



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CAMPUS I – CAMPINA GRANDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**MAURÍLIO ADELINO ALVES FILHO**

**PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS DURANTE O PERÍODO**  
**GESTACIONAL**

CAMPINA GRANDE-PB

2011

**MAURÍLIO ADELINO ALVES FILHO**

**PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS DURANTE O PERÍODO  
GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado ao Departamento do Curso de Enfermagem  
em cumprimento às exigências para obtenção do título de  
Bacharel e Licenciado em Enfermagem da Universidade  
Estadual da Paraíba - UEPB.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Ms. Jacqueline Santos da Fônsaca Almeida Gama.

CAMPINA GRANDE-PB

2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL - UEPB**

A474p

Alves Filho, Maurílio Adelino.

Práticas alimentares saudáveis durante o período gestacional. [manuscrito] / Maurílio Adelino Alves Filho. – 2011.

66 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Prof. Me. Jacqueline Santos da FôNSECA Almeida Gama, Departamento de Enfermagem.”

1. Alimentação. 2. Gravidez. 3. Saúde da mulher.  
I. Título.

21. ed. CDD 612.3

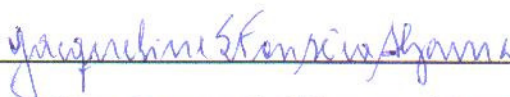
**MAURÍLIO ADELINO ALVES FILHO**

**PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS DURANTE O PERÍODO  
GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado ao Departamento do Curso de Enfermagem  
em cumprimento às exigências para obtenção do título de  
Bacharel e Licenciado em Enfermagem da Universidade  
Estadual da Paraíba - UEPB.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Aprovado em 12 / 07 / 2011



---

**Prof. Ms. Jacqueline Santos da Fônsaca Almeida Gama/UEPB.**  
Orientadora



---

**Prof. Ms. Josefa Josete da Silva Santos/UEPB.**  
Membro Examinador



---

**Prof. Ms. Odete Leandro de Oliveira/UEPB.**  
Membro Examinador

## DEDICO

*A minha mãe, Margarida Maria Alves, e ao meu irmão, Marlió Adelino Nunes, que em vida fizeram muito por mim e que, mesmo tendo me deixado muito cedo, continuam iluminando os meus passos. Porém, Deus solicitou a presença eterna de ambos na construção de obras divinas no plano superior. Em minha memória, assim como no meu modo de viver, ainda estão todos os seus ensinamentos de amor, amizade, carinho e determinação. Embora tenham ido tão inesperadamente, vocês continuam eternamente na memória daqueles que sempre lhes adoraram e que continuam a lhes adorar, mesmo com o passar do tempo. Gostaria que estivessem aqui para compartilhar, juntamente comigo, esse momento de vitória em minha vida. Mesmo sabendo que isso é impossível, sinto a presença de ambos nos momentos difíceis e alegres. Quem sabe um dia nas encruzilhadas do destino e dos planos divinos nós nos encontraremos novamente. Essa conquista, dentre muitas que ainda estão por vir, não é apenas minha, mas também sua mãe querida e motivo da minha existência, e sua, meu único irmão e amigo. Obrigado por tudo que vocês fizeram por mim em vida e que continuam a fazer no outro plano! Queria que soubessem que sinto muitas saudades dos nossos curtos momentos, e que os carrego sempre em meu coração e em minha memória. Que Deus lhes proporcione paz eterna de espírito.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A o meu DEUS todo poderoso, o qual é onipotente, onipresente e onisciente e que mesmo em momentos difíceis jamais me deixou caminhar sozinho e que quando eu achava impossível continuar a minha caminhada me carregou em seus braços como um verdadeiro pai que cuida de seu filho.*

*Ao meu pai e grande amigo Maurílio Adelino Alves pela personificação do exemplo de luta e fé em DEUS e que jamais duvidou da minha capacidade de vencer e de alcançar os meus objetivos, que em momentos difíceis jamais me abandonou e que continuou a acreditar mesmo quando eu já havia pensado em desistir, contribuindo significativamente para essa minha vitória.*

*À minha mãe, Margarida Maria Alves, por ter me dado o dom divino da vida, carinho, amor e que chorou e sorriu comigo nos curtos momentos em que passamos juntos.*

*A meu irmão Marlio Adelino Nunes, pelos ensinamentos de como um homem deve viver em sua curta jornada que se chama vida, pelos momentos de amizade e companheirismo, embora tenham sido curtos pelo fato de ter nos deixado de forma inesperada e trágica.*

*Aos meus avós paternos Francisco Adelino Alves e Francisca Cordeiro Alves que sonharam e acreditaram nessa vitória, pelos seus ensinamentos de vida, por terem cuidado de mim em momentos difíceis da vida.*

*A minha ex-namorada e ex-noiva Carla Kalline Paiva de Lima, que embora não estejamos juntos hoje, contribuiu em muitos momentos na minha jornada com sua compreensão, companheirismo, amizade e amor.*

*Aos meus sobrinhos Madison Hugo Cordeiro Nunes e Lucas Matheus Cordeiro, pelos sorrisos em seus rostos nos momentos em que me viam partir e chegar à minha casa. Que lhes sirvam de ensinamento e exemplo a minha trajetória acadêmica.*

*Aos meus primos Messias Adelino Alves, Jeremias Adelino Alves e Francisco Adelino Alves Neto, por terem me mostrado o caminho do conhecimento, por terem participado de muitos momentos da minha vida educacional, pela amizade e companheirismo ao longo da minha jornada.*

*A meu amigo, Júlio Pinto de Freitas, pela nossa amizade, paciência e pelos momentos de descontração e de alegrias.*

*A meu amigo e conterrâneo, Jean Carlos Batista, por ter me auxiliado nos momentos em que necessitei de sua ajuda, pelas alegrias juntos e momentos de descontrações, por fazer parte da minha jornada.*

*A todos (as) os (as) meus (inhas) amigos (as) e colegas de curso e companheiros (as) dessa jornada, Marcelo Montino de Souza, Rafael Medeiros, Alan Correia, Rodrigo Josafá, Julian Jafé, Tasso Roberto, Diogo Rodrigues, Ana Lígia, Ana Clara, Jossana Sales, Thayse Emanuelly, Jussara Nascimento e demais que contribuíram para momentos de descontração, alegria, amizade, companheirismo, aprendizado e reflexão.*

*A todos aqueles que fizeram parte da minha jornada, aos meus amigos que há muito não os vejo que mesmo não fazendo parte diretamente, contribuíram indiretamente para o meu sucesso e vitória.*

*A Dedé e a professora Deinha (Departamento de Enfermagem), pelos auxílios nos momentos em que necessitei de ajuda, pelo excepcional exemplo de profissionalismo de ambos.*

*A Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, por ter me acolhido e feito da cidade de Campina Grande minha casa por cinco anos, pela formação a mim proporcionada e pela grandeza da instituição.*

*A todos do Departamento de Enfermagem, pelos aprimoramentos atuais no curso de Enfermagem, pelo excelente profissionalismo, ensinamentos durante a graduação e exemplos de vida.*

*A banca examinadora, (Prof<sup>a</sup>. Ms. Odete Leandro de Oliveira; Prof<sup>a</sup>. Ms. Josefa Josete da Silva Santos), por terem aceitado o convite da defesa deste estudo, pelo compromisso e profissionalismo durante esse momento.*

*E principalmente a minha querida e eterna mestra e orientadora, Prof<sup>a</sup>. Ms. Jacqueline Santos da FôNSECA Almeida Gama, pela paciência, compreensão, confiança, pelos ensinamentos, momentos de reflexão e aprendizado. Pois sem ela a minha vitória não teria sido possível e eu não teria concluído essa parte do caminho da minha jornada. Muito Obrigado.*

## RESUMO

ALVES, Maurílio Adelino Filho. 2011. **Práticas Alimentares Saudáveis durante o Período Gestacional**. 66 F. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – UEPB. Campina Grande, Paraíba, 2011.

A gestação consiste em um evento normal da vida que acarreta diversos ajustes físicos, fisiológicos e psicológicos para as mulheres. É uma fase considerada de grande relevância nutricional e que exige um cuidado maior na escolha de uma alimentação saudável, dessa forma, requer a elaboração de um Plano Nutricional individualizado, capaz de atender a todos os requerimentos nutricionais deste o período. O presente estudo teve como objetivo verificar as práticas alimentares saudáveis no decorrer da gestação. Para tanto, optou-se por uma pesquisa de cunho quantitativo, exploratório-descritivo com corte transversal. A amostra foi composta por trinta (30) gestantes, cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde da Família, da área urbana do município de Queimadas – PB; entre as faixas etárias de vinte a trinta e cinco anos; em distintos períodos de gestação; primíparas ou multíparas. Os dados foram coletados por meio da aplicação de formulário semi-estruturado, durante as consultas do pré-natal. Apesar de ter sido encontrado um consumo diário de alimentos importantes para o período gestacional, como: feijão, arroz, cuscuz, carne, frango, legumes e frutas, fontes essenciais de energia, proteína, vitaminas e minerais. Os resultados apontaram, também, para uma baixa ingestão de leite e derivados, bem como de vegetais folhosos, podendo afetar a obtenção de cálcio, vitaminas e fibras; e para um consumo frequente e não recomendado de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sódio, como: biscoitos, frituras, pipoca industrializada e salgadinhos. Dessa forma, conclui-se que a prática alimentar dessas gestantes compromete a qualidade do cuidado nutricional e sugere a necessidade de melhor adequação da assistência pré-natal, que possui como elemento fundamental a atuação do profissional da Enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pré-Natal; Alimentação Saudável; Gestantes.



## ABSTRACT

ALVES, Adelino Maurício Filho. **Healthy dietary practices during pregnancy**. 2011. 66 F. Monograph (Working End of Course) - UEPB. Campina Grande, Paraíba, 2011.

Pregnancy consists of a normal life event that causes many physical adjustments, physiological and psychological benefits for women. It is considered a phase of great nutritional significance and requires greater care in choosing a healthy diet, therefore, requires the development of an individualized nutrition plan, able to meet all nutritional requirements of the period. This study aimed to examine the practices of healthy eating during pregnancy. To this end, we opted for a search for a quantitative, exploratory descriptive cross-sectional. The sample consisted of thirty (30) pregnant women were enrolled in the Basic Family Health, the urban area of Fires - CP, between the ages of twenty to thirty-five years, in different stages of pregnancy, primiparous or multiparous. Data were collected through the application of semi-structured form, during prenatal consultations. Despite having been found a daily consumption of foods for the gestational period, such as beans, rice, couscous, meat, chicken, vegetables and fruits, essential sources of energy, protein, vitamins and minerals. The results point also to a low intake of dairy products and leafy vegetables, may affect the attainment of calcium, vitamins and fiber, and a frequent, not recommended for foods high in sugar, fat and sodium, such as cookies, chips, popcorn and snacks industrialized. Thus, we conclude that those women feeding practice compromises the quality of nutritional care and suggests the need for better adjustment of prenatal care, which has as a fundamental element of the work of professional nursing.

**KEYWORDS:** Prenatal, Healthy Eating, Pregnant Women.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Recomendações dietéticas para gestantes e lactantes. Institute of medicine. Campina Grande-PB/2011.....20
- Figura 2:** Pirâmide de Orientação Alimentar na Gravidez. Guia Alimentar (United States Department of Agriculture) – USDA. Campina Grande-PB/2011.....21
- Figura 3:** Alimentos fontes de carboidratos complexos utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.....39
- Figura 4:** Alimentos ricos em açúcar e gorduras utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.....42
- Figura 5:** Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras, utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.....43
- Figura 6:** Alimentos ricos em gordura saturada, gordura trans e sódio, utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.....45
- Figura 7:** Alimentos ricos em proteína utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.....47

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição das gestantes segundo características socioeconômicas e demográficas. Queimadas-PB, 2011.....29
- Tabela 2:** Distribuição das gestantes segundo a história obstétrica e número de consultas pré-natal. Queimadas-PB, 2011.....32
- Tabela 3:** Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis relacionadas às orientações alimentares recebidas por estas durante o pré-natal. Queimadas-PB. 2011.....36
- Tabela 4:** Representação das gestantes entrevistadas de acordo com os seus hábitos alimentares durante o período gestacional. Queimadas-PB. 2011.....38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CNS** (Conselho Nacional de Saúde).

**SPSS** (Statistical Package for Social Science for Windows).

**USDA** (United States Department of Agriculture).

**PSF** (Políticas de Saúde da Família).

**UBSF** (Unidades Básicas de Saúde da Família).

**AG** (Ácidos Graxos).

**AGPICL** (Ácidos Graxos Poli-insaturados de Cadeia Longa).

**AA** (Ácido Araquidônico).

**DHA** (Ácido Decosahexaenóico).

**IGA** (Idade Gestacional Adulta).

**IG** (Idade Gestacional).

**HCl** (Ácido Clorídrico).

**PA** (Pressão Arterial).

**MS** (Ministério da Saúde).

**NAD** (Nicotinamida Adenina Dinucleotídeo).

**NADP** (Nicotinamida Adenina Dinucleotídeo Fosfato).

**SUS** (Sistema Único de Saúde).

**OMS** (Organização Mundial de Saúde).

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                           | <b>14</b> |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>                            | <b>17</b> |
| <b>2.1 Objetivo geral.....</b>                     | <b>17</b> |
| <b>2.2 Objetivos específicos.....</b>              | <b>17</b> |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                  | <b>18</b> |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>                          | <b>26</b> |
| <b>4.1 Tipo de pesquisa.....</b>                   | <b>26</b> |
| <b>4.2 Local da pesquisa.....</b>                  | <b>26</b> |
| <b>4.3 População e amostra.....</b>                | <b>26</b> |
| <b>4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....</b>   | <b>26</b> |
| <b>4.5 Instrumento de coleta de dados.....</b>     | <b>27</b> |
| <b>4.6 Procedimento de Coleta de dados .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>4.7 Processamento e Análise dos dados .....</b> | <b>27</b> |
| <b>4.8 Aspectos Éticos.....</b>                    | <b>27</b> |
| <b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                 | <b>50</b> |
| <b>7 REFERÊNCIAS.....</b>                          | <b>52</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                              | <b>55</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                 | <b>62</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Durante todo o ciclo vital, o corpo humano necessita de diferentes fontes de energia provenientes de nutrientes como carboidratos, proteínas, gorduras e em quantidades distintas, devido às demandas metabólicas do nosso organismo, as quais oscilam durante determinadas fases desse ciclo. O consumo desses nutrientes dentro de cada grupo etário ou período da vida, assim como, os modos de se alimentar podem ser significativamente influenciados e até mesmo alterados por questões fisiológicas, emocionais, culturais e socioeconômicas, não estando muitas vezes de acordo com o conhecimento científico em nutrição, adquirido ao longo da vida (BAIÃO; DESLANDES, 2010).

