



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM

PRISCILA ROCHA DA SILVA

**PRÁTICAS ALIMENTARES DAS GESTANTES DE ALTO RISCO
ATENDIDAS NA CASA DE SAÚDE DA MULHER DE ITAITUBA,
ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Itaituba, PA

2019

PRISCILA ROCHA DA SILVA

**PRÁTICAS ALIMENTARES DAS GESTANTES DE ALTO RISCO
ATENDIDAS NA CASA DE SAÚDE DA MULHER DE ITAITUBA,
ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba, PA

2019

PRISCILA ROCHA DA SILVA

**PRÁTICAS ALIMENTARES DAS GESTANTES DE ALTO RISCO
ATENDIDAS NA CASA DE SAÚDE DA MULHER DE ITAITUBA,
ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Dr. Josehan Galúcio da Frota

Avaliador: _____ Nota: _____

Profº ...

Avaliador: _____ Nota: _____

Profº. ...

Resultado: _____ Média: _____

Data: de março de 2019

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, por me proporcionar essa conquista, aos meus pais que sempre foram minha inspiração para traçar este caminho e ao meu esposo. Dedico-lhes com satisfação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre estar presente nos momentos de dificuldades, por me presentear com folego de vida que me faz continuar a lutar com perseverança a todos os meus sonhos e objetivos.

A meus pais, Francisco Antero da Silva e Neli Castro Rocha, por sempre me apoiarem em todas as minhas decisões, por colocar total confiança em meu potencial, mesmo não estando presentes diariamente em minhas rotinas, sempre estiveram aptos contribuir positivamente nas aulas teóricas, nos estágios, e nas atividades extras, se não fosse vocês não teria conseguido concluir essa fase de minha vida.

Aos meus irmãos que em algumas circunstancias me sustentaram o desejo desta conclusão.

Ao meu esposo Diogeney Alencar Teles que durante todo os cinco anos de faculdade sempre me ajudou com apoio, um ombro amigo sendo sempre compreensivo diante onde mais precisei, e por me proporcionar descontrações e lazer em dias onde estava com algumas dificuldades acadêmicas

Ao PROUNI, sistema do qual se não fosse ele, não estaria até aqui concluindo essa conquista.

A minha amiga que fiz ao longo de cinco anos na faculdade, Hathina Matos Mota, obrigada por estar comigo durante esses cinco anos de luta, por não me deixar desistir, me dando puxões de orelhas, e empurrões nos dias de desanimo, e momentos de descontração. Obrigado pela parceria e incentivo ano após ano, foi primordial, principalmente nas horas em que tudo parecia tão difícil, sempre ajudando, nunca mediu esforços. A todos colegas de sala em especial Francinele dos Santos, obrigada por sempre que tive dúvidas, você sempre me ajudou em minhas dificuldades.

Aos professores que durante todo o curso, me mostraram o caminho para a descoberta da janela do conhecimento e me ajudaram a chegar até aqui.

A professora Enfermeira Esp. Mestranda Tamires Sheyenne Pereira da Silva, por estar sempre disposto a prestar todos os esclarecimentos quando necessários.

Ao meu orientador, Doutor Jossehan Galúcio da Frota, por confiar em meu potencial, bem como pela sua disponibilidade na orientação, pelo incentivo, por ter compartilhado comigo de seu vasto conhecimento.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram com a execução deste trabalho, inclusive a toda a equipe da CSM que me proporcionaram a coleta de dados desta pesquisa.

*Quem já saciou a fome não busca mais o alimento,
assim como apenas quem não se considera um tolo,
não vai querer mais conhecimento e embora vivo, já
estará morto. Enquanto faminto e tolo, embora morto,
continuará vivo.*

“Steve Jobs”

