

2

Adequação nutricional em grávidas toxicodependentes assistidas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa

ELISABETE PINTO, CATARINA MOREIRA, ISABEL LAVINHA

Artigo recebido em 16/05/11; versão final aceite em 16/06/11.

RESUMO

Apesar de ser a mais frequente, o tabaco não é a única dependência durante a gravidez. O abuso do álcool e o uso de drogas ilícitas também são dependências com efeitos adversos durante a gravidez, sendo frequente a coexistência de várias dependências na mesma grávida. Além disso, estas mulheres são mais susceptíveis a outras exposições fetais adversas, nomeadamente a prática de uma alimentação inadequada. Pretendeu avaliar-se a adequação nutricional nas utentes seguidas na consulta de Nutrição e Dietética, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, durante o ano de 2009. Foram estudadas retrospectivamente 14 grávidas toxicodependentes com acompanhamento nutricional, através da consulta dos processos clínicos. A transformação da informação alimentar em informação nutricional foi efectuada com base na Tabela de Composição de Alimentos Portuguesa. A adequação nutricional foi estimada utilizando como referência as recomendações norte-americanas *Dietary Reference Intakes* para grávidas. A ingestão energética foi superior às suas necessidades. Verificaram-se elevadas prevalências de inadequação para os macronutrientes: 64% para os lípidos, 71% para os hidratos de carbono totais e 100% para os açúcares simples. Relativamente aos micronutrientes, salientam-se as elevadas prevalências de inadequação em folato (86%) e ferro (79%). Mais de metade da amostra ingeriu quantidades de cálcio inferiores ao recomendado. A ingestão hídrica mediana foi de 300 ml (0, 1000) e a ingestão mediana de bebidas açucaradas foi de 450 ml (0, 600). As grávidas toxicodependentes apresentam uma alimentação desequilibrada, justificando-se o seu acompanhamento pelo nutricionista.

Palavras-chave: Gravidez; Ingestão Alimentar; Inadequação Nutricional.

RÉSUMÉ

En dépit d'être la plus fréquente, le tabagisme n'est pas la seule dépendance des femmes pendant la grossesse. L'abus d'alcool et de drogues illicites sont aussi des dépendances qui provoquent des effets indésirables pendant la grossesse. Il y a même une fréquente coexistence de plusieurs dépendances dans la même femme enceinte. En outre, ces femmes sont plus sensibles à d'autres expositions indésirables du fœtus, y compris la pratique d'une alimentation inadéquate. On a voulu évaluer la suffisance nutritionnelle pour les femmes suivies en consultation avec de nutrition et diététique à la Maternité Dr. Alfredo da Costa, au cours de l'année 2009. Nous avons étudié rétrospectivement 14 toxicomanes enceintes qui suivait des conseils nutritionnels, en consultant les respectives dossiers cliniques. La transformation de l'information alimentaire en information nutritionnelle fut basée sur la Table Portugaise de Composition des Aliments. L'adéquation nutritionnelle a été estimée en utilisant comme référence les recommandations pour les femmes enceintes des autorités américaines (*Dietary Reference Intakes*). L'apport énergétique a été supérieur à leurs besoins. Il y a une forte prévalence de l'insuffisance en ce qui concerne les macronutrientes: 64% pour les matières grasses, 71% pour les glucides totaux et 100% pour les sucres simples. Pour les micronutrientes, on constate la prévalence de l'insuffisance en folate (86%) et en fer (79%). Plus de la moitié de l'échantillon a consommé des quantités de calcium inférieures à la dose recommandée. La prise d'eau moyenne a été de 300 ml (0; 1000) et l'apport moyen de boissons sucrées a été de 450 ml (0, 600). Les toxicomanes enceintes ont une alimentation déséquilibrée, ce qui justifie un accompagnement par le diététicien.

Mots-clé: Grossesse; Prise Alimentaire; Insuffisance Nutritionnelle.

ABSTRACT

Although the most frequent, the tobacco smoking is not the only dependency during pregnancy. The alcohol abuse and the use of illicit drugs are part of dependencies with serious effects during pregnancy, being frequent the co-existence of several dependencies in the same pregnant woman. Additionally, these pregnant women are more likely to other fetal adverse exposures, namely an inadequate diet. In this study, we aim to evaluate the nutritional intake and their adequacy in pregnant women who attend the addictive pathology consultations, with indication for dietetic and nutritional follow-up, during 2009, at Dr. Alfredo da Costa Maternity. Fourteen pregnant women with nutritional follow-up were retrospectively studied by consultation of their clinical records. The conversion in nutrients was implemented using the Portuguese foods composition table. The nutritional adequacy was calculated using as reference the North-American recommendations Dietary Reference Intakes for pregnant women. All women reported higher energy intake than their requirements. There were high prevalences of inadequacy for the macronutrients: 64% for lipids, 71% for carbohydrates and 100% for sugars. Regarding micronutrients, we highlight the high prevalences of inadequacy for folate (86%) and iron (79%). Median for water intake was 300ml (0; 1000) and for soft drinks 450ml (0, 600). Addictive pregnant women show an unbalanced diet, reinforcing the role of nutritional care of these women.

Key Words: Pregnancy; Dietary Intake; Nutritional Inadequacy.