Uma fase considerada de grande relevância nutricional para as mulheres, a qual exige um cuidado maior na escolha e prática de uma alimentação saudável, e que requer a elaboração de um Plano Nutricional individualizado, que atenda a todos os requerimentos nutricionais, é o período gestacional, o qual é marcado por profundas mudanças que interferem na vida das mulheres. Dentre as mais conhecidas, podemos mencionar as modificações relacionadas ao corpo, sua fisiologia e metabolismo. Levando em consideração o ponto de vista da biomedicina, é inegável que esta é uma fase de maior vulnerabilidade e de grandes demandas, que requerem certas prioridades na assistência prestada as gestantes (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

As adaptações que ocorrem durante o período gestacional envolvem todos os sistemas corpóreos das mulheres, com surpreendente rapidez e em limites de tempo bastante variáveis e até em certos casos, desconfortáveis, proporcionando uma adequada acomodação às necessidades do feto, em resposta ao seu crescimento e desenvolvimento (RICCI, 2008). A ocorrência dessas adaptações se dá nas primeiras semanas da gravidez e fazem parte integrante do sistema materno-fetal; caracterizando, assim, o modo único de cada gestante, de reagir a muitas dessas alterações (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

Além de proporcionar um adequado crescimento e desenvolvimento fetal essas modificações que acontecem no organismo materno visam garantir a manutenção da higidez materna, uma recuperação rápida e satisfatória durante o processo de pós-parto, bem como, assegurar o suprimento energético ao recém-nascido durante a lactação. Todo esse processo proporciona um aumento na demanda por energia e nutrientes por parte do organismo materno, que deve ser suprida através de uma ingestão alimentar adequada, que seja quantitativamente suficiente e qualitativamente completa, durante o período gestacional e o

puérperio; considerando que a melhor fonte de nutrientes para o conceito e para o recém-nascido é aquela originária da alimentação adotada pela mãe (COTTA *et al*, 2009).

Portanto, durante a gestação a mulher não deve “comer por dois” como é dito popularmente e sim “para dois”, devido ao aumento das demandas metabólicas exigidas pela situação em que se encontra e das adaptações orgânicas enfrentadas por ela, o que implica em escolher uma alimentação correta, que atenda as demandas metabólicas de ambos (mãe-conceito), já que sem o fornecimento adequado de alimentos e nutrientes, nenhum organismo vivo é capaz de crescer e se desenvolver de maneira adequada e satisfatória (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

A adoção de uma alimentação equilibrada, adequada à situação fisiológica da gestante, deve ser proporcionada através da ingestão de diversos tipos de alimentos fontes dos mais variados nutrientes como carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais e fibras, essenciais para a prevenção de intercorrências, que poderiam ocasionar consequências graves tanto para a mãe quanto para o feto em desenvolvimento (RICCI, 2008); já que o perfil de morbidade das gestantes se caracteriza pela dualidade do estado existente entre saúde e nutrição. De um lado, podemos considerar o baixo peso materno e as carências específicas de macro e micronutrientes, que podem resultar em baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e prematuridade e, de outro, o sobrepeso e a obesidade, que muitas vezes associam-se ao desenvolvimento do diabetes gestacional e/ou síndrome hipertensiva da gravidez, com consequências gravíssimas para a saúde materna e do conceito (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Levando-se em consideração esse contexto, a Estratégia Saúde da Família, operacionalizada mediante a atuação de equipes inter e multidisciplinares desempenha um importante papel na assistência pré-natal em termos de qualidade no cuidado nutricional ao longo da gestação, nas denominadas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), ocupando lugar de significativo destaque (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002). Portanto, é durante a assistência pré-natal que se realiza a avaliação do peso corporal e o levantamento dos hábitos alimentares, consideradas estratégias importantes para a identificação do estado nutricional das mulheres grávidas, possibilitando, dessa forma, a orientação nutricional individualizada, objetivando a otimização do estado nutricional das gestantes, a melhoria das condições das grávidas para o parto e a adequação em relação ao peso do recém-nascido (SANTOS; MAMEDE; BERNARDI, 2006). Portanto, as equipes de saúde da Família se encontram em uma posição privilegiada, capaz de lhes proporcionar as oportunidades certas para as intervenções necessárias e indispensáveis para uma educação

eficaz em relação às gestantes quanto aos seus hábitos e práticas alimentares, proporcionando-lhes as informações adequadas quanto à adoção de uma alimentação saudável, informações sobre todos os possíveis riscos de uma alimentação inadequada, considerando por completo o contexto no qual estas gestantes encontram-se inseridas; o que facilita a prática e a disponibilidade de intervenções precisas em relação às práticas alimentares seguidas e/ ou adotadas por estas mulheres durante o período gestacional (COTTA *et al*, 2009).

Devido às complicações que podem ser ocasionadas por práticas alimentares inapropriadas adotadas pelas mulheres durante a gravidez, colocando-as em risco, e também, seus conceitos; evidencia-se a importância da realização de estudos que abordem essa temática, com o objetivo de minimizar ou tornar menos frequentes tais complicações, por meio da implementação de dietas que contenham alimentos saudáveis e necessários durante esse período de grandes exigências nutricionais para o sistema mãe-conceito.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar as orientações nutricionais recebidas por gestantes no atendimento pré-natal e suas práticas alimentares.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as características sócio-demográficas das gestantes.
- Identificar os alimentos mais consumidos por estas em suas refeições.
- Verificar o nível de informação sobre alimentação saudável no período gestacional.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação consiste em um evento normal da vida que acarreta diversos ajustes físicos, fisiológicos e psicológicos para as mulheres. Esses ajustes ocorrem simultaneamente e acarretam acentuadas modificações no organismo das mulheres, tais como: modificações no seu sistema reprodutivo (o útero aumenta em 20 vezes o seu tamanho original, e de um peso de 60 g passa para cerca de 900 g no termo; no colo do útero ocorre vasocongestão, aumento de tamanho e da produção de muco das glândulas endocervicais; a vagina apresenta uma elevação na vascularização; nos ovários ocorre um aumento do suprimento sanguíneo para os mesmos; e as mamas tornam-se mais volumosas e mais vascularizadas); modificações nos demais sistemas corpóreos (no sistema gastrintestinal ocorre redução da peristalse e do esvaziamento gástrico; no cardiovascular, ocorre uma elevação da frequência e do débito cardíaco, aumentos no número de eritrócitos que depende do ferro disponível, entre outros; no respiratório onde há uma maior exigência do suprimento de oxigênio que deverá ser fornecido tanto para a mãe, como também, para o concepto; renal/ urinário, no qual se observa o aumento da frequência miccional em virtude da compressão da bexiga da mãe em consequência do desenvolvimento intra-uterino; tegumentar onde ocorrem discretas alterações nas células tegumentares e no desempenho das atividades desenvolvidas por estas células como, por exemplo, na atividade protetora do organismo servindo como barreira para a infecção de microorganismos patogênicos), além das adaptações psicológicas (ambivalência, que consiste em respostas flutuantes devido à constatação da gravidez; introversão, onde o foco passa a ser de si mesma; aceitação, que ocorre durante o segundo trimestre da gestação, quando a mãe é capaz de sentir os movimentos fetais, assim como, ouvir os batimentos cardiorfetais; entre outras) (RICCI, 2008).

Provavelmente, em nenhuma outra fase do ciclo vital humano exista um número tão considerado de alterações e adaptações no funcionamento e aspectos anatômicos dessas mulheres em um curto espaço de tempo. Muitas dessas alterações e adaptações iniciam-se desde a nidação e prolongam-se por todo o Período Gestacional até o final da lactação (PASTORE; VINADE, 2007).

Por está razão o atendimento às demandas nutricionais maternas exigidas durante a gravidez tem uma influência significativa no adequado ganho ponderal durante esse período e nos resultados obstétricos, os quais se expressam no peso ao nascer e na idade gestacional após o nascimento. O inadequado ganho de peso pelas mulheres durante o Período Gestacional pode ocasionar o comprometimento do crescimento intra-uterino do concepto,

inadequação do peso deste ao nascer, além de aumentar significativamente a probabilidade do risco de prematuridade, contribuindo para a ocorrência de sérias complicações futuras, tais como: obesidade; hipertensão arterial; resistência insulínica; morbi-mortalidade cardiovascular durante a vida adulta (DEMÉTRIO, 2010).

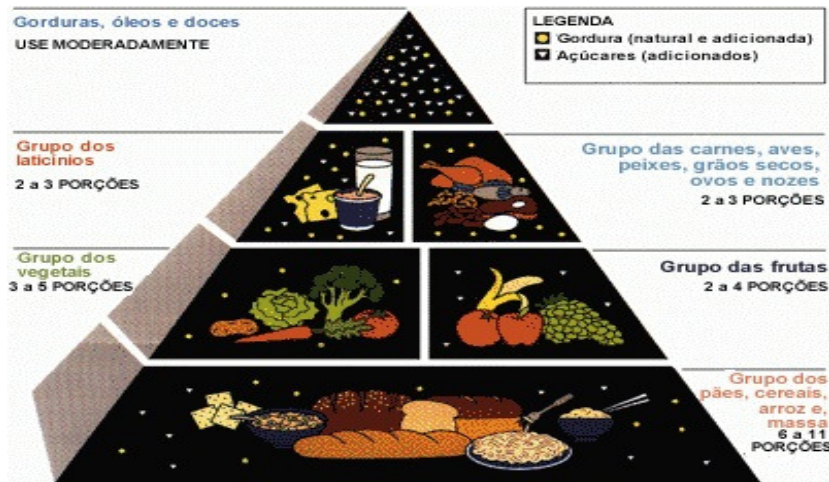
Para atender a tais demandas, durante a gravidez as mulheres devem ganhar 14 a 20 kg, sendo que fazer dieta durante esse período consiste em uma prática não recomendada, mesmo nos casos em que a gestante se encontre obesa. Para as mulheres no período de pré-gravidez e que se encontram na variação normal de peso, esse ganho deve ser cerca de 1 a 2 kg; no caso daquelas que se encontram abaixo do peso, o ganho de peso deve ser de, no mínimo, 2 kg e para aquelas acima do peso, o ganho deve corresponder a cerca de 1 kg, isso durante os três primeiros meses da gravidez. Esses parâmetros mudam com o decorrer da gestação, isto é, durante os seis meses seguintes desse processo, sendo para aquelas que se encontram na variação normal de peso, o ganho deve ser cerca de 500 g e para as que se encontram abaixo do peso, o ganho ponderal deve ser um pouco maior do que 450 g por semana; diferenciando-as daquelas que apresentam-se obesas, nas quais esse ganho de peso não pode ultrapassar 300 g por semana (RICCI, 2008).

Por isso durante a gestação as mulheres devem seguir certas recomendações dietéticas incluindo diversos tipos de alimentos que contenham os nutrientes necessários como proteínas, carboidratos, vitaminas, sais minerais, água/ líquidos; para a obtenção destes em quantidades suficientes, bem como um ajuste na quantidade de calorias ingeridas para atender as demandas nutricionais exigidas pelo crescimento fetal e as necessidades aumentadas pelos tecidos maternos que durante esse período necessitam de componentes nutricionais essenciais. Estando estas recomendações explicitadas na figura abaixo:

| <b>FIGURA 01: Recomendações dietéticas para gestantes e lactantes</b> |                           |                 |                 |
|---|---------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Nutrientes</b>   | <b>Mulher não-grávida</b> | <b>Gestante</b> | <b>Lactante</b> |
| Calorias  | 2.200                     | 2.500           | 2.700           |
| Proteínas   | 60 g                      | 80 g            | 80 g            |
| Água/ líquido   | 6 a 8 copos/dia           | 8 copos/dia     | 8 copos/dia     |
| Vitamina A  | 700 µg                    | 770 µg          | 1.300 µg        |
| Vitamina C  | 75 mg                     | 85 mg           | 120 mg          |
| Vitamina D  | 5 µg                      | 5 µg            | 5 µg            |
| Vitamina E  | 15 µg                     | 15 µg           | 19 µg           |
| B1 (tiamina)  | 1,1 mg                    | 1,5 mg          | 1,5 mg          |
| B2 (riboflavina)  | 1,1 mg                    | 1,4 mg          | 1,6 mg          |
| B3 (niacina)  | 14 mg                     | 18 mg           | 17 mg           |
| B6 (piridoxina)   | 1,3 mg                    | 1,9 mg          | 2 mg            |
| B12 (cobalamina)  | 2,4 µg                    | 2,6 µg          | 2,8 µg          |
| Folato  | 400 µg                    | 600 µg          | 500 µg          |
| Cálcio  | 1.000 mg                  | 1.000 mg        | 1.000 mg        |
| Fósforo   | 700 mg                    | 700 mg          | 700 mg          |
| Iodo  | 150 µg                    | 220 µg          | 290 µg          |
| Ferro   | 18 mg                     | 27 mg           | 9 mg            |
| Magnésio  | 310 mg                    | 350 mg          | 310 mg          |
| Zinco   | 8 mg                      | 11 mg           | 12 mg           |

**Fonte:** Institute of medicine, 1997, 1998, 2000, 2001, 2002; disponível na versão brasileira RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. 01ª ed, Rio de Janeiro-RJ, Guanabara Koogan, 2008.

Para facilitar à obtenção de nutrientes indispensáveis e em quantidades proporcionais as necessidades nutricionais por parte das mulheres e principalmente do feto durante o Período Gestacional de acordo com as recomendações dietéticas explicitadas na **figura 01**, deve-se elaborar um plano alimentar individualizado e de acordo com cada gestante em particular, através da Pirâmide de Orientação Alimentar na Gravidez que se encontra logo a seguir no texto (**Figura 02**), de maneira que se forneçam em quantidades suficientes todos os nutrientes para uma gestação saudável, por meio de uma alimentação saudável e balanceada (DEMÉTRIO, 2010).



**Fonte:** Pirâmide do Guia Alimentar United States Department of Agriculture – USDA disponível em: RICCI, S. S. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. 01ª ed, Rio de Janeiro-RJ, Guanabara Koogan, 2008.

Caso não haja uma ingestão adequada de tipos de alimentos como cereais; pães; tubérculos; raízes e massas; hortaliças; frutas; leite e derivados; leguminosas; fontes de proteínas – carne bovina, frango, peixe, ovos e consumo moderado de doces, óleos e gorduras, que fornecem nutrientes importantes e indispensáveis capazes de atender as demandas nutricionais e energéticas exigidas pela mãe e seu conceito durante a gravidez; isso pode ocasionar consequências negativas durante e posteriormente a esse período para ambos, em decorrência de certas restrições energéticas durante o mesmo, uma vez que o crescimento do feto só será considerado ótimo somente quando a gestante for capaz de acumular reservas energéticas corporais extras para a manutenção deste (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

A deficiência de macronutrientes e de micronutrientes, como a vitamina A, ferro e zinco podem ocasionar diversos agravos à saúde não só dessas mulheres, mas também, do feto, uma vez que os mesmos desempenham um importante papel na manutenção de diversas funções orgânicas consideradas vitais, como crescimento, reprodução, função antioxidante e imunológica (SILVA *et al*, 2007).

Durante a gestação a deficiência desses micronutrientes pode acarretar sérias consequências não só para a saúde das gestantes, como também, para o desenvolvimento intra-uterino; fato este que pode ser evidenciado durante o período de lactação, onde estas deficiências nutricionais presentes na nutriz contribuem negativamente para a manutenção de reservas de nutrientes irrisórias nos lactentes, aumentando-se, assim, a probabilidade para o desenvolvimento de carências nutricionais nesses indivíduos nos primeiros anos de vida, período onde há maior prevalência e incidência de agravos a saúde dos mesmos devido a sua vulnerabilidade acentuada (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

Ainda em relação aos micronutrientes deve-se ressaltar que os efeitos positivos ou negativos decorrentes do consumo elevado ou irrisório destes sobre a gestação ainda não foram completamente elucidados, no que diz respeito a sua ação antioxidante protetora para o organismo humano como, por exemplo, as vitaminas C e E uma vez que sua eficácia na atuação como antioxidante na proteção das lipoproteínas, já que estas partículas uma vez oxidadas tornam-se altamente tóxicas ao organismo humano; porém na concepção de muitos estudiosos essas vitaminas desempenham uma função antioxidativa em resposta às inúmeras adaptações ocorridas no organismo das mulheres durante a gravidez, as quais conduzem a um aumento da taxa metabólica basal, elevação do consumo de oxigênio e da formação de radicais livres, caracterizando a gestação como um período de grande estresse oxidativo, o qual desempenha papel importante na patogênese da crise hipertensiva, colocando as mulheres grávidas em risco para sérias intercorrências durante a gestação em virtude da carência dessas vitaminas (MALTA *et al*, 2008).