RESUMO

A gestação é o momento de grandes mudanças na vida de uma mulher, principalmente nas questões fisiológicas e psicológicas e para que este momento aconteça, o corpo antes mesmo que a mulher descubra uma futura gestação, ele passa por diversos processos e aspectos todos os meses. O consumo de alimentos é indispensável, é para que haja um aporte adequado que atenda a dupla demanda de nutrientes consumidos durante toda a gestação, a gestante precisa incluir hábitos melhorados, pois o período gestacional é uma fase, no qual as necessidades nutricionais são aumentadas, em decorrências dos ajustes fisiológicos da mulher e crescimento fetal. O presente estudo tem por objetivo conhecer os alimentos ingeridos pelas as gestantes de alto risco atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará. Além, de descrever o perfil sóciodemográfico dessas gestantes. O tema é importante, pois enfoca a alimentação das gestantes, e uma alimentação inadequada pode ser prejudicial, tanto para a gestante como para o feto. Além disso, não existem dados no Município de Itaituba que mostrem como as gestantes de alto risco estão se alimentando. Essa pesquisa é do tipo levantamento, com abordagens quanti-qualitativa, do tipo descritiva, teórico-empírico, com a finalidade de abordar os hábitos alimentares das gestantes em questão, com auxílio de um questionário estruturado. A maioria das gestantes consomem arroz, como fonte de carboidrato; ovo, peixe, carne vermelha e frango, como fonte proteica; feijão como fonte de oleaginosas. Preferem consumir frutas no horário dos lanches e, verduras e legumes no almoço e jantar. Os alimentos ultraprocessados, como bolo e biscoito recheado, são consumidos por 22,5% das gestantes e os refrigerantes são evitados pela maioria das entrevistadas. De alguma forma as gestantes procuram variar suas refeições dentro dos padrões, sejam por questões culturais, fisiológica e socioeconômica, no qual o enfermeiro como um grande gerenciador e estrategista, através de programas que foram criados para beneficia-las durante o acompanhamento no pré-natal e fase puerperal, buscam intervir é promover cuidados e estímulos para que as gestantes possam ser esclarecidas sobre a realidade e importância de uma boa alimentação durante a gestação.

Palavras Chaves: Gestante. Alimentação. Nutrição.

ABSTRACT

Gestation is the time of great changes in a woman's life, especially in the physiological and psychological issues and for this moment to happen, the body before the woman even discovers a future gestation, it goes through several processes and aspects every month. The consumption of food is indispensable, so that there is an adequate contribution that meets the double demand of nutrients consumed throughout the gestation, the pregnant woman needs to include improved habits, because the gestational period is a phase, in which nutritional needs are increased, due to the physiological adjustments of women and fetal growth. The objective of the present study is to know the foods ingested by the high risk pregnant women attended at the Women 's Health Care Center, in the city of Itaituba, Pará. In addition, to describe the sociodemographic profile of these pregnant women. The issue is important, because focusing on the diet of pregnant women, and inadequate nutrition can be harmful for both the pregnant woman and the fetus. In addition, there are no data in the municipality of Itaituba that show how high-risk pregnant women are feeding. This research is of the type survey, with quantitative-qualitative approaches, of the descriptive type, theoretical-empirical, with the purpose of approaching the eating habits of the pregnant women in question, with the aid of a structured questionnaire. Most pregnant women consume rice as a source of carbohydrate; egg, fish, red meat and chicken, as a protein source; beans as a source of oilseeds. They prefer to consume fruit at snack time, and vegetables at lunch and dinner. Ultraprocessed foods, such as cake and filled biscuit, are consumed by 22.5% of pregnant women and soft drinks are avoided by most of the interviewees. Somehow the pregnant women look for several their meals within the standards, be they cultural, physiological and socioeconomic issues, in which the nurse as a great manager and strategist, through programs that were created to benefit them during the prenatal follow-up and the puerperal phase, seek to intervene is to promote care and stimulation so that pregnant women can be clarified about the reality and importance of good nutrition during pregnancy.

Key Words: Pregnant. Food. Nutrition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Pirâmide alimentar da gestante	15
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Cereais mais consumidos, por gestantes de alto riscos, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.....	37
Gráfico 02	Consumo de alimentos com fonte proteicas mais consumidas das gestantes entrevistados na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.....	38
Gráfico 03	Consumo de oleaginosas e leguminosas, consumidos por gestantes de alto riscos, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.....	39
Gráfico 04	Alimentos ultra processados consumidos por gestantes de alto risco, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Dados pessoais de gestantes que realizam pré-natal de alto risco, na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.....	35
Tabela 02 -	Consumo de verduras, legumes e frutas por gestantes de alto risco, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DMG	Cardiopatias e Distúrbios Intestinais
ENF	Enfermeiro
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Quilograma
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA - organizar	15
2.1 NUTRIÇÃO DA GESTANTE	15
2.1.1 Necessidades nutricionais na gestação	16
2.1.2 Perfil nutricional padrão para gestantes	18
2.1.3 Ganho de peso ponderal de peso na gestante	19
2.1.4 Avaliação nutricional da gestante	20
2.2 GESTAÇÃO	21
2.3 PRÉ-NATAL	22
2.3.1 Pré-natal de baixo risco	23
2.3.2 Pré-Natal de alto risco	24
2.4 DOENÇAS ASSOCIADAS AOS DESIQUILÍBRIOS NUTRICIONAIS	25
2.4.1 Deficiência nutricional	27
2.4.2 Excesso nutricional	27
2.5 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO E COMPORTAMENTAL DAS GESTANTES	27
2.6 A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS	28
3 METODOLOGIA	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 LOCAL/CONTEXTO DE ESTUDO	30
3.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA	31
3.4 TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	31
3.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	31
3.6 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	32
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
3.8 ANÁLISES DE BENEFÍCIOS	32
3.9 ANÁLISES DE RISCOS	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE	53