RESUMEN

Aunque sea la más frecuente, el tabaco no es la única dependencia durante la gravidez. El abuso de alcohol y el uso de drogas ilícitas son, también, dependencias con efectos adversos durante la gravidez, siendo frecuente la coexistencia de varias dependencias en la misma grávida. Además, estas mujeres son más susceptibles a otras exposiciones fetales adversas, sobre todo la práctica de una alimentación inadecuada. Se pretendió evaluar la adecuación nutricional en las pacientes seguidas en la consulta de Nutrición Dietética, en la Maternidad Dr. Alfredo da Costa, durante el año de 2009. Fueran estudiadas retrospectivamente 14 grávidas drogodependientes con acompañamiento nutricional, a través de la consulta de los procesos clínicos. La transformación de la información alimentar en información nutricional se basó en la Tabla de Composición de Alimentos Portuguesa. La adecuación nutricional se estimó utilizando como referencia las recomendaciones norteamericanas Dietary references Intakes para grávidas. La ingestión energética fue superior a sus necesidades. Se verificaron elevadas prevalencias de inadecuación para los macronutrientes: 64% para los lípidos, 71% para los hidratos de carbono totales y 100% para los azúcares simples. Relativamente a los micronutrientes, se destacan las elevadas prevalencias de inadecuación en folato (86%) y hierro (79%). Más de la mitad de la muestra ingirió cantidades de calcio inferiores al recomendado. La ingestión mediana de bebidas azucaradas fue de 450ml (0, 600). Las grávidas drogodependientes presentan una alimentación desequilibrada se justificando, así, su acompañamiento por el nutricionista.

Palabras Clave: Gravidez; Ingestión Alimentar; Inadecuación Nutricional.

1 – INTRODUÇÃO

O tabagismo durante a gravidez é a dependência mais frequente, sendo a principal causa de baixo peso ao nascimento, nos países desenvolvidos (Kramer, 2003). Outros desfechos da gravidez, como atraso do crescimento intra-uterino, parto pré-termo ou morte fetal, têm sido associados a este comportamento materno. Apesar de ser a mais frequente, o tabagismo não é a única dependência durante a gravidez. O abuso das bebidas alcoólicas e o uso de drogas ilícitas constituem outras dependências com efeitos sérios neste período. Acresce, ainda, que é frequente a coexistência de várias dependências na mesma grávida, tornando-se difícil estabelecer o peso relativo de cada uma na gênese do atraso de crescimento intra-uterino (Andres, 1999).

É habitual, nas grávidas toxicodependentes, observar-se subnutrição e desregulação da alimentação (Huggins *et al.*, 1994), conduzindo frequentemente a uma baixa progressão de peso durante a gravidez. Alguns investigadores sugerem a existência de mecanismos de recompensa comuns a nível cerebral, sendo a abstinência de drogas por vezes colmatada pela ingestão de alguns alimentos (Grigson, 2002). Por outro lado, as mulheres dependentes de heroína apresentam alterações metabólicas e nas suas escolhas alimentares, que poderão ser responsáveis pelas alterações do peso corporal. Vários autores que estudaram as preferências alimentares em consumidores de opiáceos referem a apetência para a ingestão de substâncias doces, incluindo o açúcar e os alimentos doces (Levine *et al.*, 2003). Na gravidez, este comportamento pode associar-se a um ganho ponderal excessivo que não potencia o desenvolvimento do feto e apenas acarreta complicações obstétricas para a mãe, nomeadamente diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, risco de cesariana e obesidade no pós-parto, e para o próprio feto, incluindo macrossomia, anomalias no tubo neural ou obesidade na idade adulta (Vause *et al.*, 2006). A avaliação do peso corporal e o levantamento de hábitos alimentares e durante a assistência pré-natal, são estratégias importantes para a identificação do estado nutricional das grávidas, sendo possível, dessa forma, a orientação nutricional individualizada, visando a otimização do estado nutricional materno, a melhoria das

condições maternas para o parto e a adequação do peso do recém-nascido (Santos *et al.*, 2006).

Com este estudo pretendeu-se avaliar a ingestão alimentar e a adequação nutricional das utentes seguidas na consulta de Patologia Adictiva e que foram referenciadas para a consulta de Nutrição e Dietética, durante o ano de 2009, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

2 – MATERIAL E MÉTODOS

Considera-se como toxicodependência um estado de intoxicação periódica ou crónica originada pelo consumo de drogas.

2.1 – Desenho de Estudo

Este estudo descritivo foi constituído por uma coorte retrospectiva de 14 utentes. Avaliaram-se retrospectivamente os processos clínicos e os registos alimentares de todas as utentes seguidas na consulta de Patologia Adictiva que foram referenciadas para a consulta de Nutrição e Dietética, durante o ano de 2009, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Deste modo, não foram incluídas neste estudo as restantes utentes da Consulta de Patologia Adictiva, já que não manifestavam o conjunto de critérios necessários para serem enviadas pelo respectivo médico obstetra ou enfermeiro para a Consulta de Nutrição, critérios esses que incluíam, fraca alimentação, ganho ponderal inadequado durante a gestação ou necessidade de intervenção nutricional.

2.2 – Recolha de Informação

Os registos clínicos e nutricionais foram consultados para a obtenção de dados relativos a:

1. Caracterização sociodemográfica

Os dados pessoais e condição sociodemográfica incluíram a idade, a raça (sendo que todas as mulheres estudadas eram de raça branca), a profissão e as habilitações literárias registadas em anos completos de escolaridade e posteriormente agrupados nas seguintes categorias: analfabeto, 1 – 6 anos, 7 – 9 anos, 10 – 12 anos e mais de 12 anos.