Na sua forma hormonal a vitamina D desempenha um papel fundamental na homeostase do cálcio e do fósforo, participando da manutenção do metabolismo mineral normal; durante a gestação essa vitaminas juntamente com os seus metabólitos são considerados essenciais para o equilíbrio do cálcio e fósforo, permitindo a passagem dos mesmos através da barreira hematoplacentária, atingindo, assim, as mesmas concentrações, tanto no sangue fetal, quanto no sangue periférico da mãe. A deficiência desta vitamina pode ocasionar hipocalcemia e/ou hipoplasia de esmalte da dentição futura desses conceptos, osteomalácia materna, etc. As principais fontes de vitamina D consistem em alimentos como: salmão; sardinha enlatada; fígado e gema de ovo (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

Outra vitamina cuja especificidade ainda não está completamente elucidada durante a gravidez, mas que desempenha um importante papel durante esse período, é a vitamina K que é considerada lipossolúvel, a qual é necessária na síntese de protrombina e de vários outros fatores de coagulação (VII; IX e X). A deficiência dessa vitamina nos recém-nascidos devido à dificuldade da transferência através da barreira hematoplacentária, assim como sua baixa concentração no leite da nutriz e a imaturidade do fígado para a síntese de protrombina; contribuem para o desenvolvimento de doenças hemorrágicas nos recém-nascidos nos primeiros dias de vida. A obtenção dessa vitamina pode ser feita pela ingestão de alimentos como couve; brócolis; agrião; ervilha; queijos, entre outros (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

Quanto aos macronutrientes (proteínas, lipídios, carboidratos), a deficiência destes pode acarretar, não só o retardo no crescimento intra-uterino do conceito, mas, como também, um aumento bastante expressivo da probabilidade dos mesmos a predisposição para o desenvolvimento de doenças crônicas no decorrer da vida adulta após o nascimento (BALLEN *et al*, 2009).

No caso dos lipídios, mais especificadamente os ácidos graxos (AG), estes são de extrema importância na constituição estrutural das membranas celulares, cumprindo também, funções energéticas e de reservas metabólicas, além de contribuírem para a síntese hormonal e de sais biliares. Para atender e suprir às demandas metabólicas necessárias a manutenção da homeostase orgânica dessas mulheres estes deve estar em quantidades suficientes na alimentação por elas praticadas, para que só assim, possam trazer resultados benéficos para a saúde dessas gestantes, prevenindo-as de determinadas enfermidades, como é o caso das cardiovasculares, câncer de cólon, doenças imunológicas, favorecendo o desenvolvimento, tanto cerebral como também da retina de seus conceitos. Dentre os precursores dos ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (AGPICL), podemos mencionar o ômega-6 e o ômega-3, sendo estes, respectivamente, denominados de ácido araquidônico (AA) e ácido docosahexaenóico (DHA), o primeiro desempenha um papel de grande importância nos primeiros dias de vida, uma vez que o mesmo é constituinte de estruturas celulares e precursores de mediadores inflamatórios; já com relação ao segundo este é considerado importantíssimo no desenvolvimento neonatal juntamente com o primeiro, sendo ambos os principais componentes dos AG cerebrais. Portanto, o consumo de pescados e a suplementação com óleo desses pescados pelas mães podem reduzir significativamente a incidência de partos prematuros, além de melhorar o peso dos seus bebês ao nascer (SILVA; MIRANDA; SOARES, 2007).

Durante o período gestacional há situações que podem alterar drasticamente o aporte desses ácidos graxos, tais como: nutrição inapropriada; a ingestão de altas proporções de ômega-6, devido ao consumo excessivo de gorduras e óleos e com um baixo aporte de ômega-3, sendo isto muito comum em mulheres que tiveram gestações frequentes e múltiplas, as quais reduzem consideravelmente as reservas de AGPICL (SILVA; MIRANDA; SOARES, 2007).

As proteínas são importantes durante a gestação, já que estão relacionadas à síntese das proteínas teciduais e também a outras funções metabólicas de caráter significativo durante esse período, tais como: funções estruturais (formação enzimática e hormonal, assim como, de diversos líquidos e secreções corpóreas); atuação no sistema imune como anticorpos;

transporte por meio do sangue de lipídios (triglicerídeos, colesterol) e também das vitaminas lipossolúveis; além da contribuição das mesmas no equilíbrio ácido-básico do organismo (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002). Portanto, durante a gravidez de uma mulher adulta normal, há necessidade protéica de aproximadamente 1,1 g/kg/dia, de acordo com as proporções quanto à fonte (2/3 de origem vegetal e 1/3 de origem animal), não havendo necessidades de grandes quantidades de proteínas na ingesta dessas gestantes, uma vez que se podem satisfazer essas necessidades protéicas por meio da ingestão de dois copos de leite e um ovo/dia (PARIZZI; FONSECA, 2010).

Em relação aos carboidratos, estes desempenham um importante papel na manutenção do equilíbrio adequado entre a ingestão e o gasto calórico pelo organismo humano. Durante a gestação, uma vez que esse período é caracterizado por grandes gastos energéticos devido às demandas metabólicas, tanto pela mãe, como também, pelo conceito; o consumo ideal de carboidratos ajuda a prevenir o acúmulo de gordura corporal, fornece fontes de energia prontamente disponíveis para atender as demandas energéticas teciduais e das células nervosas (contribuindo para a formação do sistema nervoso do feto), além de manter o funcionamento correto do intestino, por meio de uma adequada peristalse e esvaziamento gástrico durante esse período (evitando a constipação intestinal que é uma situação comum e bastante incomoda entre essas mulheres), evitando sérias consequências quanto à gestação como, por exemplo, obesidade, hipertensão, entre outras (TONATO *et al*, 2008).

Portanto, é importante atender as necessidades nutricionais das mulheres durante o período gestacional através da implementação de uma dieta variada e balanceada a partir de alimentos naturais e industrializados, que sejam preferencialmente enriquecidos (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

Para tanto a assistência pré-natal, no contexto da assistência integral à saúde da mulher, deve ser organizada para atender as reais necessidades nutricionais, mas, como também, outras necessidades da população de gestantes, por meio da utilização dos conhecimentos técnicos – científicos e dos recursos mais adequados e disponíveis com o objetivo de lhes oferecer uma assistência de qualidade. As ações de saúde desenvolvidas pelas equipes inter-multiprofissionais devem estar voltadas, isto é, direcionadas para uma cobertura completa de toda a população-alvo da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), de forma que assegure a continuidade do atendimento, acompanhamento e a avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal (FARJARDO *et al*, 1998).

A realização de uma assistência pré-natal efetiva depende de condições, que garantam os seguintes elementos: captação precoce da gestante na comunidade; controle periódico,



contínuo e extensivo à população-alvo; capacitação de recursos humanos; equipamento e instrumental mínimos; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo e um eficiente sistema de referência e contra-referência. Portanto, a equipe inter-multidisciplinar de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), deverá estar devidamente capacitada e o serviço cuidadosamente organizado para prestar assistência à gestante desde seu primeiro contato com essa equipe, uma vez que a melhor forma de assegurar a captação precoce é através da qualidade do serviço prestado à população; para tanto, essas equipes deverão dispor de materiais educativos para promoverem discussões em grupos de gestantes, que abordem temas como: importância do controle pré-natal; orientação higiene e dietética; desenvolvimento da gestação; modificações locais e gerais do organismo materno; entre outros (FARJARDO *et al*, 1998).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Estudo quantitativo, descritivo-exploratório, com corte transversal.

### **4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA**

Este estudo foi desenvolvido nas UBSF do município de Queimadas – PB, o qual possui uma população de aproximadamente 41.325 habitantes, encontra-se localizado na área de transição do agreste e curimataú, com uma área geográfica de 400 Km<sup>2</sup>. O referido município conta com dezessete UBSF, sendo cinco localizadas na área urbana e doze na área rural. A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2011.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população foi constituída pelas gestantes cadastradas nas UBSF da área urbana do referido município, número equivalente a noventa e seis (96) gestantes. Compuseram a amostra trinta (30) gestantes, que atenderam aos critérios de inclusão do estudo e que compareceram a UBSF nos dias da coleta de dados.

### **4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram incluídas no presente estudo gestantes que se encontravam em qualquer trimestre do Período Gestacional; na faixa etária de vinte anos e trinta e cinco anos de idade; que não estavam em situações de risco e/ou qualquer intercorrência com a relação a sua gravidez; não tinham diabetes, hipertensão, câncer, e nenhuma outra patologia considerada grave para o seu estado atual.

Não participaram do referente estudo mulheres que não atenderam aos critérios de inclusão acima explicitados.

#### **4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Os dados do presente estudo foram obtidos a partir de formulário semi-estruturado (APÊNDICE A) obtido diretamente com as gestantes por meio do método de entrevista, contendo as variáveis a seguir: características sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar); história obstétrica; frequência ao pré-natal; idade gestacional da primeira consulta; hábitos alimentares e orientações alimentares recebidas previamente.

#### **4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

Os formulários semi-estruturados que foram aplicados na entrevista junto às gestantes, obedeceram a certos requisitos, tais como: disponibilidade das gestantes para a realização da entrevista de acordo com os horários estabelecidos para as consultas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

#### **4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

Para tal propósito, foi utilizado o software (SPSS – Statistical Package for Social Science for Windows, na versão 13.0, bem como a utilização do Microsoft Excel; para que através destes pudéssemos descrever em palavras o que os dados coletados possuem como significado. Os dados obtidos neste estudo são apresentados em forma de tabelas e figuras, contendo valores em números absolutos e percentuais e analisados a partir da estatística descritiva e da literatura que fundamenta a temática do estudo.

#### **4.8 ASPECTOS ÉTICOS**

De acordo com a Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual aprova diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas que envolvem seres humanos, utilizando-se dos Princípios Básicos da Bioética como referencial, tais como: não maleficência; beneficência; autonomia e justiça, dentre outros, visando, assim, a asseguarção dos direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos envolvidos na pesquisa e ao Estado. Portanto, este Estudo teve todo o seu desenvolvimento embasado e de acordo com a Resolução acima explicitada, como também, em concordância com tudo aquilo

a que esta se refere e estabelece para a realização de uma pesquisa que envolva seres humanos.

O Projeto do presente Estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB para que, assim, fosse submetido devidamente aos critérios de aprovação estabelecidos por esse órgão estabelecidos, após previamente autorizado pela instituição aonde ocorreu o desenvolvimento do presente Estudo (ANEXO II).

Torna-se de indispensável relevância notificar que todas as informações colhidas durante a realização do presente Estudo foram devidamente preservadas, sendo a utilização destas exclusivamente para o prosseguimento e a execução da referente pesquisa. Podendo ainda acrescentar, que todas as informações adquiridas durante a realização da mesma, foram reunidas e divulgadas de maneira que não haja nenhuma possibilidade na identificação de todos aqueles que participaram desta; sendo que os participantes foram totalmente resguardados, quanto: ao sigilo; a privacidade e em relação à proteção de suas identidades; sendo respeitados quanto a sua dignidade, vulnerabilidade e autonomia, o que lhes foi possibilitado por meio do Termo de Compromisso dos Pesquisadores, assumindo, assim, toda a responsabilidade da referente pesquisa (APÊNDICE B).

## 5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A **tabela 1** representa a distribuição das gestantes entrevistadas de acordo com as suas características sócio-demográficas e econômicas, o número de mulheres conforme cada característica e o percentual que elas representam.

**TABELA 1.** Distribuição das gestantes segundo características socioeconômicas e demográficas. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas - PB, 2011.

| <b>VARIÁVEIS</b>              | <b>N</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| <b>IDADE (ANOS)</b>           |           |              |
| 20 a 24                       | 15        | 50,0         |
| 25 a 29                       | 08        | 26,7         |
| 30 a 35                       | 07        | 23,3         |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>ESTADO CIVIL</b>           |           |              |
| Casada                        | 15        | 50,0         |
| Solteira                      | 06        | 20,0         |
| União estável                 | 09        | 30,0         |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>OCUPAÇÃO</b>               |           |              |
| Doméstica                     | 26        | 86,6         |
| Comércio                      | 02        | 6,7          |
| Funcionária Pública           | 02        | 6,7          |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>RENDA FAMILIAR</b>         |           |              |
| Menos de 1 salário mínimo     | 02        | 6,7          |
| 1 salário mínimo              | 15        | 50,0         |
| 2 salários mínimos            | 05        | 16,7         |
| 3 a 5 salários mínimos        | 03        | 10,0         |
| Não tem renda fixa            | 05        | 16,7         |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>ESCOLARIDADE</b>           |           |              |
| Não estudou                   | 01        | 3,3          |
| Ensino Fundamental Incompleto | 14        | 46,7         |
| Ensino Fundamental Completo   | 01        | 3,3          |
| Ensino Médio Incompleto       | 07        | 23,4         |
| Ensino Médio Completo         | 06        | 20,0         |
| Ensino Superior Incompleto    | 00        | 0,0          |
| Ensino Superior Completo      | 00        | 0,0          |
| Pós-graduação                 | 01        | 3,3          |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |

Valor do Salário mínimo R\$545,00.

Em relação à faixa etária, 50% das gestantes tinham de 20 a 24 anos; 26,7% tinham de 25 a 29 anos e 23,3% estavam na faixa etária de 30 a 35 anos de idade.

A idade materna constitui-se em um dos principais fatores de risco sócio-demográficos para a gestação. Embora as participantes deste estudo estejam fora das consideradas faixas etárias de risco para a gestação, que correspondem a menos de 20 anos e acima de 35 anos de idade; as gestantes, na faixa etária mais adulta apresentam um risco 2,73 vezes superior de terem natimortos do que as mães mais jovens, caso não façam um acompanhamento pré-natal adequado durante a sua gestação e não adotem uma alimentação saudável (ROUQUAYROL *et al*, 1996).

Já com relação ao estado civil das entrevistadas, observou-se que 50% eram casadas; 20% solteiras e 30% viviam em união estável. Segundo Paula *et al* (2010) o estado civil é um importante aspecto a ser considerado, uma vez que, a ausência de um companheiro, de modo geral, pode acarretar uma menor estabilidade financeira para a família, constituindo-se, assim, não só um fator de risco para o desenvolvimento intra-uterino e com conseqüente baixo peso ao nascer, como também, para uma nutrição inadequada por parte da gestante.

Esses percentuais em relação ao estado civil das entrevistadas podem ser justificados pelos resultados obtidos em relação à ocupação das mesmas, uma vez que 86,6% dessas mulheres possuem como ocupação os afazeres domésticos, não tendo nenhuma outra ocupação/ trabalho remunerado, sendo o marido/ companheiro o único responsável pelo sustento da família ou do casal, possibilitando a essas mulheres o tempo necessário para o preparo das refeições. No referido estudo, apenas uma pequena parcela das gestantes referiu que, além dos afazeres domésticos, tinha também uma ocupação remunerada, distribuída em atividades no comércio local 6,7% e como funcionárias públicas do próprio município 6,7%. Segundo as entrevistadas o trabalho fora do lar influenciava a se alimentarem de forma inadequada, consumindo lanches e guloseimas em excesso.