1 INTRODUÇÃO

A gestação é definida por fases, das quais a mulher apresenta necessidades metabólicas e nutricionais aumentadas, sendo que essas necessidades visam o desenvolvimento intra-uterino fetal saudável, onde a gestante e feto dependem de energias extraídas de nutrientes (BONFIM, 2014).

A inadequação do aporte alimentar para o binômio mãe e feto, uma vez que estes sofrem uma competição energética, podendo comprometer a saúde de ambos, assim. O estado nutricional é um fator decisivo e de suma importância para a saúde gestacional, uma vez que a ingestão de alimentos rico em nutrientes deve ser realizada durante todo o período gestacional (BROGNOLI; NEME; PASSONI, 2010).

Nesse sentido, as alterações nutricionais necessitam de um atendimento especializado com programas de saúde materno-infantil, para que se tenha uma queda nos índices de morbimortalidades materna, perinatal e neonatal, uma vez que o estado nutricional da gestante, quando sofre um desequilíbrio, causam consequências do qual se constitui em problema de saúde pública, pois favorece o aparecimento de intercorrência gestacional (BAIÃO; DESLANDE, 2008).

Para que haja o estabelecimento do perfil nutricional da gestante, é necessário o uso de um método chamado antropometria, onde se verifica o peso pré-gestacional e ganho de peso durante a gestação, além disso, existem programas que beneficiam a mulher grávida, mantendo o controle de sua saúde, durante esse período, como a rede cegonha, por meio do pré-natal (BARROS, 2008; BRASIL, 2011a).

A rede cegonha foi criada para prover às gestantes cuidados contínuos independentes do território, com finalidades de avaliação da gestante, para averiguação e identificação de vulnerabilidades e garantia de acolhimento de todo o período gestacional, incluindo ainda a garantia de atenção à saúde das crianças de zero e quatro meses (BRASIL, 2011b).

Devido ao estado interessante das gestantes, em relação ao exagero no consumo alimentar principalmente relacionado com o aumento de gorduras e/ou carboidratos, elas possuem maior propensão ao desenvolvimento a problemas de saúde decorrente ao mau uso da alimentação podendo acometer a morte perinatal (BAIÃO; DESLANDE, 2008; BRASIL, 2015).

Essas intercorrências gestacionais estão relacionadas a vários fatores seja ele à falta de acompanhamento de profissionais de saúde ou à falta de apoio psicológico dos familiares, afeto paterno entre outras problemáticas. Assim, torna-se

necessário ter atenção dos programas assistências, que irão assistir e acompanhar a gestante durante todas as 41 semanas completas gestacionais, preservando a saúde do feto, como o sistema de vigilância alimentar e nutricional (BRASIL, 2012b).

Dessa forma, surgem alguns questionamentos em torno do tema: Quais os alimentos mais consumidos pelas gestantes de alto risco atendidas na Casa de Saúde da Mulher do Município de Itaituba, Estado do Pará? Qual o perfil sócio-demográfico dessas gestantes?

O presente estudo tem por objetivo conhecer os alimentos ingeridos (cereais, proteínas, leguminosas, oleaginosas, frutas, verduras, ultraprocessados e refrigerantes) pelas gestantes de alto risco atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará. Além, de descrever o perfil sócio-demográfico (idade, estado civil e escolaridade) dessas gestantes.