2. Estilos de vida

Neste item, avaliado na primeira consulta obstétrica e confirmado nas consultas subsequentes, analisou-se os hábitos tabágicos, questionando-se o número de cigarros fumados por dia. Avaliaram-se, também, os hábitos de consumo de outras drogas, durante a gravidez, sendo essa informação confirmada bioquimicamente e anotando-se numa folha de registo os resultados das análises a todas as drogas ilícitas, designadamente, opiáceos, anfetaminas, canabinóides, cocaína e barbitúricos. Recolheu-se ainda informação sobre o seguimento de um programa de manutenção com metadona, que se encontrava registado no processo clínico, com a respectiva dosagem, e nos Registos de Enfermagem, onde se salientavam as devidas alterações terapêuticas ao longo do tratamento, se necessário. Na amostra estudada, nenhuma grávida se encontrava em programa de manutenção com buprenorfina, uma terapêutica alternativa à metadona.

3. Marcadores Serológicos de doenças infecciosas

Verificou-se, na mesma folha de registos bioquímicos, os marcadores serológicos para doenças infecciosas, relativos ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e às Hepatites B e C, através da análise de resultados aos anticorpos. Foram, também, recolhidas informações sobre outras infecções, nomeadamente Sífilis e Tricomonas.

4. Complicações obstétricas durante a gravidez

Através do partograma e de outros registos do processo, assinalou-se a ausência/presença de complicações obstétricas durante a gravidez.

5. Evolução Antropométrica

A evolução ponderal durante a gestação foi recolhida a partir dos registos do partograma. Para este estudo foram registados os pesos no final do primeiro (até às 13 semanas e 6 dias), do segundo (até às 27 semanas e 6 dias) e do terceiro (último registo antes do parto) trimestres de gravidez. Recolheu-se, ainda, informação relativa ao peso pré-concepcional reportado na primeira consulta. Paralelamente, as mulheres foram

pesadas nas consultas de Nutrição, utilizando uma balança de pesos. A altura foi reportada ou, se a mulher a desconhecesse, foi medida no estadiómetro da balança. Apesar de ser frequentemente uma medida reportada, houve a hipótese de testar a concordância das respostas das grávidas, uma vez que esse dado é obtido nas primeiras consultas de enfermagem e foi novamente apurado na consulta de Nutrição. Com base nestes dois parâmetros antropométricos foi calculado o índice de massa corporal (IMC), posteriormente avaliado com base nos pontos de coorte da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995).

O ganho ponderal na gravidez foi calculado como a diferença entre o peso pré-concepcional reportado e o último registo de peso na gravidez. A adequação de peso na gravidez foi avaliada de acordo com as recomendações norte-americanas do Institute of Medicine (Institute of Medicine, 2009).

6. Ingestão alimentar

Segundo o procedimento habitual da Consulta de Nutrição na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, na primeira consulta é realizado um inquérito, através de entrevista semi-estruturada, que reporta a ingestão alimentar habitual, personalizado e detalhado, nomeadamente no que diz respeito às porções dos alimentos consumidos a todas as refeições, hora e local das refeições (esquemas das refeições), métodos culinários mais utilizados, preferências alimentares e alimentos preteridos, alergias e intolerâncias alimentares, quantidade de água ingerida e ingestão de outras bebidas açucaradas, ingestão de bebidas alcoólicas e pormenores relativos ao acto de mastigação. As mulheres são também inquiridas relativamente à sua actividade física. Apenas os dados considerados relevantes pelo profissional que faz a consulta são registados (no Anexo I apresenta-se um exemplo deste registo). A avaliação da adequação nutricional foi calculada a partir destes registos da ingestão alimentar habitual.

6.1 – Conversão dos dados alimentares em dados nutricionais

As porções de alimentos e bebidas foram estabelecidas por consenso entre as três estagiárias de nutrição que

se encontravam na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, aquando da realização do trabalho. Para os alimentos ou grupos de alimentos em que existem diferentes espécies ou variedades e/ou que podem ser cozinhados de diferentes modos, foram estimadas as médias dos nutrientes que os constituem. Para os alimentos confeccionados foi estimada a quantidade de gordura adicionada, mas não de sal. As médias foram realizadas para os seguintes alimentos ou grupos de alimentos: fruta, saladas, queijo, iogurte, salgados, arroz, massa, bolachas, bolos, produtos hortícolas, cereais, pão, sopas, sobremesas, sumos de fruta naturais, sumos sem gás, refrigerantes com gás, chá, cafés expresso e solúvel, água, vinho, cerveja, chocolate solúvel, biscoitos, doces e compotas, açúcar, gordura para culinária, frutos secos, manteiga e cremes para barrar, carne grelhada, carne frita, peixe cozido, peixe assado, peixe grelhado, peixe frito, peixe estufado, carne estufada e carne cozida. Para os restantes alimentos foi assumida a sua composição nutricional. A conversão foi feita recorrendo à Tabela da Composição de Alimentos portuguesa, publicada pelo Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge (Centro de Segurança Alimentar e Nutrição, 2007). Os nutrientes considerados para esta análise foram: proteína (g e percentagem do total energético), gordura total (g e percentagem do total energético), hidratos de carbono totais e simples (g e percentagem do total energético) e fibra alimentar (g). Foram ainda estimadas as ingestões das vitaminas C, D e E, folato, sódio (apenas o intrínseco aos alimentos), ferro e cálcio. A ingestão energética foi calculada através do aporte de macronutrientes, assumindo que 1 g de proteínas e de hidratos de carbono fornecem 4 kcal, que 1 g de gordura fornece 9 kcal e que 1 g de álcool fornece 7 kcal.

6.2 - Estimativa da prevalência de inadequação na ingestão alimentar das grávidas

A estimativa das necessidades energéticas (ENE) das mulheres foi calculada com base na seguinte equação: $ENE = 354 - 6,9 \times \text{idade (anos)} + PAL [(9,36 \times \text{peso (kg)} + 726 \times \text{altura (m)})]$ (Gal *et al.*, 2005) assumindo que estas mulheres apresentam um nível baixo de atividade física (PAL), ou seja, assumiu-se um $PAL=1,12$.

