WILLIAMS. In: REZENDE, J. Obstetrícia. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975. 1107 p.

A N E X O S

NOME DA GESTANTE. _____

Pode nos informar que alimentos (tipos e quantidade) a senhora ingeriu durante o dia de ontem? Ontem a Senhora se alimentou normalmente como os demais dias anteriores? R = (SIM ou NÃO) _____ (Caso negativo, inquirir tomando-se por base a média qualitativa e quantitativa de alimentos que vem ingerindo ultimamente num dia).

ALIMENTOS	Quantidade (especificando inclusive a med.)		
	MANHÃ (Desj. colação e alm.)	TARDE (lanche)	NOITE (Jant. e ref. not.)
Café preto ou chá (xic.pq., med. ou gde.)
Carnes magras (2%) (xic.pq. méd. ou gde.)
Açúcar (colher de sopa, chá ou café)
Pão d'água (fatias médias)
Pão doce de trigo (fatias médias)
Pão de milho (fatias médias)
Doce de leite (Maria) (unidades)
Margarina (colher de chá)
Doce de (fatias ou colh.)
.....
Queijo (tipo e tamanho de fatia)
Mortadela (fatias c/espessura média)
Queijo (unidade)
Sopa c/massa (prato fundo cheio)
c/arroz (prato fundo cheio)
c/aveia (prato fundo cheio)
c/..... (prato fundo cheio)
Arroz (colher de sopa)
Feijão (colher de sopa)
Macarrão (colher de sopa)
Batata inglesa (unid.pq. méd. ou gde.)
Polenta (colher de sopa)
Farinha de mandioca (colh. de sopa)
Carne de Gado (bife pq. méd. ou gde.)
Peixe (porção pq. méd. ou gde.)
Frango (porção pq. méd. ou gde.)
Fígado (porção pq. méd. ou gde.)
Hortaliças: abóbora (c/sopa ou porção)
chuchu (" " " ")
cenoura (" " " ")
tomate (unid.pq. méd. ou gde.)
alface (" " " " ")
repolho (" " " " ")
chicória (" " " " ")
..... (" " " " ")
Frutas: laranja (gde. méd. ou pq.)
banana (" " " ")
maçã (" " " ")
..... (" " " ")
Outros Alim.:
.....

A senhora prepara os alimentos com que quantidade de gordura? pouca:
 média:, ou muita:, e, com óleo: ou banha :

OBS.: Fazer observações no verso se houver necessidade de especificar alguns dados ou mesmo, para registrar alimentos que não constam da relação acima.

SECRETARIA DE SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
 CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS
 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

IDENTIFICAÇÃO

Inscrição nº

Nome Idade..... Data
 Est. Civil Profissão Instrução
 Naturalidade Nacionalidade
 Nome do conjugue
 Residência

ANAMNESE

I: Antecedentes Hereditários

 II: Antecedentes Pessoais
 a) Fisiológicos

 b) Patológicos

 III: Antecedentes Obstétricos
 Gestações Anteriores - nº evolução.....

 Partos Anteriores - nº evolução

 Puerpérios anteriores - nº evolução

 IV. Gestação atual: gesta para DUM..... DPP
 Movimentos fetais noº mês Evolução:
 1º trimestre

 2º trimestre

 3º trimestre

EXAME FÍSICO

Estado geral Altura Peso..... P.Art.....
 Pulso..... Respiração..... Temp. axilar..... Nutrição.....
 Mucosas Tireóide..... Cavidade oral.....

IMUNIZAÇÕES

data	antígeno

data	antígeno

PRESCRIÇÕES

data	

1. Atendimento de Enfermagem no Pré-Natal

1.1. Histórico

I - Percepções e expectativas relacionadas à gestação:

a) O que a gestação significa para a senhora? _____

b) Foi gestação planejada? _____

c) O que sabe sobre gestação, parto, puerpério e recém-nascido? _____

II - Hábitos da gestante:

a) Quantas horas dorme à noite? _____ Repousa durante o dia? _____
Em que horário? _____

b) Trabalha fora? _____ Que tipo de trabalho? _____

c) Quais as atividades domésticas que executa? _____

d) Que faz para se distrair? Pratica esportes? De que tipo? _____

e) Usa tóxicos (Álcool, cigarro, outros)? Quanto por dia? _____

f) Tem hábito de tomar medicamentos sem prescrição médica? _____

g) Como funciona seu intestino? _____

h) Apresenta algum problema para urinar? (dor, ardência, diminuição do volume, alteração da cor) _____