O tema é bem relevante, devido focar a alimentação das gestantes, pois, uma alimentação inadequada pode ser prejudicial, tanto para a gestante como para o feto. Além disso, não existem dados no Município de Itaituba que mostrem como as gestantes de alto risco estão se alimentando.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 NUTRIÇÃO DA GESTANTE

Durante as mudanças decorrentes das fases gestacionais, a mulher passa a adquirir várias necessidades nutricionais, e essas são aumentadas durante toda a gestação, necessidades estas que são aumentadas devido um gasto energético duplicado, e estes são supridos por macro e micronutrientes (TEIXEIRA, 2015a). Por isso, as gestantes devem ter uma preocupação redobrada durante o período gestacional do que as não grávidas, principalmente na sua alimentação, pois à sociedade moderna facilita uma vasta possibilidade para as gestantes criarem um ambiente onde elas podem adquirir um acúmulo anormal de tecido adiposo durante todo o período gestacional (SILVEIRA; VELHO; MARQUES, 2016).

Reis *et al* (2010) ressaltaram ainda que a mulher tem escolhas, que podem fazer com que a sua saúde seja refletida em hábitos saudáveis é que formam uma barreira de proteção em sua saúde, porém isso depende unicamente de escolhas.

É para isso considera-se de grande relevância o cuidado nutricional durante todo o período gestacional, e este cuidado tem crescido dentro do atendimento pré-natal, principalmente devido aos impactos a saúde pública, sendo esses cuidados precisamente eficazes quando se consegue realizar a prevenção precoce (BRASIL, 2017).

Para facilitar os cuidados, a obtenção de nutrientes necessários e indispensáveis, foi criada uma pirâmide alimentar, o qual ela é usada como modelo importante para auxiliar as gestantes, dentro de um plano alimentar adequado (Figura 01).

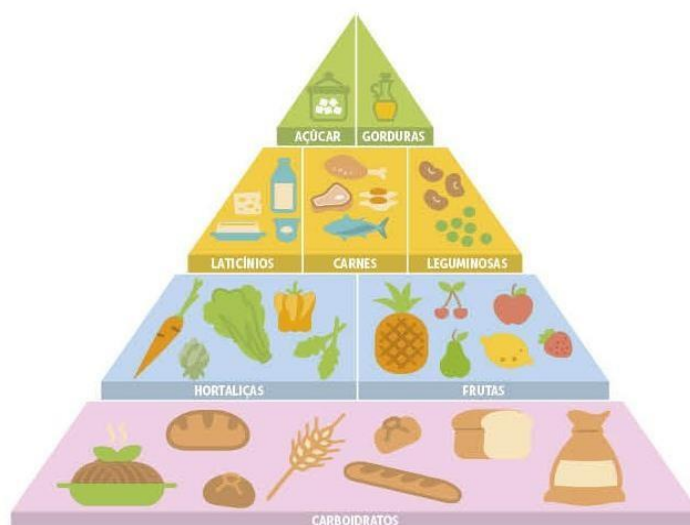


Figura 01 - Pirâmide alimentar da gestante. Fonte: Demétrio (2010).

A pirâmide está ilustrada em grupos, como cereais, carboidratos, raízes, hortaliças, leguminosas, fontes de proteínas e lipídios, a fins de facilitar a ter uma melhor orientação alimentar na gravidez de acordo com cada gestante atendida, não se esquecendo de adequasse aos costumes e cultura delas, de maneira que haja o fornecimento de quantidades suficiente de nutrientes (DEMÉTRIO, 2010).

A pirâmide auxilia fundamentalmente os profissionais a coordenar e incentivar, de alguma forma a gestante, uma vez que o crescimento do feto só é considerável saudável quando a gestante possui de reservas energéticas acumuladas para ambos, pois seu propósito servirá para manutenção da mãe e feto (DEMÉTRIO, 2010).

Uma vez que é recomendado o acréscimo de calorias a partir do segundo trimestre de gravidez, o qual este adicional é de 340 a 450 kcal. Este acréscimo é importante nesta fase devido à necessidade de gastos energéticos serem divididos, tanto para o desenvolvimento do feto, quanto para suprir necessidades da mãe, e a cada semana esses adicionais aumentam para ambos (BRASIL, 2015).