Posteriormente, foram somadas 0 kcal, 350 kcal ou 500 kcal, dependendo se a grávida se encontrava no primeiro, segundo ou terceiro trimestres de gravidez, respectivamente, na data da avaliação da ingestão alimentar (Lachance, 1998). A inadequação da ingestão em macronutrientes foi estimada utilizando os pontos de corte norte-americanos Acceptable Macronutrient Distribution Ranges (AMDR) e a inadequação da ingestão em micronutrientes foi calculada utilizando os Estimated Average Requirements (EAR) (Lachance, 1998), (Institute of Medicine, 2001). A inadequação para a ingestão de fibra alimentar, sódio, cálcio e vitamina D foi estimada com base nas Adequate Intakes (AI), uma vez que não existem EAR para estes nutrientes. Foram utilizadas as recomendações para a faixa etária dos 19 aos 50 anos, por corresponder à idade das mulheres estudadas. A prevalência de inadequação para os macronutrientes foi estimada como a proporção de mulheres com ingestão fora do intervalo recomendado e para os micronutrientes como a proporção de mulheres com ingestão inferior ao valor recomendado.

7. Informação do recém-nascido

Relativamente ao recém-nascido foi recolhida informação relativa ao peso ao nascimento e à idade gestacional no momento parto. A idade gestacional foi registada em semanas e posteriormente transformada em dias. A adequação do peso ao nascimento em relação à idade gestacional foi obtida através dos registos no processo clínico.

8. Análise estatística

Atendendo ao tamanho amostral ($n=14$) considerou-se mais adequado a utilização de medianas e respectivos intervalos interquartis (P25; P75) para descrever as variáveis contínuas estudadas. As variáveis categóricas foram descritas através de proporções. Os dados foram informatizados no programa Excel e posteriormente convertidos para análise pelo programa SPSS, versão 17.

3 - RESULTADOS

Durante o ano de 2009, 14 mulheres da consulta de Patologia Adictiva, seguidas na Maternidade Dr.

Alfredo da Costa, tiveram também acompanhamento nutricional especializado. Aproximadamente um terço destas mulheres (n=5, 35,7%) tinha idade superior a 35 anos. A maioria das mulheres tinha até 9 anos de escolaridade (n=8; 57,1%), no entanto, é de referir uma grávida que não tinha qualquer escolaridade e, no outro extremo, uma licenciada. Relativamente à condição profissional, a maioria das mulheres (n=9; 64,4%) estavam desempregadas na gravidez.

TABELA 1 – Características das grávidas estudadas (n=14).

	N	%
Idade Materna		
<35 anos	9	64,3
≥35 anos	5	35,7
Habilitações Literárias		
Analfabeta	1	7,1
1 – 6 anos	2	14,3
7 – 9 anos	6	42,9
10 – 12 anos	4	28,6
> 12 anos	1	7,1
Condição Profissional		
Empregada de Balcão	2	14,3
Emprega de Limpeza	1	7,1
Bordadeira	1	7,1
Estudante	1	7,1
Desempregada	9	64,4
Hábitos Tabágicos na Gravidez		
≤ 5 cigarros/dia	5	35,7
> 5 cigarros/dia	9	64,3
Uso de Drogas Ilícitas na Gravidez		
Sim	5	35,7
Manutenção com Metadona		
Sim	11	78,6
Doenças Infecciosas		
VIH	4	28,6
Hepatite C	4	28,6
Hepatite B	2	14,3
Hepatite C e B	1	7,1
Outras	2	14,3

Todas as mulheres se mantiveram fumadoras durante a gravidez, sendo que a maioria fumava mais de 5 cigarros por dia. Adicionalmente, cinco grávidas (35,5%) mantiveram o consumo de drogas durante a gravidez, sendo que 2 consumiam canabinóides, 1 cocaína e 2 a associação de canabinóides com heroína. Onze grávidas fizeram manutenção com metadona durante a gravidez, no entanto três destas mulheres mantiveram o consumo concomitante de drogas.

Quatro mulheres encontravam-se infectadas pelo vírus do VIH, metade delas estavam infectadas pelo vírus da Hepatite (B, C ou ambas) e duas apresentavam outras infecções, nomeadamente uma que apresentava Sífilis e outra com infecção por *Tricomonas* (Tabela 1). Na amostra em estudo foi diagnosticado, através da realização de análises ao sangue, um caso de diabetes gestacional.

Relativamente à avaliação do estado nutricional pré-concepcional, observa-se que uma mulher se encontrava com excesso de peso, uma outra em obesidade grau II e uma mulher encontrava-se na categoria de magreza. As restantes apresentavam um IMC correspondente a um peso normal.

No que diz respeito ao ganho ponderal ao longo da gravidez, a mediana foi de 11 kg, o valor máximo constatado correspondia a 29 kg, enquanto o valor mínimo correspondia a 3 kg. Das 13 grávidas com informação para este parâmetro, apenas 5 (38,5%) apresentam uma evolução favorável do peso ao longo da gestação (tabela 2).

TABELA 2 – Avaliação antropométrica da amostra estudada.