i) Qual o tipo de banho que utiliza? _____

j) Costuma fazer tratamento dentário? _____ Escova os dentes? _____

Data da última consulta ao dentista: _____

l) Quantas refeições faz por dia? _____ Que alimentos usa? _____

no desjejum: _____

quantidade: _____

no lanche: _____

quantidade: _____

no almoço: _____

quantidade: _____

à tarde: _____

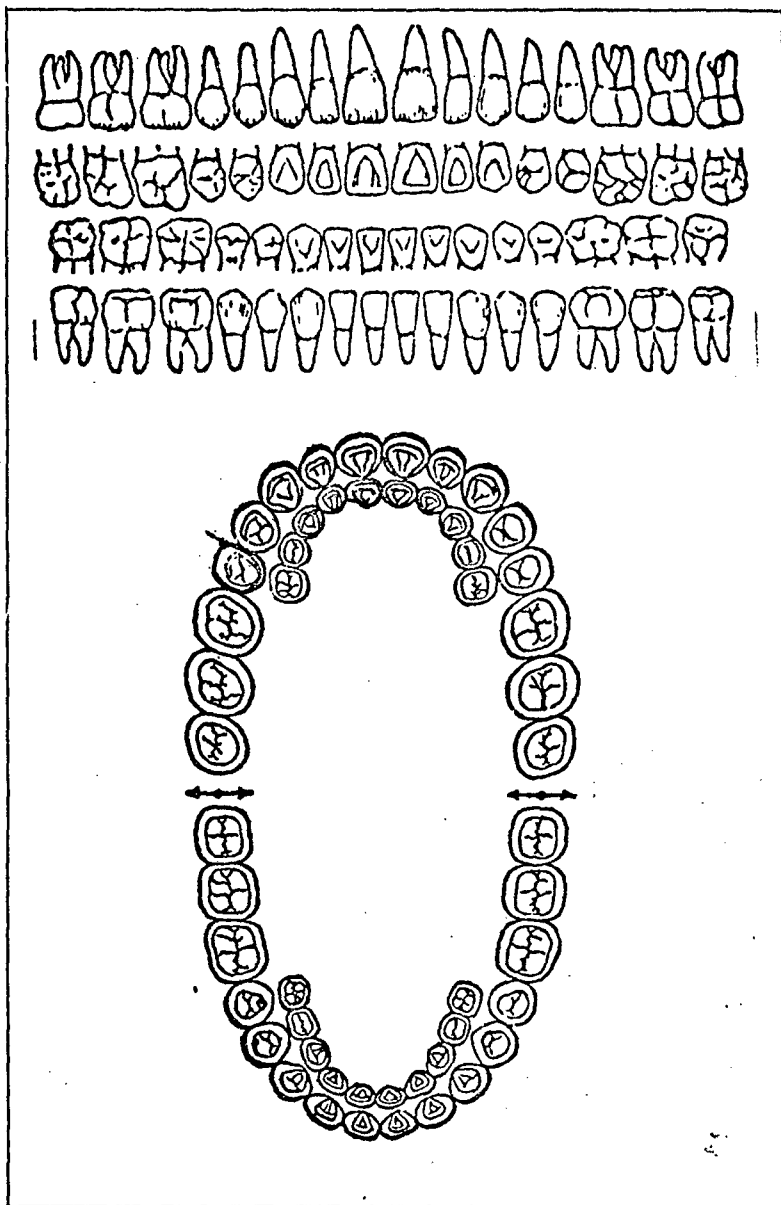
quantidade: _____

no jantar: _____

quantidade: _____

3. Atendimento Odontológico

Anotar Prescrições na folha 3



A series of horizontal lines for writing prescriptions, located to the right of the dental chart template.

3.1. Orientação Odonto-Sanitária:

A series of horizontal lines for writing observations, located below the section header.

3.2. Observações:

A series of horizontal lines for writing observations, located below the section header.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAUDE
DEPARTAMENTO AUTONOMO DE SAUDE PUBLICA

ANEXO III.

HIGIENE PRÉ-NATAL

EXAMES ULTERIORES		EXAMES DE LABORATORIO				
DATA	ALT. UTERO	APRES. POSICAO	AUSCULTA	EDEMA	P. A.	OBSERVAÇÕES
MATERIAIS		PESQUISA		RESULTADO		
DATA	ANT.	DATA	ANT.			
CONSELHOS E PRESCRIÇÕES		DISCRIMINAÇÃO				
SEÇÃO SOCIAL		DISCRIMINAÇÃO				
DATA	LOCAL	ASSISTIDO POR				
NATUREZA DO PARTO	PUERPERIO	LACTAÇÃO				
FETO A TERMO	PREMATURO	PESO	COMPRIMENTO	SEXO		
REGULAZIA CL-OS	METODO	UMBIGO	VICIOS DE CONFORMAÇÃO			
PES. CI/IL	B. C. G.	ENC. S. H. I. EM				
CEBERVAÇÕES	ASSINATURA MEDICO					