Levando-se em consideração a renda familiar, constatou-se que das gestantes entrevistadas 6,7% viviam com menos de 1 salário mínimo; 50% com 1 salário mínimo; 16,7% com 2 salários; 10% tinham renda de 3 a 5 salários e 16,7% não possuíam renda fixa. Os resultados apresentados demonstraram que as gestantes apresentavam baixa renda familiar, um dos principais fatores de risco para a ocorrência de agravos durante a gravidez; já que nas famílias de menor renda, consideradas na faixa de risco social pela OMS, considerando-se especialmente os países de terceiro mundo, encontra-se uma frequência alarmante de casos de desnutrição, de doenças transmissíveis e de condições ambientais deficientes, os quais elevam drasticamente os índices de óbitos neonatais (PEREIRA, 1996).

Existe uma relação direta entre a esperança de vida ao nascer com o número de salários mínimos da família, uma vez que a vida é considerada mais curta para alguns pelo fato de serem pobres e, em consequência, mal alimentados, portanto, mais vulneráveis e mais susceptíveis a doenças, principalmente ocasionadas durante o período gestacional e no pós-parto; uma vez que nesse grupo existe uma proporção substancial de analfabetos, de desempregados, de indivíduos subempregados, etc; fatores que potencializam o risco de mulheres grávidas gerarem crianças que terão baixo peso ao nascer e complicações durante o período de pós-parto (PEREIRA, 1996). Levando-se em consideração tais fatores os resultados do presente estudo sugerem que as gestantes entrevistadas podem estar vulneráveis para os riscos e complicações acima mencionados devido a apresentarem uma situação econômica desfavorável, que pode trazer uma maior dificuldade na aquisição de alimentos de boa qualidade, que contenham os nutrientes necessários, contribuindo, assim para a não adoção de uma alimentação saudável pela gestante, e em decorrência disso deixando a mesma de desfrutar dos benefícios proporcionados pela boa alimentação para a saúde delas e de seus conceitos durante a gravidez.

Com relação ao nível de escolaridade das mulheres grávidas entrevistadas, constatou-se que 3,3% não tinham instrução; 46,7% tinham apenas o ensino fundamental incompleto; 3,3% ensino fundamental completo; 23,4% ensino médio incompleto; 29% ensino médio completo e 3,3% pós-graduação.

O baixo nível educacional é considerado um fator de risco sócio-demográfico extremamente expressivo durante a gestação devido às consequências acarretadas pelo mesmo. Portanto, o baixo nível de escolaridade das gestantes proporciona juntamente com o baixo poder aquisitivo maiores dificuldades na aquisição de alimentos importantes, para a prática de uma alimentação saudável; além da falta de conhecimento por parte dessas mulheres quanto aos hábitos alimentares adequados e os nutrientes necessários para atender as demandas do organismo durante o período gestacional, que dificulta a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais durante as consultas do pré-natal (ROUQUAYROL *et al*, 1996).

A tabela 2 foi elaborada com o intuito de proporcionar uma melhor organização e compreensão da distribuição das mulheres grávidas em relação a sua história obstétrica, a mesma foi utilizada para categorizar as gestantes entrevistadas conforme os requisitos explicitados na mesma: número de gestações; intervalo de tempo transcorrido desde o último parto até a gestação atual; idade gestacional atual (IGA).

**TABELA 2.** Distribuição das gestantes segundo a história obstétrica e número de consultas pré-natal. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.

| <b>VARIÁVEIS</b>  | <b>N</b>  | <b>%</b>     |
|---|-----------|--------------|
| <b>PRIMEIRA GESTAÇÃO</b>  |           |              |
| Não   | 14        | 46,7         |
| Sim   | 16        | 53,3         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>TEMPO TRANSCORRIDO DESDE O ÚLTIMO PARTO ATÉ A GESTAÇÃO ATUAL</b> |           |              |
| 1 ano   | 05        | 35,7         |
| Mais de 2 anos  | 09        | 62,3         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>14</b> | <b>100,0</b> |
| <b>IDADE GESTACIONAL</b>  |           |              |
| Até 12 semanas ( <b>1º Trimestre</b> )                              | 02        | 6,7          |
| 13 a 24 semanas ( <b>2º Trimestre</b> )                             | 11        | 36,7         |
| 29 a 36 semanas ( <b>3º Trimestre</b> )                             | 15        | 50,0         |
| Não sabe/ não se lembra   | 02        | 6,7          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>HAVIAM FEITO OU ESTAVAM FAZENDO O PRÉ-NATAL</b>                  |           |              |
| Não   | 00        | 00           |
| Sim   | 30        | 100          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>IDADE GESTACIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL</b>             |           |              |
| 01 Mês ( <b>04 semanas</b> )  | 04        | 13,3         |
| 02 Meses ( <b>08 semanas</b> )                                      | 18        | 60           |
| 03 Meses ( <b>12 semanas</b> )                                      | 05        | 16,7         |
| Não sabia informar  | 03        | 10           |
| <b>TOTAL</b>  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL ATÉ O MOMENTO</b>                      |           |              |
| 01 Consulta   | 01        | 3,3          |
| 02 Consultas  | 02        | 6,7          |
| 03 Consultas  | 04        | 13,3         |
| 04 Consultas  | 01        | 3,3          |
| 05 Consultas  | 09        | 30           |
| 06 ou + Consultas   | 13        | 43,3         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>PROFISSIONAL QUE ESTAVA FAZENDO O PRÉ-NATAL</b>                  |           |              |
| Enfermeiro (a)  | 19        | 63,3         |
| Médico (a)  | 01        | 3,3          |
| Enfermeiro (a) e Médico (a)   | 10        | 33,3         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>30</b> | <b>100,0</b> |



Quando foram indagadas a respeito da gestação atual 53,3% das gestantes relataram que estavam na primeira gravidez e 46,7% responderam que já haviam tido outras gestações. Portanto, pelo fato de se tratar da primeira gestação e de que a maioria das entrevistadas apresentava baixos índices de renda familiar e de escolaridade, estas mulheres podem estar mais propensas aos riscos ocasionados pela adoção de uma má alimentação, pelo baixo poder aquisitivo, a não compreensão das informações fornecidas durante o pré-natal ou pelo simples fato de não saberem como se comportar em relação aos seus hábitos alimentares durante essa fase, uma vez que, para a maioria, a gravidez é um evento novo em suas vidas, que exige delas atenção e cuidados redobrados, devido aos ajustes fisiológicos e as transformações anatômicas ligados intrinsecamente a fatores relacionados ao estado nutricional pré-gravídico, genético, estilo de vida e comportamentos adotados por estas mulheres durante a gestação (DEMÉTRIO, 2010).

Para que essas mulheres não vivenciem nenhuma complicação em consequência de uma má alimentação durante o período gestacional e no pós-parto; a assistência pré-natal consiste em um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento, já que permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gravidez, assim como, a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco, possíveis de serem corrigidos desde que haja uma captação precoce dessas gestantes (KILSZTAJN *et al*, 2003).

Ao se levar em consideração o intervalo de tempo transcorrido desde o último parto até a gestação atual, as mulheres grávidas que não estavam na primeira gestação (n=14), responderam da seguinte maneira: 35,7% relataram que se passara 1 ano desde o último parto, e 62,3% relataram que havia se passado mais de 2 anos desde o último parto. Um intervalo de tempo interpartal pequeno pode predispor não só as crianças a sérios riscos, mas também, as próprias gestantes; caso esse intervalo seja menor que dois anos é extremamente prejudicial tanto ao organismo materno, como ao feto, em decorrência das dificuldades para o restabelecimento das reservas nutricionais e por impedir a recuperação das condições orgânicas que foram alteradas durante a gravidez anterior (HAIDAR *et al*, 2001). No entanto, a maioria das entrevistadas tinha um intervalo interpartal maior que dois anos, portanto, considerado adequado. Já aquelas que apresentavam um intervalo interpartal de apenas um ano, estavam mais susceptíveis a complicações durante a gestação.

Em relação à idade gestacional atual (IGA) foram obtidos os seguintes dados: 6,7% das gestantes estavam com até 12 semanas (1º semestre); 36,7% estavam entre 13 a 24 semanas (2º trimestre); 50% entre 29 a 36 semanas (3º trimestre) e 6,7% não souberam informar a idade gestacional. Para que não haja intercorrências significativas durante a

gravidez, é necessário orientar as gestantes desde o início da gestação, seguindo os propósitos da assistência pré-natal, os quais consistem em: aconselhar, educar e apoiar as gestantes e os seus familiares quanto à importância de uma alimentação saudável e os benefícios desta para a mãe e seu bebê; proporcionar o rastreamento contínuo dessas mulheres a nível clínico e laboratorial, das intercorrências que possam implicar risco para o binômio materno-fetal; etc (BRASIL, 2000).

Após a coleta dos dados constatou-se que todas as gestantes submetidas referiram estar fazendo o pré-natal. Portanto, pôde-se deduzir que elas já haviam recebido ou que estavam recebendo algum tipo de orientação nutricional, uma vez que durante o pré-natal seguem-se as seguintes rotinas: periodicidade quinzenal das consultas até 30 semanas de gestação e, a seguir, semanalmente; disponibilidade de um acompanhamento multidisciplinar e multiprofissional. No caso de gestações consideradas de alto risco não-complicadas, o que não foi o caso das entrevistadas, a realização de uma consulta mensal com especialista de acordo com o caso; realização de exames ultra-sonográficos obrigatórios antes de 20 e após 26 semanas a cada 15 dias e o perfil biofísico fetal quinzenalmente, se possível intercalados com ultra-sonografia (BRASIL, 2000).

Com relação à idade gestacional em que se encontravam, quando fizeram primeira consulta do pré-natal 13,3% das gestantes referiram estar no primeiro mês/ 4 semanas; 60% com dois meses/ oito semanas; 16,7% com três meses/ doze semanas de gestação; e 10% não sabiam informar a idade gestacional quando iniciaram o pré-natal. Estes resultados demonstraram que as gestantes realizaram a primeira consulta do pré-natal de acordo com o que é preconizado pelo que o Ministério da Saúde (MS), que recomenda o início do pré-natal o mais precocemente possível e, de preferência, no primeiro trimestre da gravidez, até 12 semanas de gestação. Mas, caso isso não seja possível, deve ser iniciado, no mais tardar, até a 24<sup>a</sup> semana de gestação, que corresponde ao segundo trimestre do período gestacional, para que ainda possam ser detectadas, precocemente, complicações, tais como: malformação fetal; hipertensão gestacional; desnutrição materna; etc (BRASIL, 2000).

Em relação ao número de consultas do pré-natal que haviam participado até o momento, 30% das entrevistadas disseram que haviam participado de no máximo cinco consultas do pré-natal e 43,3% relataram terem participado de seis ou mais consultas; considerando que metade das gestantes se encontrava entre 29 e 36 semanas de gestação. O número de consultas do pré-natal, realizadas pelas gestantes, se enquadra dentro dos critérios aceitos para a idade gestacional em que as elas se encontravam, uma vez que a consulta pré-natal é quinzenal. Porém, ainda não estava de acordo com o que preconiza a Organização

Mundial de Saúde (OMS), a qual recomenda que o número adequado de consultas durante todo o pré-natal deve ser igual ou superior a seis consultas, sendo recomendado que as gestantes participem de sete ou mais consultas pré-natais para que possa realmente servir de indicador de um acesso adequado ao serviço de saúde, por parte dessas mulheres. Ressaltando-se, que uma baixa cobertura do pré-natal poderá refletir a dificuldade no acesso a esses serviços de saúde e uma maior probabilidade de riscos à saúde do conjunto mãe-concepto (MINAMISAWA *et al*, 2004).

Com relação aos profissionais que fizeram ou que estavam fazendo o pré-natal das entrevistadas, pôde-se observar, segundo as respostas das gestantes que em 63,3% o (a) enfermeiro (a) foi o (a) responsável pelo seu acompanhamento durante o pré-natal; em 3,3% o acompanhamento foi realizado apenas pelo médico; já o acompanhamento conjunto, isto é, feito tanto pelo (a) enfermeiro (a), como também, pelo (a) médico (a) foi relatado por 33,3% das gestantes.

Esses dados só nos mostram a importância do profissional de Enfermagem na assistência pré-natal e o papel que esses profissionais da saúde desempenham junto às gestantes durante o período gestacional, em termos de orientações nutricionais em relação à saúde do conjunto mãe-concepto por meio das atividades desenvolvidas durante o pré-natal; já que o mesmo é definido como um “conjunto de procedimentos de caráter clínico e educativo objetivando o acompanhamento da evolução da gravidez e a promoção a saúde da gestante e de seu concepto, proporcionando-lhes soluções imediatas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em caso de qualquer intercorrência durante esse período” (MELO; COELHO; CREÔNCIO, 2010).

Para tanto o profissional de Enfermagem é essencial nesse processo, uma vez que, o mesmo se posiciona de forma neutra, guardando para si seus dogmas, conceitos e preconceitos, promovendo de maneira humanizada o acolhimento e dando a possibilidade, ou seja, a oportunidade dessas mulheres se expressarem quanto as suas dúvidas e medos, bastante comuns durante a gestação, sendo isso possível através da escuta das necessidades apresentadas por essas mulheres durante as consultas do pré-natal, onde o (a) enfermeiro (a) pode colocar em prática todo o seu aprendizado acadêmico, de forma a detectar precocemente possíveis complicações que essas mulheres possam vir a ter com relação à própria saúde, como também, a saúde de seus filhos (BRASIL, 2000).

Em relação às orientações alimentares recebidas pelas entrevistadas durante o período gestacional a **tabela 3** proporciona o agrupamento das mesmas com o propósito de facilitar

não só a análise e discussão destas, mas, como também, a compreensão dos dados coletados referentes a esta variável.

**TABELA 3.** Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis relacionadas às orientações alimentares recebidas durante o pré-natal. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.

| VARIÁVEIS  | N         | %            |
|--|-----------|--------------|
| <b>INFORMAÇÕES SOBRE COMO SE ALIMENTAR DURANTE A GRAVIDEZ</b>  |           |              |
| Não  | 05        | 16,7         |
| Sim  | 25        | 83,3         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>PROFISSIONAL QUE FORNECEU AS INFORMAÇÕES</b>  |           |              |
| Enfermeiro (a)   | 17        | 56,7         |
| Médico (a)   | 03        | 10,0         |
| Enfermeiro (a) e Médico (a)  | 03        | 10,0         |
| Nutricionista  | 02        | 6,7          |
| Nenhum   | 05        | 16,7         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>COMO REBERAM AS INFORMAÇÕES</b>   |           |              |
| Palestras  | 05        | 16,7         |
| Reuniões do grupo de gestantes   | 06        | 20,0         |
| Informações verbais e/ ou escritas durante as consultas do pré-natal   | 14        | 46,7         |
| Não soube informar   | 05        | 16,7         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>30</b> | <b>100,0</b> |
| <b>CLAREZA DAS INFORMAÇÕES QUANTO A PRÁTICA DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SEUS BENEFÍCIOS DURANTE A GRAVIDEZ E O PÓS-PARTO</b> |           |              |
| Não  | 00        | 00           |
| Sim  | 25        | 83,3         |
| Não receberam nenhuma informação   | 05        | 16,7         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>30</b> | <b>100</b>   |

Quando perguntadas sobre o recebimento ou não de informações a respeito de como elas deveriam se alimentar durante a gravidez, 83,3% das gestantes responderam que “sim” haviam recebido informações, enquanto 16,3% disseram que não haviam recebido nenhuma informação sobre alimentação no período gestacional. Orientar as gestantes sobre a importância de ter uma boa alimentação durante a gestação é essencial para a manutenção de uma gravidez saudável, sendo isto possível através de atividades pré-natais promovidas pela equipe inter-multidisciplinar, que juntamente com às gestantes desenvolvem atividades que possibilitam essa troca de informações, contribuindo, assim, para o conhecimento necessário para estas mulheres, em relação aos alimentos e os nutrientes neles contidos que são considerados indispensáveis para o fornecimento energético adequado durante o período em

que se encontram. Além disso, proporciona um vínculo entre paciente-profissional através da relação de confiança.