	N	Mediana (P25; P75)
Peso pré-concepcional (kg)	14	57,5 (53,8; 62,5)
Altura (m)	14	1,64 (1,61; 1,68)
Peso no final do 1º T (kg)	11	62,0 (55,0; 69,0)
Peso no final do 2º T (kg)	13	64,0 (62,3; 74,5)
Peso no final do 3º T (kg)	13	71,0 (65,0; 80,5)
Ganho ponderal na gravidez (kg)	13	11,0 (7,5; 19,5)
n (%)		
Adequação do ganho de peso na gravidez		
Insuficiente	5	38,5
Adequado	5	38,5
Excessivo	3	23,0

1º T – primeiro trimestre; 2º T – segundo trimestre; 3º T – terceiro trimestre.

Na tabela 3 encontra-se descrita a ingestão nutricional das grávidas estudadas, bem como a sua adequação. A idade gestacional mediana na avaliação da ingestão alimentar habitual foi de 97 dias (67; 155). Relativamente à ingestão nutricional, verificou-se que a maioria das mulheres consumia quantidades de energia largamente superiores às suas necessidades: a mediana de ingestão energética na gravidez foi de 3326 kcal (2339; 4380), enquanto as necessidades teóricas para as mesmas mulheres eram

de 2532 kcal (2203; 2680), sendo a diferença mediana entre os dois cálculos e 717 kcal (-227; 1708).

Ao avaliar este grupo de grávidas, verifica-se que fazem ingestões nutricionais acima da média relativamente aos valores de referência para os hidratos de carbono, salientando-se que todas as mulheres consomem proporções de açúcares simples superiores às recomendações. As recomendações internacionais, realçam que os hidratos de carbono de absorção rápida não devem ultrapassar os 25% do VET; neste estudo, a mediana foi de 43,1%.

Verificou-se que os hábitos alimentares da maioria das grávidas incluíam um aporte mediano de lípidos, cálcio,

folato e ferro, inferior aos valores de referência.

Em relação à ingestão de vitamina C, D e E, apesar das ingestões medianas não se encontrarem abaixo das recomendações, as prevalências de inadequação foram de 50,0%; 21,4% e 35,7%, respectivamente.

Durante a recolha da informação alimentar, as mulheres foram também questionadas relativamente à ingestão de bebidas. De salientar que 2 mulheres bebiam regularmente 150 ml de vinho tinto durante a gravidez. A ingestão hídrica mediana foi de 300 ml (0; 1000) e a ingestão mediana de bebidas açucaradas foi de 450 ml (0, 600), sendo que 8 das mulheres estudadas bebiam diariamente bebidas açucaradas.

TABELA 3 – Valores de referência, ingestão nutricional e prevalência da inadequação das mulheres durante a gravidez.

Nutriente	Valores de Referência	Mediana	(P25; P75)	Prevalência de Inadequação	
				n	%
Energia (Kcal)		3326	2339; 4380	-	-
Proteínas (% VET)	10 – 35 ^a	14,1	12,7; 15,2	0	0,0
Lípidos (% VET)	20 – 35 ^a	18,9	16,1; 24,4	9	64,3
Hidratos de Carbono (% VET)	45 – 65 ^a	66,9	63,6; 70,6	10	71,4
Açúcares (% VET)	<25	43,1	39,4; 45,5	14	100,0
Fibra Alimentar (g)	28 ^c	29,0	18,4; 39,4	7	50,0
Vitamina C (mg)	70 ^b	143,2	66,3; 561,0	4	28,6
Vitamina D (µg)	5 ^c	8,6	5,1; 9,8	3	21,4
Vitamina E (mg)	12 ^b	14,5	8,4; 21,9	5	35,7
Folato (µg)	520 ^b	256,0	148,7; 362,6	12	85,7
Cálcio (mg)	1000 ^c	900,1	733,2; 1302,6	8	57,1
Ferro (mg)	22 ^b	15,2	9,5; 21,4	11	78,6
Sódio (mg)	1500 ^c	2854,2	1845,3; 3468,0	2	14,3

VET – Valor Energético Total; a – Acceptable Macronutrient Distribution Range; b – Estimated Average Requirements; c – Adequate Intakes.

O tipo de parto foi maioritariamente eutócico. A mediana da idade gestacional ao nascimento foi de 268 dias, que corresponde a 38 semanas e 3 dias. Relativamente à mediana do peso ao nascimento foi de 2708 g. O valor máximo observado correspondia a 4025 g, correspondendo o valor mínimo a 980 g.

Somente duas gravidezes foram pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas, ou seja, 259 dias) e das 12 gravidezes de termo 3 recém-nascidos apresentavam baixo peso (peso ao nascimento inferior a 2500 g).

Relativamente à adequação do peso para a idade gestacional, a maioria dos recém-nascidos encontrava-se, pelo menos, no percentil 50 (tabela 4).

TABELA 4 – Informação do Parto e do Recém-nascido.

Tipo de Parto	n (%)	
Eutócico		12 (85,7)
Cesariana		2 (14,3)
Idade Gestacional ao nascimento (dias)	Mediana (P25; P75)	268 (263; 276)
Peso ao nascimento (g)	Mediana (P25; P75)	2708 (2066; 2975)
Adequação do peso ao nascimento para a idade gestacional		
< P50		3 (21,4)
P50	n (%)	6 (42,9)
> P50		5 (35,7)

4 – DISCUSSÃO

Neste estudo pretendeu avaliar-se a ingestão nutricional de uma amostra de 14 grávidas toxicodependentes, quantificando a prevalência de inadequação de nutrientes fundamentais durante a gravidez.

Na amostra estudada, verificou-se uma elevada percentagem de grávidas com 35 anos ou mais, condição que determina uma vigilância mais apertada por serem mais prevalentes as complicações da gravidez (Usta *et al.*, 2008; Tournaire, 2010). Este cuidado deve ser ainda redobrado quando, além da idade, acresce a condição de toxicodependente. Do ponto de vista socioeconómico há a salientar a grande proporção de mulheres desempregadas, o que acarretará dificuldades económicas que se poderão repercutir nos cuidados com a gravidez, incluindo os cuidados alimentares.