NOME		M. GERAL		INSCRIÇÃO N.º	
NACIONALIDADE	NATURALIDADE	IDADE	COH	ESTADO CIVIL	DATA
RESIDENCIA		PROFISSAO			
ANTECEDENTES FAMILIARES					
PAI		MAE			
MARIDO		PROFISSAO		SALARIO	
TRAT. ANT-LUETICO		RELAÇÕES SOROLOG.			
ANTECEDENTES PESSOAIS					
DOENÇAS?		MEMBR. IDADE		MENSTRUAÇÕES POSTERIORES	
HABITAÇÃO		ALIMENTAÇÃO			
PROFISSAO		SALARIO		SALARIO	
OUTROS DADOS					
GESTAÇÕES ANTERIORES					
CURSO					
PARTOS					
ESPONTANEO		OPERATORIOS		MULTIPLoS	
PREMATUROS		NATIVIVOS		CAUSAS	
ABORTOS		PUERPERIOS			
OBSERVAÇÕES					
GESTAÇÃO ATUAL					
ULTIMA MENSTRUAÇÃO		NAUSEAS		VÔMITOS	
DISURIA		CEFALEIA		GASTRALGIA	
				PERDAS	
				MOV. FETAIS	
EXAME CLINICO					
ESTADO GERAL		ALTURA		PESO	
		MARCHA		SINAIS DE LUES	
		APARELHO CIRCULATORIO		DENTES	
		OUTROS APARELHOS E SISTEMAS		PULSO	
				EDEMA	
				P. A.	
OBSERVAÇÕES					
EXAME OBSTETRICO					
TIPO		BACIA		DIAMETRO	
		B. E.		B. C.	
		S. P. E.		C. D.	
		P. E. I. G. R. A. F. I. A.		C. V.	
				B. T.	
LOS MICHAELIS					
ALTURA		CIRCUNFERENCIA		UTERO	
				COLO	
SEIOS		MOV. ATIVOS. SITUAÇÃO E APRES. POSIÇÃO DO FETO		VULVA, VAGINA, PERINEO	
FOCO BATIM. CARDIACOS		OUTROS DADOS			
DIAGNOSTICO					
GRAVIDEZ		MES		DATA PROV. PARTO	
FETO					

DISTRIBUIÇÃO APROXIMADA DOS VALORES NUTRITIVOS SEGUNDO A MÉDIA DE ALIMENTOS INGERIDOS PELAS GESTANTES INSCRITAS
 NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C. FPOLIS., NOV/1977.