Levando-se em consideração o profissional que forneceu as informações necessárias quanto a uma alimentação saudável, as entrevistadas responderam em sua maioria, 56,7% que o (a) enfermeiro (a) foi o profissional responsável por lhes fornecerem tais informações; confirmando ainda mais o papel de destaque desses profissionais, durante o pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde (MS) e a Lei nº 7.498, de junho de 1986 que fala sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem, regulamentada pelo decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, as quais afirmam que durante o pré-natal de baixo risco o profissional de Enfermagem pode fazer o acompanhamento das gestantes podendo, assim, oferecer-lhes assistência de Enfermagem durante a gestação e o período de pós-parto, como também, a realização de atividades de cunho educacional em saúde, o que inclui a orientação nutricional necessária durante esses períodos, o que é possível por meio da sensibilidade adquirida por esses profissionais em termos de oferecer a essas mulheres uma escuta aberta e um diálogo claro, adequado a realidade e a compreensão de cada gestante atendida, gerando um vínculo de confiança entre profissional-paciente (MARQUES, 2007).

Quanto aos métodos mais utilizados pelos profissionais para lhes fornecerem as informações sobre como deveriam se alimentar durante a gravidez 46,7% das gestantes citaram as informações verbais e/ou escritas durante as consultas do pré-natal realizadas, principalmente, pelo profissional de Enfermagem da Unidade de Saúde; 20% referiram as reuniões do grupo de gestantes; 16,7% disseram que receberam as informações através de palestras; e 16,7% não souberam informar.

As informações fornecidas tanto durante as consultas de pré-natal, como também, as que foram disponibilizadas nas reuniões dos grupos de gestantes e demais métodos utilizados não apenas pelos profissionais da Enfermagem, mas por todos os profissionais que fazem parte da equipe inter-multidisciplinar da UBSF, são muito importantes, assim como, a atuação desses profissionais que é considerada indispensável para o sucesso da assistência pré-natal, em termos de qualidade no cuidado nutricional ao longo da gravidez, já que estes ocupam lugar de significativo destaque na implementação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

Em relação à clareza com que essas informações foram repassadas às gestantes, 83,3% afirmaram que as orientações sobre a importância de uma alimentação saudável e seus benefícios para a saúde do conjunto mãe-conceito foram claras.

As informações sobre a prática de uma alimentação saudável devem ter clareza e objetividade. Além disso, devem adequar-se à realidade das gestantes, incluir alimentos regionais, nutritivos e fáceis de adquirir, possibilitando às gestantes a inserção de tais alimentos na sua dieta habitual (DEMÉTRIO, 2010).

Em relação aos hábitos alimentares das grávidas entrevistadas, a tabela 4 mostra o agrupamento das gestantes de acordo com o local onde elas realizam as refeições e a frequência da alimentação diária.

**TABELA 4:** Distribuição das gestantes entrevistadas de acordo com os hábitos alimentares durante o período gestacional. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.

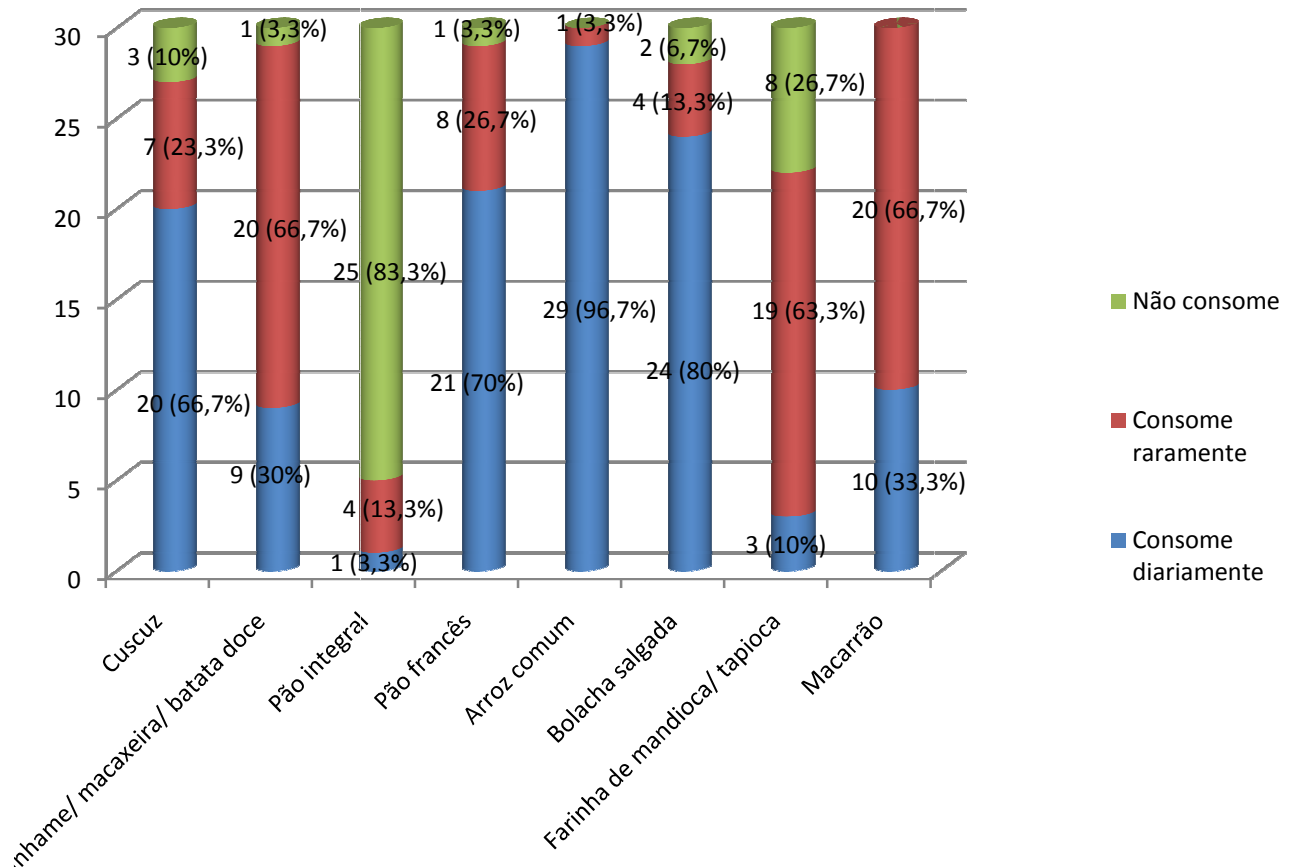
| VARIÁVEIS   | N         | %          |
|---|-----------|------------|
| <b>LOCAL AONDE REALIZA A MAIORIA DAS SUAS REFEIÇÕES</b>       |           |            |
| Em casa   | 29        | 96,7       |
| No trabalho   | 01        | 3,3        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>30</b> | <b>100</b> |
| <b>NÚMERO DE VEZES QUE COSTUMA SE ALIMENTAR DURANTE O DIA</b> |           |            |
| 01 Vez  | 01        | 3,3        |
| 02 Vezes  | 00        | 00         |
| 03 Vezes  | 07        | 23,3       |
| 04 Vezes  | 05        | 16,7       |
| 05 ou + Vezes   | 17        | 56,7       |
| <b>TOTAL</b>  | <b>30</b> | <b>100</b> |

Em relação ao local onde as entrevistadas realizavam a maioria das refeições pôde-se observar que a grande maioria (96,7%) costumava fazer as refeições em casa, ou seja, no ambiente domiciliar e apenas 3,3% referiram fazer a maioria de suas refeições no ambiente de trabalho, uma vez que não dispunham de tempo para fazê-las em casa. As refeições feitas em casa podem trazer mais conforto e a tranquilidade. No entanto, o que é importante durante o período gestacional é que a gestante coma devagar, mastigando bem os alimentos e de maneira fracionada, ou seja, várias vezes ao dia. O ambiente de trabalho, em muitos casos, dificulta o cumprimento de horários regulares para as refeições, a escolha de alimentos mais saudáveis, o descanso após a refeição (PARIZZI; FONSECA, 2010).

Já em consideração ao número de vezes que as entrevistadas costumavam se alimentar durante o dia, 56,7% mencionou fazer cinco ou mais refeições ao dia; 16,7% realizavam quatro refeições; 23,3% disseram fazer três refeições e 3,3% referiram se alimentar apenas uma vez ao dia.

Para que as gestantes consigam ingerir a energia e os nutrientes necessários para o curso de uma gestação saudável é recomendado que as mesmas façam as três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), intercaladas entre dois ou três lanches, evitando comer muito em cada refeição, o que ajuda a evitar problemas como constipação, azia, além de proporcionar uma maior e constante disponibilidade de energia não só para o organismo materno, como também, para o feto (PARIZZI; FONSECA, 2010).

Os alimentos utilizados mais frequentemente pelas entrevistadas em suas refeições diárias durante o período gestacional, foram agrupados de acordo com o nutriente predominante, e estão representados nas figuras a seguir.



**FIGURA 3:** Alimentos fontes de carboidratos complexos utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.

Os resultados da figura 3 mostraram que dentre os alimentos considerados fontes de carboidratos complexos, a macaxeira ou a batata doce costuma ser consumida diariamente por 30% das mulheres grávidas entrevistadas; raramente por 66,7%; e 3,3% não costumam comer

esse tipo de alimento. Entretanto, 66,7% das entrevistadas comem cuscuz diariamente; 23,3% raramente e 10% não comem cuscuz. Quanto ao pão integral apenas 3,3% consomem com frequência; 13,3% raramente e a maioria, 83,3% não comem esse tipo de pão. Já o pão francês é consumido diariamente por 70% das gestantes, raramente por 26,7% e apenas 3,3% disseram que não costumam comer. O arroz comum é consumido todos os dias por 96,7% das gestantes; somente 3,3% referiram consumir raramente. Quanto à ingestão de bolacha salgada 80% disseram consumir diariamente; 13,3% raramente e 6,7% não têm o hábito de comer bolacha. Em relação à tapioca e a farinha de mandioca 10% relataram que consomem com frequência; 63,3% raramente e 26,7% não comem tais alimentos. O macarrão, no entanto, é consumido diariamente por 33,3% das entrevistadas e raramente por 66,7%.

Os alimentos (cuscuz; inhame/ macaxeira/ batata doce; pães em geral) considerados do primeiro nível da pirâmide alimentar são considerados as melhores fontes de carboidratos complexos, nutrientes que contribuem expressivamente com a maior parte do valor energético da dieta das grávidas, sendo recomendado a ingestão de cinco porções/ dia no primeiro trimestre e três porções/ dia nos dois trimestres seguintes do período gestacional (DEMÉTRIO, 2010). No entanto, a ingestão excessiva desses macronutrientes por mulheres que apresentam alterações prévias no metabolismo dos carboidratos e naquelas que não se ajustam às alterações do processo gestacional, principalmente, as alterações ocorridas no sistema endócrino, pode desencadear a elevação da glicemia materna; já que a gravidez é considerada por muitos estudiosos, como sendo, um processo diabetogênico, uma vez que se caracteriza pela resistência à insulina, o que pode estar associado ao aumento dos níveis séricos de hormônios como estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol, entre outros; visando a manutenção do equilíbrio constante do suprimento de glicose para o feto; já que este se encontra em pleno processo de desenvolvimento e que é muito dependioso de suporte energético em decorrência de todos os processos que estão a ocorrer simultaneamente, principalmente a nível celular. Esse suprimento energético durante a gestação é compensado pelo aumento da secreção pancreática de insulina, na tentativa de evitar a alteração da glicemia materna que pode acarretar sérias complicações, tais como: hiperglicemia e a hiperinsulinemia fetal, levando ao considerável aumento da morbimortalidade (MANUAD *et al*, 1998).

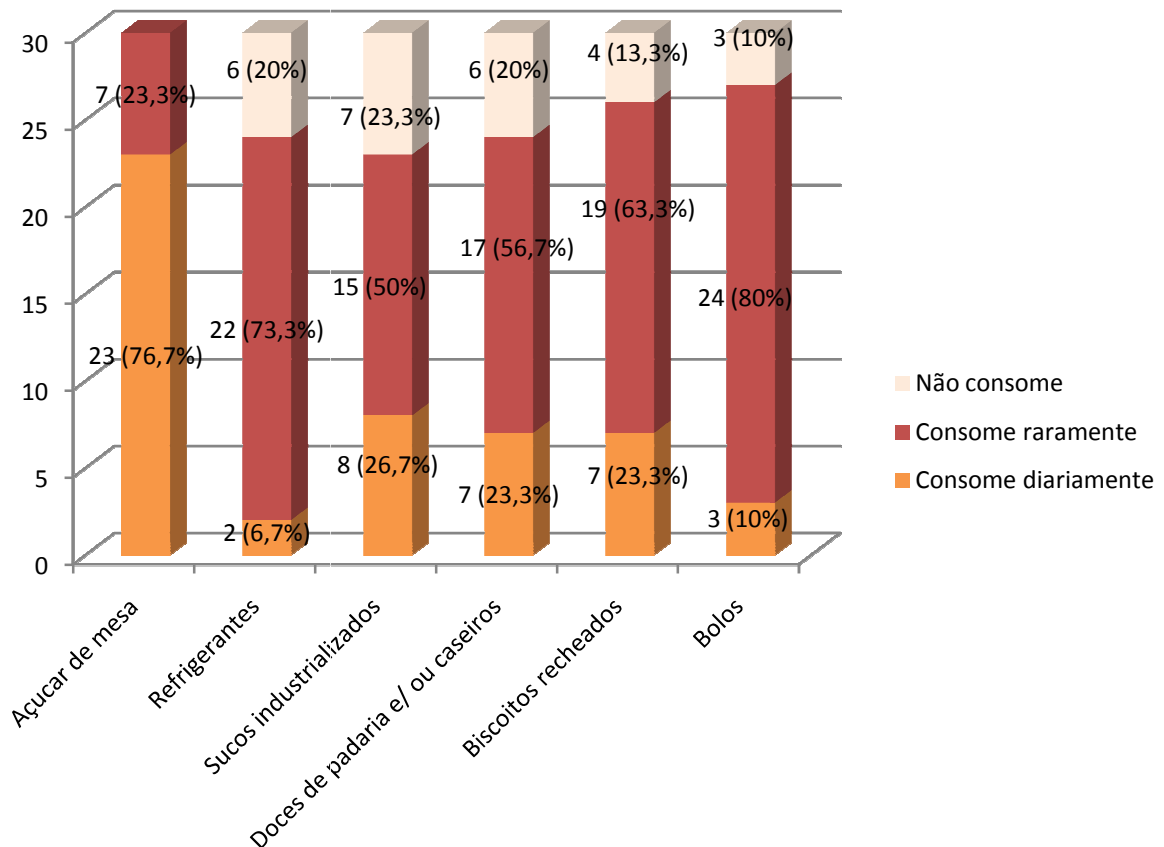
O consumo de alimentos como cuscuz; farinha de mandioca e tapioca pode ser realizado pelas gestantes, desde que em pequenas quantidades e em porções fracionadas, pois na gestação há hipotonia do sistema gastrointestinal, em virtude da ação hormonal da progesterona, o que ocasiona um maior tempo de esvaziamento gástrico, o qual muitas vezes



resulta em distúrbios como náuseas, pirose (azia) e obstipação ou constipação intestinal, principalmente, após a ingestão dos alimentos que requerem uma maior ingestão de água, como é o caso do cuscuz, farinha de mandioca/ tapioca. Embora esses alimentos sejam fontes de carboidratos complexos e constituam uma das principais fontes energéticas para o organismo materno-fetal, eles devem ser consumidos de maneira moderada e com cautela, por estas mulheres (DEMÉTRIO, 2010).