A grande maioria destas mulheres encontrava-se a fazer manutenção com metadona, aliás como é mandatário quando a mulher é admitida na consulta de Patologia Adictiva e se justifica este tratamento. No entanto, e apesar de as mulheres se comprometerem a deixar de consumir, verificou-se que 3 das mulheres que se encontravam na manutenção com metadona continuaram a consumir, como foi possível testar através das análises ao sangue. De salientar ainda que todas as grávidas estudadas mantiveram os seus hábitos tabágicos durante a gravidez. Apesar de a amostra ser pequena, podemos especular sobre a maior dificuldade destas mulheres em deixarem o tabaco, já que nenhuma deixou de fumar durante a gravidez e, segundo os registos clínicos, também não diminuíram a quantidade de cigarros diários. Num estudo prévio (Pinto *et al.*, 2008) em grávidas portuguesas constatou-se uma diminuição da proporção de grávidas fumadoras ao longo dos 3 trimestres de gravidez.

Um grande número de mulheres encontrava-se infectado pelo vírus do HIV (28,6%) ou pelos vírus da hepatite (50,0%), consequências frequentes do consumo de drogas injectáveis. As doenças infecciosas são mais um dos factores que tornam estas gravidezes de elevado risco, desta feita pelo risco de transmissão mãe-filho.

A todas estas características há a somar aspectos não analisados neste trabalho, mas característicos desta

população, como o facto de se tratarem frequentemente de gravidezes não planeadas e não desejadas e acontecerem no seio de famílias desestruturadas que em nada ajudam estas mulheres.

A alimentação é reconhecidamente uma exposição preponderante no crescimento e desenvolvimento fetais, sendo a principal causa de baixo peso ao nascimento nos países em desenvolvimento e a segunda nos países desenvolvidos, logo a seguir ao tabaco (Kramer, 2003; Moore *et al.*, 2004). Além disso, a alimentação materna condiciona a saúde da mulher durante a gravidez e após o nascimento do bebé (Olafsdottir *et al.*, 2006; Enid *et al.*, 1994). É importante salientar que estas grávidas, sendo toxicodependentes, apresentam concomitantemente uma série de características que contribuem para efeitos mais exacerbados, na medida em que vários estudos confirmam que o estado nutricional da maioria das pessoas dependentes de opiáceos é pobre (Santolaria *et al.*, 1994; Oliveira *et al.*, 2005).

Apesar de, nos grandes Serviços de Obstetrícia do país, existirem consultas de Patologia Adictiva, muitas delas usufruindo do apoio da consulta de Nutrição, nunca tinha sido realizado um estudo para descrever a adequação nutricional nesta população específica, que possa nortear uma intervenção mais eficaz.

Apesar dos métodos utilizados para recolha dos dados e seu tratamento não terem sido os mesmos, são abismais as diferenças das prevalências de inadequação em macronutrientes encontradas nestes estudo e num outro estudo com grávidas portuguesas, cujo recrutamento não teve por base este comportamento específico, o uso de drogas (Pinto *et al.*, 2008). Obtiveram-se proporções de inadequação muito superiores no presente estudo, obtiveram-se prevalências muito superiores de lípidos (64,3% vs. 20,7%) e de hidratos de carbono (71,4% vs. 11,3%), sendo que neste estudo a inadequação em gordura foi essencialmente por defeito e de hidratos de carbono por excesso e, no outro estudo, ocorreu exactamente o contrário.

O grande contributo relativo dos hidratos de carbono na ingestão diária destas mulheres explica-se, em grande parte, pelo elevado consumo de açúcares e produtos doces. A maioria das pesquisas sobre as preferências

alimentares em consumidores de opiáceos refere a apetência para a ingestão de substâncias doces, incluindo o açúcar e os alimentos doces (Levine *et al.*, 2003). O consumo de açúcares simples na gravidez deve ser moderado pela maior vulnerabilidade do metabolismo glicídico durante a gravidez, colocando-se a possibilidade de ocorrência de diabetes gestacional. Na amostra estudada observou-se um caso de diabetes gestacional, não sendo possível tecer considerações relativamente à prevalência da doença nesta população específica, atendendo ao tamanho amostral.

Em relação aos micronutrientes estudados, verificou-se uma elevada prevalência de inadequação de folato e de ferro, aliás como se tinha observado no estudo já citado (Pinto *et al.*, 2008). Por serem conhecidas as ingestões insuficientes nestes dois micronutrientes, durante a gravidez, face às necessidades, todas as mulheres são aconselhadas a fazer a sua suplementação. No entanto, no caso do ácido fólico, é possível que a suplementação seja feita depois da idade gestacional em que o seu papel protector está claramente demonstrado (na prevenção das malformações do tubo neural), isto é, as primeiras 4 semanas de gravidez (Goldberg *et al.*, 2006). Tratando-se de gravidezes não planeadas será impossível iniciar a suplementação antes desta altura, pois a mulher não saberá que está grávida. É possível que a ingestão de vitamina C tenha sido sobrestimada neste estudo. Para algumas grávidas, a estimativa da ingestão de vitamina C foi da ordem dos 600 mg. Revendo as histórias alimentares destas mulheres, observou-se que estes níveis coincidiam com mulheres que bebiam grandes quantidades de bebidas açucaradas. Como algumas dessas bebidas são suplementadas em vitamina C, o valor médio de vitamina C assumido para o grupo dos sumos foi elevado. O facto de desconhecermos o tipo e até a marca comercial dos sumos ingeridos constitui uma limitação deste estudo.