2.1.1 Necessidades nutricionais na gestação

Preocupada com a garantia da saúde das mães e de seus bebês a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra a importância de se avaliar os programas de nutrição em saúde pública e buscar medidas de intervenção nutricional, com a finalidade de garantir um adequado estado nutricional da mãe e como resultado proporcionando vantagens de saúde para a própria gestante e para o filho, ao longo da sua vida (BRASIL, 2012a; TEIXEIRA *et al.*, 2015b).

Para que o feto e posteriormente o bebê tenha um bom crescimento e desenvolvimento, é necessário que durante a gravidez as necessidades nutricionais da gestante sejam aumentadas proporcionalmente, recomenda-se hábitos alimentares e nutricionais individualizados a cada mulher (PALOMBARINI *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2015a).

Segundo o Ministério da Saúde, além de a gestante se beneficiar e nutrir o feto durante toda gestação com uma alimentação saudável, o bebê ainda terá grandes chances de possuir um hábito alimentar saudável no futuro (BRASIL, 2015).

Para Campos e Palanch (2017), a avaliação do consumo alimentar deve ser pautada nos fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais, sendo mais complexa em gestantes, por apresentarem alterações fisiológicas e psicológicas alteradas.

Portanto o acompanhamento nutricional é individualizado e considera-se uma atividade obrigatória para as gestantes, efetivado pelo enfermeiro, e este quando julgar necessário deverá encaminhar a paciente ao profissional especializado em nutrição (BRASIL, 2016).

Mesmo quando se deseja e/ou programa uma gestação, tanto a mulher como a criança em desenvolvimento enfrentam vários riscos de saúde. Por esta razão, é importante lembrar que todas as gravidezes necessitam de cuidados especiais, devendo ser monitorizadas pelos profissionais da saúde com bastante atenção, pois conhecer a importância da nutrição tem mostrado que a saúde do feto, é em grande parte, programada durante a sua vida intrauterina (TEIXEIRA *et al.*, 2015a).

Estudo com gestantes revelam que a alimentação também pode ser influenciada com o modo como esta nova gravidez é encarada, muitas mulheres por não aceitar a gravidez acabam parando de comer, com a finalidade implícita de abortar a criança da qual espera (BAIÃO; DESLANDES, 2008).

A alimentação saudável foi significada de maneira positiva pela associação com a saúde materna e com o crescimento e desenvolvimento do bebê, sendo, por esses motivos, necessária. Já a “má alimentação”, apontada como uma possível causa de “doenças” esta especialmente associada ao exagero no consumo alimentar e excessivo aumento de peso (BAIÃO; DESLANDES, 2008).

As necessidades nutricionais da grávida são semelhantes aos das mulheres não grávidas, porém, apresentam algumas particularidades no que respeita as necessidades de energia, proteínas, algumas vitaminas, como a tiamina, a riboflavina, o ácido fólico, a vitamina C e alguns minerais, como o ferro, o zinco, o cobre e o magnésio, bem como de outros micronutrientes relevantes (CANIÇO, 2008).

Durante a gravidez, as necessidades de vitamina C aumentam, principalmente no último trimestre, a fim de assegurar as reservas maternas desta vitamina necessárias ao rápido crescimento do feto nos últimos meses de gravidez, assegurando a saúde do binômio mãe-feto (BRASIL, 2016).

A vitamina C desempenha ainda um papel importante no aumento da absorção de ferro não- heme, desta forma, a grávida deve ser encorajada a consumir alimentos ou bebidas ricas em vitamina C juntamente com refeições ricas em ferro não- heme, promovendo uma maior absorção deste mineral (CANIÇO, 2008).

Faz se necessário obter algumas necessidades nutricionais como obter hábitos alimentares saudáveis, pois isso evitara sentir náuseas, vômitos, fraqueza,

desmaios, onde um detalhe muito importante é tomar cuidados com os excessos, principalmente quando está no final da gestação, pois o exagero de alimento causar desconforto abdominal, devido o útero comprimir o estômago (BRASIL, 2012c).

2.1.2 Perfil nutricional padrão para gestantes

O que pode-se observar que a rotina alimentar das gestantes está diretamente correlacionado com o Índice de Massa Corporal (IMC) das gestantes durante o período gestacional, facilitando intercorrências oportunas à alimentação inadequada, como o desenvolvimento de aumento de peso e dislipidemias (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Tornando evidente, que a gestantes precisa atingir uma necessidade ideal energética, é para atingir esta necessidade é necessário ter uma rotina alimentar saudável, pois se notou que não é de costume mulheres gestantes ter hábitos alimentar de qualidade, quando se fala em questão de nutrição alimentar (MELERE *et al.*, 2013).