GESTANTE Nº	01							02							
	QTDDE.	PROT.	GORD.	HC.	CAL.	CA.	FE. P.	QTDDE.	PROT.	GORD.	HC.	CAL.	CA.	FE. P.	
ALIMENTOS E UNID. MEDIDA	(g)	(g)	(g)	(g)	(kcal)	(g)	(mg)	(g)	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	
Café (infusão a 5%) ml.	200	0,6	0,2	1,6	10,6	0,01	0,4	0,01	0,6	0,2	1,6	10,6	0,01	0,4	
Leite (tipo C-2%) g.	300	10,5	6,0	13,5	150,0	0,33	0,6	0,28	10,5	6,0	13,5	150,0	0,33	0,6	
Agúcar g.	40	0,1	0,4	39,6	158,4						49,5	198,0			
Vanilina g.	10	0,1	0,1	0,1	76,4				0,1	0,1	0,1	76,4			
25 trigo (francês) g.	100	9,3	0,2	57,4	268,6	0,02	1,2	0,10	7,4	0,2	45,9	215,0	0,02	0,9	
pac milho g.	40	4,8	0,3	30,0	141,9										
Bolacha doce g.	40	4,8	2,0	28,4	158,0										
Bolacha de "ão e sal" g.	20	0,2	7,1	12,3	50,0										
Doce (Mamelada) g.	50	6,3	7,1	89,1	89,1	0,31	0,4	0,17	4,7	5,1	64,7				
Doce (Ricota) g.	50	6,1	5,6	74,8	74,8	0,04	0,5	0,11							
Mortadela g.	50	7,5	0,5	34,5	172,5										
Ovo g.	50	3,2	0,6	30,6	140,6				3,2	0,6	30,6	140,6		0,4	
Sopa com massa g.	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28						0,4	
Sopa com arroz g.	40	3,2	0,6	30,6	140,6										
Feijão g.	60	12,4	0,8	37,4	206,4										
Variação g.	40	0,7	0,6	7,0	30,8										
Batata inglesa g.	20	1,9	0,6	14,3	70,2										
Polenta (Farinha) g.	10	0,1	0,1	8,3	33,6				0,7	0,2	41,6	171,0	0,01	0,4	
Farinha mandioca g.	100	20,5	6,5	89,1	140,5	0,01	3,2	0,22	10,3	3,3	70,9			1,6	
Carne de gado g.	100	20,5	6,5	89,1	140,5									0,11	
Peixe g.	10	0,2	0,2	0,3	2,0										
Frango g.	10	0,2	0,2	1,2	5,6				1,2	0,2	9,8	45,8		0,8	
Abóbora g.	10	0,1	0,1	1,1	4,8				1,2	0,3	10,7	50,3		0,6	
Chuchu g.	10	0,1	0,1	1,1	4,8	0,01	0,1	0,02							
Terouca g.	50	0,5	0,2	1,7	10,6										
Tomate g.	10	0,1	0,1	0,2	1,2										
Alface g.	10	0,1	0,1	0,2	1,2										
Repolho g.	10	0,1	0,1	0,2	1,2										
Coraba g.	10	0,1	0,1	0,2	1,2										
Laranja g.	200	1,2	0,8	19,6	90,4	0,09	0,4	0,04	1,2	0,8	19,6	90,4	0,09	0,4	
Sarara (maça) g.	100	1,4	0,3	26,4	113,9	0,03	0,6	0,03	4,3	0,8	79,3	341,6	0,06	1,2	
Maça g.	50	0,2	0,3	7,1	31,9				0,2	0,3	7,1	31,9		0,2	
Carne de porco g.	50	0,2	0,3	7,1	31,9				8,3	9,9	122,3			1,0	
Seterraba g.	100	3,0	0,1	9,0	48,9				3,0	0,1	9,0	48,9		2,5	
Coriocola ml.	200			22,0	88,0		0,4	0,04						0,04	
Marão g.	10		10,0		90,0					20,0		180,0			
Gordura: óleo g.															
Gordura: banha g.															
Abacate g.															
TOTAL		92,9	51,2	394,6	2410,8	0,94	14,3	1,50	56,9	56,4	318,3	2008,4	0,61	11,0	0,90

DISTRIBUIÇÃO APROXIMADA DOS VALORES NUTRIATIVOS SEGUNDO A MÉDIA DE ALIMENTOS INGERIDOS PELAS GESTANTES INSCRITAS

NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C.. FPOLIS., NOV/1977

GESTANTE Nº	03										04									
	QTD. DE ALIM. E COMP. NUTR.	QTD. DE.	PROT. (g)	GORD. (g)	HC. (g)	CAL. K(kcal)	CA. (g)	FE. (mg)	P (g)	QTD. DE.	PROT. (g)	GORD. (g)	HC. (g)	CAL. (Kcal)	CA. (g)	FE. (mg)	P (g)			
	ALIMENTOS E UNID. MEDIDA																			
	Café (infusão a 6%)	200	0,6	0,2	1,6	10,6	0,01	0,4	0,01	200	0,6	0,2	1,6	10,6	0,01	0,4	0,01			
	Leite (tipo C-2%)	600	21,0	12,0	27,0	300,0	0,66	1,2	0,56	40			39,6	158,4						
	Açúcar	60			58,4	237,6				10			0,1	76,4						
	Margarina	10	0,1	8,4	0,1	76,4				50	0,1	8,4	0,1	76,4						
	Pão trigo (francês)	80	7,4	0,2	45,9	215,0	0,02	0,9	0,08		4,7	0,1	28,7	134,5	0,01	0,6	0,05			
	Pão milho																			
	Solacha case																			
	Solacha de "água e sal"	40	0,4		24,6	100,0														
	Solacha (armelada)																			
	Suavijo (picota)																			
	Mortadela	50	6,1	5,6		74,8	0,04	0,5	0,11											
	ovo																			
	Sopa com massa																			
	Sopa com arroz																			
	Arroz	40	3,2	0,6	30,6	140,6		0,4	0,04	60	4,8	0,8	45,9	210,0		0,5	0,06			
	Feijão	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28			
	Macarrão	30	4,5	0,3	20,7	103,5		0,8	0,04	40	6,0	0,4	27,6	138,0		1,1	0,05			
	Satata inglesa									60	1,1	0,1	10,6	47,7		0,6	0,04			
	Solenta (far.milho)																			
	Farinha mandioca	50	10,3	3,3		70,9		1,6	0,11	150	30,8	9,8		211,4	0,02	4,8	0,33			
	Carne de gado																			
	Beixe																			
	Franco																			
	Abóbora																			
	Chuchu	10	0,2		1,2	5,6		0,2												
	cenoura	10	0,1		1,1	4,8	0,01	0,1												
	Feijate	10	0,1		0,3	1,6		0,2		100	1,0	0,3	3,4	20,3	0,01	1,7	0,04			
	Alface	50	0,6	0,1	1,2	8,1	0,02	0,6	0,02	60	0,7	0,1	1,4	9,3	0,02	0,7	0,03			
	repolho																			
	Cebola																			
	Leirinja	200	2,9	0,5	52,9	227,7	0,06	1,2	0,05	200	2,9	0,5	52,9	227,7	0,06	1,2	0,05			
	Parana (maça)																			
	Maça																			
	Carne de porco																			
	Seteteba	400			44,0	176,0		0,8	0,04	600			66,0	264,0		1,2	0,12			
	coca-cola																			
	Mamão	20		20,0		180,0				20		19,2		172,8						
	Gordura: óleo																			
	banha																			
	Abacate																			
	TOTAL		69,9	52,0	347,0	2135,6	0,91	11,4	1,34		65,1	40,7	315,2	1887,5	0,22	15,3	1,06			