Com relação aos alimentos como a bolacha salgada e o macarrão, seu consumo de maneira moderada, também, pode ser feito pelas grávidas, mas caso isso ocorra de forma exagerada pode ter sérias consequências devido a complicações que afetam o sistema materno-fetal, tais como: hipertensão gestacional; pré-eclampsia; eclampsia; obesidade gestacional; etc (DEMÉTRIO, 2010).

No caso do arroz comum e o pão integral, além de serem também fontes de carboidratos complexos; também são ricos em niacina (vitamina B3) que funciona como um componente de duas importantes co-enzimas, denominadas de NAD e NADP, presentes em todas as células e que participam de inúmeros processos metabólicos. A carência de niacina pode ocasionar distúrbios relacionados ao metabolismo da glicose; de ácidos graxos que são considerados fontes energéticas de suma importância para as gestantes e seu conceito; além de comprometerem o mecanismo de respiração tecidual (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

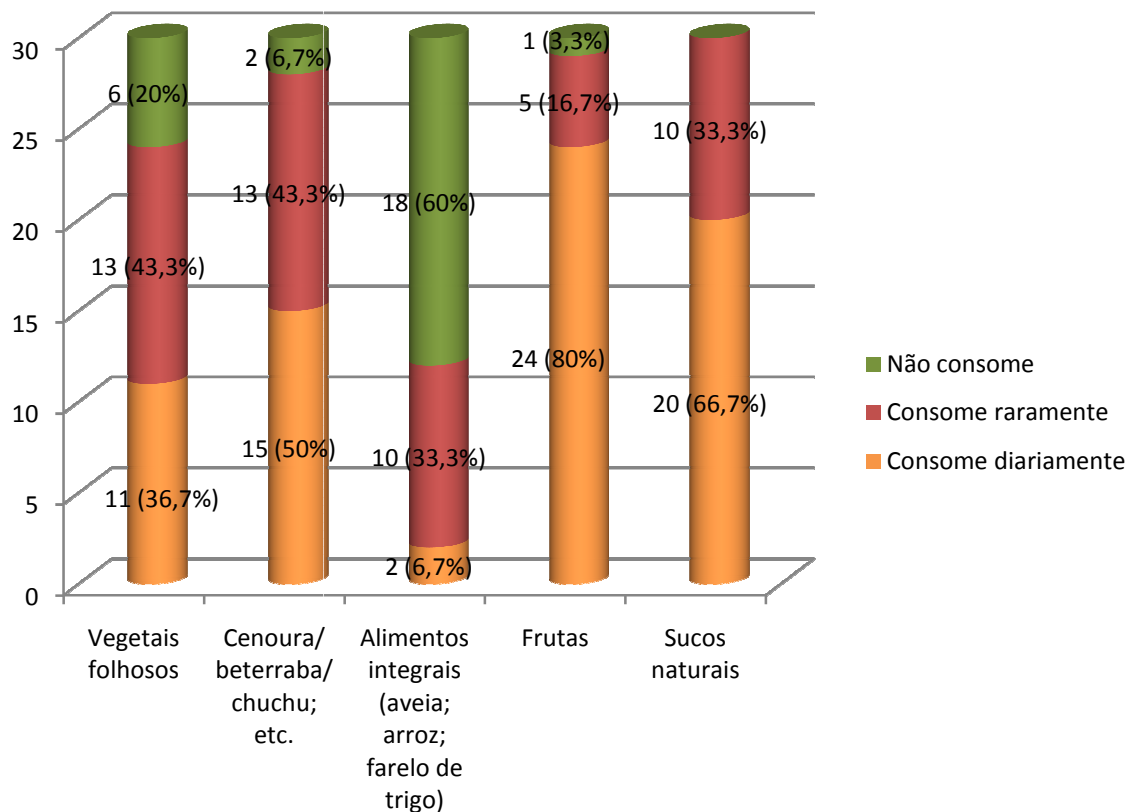


**FIGURA 4:** Alimentos ricos em açúcar e gorduras utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.

De acordo com a figura 4 pode-se constatar que 76,7% das gestantes utilizam o açúcar comum de mesa, diariamente, para adoçar os alimentos como sucos, café e vitaminas. Em relação ao consumo de refrigerantes, apenas 6,7% referiram à ingestão diária; 73,3% ingerem raramente e 20% disseram que não bebem refrigerantes. Os sucos industrializados foram citados por 26,7% das entrevistadas como ingestão diária, 50% afirmaram consumir raramente e 23,3% não consomem. Quanto aos doces caseiros ou de padaria, 23,3% comem diariamente; 56,7% consomem raramente e 20% relataram que não costumam comer esses doces. Já os biscoitos recheados são consumidos todos os dias por 23,3% das gestantes; são consumidos raramente por 63,3% e 13,3% afirmaram que não comem esse tipo de biscoito. Em 10% das gestantes foi constatado um consumo diário de bolo; 80% o consomem raramente e 10% não consomem.

Durante o período gestacional a mulher necessita aumentar o consumo de alimentos para atender a nova demanda energética do organismo, portanto os alimentos considerados fontes de carboidratos, por ser este um nutriente com função energética, devem ser

consumidos diariamente, no entanto é preciso que este consumo seja feito de maneira moderada, uma vez que durante a gravidez ocorrem alterações metabólicas significativas como, por exemplo, um aumento crescente da resistência a insulina, dificultando a quebra do composto denominado de sacarina pelo organismo materno e presente em muitos alimentos (ex: bolos; doces de padaria e/ ou caseiros; biscoitos recheados), tendo este composto extrema facilidade de atravessar a barreira hematoplacentária e de se acumular nos tecidos fetais em decorrência da secreção e ação do hormônio lactogênico placentário (GONÇALVES, 2006). Embora o açúcar forneça um suprimento energético eficaz e imediato (maior disponibilidade para o organismo) a gestante; caso este seja consumido em excesso e de maneira compulsória pode predispor a sérios riscos ou até mesmo, ocasionar sérias complicações em termos de saúde ao sistema materno-fetal durante a gravidez como, por exemplo, a diabetes gestacional; descolamento prematuro da placenta (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).



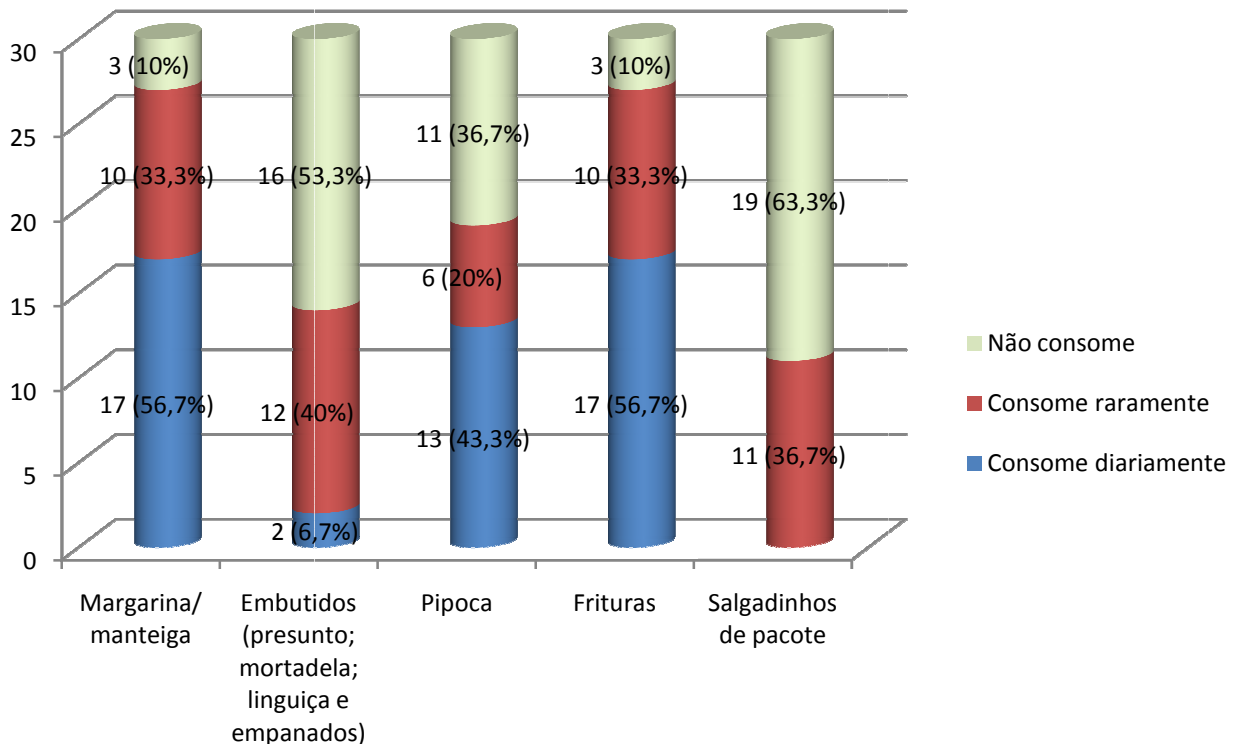
**FIGURA 5:** Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras, utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.

Quanto ao consumo de vegetais folhosos 36,7% das gestantes referiram consumi-los diariamente; 43,3% raramente e 20% não têm o hábito de comer esses alimentos. Cenoura, beterraba e chuchu foram consumidos diariamente por 50% das entrevistadas; raramente por 43,3% e 6,7% não comem tais alimentos. As frutas são consumidas todos os dias por 80% das gestantes; raramente por 16,7% e apenas 3,3% disseram não incluir frutas na alimentação. Já os sucos de frutas foram ingeridos com frequência por 66,7% e raramente por 33,3%.

Pelas entrevistadas em suas refeições diariamente; constatou-se o consumo de vegetais como cenoura/ beterraba/ chuchu e outros, uma vez que eram ingeridos pelas gestantes em suas refeições, misturados ao arroz por elas preparado; quanto aos vegetais folhosos elas mencionaram em sua maioria que não apreciavam o consumo dos mesmos; já com relação aos alimentos integrais essas mulheres em sua maioria não costumavam comê-los, fato este que possivelmente está relacionado ao baixo poder aquisitivo, uma vez que, estes alimentos costumam ter seus preços, no mercado local, duas ou três vezes maiores que os alimentos comuns e em relação à relevantes educacionais das entrevistadas por desconhecerem os benefícios proporcionados pela ingesta de tais alimentos para elas e seus filhos durante e após o período gestacional.

No caso do não consumo de vegetais folhosos (alface, repolho, couve, etc) por parte de algumas gestantes, estas não terão os benefícios proporcionados pela ingesta dos mesmos, que seriam de suma importância na síntese de protrombina (fator II) e outros vários fatores de extrema relevância para o sistema de coagulação do concepto que poderá desenvolver futuramente a denominada doença hemorrágica do recém-nascido (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002). O pouco interesse no consumo de alimentos integrais, pode prejudicar a obtenção da niacina, vitaminas já mencionadas neste estudo.

A obtenção de suprimentos de outros micronutrientes necessários durante a gestação podem ser obtidos por meio da ingesta de beterraba/ cenoura/ chuchu e outros vegetais, sendo estes alimentos ricos em ferro, vitamina B2, folato e vitamina A; o que lhes garante benefícios, tais como: prevenção de distúrbios visuais; na função imune; na regulação da proliferação e diferenciação celular; crescimento intra-uterino satisfatório; metabolismo protéico; síntese da hemoglobina e satisfatória distribuição de oxigênio para o concepto; etc (SILVA *et al*, 2007).



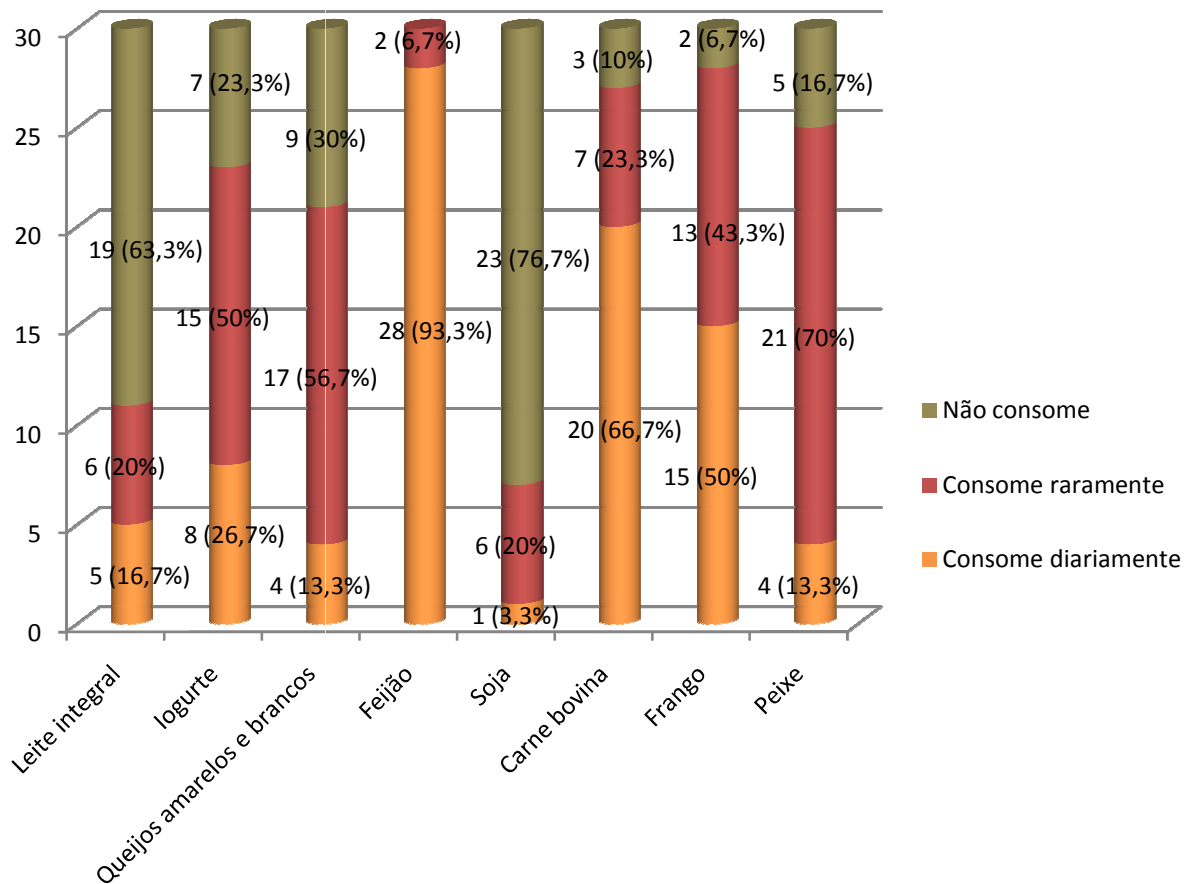
**FIGURA 6:** Alimentos ricos em gordura saturada, gordura trans e sódio, utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.