Para a ingestão de fibra, sódio, cálcio e vitamina D, em rigor, não pode ser calculada a prevalência de inadequação, porque esta só pode ser calculada com base na EAR. No entanto, determinámos a prevalência de mulheres com ingestões inferiores às respectivas AI.

Metade das mulheres apresentavam baixa ingestão de fibra alimentar. Sabe-se que a obstipação é uma complicação frequente da gravidez, especialmente no final, por diminuição do peristaltismo gastrointestinal. Um adequado consumo de fibra seria fundamental para evitar esta complicação.

Três grávidas apresentaram um aporte de vitamina D inferior à respectiva AI, no entanto, a ingestão de vitamina D não é problemático para o seu aporte total, atendendo à possibilidade de síntese por interferência da luz solar e favorecendo a posição geográfica de Portugal tal síntese.

Salienta-se que mais de metade da amostra ingeriu quantidades de cálcio inferiores ao recomendado. O cálcio é um nutriente chave durante a gravidez, por estar envolvido na formação do esqueleto do bebé. Apesar de as necessidades de cálcio não aumentarem durante a gravidez, é imprescindível que a mulher ingira as quantidades recomendadas, sob pena de enfraquecimento dos seus próprios ossos e dentes para fornecimento de cálcio ao feto. Poder-se-á especular que este número de mulheres com ingestão baixa de cálcio esteja subestimado, por sobrestimativa da ingestão de produtos lácteos pela mulher, por questões de desejabilidade social.

Em relação ao sódio, apenas foi considerado o sódio intrínseco aos alimentos e, mesmo assim, apenas 2 mulheres não atingiram a respectiva AI (mediana de ingestão foi de 2854,2 g). Este resultado poderá indiciar que estas grávidas, à semelhança da restante população portuguesa, ingerem quantidades excessivas de sódio. Salienta-se também que apesar da recomendação de ausência de álcool durante a gravidez, observou-se que duas grávidas faziam ingestão diária de vinho à refeição. Apesar da falta de robustez dos dados, condicionada pelo tamanho amostral, parece evidente que as mulheres toxicodpendentes terão maior probabilidade de ter parto pré-termo (14,3% vs. 6,6 – 7,4% na população portuguesa referência) e de dar à luz crianças com baixo peso (21,4% vs. 7,7% na população portuguesa referência) (EURO-PERISTAT, 2008). Estes resultados serão provavelmente condicionados por uma multiplicidade de factores, nomeadamente hábitos tabágicos,

perpetuação do consumo de drogas, má vigilância da gravidez e também alimentação deficitária.

Atendendo às inadequações observadas, é oportuno referir que provavelmente todas as grávidas toxicodependentes, ou pelo menos um número maior, beneficiariam de acompanhamento nutricional especializado, já que os erros cometidos podem não ser facilmente detectados pelos profissionais que as seguem e referenciam. Talvez se justificasse um rastreio nutricional organizado destas mulheres.

Recentemente, tem-se considerado que a alimentação do período pré-concepcional poderá ter um efeito fulcral no crescimento e desenvolvimento fetais (Kind *et al.*, 2006; Harding, 2001). Importa, por isso, referir que o cuidado alimentar durante a gravidez é apenas “uma peça do jogo” da influência da alimentação materna no recém-nascido.

Este estudo salienta-se pela sua pertinência e originalidade, no entanto, reconhece-se como limitações o tamanho amostral e o método de avaliação da ingestão alimentar utilizado. Este, apesar de possuir um conjunto de requisitos que o torna aceitável para esta abordagem, foi primeiramente utilizado com propósitos clínicos, não sendo cumpridas uma série de regras respeitantes à sistematização da colheita de informação.

5 – CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão pode afirmar-se que as grávidas toxicodependentes apresentam uma alimentação desequilibrada, que se traduz na inadequação de muitos nutrientes, justificando-se peremptoriamente o acompanhamento destas grávidas pelo nutricionista.

A ligação entre as preferências alimentares e as drogas, cada uma com a sua própria complexidade, merece claramente futuras investigações.

CONTACTOS:

ELISABETE PINTO

Docente na ESB e investigadora no Centro de Biotecnologia e Química Fina e no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Nutricionista / Professora Auxiliar

ebpinto@esb.ucp.pt

CATARINA MOREIRA

Enquanto aluna da Escola Superior de Biotecnologia (ESB), desenvolveu este trabalho de investigação.

ISABEL LAVINHA

Dietista na Maternidade Dr. Alfredo da Costa e participou na definição do tema, bem como supervisionou o trabalho de campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andres, R. (1999). “Social and Illicit drug use in pregnancy”. In *Maternal-Fetal Medicine, Principles and Practice*, 4ª edição, (Creasy & Resnik), WB Saunders Company, Filadélfia.

Centro de Segurança Alimentar e Nutrição (2007). Tabela da Composição de Alimentos, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Editorial do Ministério da Educação, Lisboa.

Enid, K.; Hutchinson, J.; Edwards, C.; Spurlock, B.; Oyemade, U.; Jonhson A. *et al.* (1994). “Relationships of Serum Illicit Drug Concentrations During Pregnancy to Maternal Nutritional Status”. *J Nutr.*, 124:9 73-80.

EURO-PERISTAT project, with SCPE EUROCAT, EURONEOSTAT (2008). *European Perinatal Health Report: better statistics for better health for pregnant women and their babies*, Available: <http://www.europeristat.com>.

Food and Nutrition Board (2001). Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes. Washington, D.C.: National Academy Press; Available at <http://www.nap.edu>.