DISTRIBUIÇÃO APROXIMADA DOS VALORES NUTRIATIVOS SEGUNDO A MÉDIA DE ALIMENTOS INGERIDOS PELAS GESTANTES INSCRITAS
 NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C. FROLIS.,NOV/1977.

GESTANTE Nº	05							06								
	QTDDE.	PROT.	GORD.	HC	CAL.	CA.	FE.	P.	QTDDE.	PROT.	GORD.	HC.	CAL.	CA.	FE.	P.
ALIMENTOS E UNID. MEDIDA	(g)	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	(g)
Café (infusão a 6%)	300	0,9	0,3	2,4	15,9	0,02	0,6	0,02	400	1,2	0,4	3,2	21,2	0,02	0,8	0,02
Leite (tipo C-2%)	200	7,0	4,0	9,0	100,0	0,22	0,4	0,20	50	0,1	8,4	49,5	198,0			
Açúcar	50			49,5	198,0				10	0,1	8,4	49,5	198,0			
Margarina	15	0,1	12,7	0,1	115,1				100	9,3	0,2	57,4	268,6	0,02	1,2	0,10
Mão trigo (francês)	9.															
Mão milho	9.															
Bolacha doce	9.															
Bolacha de "água e sal"	9.															
Doce (Maralada)	9.															
Queijo (ricota)	9.															
Mortadela	9.								50	6,1	5,6		74,8	0,04	0,5	0,11
Cvo	100	12,3	11,3		150,9	0,07	3,1	0,22								
Sopa com massa	9.															
Sopa com arroz	9.															
Arroz	60	4,8	0,8	45,9	210,0		0,5	0,06	40	3,2	0,6	30,6	140,6		0,4	0,04
Feijão	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28
Macarrão	9.								10	1,4	0,2	6,9	35,0			
Batata inglesa	9.															
Alente (far. milho)	9.															
Farinha mandioca	9.								50	0,7	0,2	41,6	171,0	0,01	0,4	0,06
Carna de gado	9.								200	41,0	13,0		281,0	0,02	6,4	0,45
Peixe	9.															
Frango	9.															
455bora	9.															
Chuchu	9.															
Cenoura	9.															
Tomate	9.															
Alface	9.															
Pequiho	9.															
Goiabá	9.															
Laranja	9.															
Banana (maçã)	9.															
Maçã	9.															
Carna de porco	9.								300	1,8	1,2	29,4	135,6	0,14	0,6	0,06
Beterraba	9.								100	1,4	0,3	26,4	113,9	0,03	0,6	0,03
Coca-cola	ml.															
Wardo	9.								10		10,0		90,0			
Sardura: óleo	9.								20		19,2		172,8			
Banha	9.															
Abacate	9.															
TOTAL		62,5	71,6	390,5	2456,4	0,64	13,8	1,22		80,3	60,5	290,2	2026,5	0,41	15,2	1,21

DISTRIBUIÇÃO APROXIMADA DOS VALORES NUTRITIVOS SEGUNDO A MÉDIA DE ALIMENTOS INGERIDOS PELAS GESTANTES INSCRITAS
 NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C. FPOPLIS. NOV/1977.