A figura 6 mostra que 56,7% das gestantes referiram utilizar margarina/manteiga diariamente em suas refeições; 33,3% usam raramente e 10% não costumam utilizar. Quanto aos embutidos, apenas 6,7% disseram que consomem esse tipo de alimento todos os dias; 40% raramente e 53,3% não têm o hábito de consumi-los. Mas, a pipoca industrializada é consumida diariamente por 43,3% das entrevistadas; raramente por 20% e 36,7% disseram que não comem esse tipo de pipoca. Quanto à ingestão de frituras 56,7% costumam comer diariamente; 33,3% comem raramente e 10% não comem frituras. Os salgadinhos de pacote foram relatados como ingeridos raramente por 36,7% e não ingestão por 63,3%.

Elevados índices de sódio e de gordura saturada na alimentação da gestante aumentam o risco para a ocorrência de hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, o desenvolvimento de anasarca (edema generalizado) em virtude da retenção de líquidos e, também, a ocorrência de complicações cardiovasculares, não só durante este período, mas, como também, distúrbios da mesma proporção em termos de risco a saúde durante toda a vida adulta de seus filhos (BALLEN *et al*, 2009).

No caso das frituras, estas colocam em risco tanto as gestantes, como também, seus conceitos. A ingestão prolongada de gorduras saturadas acarreta sérias complicações durante a gravidez e por toda a vida ao conjunto mãe-conceito, por exemplo, aumento expressivo do risco de hipertensão gestacional. Segundo Nascimento; Aquino (2004), a hipertensão é considerada uma doença crônica e que consiste em um fator de risco importante para o desenvolvimento de patologias cardiovasculares em virtude do acúmulo dessas gorduras no epitélio vascular, dificultando o suporte de nutrientes para o feto. Portanto, trazendo danos significativos para o desenvolvimento intra-uterino deste; desenvolvimento de complicações carcinogênicas; distúrbios cerebrovasculares; renais; etc (RICCI, 2008).

No caso do consumo de pipocas e de salgadinhos de pacote, estes também predispõem as gestantes aos riscos de complicações durante o período gestacional conforme mencionado nos parágrafos anteriores, uma vez que no preparo e até mesmo no condicionamento desses alimentos, exige-se elevadas concentrações de sódio; de gorduras trans e insaturadas; óleos em excesso; etc.



**FIGURA 7:** Alimentos ricos em proteína utilizados pelas gestantes em suas refeições. Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Queimadas – PB, 2011.

A figura 7 mostra que 16,7% das gestantes referiram utilizar leite integral diariamente em suas refeições; 20% usam raramente e 63,3% não costumam utilizar. Quanto ao consumo de iogurte, 26,7% relataram que consomem esse tipo de alimento diariamente; 50% raramente e 23,3% não consumia. Quanto ao consumo de queijos brancos e/ ou amarelos, 13,3% referiram consumir todos os dias; 56,7% consomem raramente e 30% relataram não ter o hábito de consumi-los diariamente; já em relação ao consumo de feijão, 93,3% consomem diariamente e apenas 6,7% raramente. Quando indagadas com relação ao consumo de soja, apenas 3,3% referiram comer todos os dias; 20% raramente e 76,7% não costumam consumi-la. Com relação ao consumo de carne bovina, 66,7% relataram comer todos os dias; 23,3% raramente e apenas 10% não tinham o hábito de comer. Quando perguntadas quanto ao consumo de frango, 50% referiram consumir diariamente; 43,3% raramente e somente 6,7% referiram não comer. Em relação ao consumo de peixe, apenas 13,3% referiram comer todos os dias; 70% consumiam raramente e 16,7% não tinham o hábito de comer.

O leite e seus derivados são ricos em determinados macro-micronutrientes como, proteínas, lipídios, vitamina A, vitamina E, vitamina K e vitaminas do complexo B (B2 e B12), como também, ricos em sais minerais indispensáveis durante esses período de grandes exigências que é a gravidez, como é o caso do cálcio, do fósforo e do zinco, assim como, a contribuição para um melhor funcionamento e fluxo intestinal (peristalse) e proteção contra infecções gástri-intestinais, por meio da obtenção de lactobacilos pela ingestão de iogurte (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002). O baixo consumo desses alimentos pode acarretar sérias consequências tanto para a gestante, como também, para o seu filho, que podem acontecer durante o período gestacional e/ ou após o mesmo; já que a deficiência de macronutrientes e de micronutrientes, como lipídios; as vitaminas A, E e K e do complexo B; ferro e zinco, podem interferir nos importantes papéis desempenhados por estes em funções orgânicas consideradas vitais, como crescimento, reprodução, formação de hemácias, função antioxidante e imunológica (SILVA *et al*, 2007).

Ainda em relação ao consumo de alimentos ricos em fontes de proteína animal, consumidos diariamente nas refeições das entrevistadas; constatou-se que uma expressiva maioria delas consumia carne bovina/ de bode e principalmente de porco, devido ao seu baixo custo no comércio local; metade das gestantes referiu gostar de comer frango, mas que haviam deixado em consequência de terem “abusado” e a outra metade ainda utilizava a carne branca de frango com principal “mistura” para dar um melhor gosto as suas refeições diárias. Porém, apenas um pequeno número referiu comer peixe diariamente, em decorrência dos transtornos gerados durante o preparo e cozimento de tal alimento, pois as mesmas referiram que o “mau cheiro” era o principal empecilho para a não ingestão diária de tal alimento.

O consumo de proteínas durante a gestação por meio de alimentos ricos nesse tipo de macronutriente se faz necessário pelo fato de estarem relacionados à síntese das proteínas teciduais e de outras funções metabólicas de caráter significativo durante a gravidez, tais como: formação enzimática e hormonal; atuação no sistema imune como anticorpos; transporte de lipídios e de vitaminas lipossolúveis, além da significativa contribuição no equilíbrio ácido-básico (ação antioxidante proporcionada pela vitamina E, contida na soja) do organismo evitando sérios danos ao sistema mãe-conceito. No entanto, não se faz necessário o consumo exacerbado de proteínas, uma vez que estas mulheres podem satisfazer as necessidades protéicas por meio de apenas dois copos de leite e um ovo/ dia (PARIZZI; FONSECA, 2010).

Já com relação à ocorrência de um baixo consumo de peixes e de crustáceos marinhos, as gestantes, deste estudo, estão desprivilegiadas quanto aos benefícios fornecidos por alguns



tipos de lipídios, especialmente os ácidos graxos essenciais (AGEs), os quais cumprem funções energéticas e de reservas metabólicas; papel na síntese hormonal e de sais biliares; prevenção das gestantes quanto a certas enfermidades como, por exemplo, doenças cardiovasculares e imunológicas e o não favorecimento do desenvolvimento tanto cerebral, como da retina dos seus conceptos; predispondo-os a distúrbios visuais e neurológicos (SILVA; MIRANDA; SOARES, 2007).

Podemos constatar, também, durante a entrevista com as gestantes que em sua totalidade elas referiram tomar bastante água, o que é extremamente satisfatório para o sistema mãe-conceito, uma vez que esse líquido tão vital contribui para a manutenção da homeostase corpórea da mãe e de seu filho, além de servir como fonte de iodo que é um componente essencial dos hormônios tireoidianos como, por exemplo, a tiroxina (T4) e triiodotironina (T3), que são de extrema importância no crescimento e desenvolvimento humano, como também, no desenvolvimento cerebral normal durante a concepção e até os dois anos de idade após o nascimento (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

No caso dos chás em geral elas referiram em um total de 66,7% não ingerirem, pois uma vez que não há comprovação científica dos benefícios e riscos destes para elas e seus conceptos. No entanto, o expressivo consumo de café referido por elas, poderá acarretar complicações devido ao consumo abusivo de cafeína como: insônia; aumento do pico de pressão arterial (PA) em decorrência de ser, o café, um estimulante e, assim, aumentar a frequência cardíaca; enjoos; aumento da pirose (azia ou queimação); desconforto gastrointestinal em virtude do aumento da produção de ácido clorídrico (HCl); aumento dos níveis de estresse e ansiedade por parte das mesmas o que não é considerado bom para o conjunto mãe-conceito; etc (RICCI, 2008).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização desta pesquisa, chegamos a algumas considerações a respeito da vertente do tema exposto.

Ressaltamos ainda, que estas exposições finais foram fundamentadas durante a elaboração do presente estudo científico, de forma a nos proporcionar nesse momento a síntese das idéias obtidas durante a construção deste, possibilitando dessa maneira uma melhor compreensão e visualização acerca de tudo aquilo que foi discutido em relação à orientação nutricional no pré-natal e os hábitos alimentares adotados durante o período gestacional pelas gestantes cadastradas nas UBSF do município de Queimadas/PB.

A importância de se destacar a realização de estudos como esse é devido a não adoção de uma alimentação saudável por parte das gestantes durante o período gestacional, distanciando-as ainda mais dos benefícios proporcionados pela ingestão de alimentos ricos em nutrientes indispensáveis e que são necessários para o sistema mãe-conceito durante toda a gravidez, o período de pós-parto e porque não dizer durante toda a vida como, por exemplo, a redução e/ ou eliminação de possíveis complicações para ambos, tais como: hipertensão gestacional; a maior incidência de natimortos; doenças com agravamento na vida adulta, como distúrbios neurológicos e cardiovasculares; aumento da morbimortalidade; etc.

Durante a realização deste estudo pôde-se observar que entre os fatores de risco a que estavam expostas às gestantes, para a prática de uma alimentação errônea e o não seguimento das orientações fornecidas pelos profissionais que faziam parte da equipe inter-multidisciplinar durante o pré-natal destacavam-se: o baixo poder aquisitivo e o baixo nível de escolaridade apresentado pelas entrevistadas.

Estes fatores podem interferir diretamente na aquisição de alimentos saudáveis, já que apresentam um maior custo no mercado local, também, a dificuldade destas mulheres de colocar em prática as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde em relação à importância e complexidade do período gestacional e a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares, para assegurar uma gravidez tranquila para o sistema mãe-conceito. Portanto, embora a maioria tenha mencionado que receberam as informações necessárias e que ficaram claras tais informações, constatou-se a ingestão frequente de alimentos considerados restritos durante a gravidez, como é o caso do café; alimentos ricos em sódio, conservantes, margarina e pipocas industrializadas; a ingestão esporádica de alimentos que deveriam ser consumidos mais frequentemente como peixes e frutos do mar; leite e derivados em decorrência dos

benefícios nutricionais que proporcionam ao organismo; vegetais; legumes e leguminosas; raízes e tubérculos; etc.

Conclui-se, então, a necessidade de medidas e a realização de mais estudos nessa área que objetivem ações de atenção no pré-natal, uma vez que é por meio das atividades pré-natais que “consistem em um conjunto de procedimentos de caráter clínico e educativo”, as quais possibilitem intervenções por parte de profissionais capacitados e que estejam situados as necessidades e a realidade contextual da população alvo e a singularidade de cada indivíduo, que tenham a sua disposição recursos materiais, humanos e financeiros suficientes para que os mesmos possam diminuir ou até mesmo eliminar tais fatores com a ajuda de recursos nos níveis municipais, estaduais e federais de maneira mais enérgica e com o auxílio de organizações não-governamentais, da própria população e de peças consideradas fundamentais para essas mudanças, como é o caso dos profissionais da Enfermagem graças a sua formação acadêmica que lhes proporcionam neutralidade, ausência de dogmas, pré-conceitos, etc; já que os mesmos são os responsáveis pelo fornecimento de informações, realização de eventos que aproximam à comunidade a equipe da saúde, o que diminui o abismo existente entre paciente-profissional, criando um vínculo de confiança o que proporciona a realização das intervenções por parte desses profissionais necessárias para a mudança dessa realidade em consideração aos fatores de risco, aos quais estão expostas essas mulheres e em relação a sua alimentação e hábitos alimentares.

## 7 REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. de. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 01ª Ed, Rio de Janeiro-RJ, Cultura Médica, 2002.

ADELIA, M. T. B. Modalidades de Pesquisas: um Estudo Introdutório – Petrópolis, p. 02-04, 2002. Disponível em: [http://www.usuarios.upf.br/~clovia/pesq\\_ens/textos/texto02.pdf](http://www.usuarios.upf.br/~clovia/pesq_ens/textos/texto02.pdf). Acesso em: 26 de março de 2011.

ALVIM, D. A. B.; BASSOTO, T. R. P.; MARQUES, G.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem à gestante de baixo risco. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 258-27, 2007.

AZEVEDO, D. V.; SAMPAIO, H. A. C. de. Consumo Alimentar de Gestantes Adolescentes Atendidas em Serviço de Assistência Pré-Natal. **Revista de Nutrição – Campinas-RJ**, vol. 16, n. 3, p. 01, julho/ setembro de 2003. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 22 de março de 2011.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na Gestação e Puerpério. **Revista de Nutrição – Campinas-RJ**, vol. 19, n. 2, p. 246-247, março/ abril de 2006, Brasil. Disponível em: <http://www.regional.bvsalud.org>. Acesso em: 22 de março de 2011.

\_\_\_\_\_. Práticas Alimentares na Gravidez: Um Estudo com Gestantes e Puérperas de um Complexo de Favelas do Rio de Janeiro (RJ, BRASIL). **Revista de Ciência e Saúde Coletiva – Rio de Janeiro-RJ**, vol. 15, n. 2, p. 01-02, outubro de 2010. Disponível em: <http://www.regional.bvsalud.org>. Acesso em: 22 de março de 2011.

BALLEN, M. L. O. *et al.* Restrição Protéica na Prenhez – Efeitos Relacionados ao Metabolismo Materno. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia – São Paulo-SP**, vol. 53, n. 1, p. 01-02, julho/ setembro de 2009. Disponível em: <http://www.enfermagem.bvs.br/php/index.php>.

BARROS, A. S.; LEHFELID, N. A. S. de. **Fundamentos da Metodologia**. 2ª ed, Ampliada, ERJ Informática Ltda., 2000.

BRASIL. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

BRASIL. Assistência pré-natal: manual técnico. Secretaria de Políticas Públicas. Saúde da Mulher. Brasília-DF; v. 3; p. 66; O Ministério da Saúde; 2000.

COTTA, R. M. M. *et al.* Aspectos Relacionados aos Hábitos e Práticas Alimentares de Gestantes e Mães de Crianças Menores de dois Anos de Idade: O Programa Saúde da Família em Pauta. **Mundo da Saúde – Texeiras-MG**, p. 01-02, julho/ setembro de 2009. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 22 de março de 2011.

DEMÉTRIO, F. Pirâmide Alimentar para Gestantes Eutróficas de 19 a 30 anos. **Revista de Nutrição – Campinas-RJ**, vol. 23, n. 3, p. 01, setembro/ outubro de 2010. Disponível em: <http://www.scielo-log.bireme.br/.../scielolog.php?...statart>. Acesso em: 09 de abril de 2011.