Gal, D.; Santos, A. C.; Barros, H. (2005). “Leisure-time versus full-day energy expenditure: a cross-sectional study of sedentarism in a Portuguese urban population”. *BMC Public Health*, 5: 16.

Goldberg, B.; Alvarado, S.; Chavez, C.; Chen, B.; Dick, L.; Felix, R. *et al.* (2006). “Prevalence of periconceptional folic acid use and perceived barriers to the postgestation continuance of supplemental folic acid: survey results from a Teratogen”. *Res A Clin Mol Teratol.*, 76: 193-9.

Grigson, P. S. (2002). “Like drugs for chocolate: separate rewards modulated by common mechanisms?”. *Physiol Behav.* 76 (3): 389-95.

Harding, J. (2001). “The Nutricional basis of the fetal origins of adult disease”. *Int. J. Epidemiol.*, 30: 15-23.

Huggins, N. D.; Khaled, M. A.; Cornwell, P. E.; Alvarez, J. O. (1994). “Nutritional Status and Immune Function in Cocaine and Heroin abusers and in Methadone Treated Subjects”. *Substance of abuse*, 12 (4): 209-14.

Institute of Medicine (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. National Academies Press, Washington, D.C., pp. 854.

Kind, K.; Moore, V.; Davies, M. (2006). *Diet around conception and during pregnancy – effects on fetal and neonatal outcomes*. *Reprod Biomed Online*, 12: 532-41.

Kramer, M. (2003). "The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview". *J Nutr.*, 133: 1592-96.

Lachance, P. (1998). "International perspective: basis, need, and application of recommended dietary allowances". *Nutr Rev.*, 56: S2-S4.

Levine, A.; Kotz, C.; Gosnell, B. (2003). "Symposium: Sugar and fat – from genes to culture". *J Nutr.*, 133: 831-4.

Moore, V.; Davies, M.; Wilson, K.; Worsley, A.; Robinson, J. (2004). "Dietary composition of pregnant women is related to size of the baby at birth". *J Nutr.*, 134: 1820-6.

Olafsdottir, A.; Skuladottir, G.; Thorsdottir, I.; Hauksson, A.; Thorgeirsdottir, H.; Steingrimsdottir, L. (2006). "Relationship between high consumption of marine fatty acids in early pregnancy and hypertensive disorders in pregnancy". *BJOG*, 113: 301-309.

Oliveira, E. R. N.; Marin, I. C.; Ferruzi, L.; Tenório, M. F. S.; Trindade, E. (2005). "Avaliação dos hábitos alimentares dos dados antropométricos de dependentes químicos". *Arquivo. Ciências da Saúde UNIPAR*, 9 (2): 91-6.

Pinto, E.; Barros, H.; Silva, I. (2008). "Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: a follow-up study in the north of Portugal". *Public Health Nutrition*, 12 (7): 922-31.

Santolaria-Fernández, F. J.; Gómez-Sirvent, J. L.; González-Reimers, C. E.; Batista-López, J. N.; Jorge-Hernández, J. A.; Rodríguez-Moreno, F. *et al.* (1994). "Nutritional assessment of drug addicts". *Drug and Alcohol Dependence*, 38: 11-8.

Santos, L. A.; Mamede, F. V.; Clapis, M. J.; Bernardi, J. V. B. (2006). "Orientação nutricional no pré-natal em serviços de saúde no município de Ribeirão Preto: O discurso e a prática assistencial". *Revista Latino-americana Enfermagem*, 14 (5).

Tournaire, M. (2010). "Pregnancy complications according to maternal age". *Rev Prat.*, 60 (6): 823-6.

Usta, I. M.; Nassar, A. H. (2008). "Advanced maternal age. Part I: obstetric complications". *Am J Perinatol*, 25 (8): 521-34.

Vause, T.; Martz, P.; Richard, F.; Gramlich, L. (2006). "Nutrition for healthy pregnancy outcomes". *Appl Physiol Nutr Metab.* 31 (1): 12-20.

World Health Organization (1995). "Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee". *WHO Technical Report Series no. 854*. WHO, Geneva.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Forrester, J. E.; Tucker, K. L.; Gorbach, S. L. (2004). "Dietary intake and body mass index in HIV-positive and HIV-negative drug abusers of Hispanic ethnicity". *Public Health Nutrition*, 7 (7): 863-70.

Frederick, I.; Williams, M.; Dashow, E.; Kestin, M.; Zhang, C.; Leisenring, W. (2005). "Dietary fiber, potassium, magnesium and calcium in relation to the risk of preeclampsia". *J Reprod Med.*, 50: 332-344.

Fulton, S. (2010). *Appetite and reward. Frontiers in Neuroendocrinology*, 31: 85-103.

Islam, S. K. N.; Hossain, K.J.; Ahmed, A.; Ahsan, M. (2002). "Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle". *British Journal of Nutrition*, 88: 507-13.

Siega-Riz, A.; Evenson, K.; Dole, N. (2004). "Pregnancy-related weight gain – a link to obesity?". *Nutr Rev.*, 62: S105-S111.

Trumbo, P.; Schlicker, S.; Yates, A.; Poos, M. (2002). "Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids". *J Am Diet Assoc.*, 102: 1621-30.

Valdomero, A.; Bussolino, D. F.; Orsingher, O. A.; Cuadra, G. R.; (2005). "Perinatal protein malnutrition enhances rewarding cocaine properties in adult rats". *Neuroscience*, 137: 221-9.

Yates, A. (1998). "Process and development of dietary reference intakes: basis, need, and application of recommended dietary allowances". *Nutr Rev.*, 56: S5-S9.