GESTANTE Nº	09							10									
	ALIMENTOS E UNID. MEDIDA	QTDDE.	PROT. (g)	GORD. (g)	HC. (g)	CAL. (Kcal)	CA. (g)	FE. P. (mg)	QTDDE.	PROT. (g)	GORD. (g)	HC. (g)	CAL. (Kcal)	CA. (g)	FE. P. (mg)	P. (g)	
	Café (infusão a 6%)	300	0,9	0,3	2,4	15,9	0,02	0,6	0,02	10,5	6,0	13,5	150,0	0,33	0,6	0,28	
	Leite (tipo C-2%)	15										4,9	19,6				
	Açúcar	30			29,7	118,8						0,1	76,4				
	Margarina	10	0,1	8,4	0,1	76,4				0,1	8,4	0,1	76,4				
	Óleo trigo (francês)	50	4,7	0,1	28,7	134,5	0,01	0,6	0,05	4,7	0,1	28,7	134,5	0,01	0,6	0,05	
	Óleo milho																
	Batata doce																
	Bolacha de "água e sal"																
	Doce (Marmelada)																
	Doce (Picotada)																
	Mortadela																
	Ovo	50	6,1	5,6		74,8	0,04	0,5	0,11								
	Sopa com massa																
	Sopa com arroz																
	Arroz	60	4,8	0,8	45,9	210,0		0,5	0,06	1,6	0,3	15,3	70,3		0,2	0,02	
	Felijo	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28	4,8	0,8	45,9	210,0	0,09	2,5	0,28	
	Reparão																
	Batata inglesa	50	0,9	0,1	8,8	39,7		0,5	0,03	1,1	0,1	10,6	47,7		0,6	0,04	
	Polenta (far. milho)																
	Farina mandioca	30	0,4	0,1	25,0	102,5	0,01	0,2	0,04	4,8	1,6	35,8	176,8	0,01	0,5	0,10	
	Carne de gado	200	41,0	13,0		281,0	0,02	6,4	0,45	20,5	6,5	140,5	140,5	0,01	3,2	0,22	
	Doixe									16,0	2,1	82,9	82,9	0,02	1,1	0,23	
	Fritado																
	Aboboa																
	Chuchu																
	Coentro																
	Tomate	80	0,8	0,2	2,7	15,8	0,01	1,3	0,03	0,6	0,2	2,0	12,2	0,01	1,0	0,03	
	Alface	40	0,5	0,1	0,9	6,5	0,01	0,4	0,02	0,7	0,1	1,4	9,3	0,02	0,7	0,03	
	Repolho	40	0,6	0,1	1,7	10,1	0,02	0,2	0,01	0,7	0,1	2,2	12,5	0,03	0,3	0,02	
	Colaba																
	Laranja	200	1,2	0,8	19,6	90,4	0,09	0,4	0,04	1,2	0,8	19,6	90,4	0,09	0,4	0,04	
	Banana (maça)	300	4,3	0,8	79,3	341,6	0,06	1,2	0,05	2,9	0,5	52,9	227,7	0,06	1,2	0,05	
	Veja																
	Carne de porco																
	Baterraba																
	Coque-cola																
	Melão																
	Gordura: óleo	400													44,0	0,8	0,04
	Banana	30													30,0		
	Abacate																
	TOTAL		78,7	51,2	282,2	1904,4	0,38	15,3	1,19	90,3	62,2	390,5	2483,0	0,68	15,0	1,53	

DISTRIBUIÇÃO APROXIMADA DOS VALORES NUTRITIVOS SEGUNDO A MÉDIA DE ALIMENTOS INGERIDOS PELAS GESTANTES INSCRITAS

III PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C. FROLIS., NOV/1977.