FARJARDO, M. L. *et al.* **Assistência Pré-Natal: Normas e Manuais Técnicos**, Brasília, 03ª ed. p. 6-7-8-9-14, Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: [http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pré\\_natal.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pré_natal.pdf). Acesso em: 24 de abril de 2011.

GIL, A. C. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3ª ed, Florianópolis-SP, Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed, São Paulo-SP, Atlas, 2008.

GONCALVES, L. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em mulheres com passado de distúrbios hiperglicêmicos na gestação. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo-SP, v. 49, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 08 de julho de 2011.

HALPERN, R.; SCHAEFER, E. S.; PEREIRA, A. S.; ARNT, E. M.; BEZERRA, J. P. V.; PINTO, L. S. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em uma comunidade rural do sul do Brasil. **Journal of Pediatrics**. v. 72; n. 6; p. 369-73; 1996.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**. v.17, nº 4. Rio de Janeiro; 2001.

KILSZTAJN, S. *et al.* Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública – São Paulo-SP**, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

MALTA, M. B. *et al.* Utilização das Recomendações de Nutrientes para Estimar Prevalência de Consumo Insuficiente das Vitaminas C e E em gestantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia – São Paulo-SP**, vol. 11, n. 4, p. 575, dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/05.pdf>. Acesso em: 08 de abril de 2011.

MANUAD, F. F. *et al.* Diabetes e Gravidez: Aspectos Clínicos e Perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – Ribeirão Preto**; v. 20; nº 4; p. 193; 1998.

MELO, M. C. P.; COELHO, N. H. N.; CREÔNCIO, S. C. E. de. Atuação da Enfermeira no Pré-Natal: Uma Revisão a partir da Sistematização, da Humanização e da Educação em Saúde. Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer – Goiânia; v. 6; nº 10; p. 1-2-3-4; 2010.

MINAMISAWA, R.; BARBOSA, M. A.; MALAGONI, L.; ANDRAUS, L. M. S. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004.

NASCIMENTO, Fátima; AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora. Intervenção educativa na hipertensão gestacional. **Revista Nursing**, v. 84, n. 8, 2004. p. 230- 233.

PARIZZI, M. R.; FONSECA, J. G. M. Nutrição na Gravidez e na Lactação. **Revista de medicina – Minas Gerais-MG**, vol. 20, n. 3, p. 344, junho/ agosto de 2010. Disponível em: Acesso em: 15 de abril de 2011.

PASTORE, S.; VINADE, I. A. Hipertensão Gestacional – Uma Revisão de Literatura. **Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Santa Catarina-SC**, P. 03, novembro de 2007. Disponível em: [http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/07b/Simone/Simone\\_artigo.pdf](http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/07b/Simone/Simone_artigo.pdf). Acesso em: 09 de abril de 2011.

PAULA, C. G. *et al.* de. Baixo Peso ao Nascer: Fatores Socioeconômicos, Assistência Pré-Natal e Nutricional – Uma Revisão. *Revista Augustus* – Rio de Janeiro-RJ; v. 14; n° 29; p. 57-60; 2010.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Artes Médicas – Porto Alegre-RS, p.168 e 207, 1995.

RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. 01ª ed, Rio de Janeiro-RJ, Guanabara Koogan, 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro-RJ; 06ª ed; Artmed; 1996.

SANTOS, L. A.; MAMEDE, F. V.; BERNARDI, J. V. B. de. Orientação Nutricional no Pré-Natal em Serviços Públicos de Saúde no Município de Ribeirão Preto: O Discurso e a Prática Assistencial. **Revista latino americana de Enfermagem – Ribeirão Preto-SP**, vol. 14, n. 5, p. 02, setembro/ outubro de 2006. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 23 de abril de 2011.

SILVA, D. R. B. da; MIRANDA JUNIOR, P. F.; SOARES, E. de A. A Importância dos Ácidos Graxos Poliinsaturados de Cadeia Longa na Gestação e Lactação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil – Recife-PE**, vol. 7, n. 2, abril de 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000200002&lng=em&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000200002&lng=em&nrm=isso)>. Acesso em: 24 de abril de 2011.

SILVA, L. S. V. et al. de. Micronutrientes na Gestação e Lactação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil – Recife-PE**, vol. 7, n. 3, p. 238, julho/ setembro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/02.pdf>. Acesso em: 17 de abril de 2011.

TONATO, C. *et al.* de. Avaliação e Recomendações Nutricionais Específicas para Gestante e Puérpera Gemelar. **Revista Einstein – São Paulo-SP**, vol. 6, n. 2, p. 212-213-214-215, março de 2008. Disponível em: <http://www.apps.einstein.br>. Acesso em: 15 de abril de 2011.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**FORMULÁRIO DE PESQUISA**

**PESQUISA: Práticas Alimentares Saudáveis durante o Período Gestacional.**

**Pesquisador: Maurílio Adelino Alves Filho**

**Orientadora: Professora Ms. Jacqueline Santos da FôNSECA Almeida Gama**

**01) Qual a sua data de nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_**

**02) Qual seu estado civil?**

(A) Solteira

(B) Casada

(C) União consensual

(D) Separada/ divorciada/ desquitada

(E) Viúva

**03) Até quando você estudou?**

(A) Não estudou

(B) Ensino fundamental incompleto

(C) Ensino fundamental completo

(D) Ensino médio incompleto

(E) Ensino médio completo

(F) Ensino superior incompleto

(G) Ensino superior completo

(H) Pós-graduação

(I) Não sei/Não lembro

**04) Você mora sozinha? ( ) Não ( ) Sim**

**05) Com quantas pessoas além de você?**

( ) 1

( ) 2

( ) 3

( ) 4

( ) 5

( ) +6

**06) Você é cadastrada em algum Programa do Governo?**

( ) Não

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

**07) Você trabalha? ( ) Não ( ) Sim**

**08) Em que você trabalha?**

(A) Na agricultura

(B) Na indústria

(C) No comércio

(D) Funcionária pública

(E) Doméstica

(F) Diarista

(G) Outros

**09) Tem carteira assinada? ( ) Não ( ) Sim**



**10) Quantas horas você trabalha durante a semana?**

- (A) Sem jornada fixa, até 10 horas semanais.
- (B) De 11 a 20 horas semanais.
- (C) De 21 a 30 horas semanais.
- (D) De 31 a 40 horas semanais.
- (E) Mais de 40 horas semanais.

**11) Quanto é a sua renda pessoal somada a renda do restante da família?**

- (A) Menos de 01 salário mínimo
- (B) Até 01 salário mínimo
- (C) De 01 a 02 salários mínimos
- (D) De 03 a 05 salários mínimos
- (E) Mais de 06 salários mínimos
- (F) Não tem renda fixa

**12) É sua primeira gestação?** ( ) Não ( ) Sim

**13) Quanto tempo faz desde o último parto até a gestação atual?** \_\_\_\_\_

**14) Houve algum caso de abortamento nas suas gestações anteriores?**

- ( ) Não ( ) Sim

**15) Atualmente você se encontra com quantos meses de gestação?** \_\_\_\_\_

**16) Você fez ou está fazendo o pré-natal?**

- ( ) Não ( ) Sim

**17) Com quantos (as) meses/semanas você estava de gravidez quando fez a primeira consulta do pré-natal?** \_\_\_\_\_

**18) De quantas consultas do pré-natal você participou até o momento?**

- ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ou +

**19) Quem fez ou está fazendo o seu pré-natal?**

- ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a)

**20) No decorrer do pré-natal você recebeu ou está recebendo alguma informação sobre como você deve se alimentar durante a gravidez?**

- ( ) Não ( ) Sim

Qual foi a orientação que você recebeu? \_\_\_\_\_

**21) Quem lhe forneceu essas informações?**

- (A) Enfermeiro
- (B) Médico
- (C) Nutricionista
- (D) Outro \_\_\_\_\_

**22) Que método foi utilizado para lhe passar essas informações?**

- (A) Palestras  
 (B) Reuniões do grupo de gestantes.  
 (C) Informações verbais e/ ou escritas durante as consultas de pré-natal.  
 (D) Planfetos.  
 (E) Outros \_\_\_\_\_

**23) Ficou clara a importância dessas informações a respeito de uma alimentação saudável, assim como, os benefícios da adoção desta para você e seu bebê durante a gestação e o período de pós-parto?**

- ( ) Sim ( ) Não

**24) Você faz uso de alguma medicação atualmente?**

- ( ) Não ( ) Não lembra ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**25) Em relação ao seu hábito intestinal ele apresenta-se:**

- ( ) Normal ( ) Constipada ( ) Diarréia

**26) Você tem alergia a algum tipo de alimento?**

- ( ) Não ( ) Sim. Qual o tipo de alimento? \_\_\_\_\_

**27) Aonde você realiza a maioria das suas refeições? \_\_\_\_\_**

**28) Quantas vezes você costuma se alimentar durante o dia?**

- ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais

**29) Em relação a tabela abaixo referente a seus hábitos alimentares e os alimentos utilizados mais frequentemente, responda de acordo com os requisitos (consome diariamente; consome raramente ou não consome).**

| ALIMENTO               | CONSUME DIARIAMENTE | CONSUME RARAMENTE | NÃO CONSUME |
|------------------------|---------------------|-------------------|-------------|
| Água                   |                     |                   |             |
| Suco natural           |                     |                   |             |
| Sucos industrializados |                     |                   |             |
| Refrigerante           |                     |                   |             |
| Chás                   |                     |                   |             |
| Café preto             |                     |                   |             |
| Leite desnatado        |                     |                   |             |
| Leite integral         |                     |                   |             |
| Iogurte                |                     |                   |             |
| Achocolatado em pó     |                     |                   |             |
| Açúcar                 |                     |                   |             |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Adoçante</b>  |  |  |  |
| <b>Pão francês</b>   |  |  |  |
| <b>Pão integral</b>  |  |  |  |
| <b>Margarina ou manteiga</b>                               |  |  |  |
| <b>Maionese</b>  |  |  |  |
| <b>Nata</b>  |  |  |  |
| <b>Creme de leite</b>                                      |  |  |  |
| <b>Leite condensado</b>                                    |  |  |  |
| <b>Queijos amarelos ou brancos</b>                         |  |  |  |
| <b>Requeijão</b>   |  |  |  |
| <b>Frutas</b>  |  |  |  |
| <b>Vegetais folhosos</b>                                   |  |  |  |
| <b>Cenoura, chuchu, beterraba e outros</b>                 |  |  |  |
| <b>Inhame, macaxeira, batata doce</b>                      |  |  |  |
| <b>Alimentos integrais (aveia; arroz; farelo de trigo)</b> |  |  |  |
| <b>Arroz comum</b>   |  |  |  |
| <b>Macarrão</b>  |  |  |  |
| <b>Farinha de mandioca, tapioca</b>                        |  |  |  |
| <b>Cuscuz</b>  |  |  |  |
| <b>Feijão</b>  |  |  |  |
| <b>Soja</b>  |  |  |  |
| <b>Carne bovina, bode ou porco</b>                         |  |  |  |
| <b>Frango</b>  |  |  |  |
| <b>Peixe</b>   |  |  |  |
| <b>Linguiça</b>  |  |  |  |
| <b>Presunto, mortadela</b>                                 |  |  |  |
| <b>Empanados</b>   |  |  |  |
| <b>Frituras</b>  |  |  |  |
| <b>Pastel; coxinha</b>                                     |  |  |  |
| <b>Salgadinhos de pacote</b>                               |  |  |  |
| <b>Biscoito recheado</b>                                   |  |  |  |
| <b>Bolacha salgada</b>                                     |  |  |  |
| <b>Bolacha doce sem recheio</b>                            |  |  |  |
| <b>Bolos</b>   |  |  |  |
| <b>Doces de padaria ou caseiro</b>                         |  |  |  |
| <b>Pipoca</b>  |  |  |  |

**APÊNDICE B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada  
**Práticas Alimentares Saudáveis durante o Período Gestacional.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- A pesquisa terá como objetivo o de verificar o nível de informação das mulheres sobre Práticas Alimentares Saudáveis durante o Período Gestacional.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Queimadas-PB, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

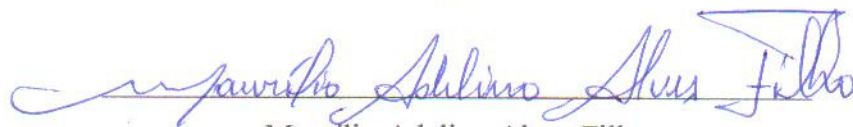
Assinatura da Participante

**APÊNDICE C****TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**


Por esse termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, pesquisadores da pesquisa intitulada “**Práticas Alimentares Saudáveis durante o Período Gestacional**”. Assumimos cumprir fielmente as diretrizes reguladoras emanadas da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 938333,24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade, aos sujeitos da pesquisa, ao Estado e à Resolução CEP/CESED 09/2008.

Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, inerentes à pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das informações coletadas, posto terem apenas o objetivo acadêmico de entender a realidade em estudo. As informações só serão divulgadas de maneira agregada sem nenhuma identificação do usuário pesquisado. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/UEPB (Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Estadual da Paraíba), ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/CESED, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 12 de Julho de 2011



Maurílio Adelino Alves Filho  
Pesquisador



Por<sup>ª</sup>. Ms. Jacqueline Santos da Fônsaca Almeida Gama  
Orientadora

# ANEXOS

## ANEXO I



**PREFEITURA CIDADE DE QUEIMADAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL  
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **Práticas Alimentares Saudáveis durante o Período Gestacional** desenvolvido pelo graduando de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Maurílio Adelino Alves Filho, sob a orientação da professora Ms. Jacqueline Santos da Fônseca Almeida Gama.

Queimadas-PB, \_\_\_\_ de maio de 2011.

  
Prefeitura Municipal de Queimadas  
Secretaria Municipal de Saúde-GESAU  
Damião Silva-Cetafange  
Diretor Administrativo

---

Gerente de Atenção à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde de Queimadas, Paraíba.

## ANEXO II



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0147.0.133.000-11

Data da Entrega: 26/04/2011

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

PESQUISADOR: **Jacqueline Santos da Fonseca Almeida**

Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias. Todavia, sugerimos que no instrumento não identifique os sujeitos, por questões éticas.

Campina Grande-PB, 26 de abril de 2011

Relator: 06

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa



## ANEXO III



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**COMPROVANTE DE APROVAÇÃO**

**CAAE 0147.0.000.133-11**

**Pesquisadora Responsável: Jacqueline Santos da Fonseca Almeida**

Fonte: <http://portal2.saude.gov.br/sisnep>

Andamento do Projeto CAAE- 0147.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa

**PRÁTICAS ALIMENTARES SAUVAES DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL**

| Situação        | Data Inicial no CEP    | Data Final no CEP      | Data Inicial na CONEP | Data Final na CONEP |
|-----------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| Aprovado no CEP | 26/04/2011<br>13:38:16 | 27/04/2011<br>09:42:17 |                       |                     |

| Descrição  | Data                   | Documento      | Nº do Doc         | Origem      |
|--|------------------------|----------------|-------------------|-------------|
| 1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet          | 19/04/2011<br>07:52:00 | Folha de Rosto | FR - 420519       | Pesquisador |
| 2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List) | 26/04/2011<br>13:38:16 | Folha de Rosto | 0147.0.133.000-11 | CEP         |
| 3 - Protocolo Aprovado no CEP                      | 27/04/2011<br>09:42:17 | Folha de Rosto | 0147.0.133.000-11 | CEP         |

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