ALIMENTOS E UNID. MEDIDA	11							12								
	QTDDE.	PROT.	GORO.	HC.	CAL.	CA.	FE.	P.	QTDDE.	PROT.	GORO.	HC.	CAL.	CA.	FE.	P.
	(g)	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	(g)
Café (infusão a 6%)	500	1,5	0,5	4,0	26,5	0,03	1,0	0,03	400	14,0	8,0	18,0	200,0	0,45	0,8	0,38
Leite (tipo C-2%)	200	7,0	4,0	9,0	100,0	0,22	0,4	0,20	50	0,1	12,7	49,5	198,0			
Açúcar	60			58,4	233,6				15	9,3	0,2	57,4	268,6	0,02	1,2	0,10
Margarina	10	0,1	8,4	0,1	76,4				40	4,8	0,3	30,0	141,9			
Óleo milho (francês)	50	4,7	0,1	28,7	134,5	0,01	0,6	0,05	40	0,4		24,6	100,0			
Óleo milho	20	2,4	0,2	15,0	71,4				50	6,1	5,6	74,8	74,8	0,04	0,5	0,11
Salicha doce									60	4,8	0,8	45,9	210,0	0,5	0,06	
Bolacha de água e sal	50	6,3	7,1		89,1	0,31	0,4	0,17	60	1,1	0,1	10,6	47,7	0,01	0,2	0,05
Doce (Marmelada)									40	3,2	0,6	30,6	140,6			
Doce (picota)									60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28
Margarina									60	1,1	0,1	10,6	47,7			
Doce (far. milho)	60	5,8	1,9	43,0	212,3	0,01	0,5	0,11	40	3,8	1,2	28,7	140,8	0,01	0,2	0,05
Farinha mandioca									50	8,0	1,1	41,9	41,9	0,01	0,6	0,11
Carne de gado	100	20,5	6,5		140,5	0,01	3,2	0,22	100	19,7	3,1		106,7		1,9	0,20
Feijão									50	1,2	0,2	9,8	45,8		0,8	0,04
Abóbora									30	0,4	0,1	0,7	5,3	0,01	0,3	0,01
Chuchu									300	1,8	1,2	29,4	135,6	0,14	0,6	0,06
Conchura									200	2,9	0,5	52,9	227,7	0,06	1,2	0,05
Tomate									50	1,5	0,1	4,5	24,9	0,02	1,2	0,02
Aífoce	40	0,6	0,1	1,7	10,1	0,02	0,2	0,01	400			44,0	176,0	0,8	0,04	
Repolho	50	0,5	0,3	6,0	28,7	0,02	0,4	0,02	20				180,0			
Coimbra									200	2,9	0,5	52,9	227,7	0,06	1,2	0,05
Laranja	100	0,4	0,5	14,2	62,9	0,01	0,3	0,01	50	1,5	0,1	4,5	24,9	0,02	1,2	0,02
Banana (maçã)									400				176,0			
Maca									20		20,0		180,0			
Carne de porco																
Beterraba																
Coimbra																
Caró																
Conchura: óleo																
Banana																
Abacate																
TOTAL		69,4	51,6	311,6	1988,4	0,79	11,7	1,23		79,9	55,2	406,1	2440,8	0,76	11,2	1,30

DISTRIBUIÇÃO APROXIMADA DOS VALORES NUTRITIVOS SEGUNDO A MÉDIA DE ALIMENTOS INGERIDOS PELAS GESTANTES INSCRITAS
 NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C., NOV/1977.

GESTANTE Nº	15							16								
	QTDDE.	PROT.	GORD.	HC.	CAL.	CA.	FE.	P.	QTDDE.	PROT.	GORD.	HC.	CAL.	CA.	FE.	P.
ALIMENTOS E UNID. MEDIDA	(g)	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	(g)
café (infusão a 6%)	400	1,2	0,4	3,2	21,2	0,02	0,8	0,02	400	1,2	0,4	3,2	21,2	0,02	0,8	0,02
Leite (tipo C-2%)	200	7,0	4,0	9,0	100,0	0,22	0,4	0,20	40	0,1	8,4	39,6	158,4			
Arroz	60		4,2	58,4	233,6				10	4,7	0,1	28,7	76,4			
Vegetina	5				37,8				50	4,7	0,1	28,7	134,5	0,01	0,6	0,05
Dois trigo (francês)	25	2,3	0,1	14,4	67,7	0,01	0,3	0,03	30	3,6	0,2	22,5	106,2			
Pãozinho	30	3,6	0,2	22,5	106,2				20	0,2		12,5	50,0			
Salada caseira	30	3,6	2,1	21,3	118,5				50	6,1	5,6	74,8	74,8	0,04	0,5	0,11
Ovo	50	6,1	5,6						100	20,7	1,3	62,4	344,1	0,15	4,2	0,47
Sopa com massa	50	4,0	0,7	30,3	175,5		0,5	0,05	30	0,5		5,3	23,2		0,3	0,02
Sopa com arroz	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28	60	0,8	0,3	49,9	205,5	0,01	0,5	0,08
Feijão									100	16,0	2,1		82,9	0,02	1,1	0,23
Macarrão									30	0,4	0,1	3,2	15,3	0,02	0,2	0,01
Batata inglesa									30	0,4	0,1	3,2	15,3	0,02	0,2	0,01
Farinha (far. milho)	50	0,7	0,2	41,6	171,0	0,01	0,4	0,06	200	2,9	0,5	52,9	227,7	0,06	1,2	0,05
Farinha mandioca	100	20,5	6,5		140,5	0,01	3,2	0,22								
Carne de gado																
Fritado																
Abóbora																
Carabú																
Carota	40	0,5	0,1	4,3	20,1	0,02	0,2	0,02	30	0,4	0,1	3,2	15,3	0,02	0,2	0,01
Tomate	60	0,6	2,0	2,0	12,2	0,01	1,0	0,03								
Alface	40	0,6	0,1	1,7	10,1	0,02	0,2	0,01								
Pequiho																
Goiabá	100	0,6	0,4	9,8	45,2	0,05	0,2	0,02	200	2,9	0,5	52,9	227,7	0,06	1,2	0,05
Leãoia	300	4,3	0,8	79,3	341,6	0,06	1,2	0,05								
Banana (maçã)																
Maçã	50	1,5	0,1	4,5	24,9	0,02	1,2	0,02								
Leite de porco																
Batata-doce																
Castanha																
Maizena	20		20,0		180,0				20		20,0		180,0			
Gatunã: óleo									100	2,2	19,3	5,6	204,9	0,03	0,8	0,05
Banha																
Acacis																
TOTAL		69,5	46,5	347,7	2087,3	0,58	12,6	1,12		59,4	58,3	285,9	1905,9	0,36	10,2	1,09

DISTRIBUIÇÃO APROXIMADA DOS VALORES NUTRITIVOS SEGUNDO A MÉDIA DE ALIMENTOS INGERIDOS PELAS GESTANTES INSCRITAS
NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - S.C. FPOLIS., NOV/1977.

GESTANTE Nº	19										20									
	QTDDE.	PROT.	GORD.	HC.	CAL.	CA.	FE.	P.	QTDDE.	PROT.	GORD.	HC.	CAL.	CA.	FE.	P.				
QTDDE. DE ALIM. E COMP. NTR.	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(Kcal)	(g)	(mg)	(g)					
300 ml. leite (1-2A)	300	0,9	0,3	2,4	15,9	0,02	0,6	0,02	500	1,5	0,5	4,0	26,5	0,03	1,0	0,03				
400 g. leite (1-2A)	400	14,0	8,0	16,0	200,0	0,45	0,8	0,38	60	0,1	8,4	58,4	233,6							
15 g. leite (1-2A)	15	0,1	12,7	0,1	115,1				10	0,1	0,1	0,1	76,4							
80 g. leite (francês)	80	7,4	0,2	45,9	215,0	0,02	0,9	0,08	100	9,3	0,2	57,4	268,6	0,02	1,2	0,10				
100 g. leite (francês)	100	7,4	0,2	45,9	215,0	0,02	0,9	0,08	40	4,8	2,8	28,4	158,0							
100 g. leite (francês)	100	7,4	0,2	45,9	215,0	0,02	0,9	0,08	50	0,5	0,1	30,9	126,5							
30 g. leite (francês)	30	4,2	0,7	20,7	105,9				100	12,3	11,3		150,9	0,07	3,1	0,22				
60 g. leite (francês)	60	4,8	0,8	45,9	210,0		0,5	0,06	40	3,2	0,6	30,6	140,6		0,4	0,04				
60 g. leite (francês)	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28	60	12,4	0,8	37,4	206,4	0,09	2,5	0,28				
40 g. leite (francês)	40	3,8	1,2	28,7	140,8	0,01	0,2	0,08	40	0,7		7,0	30,8		0,4	0,03				
80 g. leite (francês)	80	16,4	5,2		112,4	0,01	2,6	0,18	30	0,4	0,1	25,0	102,5	0,01	0,2	0,04				
100 g. leite (francês)	100	16,0	2,1		82,9	0,02	1,1	0,23	50	10,3	3,3		70,9		1,6	0,11				
100 g. leite (francês)	100	1,4	0,2	4,3	24,6	0,05	0,6	0,03	50	0,5	0,2	1,7	10,6		0,8	0,02				
300 g. leite (francês)	300	4,3	0,8	79,3	341,6	0,06	1,2	0,05	50	0,7	0,1	2,2	12,5	0,03	0,3	0,02				
100 g. leite (francês)	100	0,4	0,5	14,2	62,9	0,01	0,3	0,01	300	4,3	0,8	79,3	341,6	0,06	1,2	0,05				
20 ml. leite (francês)	20		20,0		180,0				200	0,4	2,0	29,0	135,6		1,6	0,05				
20 ml. leite (francês)	20		20,0		180,0				20		20,0		180,0							
TOTAL		86,1	53,5	355,3	2247,1	0,74	11,3	1,40		61,4	51,2	391,4	2272,0	0,35	14,3	0,99				