Estudos feitos com a comunidade gestacional foram percebidos que não existe uma variabilidade na alimentação diária, o que se nota que a falta de nutrientes necessários para a gravidez é escassa (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Oliveira *et al.* (2010) explica que razões para pouca variação alimentar é basicamente devido fatores socioeconômicos, relatividade de idade, sexo, o qual esses fatores fazem com que a gestante deixe de ter um aporte nutricional devido e adequado.

Baião e Deslandes (2008) realizaram um estudo e identificaram que as mulheres “aceitavam a gestação” e relataram ter algumas dificuldades para aderir à dieta a insipidez das preparações e pela “fome” exagerada que sentiam; entre as mulheres que afirmaram não se sentirem preparadas para “assumir a gravidez”, todas interpretaram e nomearam o seu comportamento alimentar com expressões negativas.

Por conta disto, cabe evidenciar que o guia alimentar para a população criado pelo Ministério da Saúde, veio com o propósito de conduzir a sociedade em geral a seguir planos alimentares como: consumir alimentos naturais ou minimamente processados, o qual é culturalmente apropriado e balanceado, além de reduzir o uso de óleos, gorduras, sal e açúcares, é esta se limitando aos processados e ultraprocessados, além de buscar planejar alimentação em horários iguais e estar

com pessoas ao redor, pois isso ajuda desfrutar do alimento e comer mais devagar (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde relembra ainda que mulher acumula cerca de 6-9 litros de água durante toda sua gestação, portanto, o ministério preconiza que a mesma tenha que ingerir cerca de 2-3 litros de água por dia, equivalente no mínimo 10 copos de água por dia, para que assim ela possa esta hidratada suficiente para manutenção e absorção da água (BRASIL, 2015).

2.1.3 Ganho de peso ponderal na gestante

Este é o momento em que a mulher deve ser alimentar o mais saudável possível de todas as fases de sua vida, porém não lhes dá o direito de poder se alimentar em dobro e o pior comer o que quiser (BRASIL, 2015). O ganho ou a perda de peso, e fundamentada no IMC de cada gestante, no entanto logo no primeiro trimestre pode haver variação de 2 a 3 kg, isso não significa que esteja fora do adequado, pois essas variações são consideradas normais (BRASIL, 2015).

Quando existe excesso de peso durante a gestação, traz consigo consequências que acompanha inúmeros riscos, um deles é o excesso de ganho de peso materno e fetal, que pode estar associado à diabetes gestacional, levando a dificuldades no parto, enquanto que um baixo ganho de peso gestacional está relacionado a um aumento no risco do retardo de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal (CAMPOS; PALANCH, 2017).

O aumento exagerado do peso sinalizava um risco eminente de adoecer, ou até morrer, e impunha necessidade de mudanças no comportamento alimentar, mas se era difícil controlar a vontade de comer e fazer dieta, para uma grávida se tornava pior do que para qualquer outra pessoa (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que o aumento de peso estimado para a gestante e de aproximadamente 10 a 12 kg, dependendo do estado nutricional da mulher, e que 9 kg são decorrentes das alterações fisiológicas que o corpo se adapta devido ao feto, e que 1 a 3 kg advêm de gordura do tecido adiposo (FERREIRA; DUARTE; FERREIRA, 2013).

Durante a gravidez, o peso deve aumentar gradativamente, devido à formação da placenta, líquido amniótico, crescimento do bebê, volume do útero e do sangue, tecido mamário e gordura de reserva, porém, quando este ganho de peso é exagerado, pode levar ao aumento do risco de atraso de crescimento intrauterino e

mortalidade perinatal (TEIXEIRA *et al.*, 2015a).

Brasil (2015) alerta que existem recomendações durante o período de gestação, no qual esses são de acordo com as necessidades de todas as gestantes, essas recomendações são realizadas através de um resultado de cálculos através da altura e peso, denominado IMC da gestante, a partir deste resultado é então feito o aconselhamento adequado, para que haja um aconselhamento de uma dieta equilibrada, com fins de evitar desequilíbrios no peso e nutricional.

2.1.4 Avaliação nutricional da gestante

Para que a gestante tenha sua gestação segura é sem um aumento na taxa da mortalidade perinatal, seria necessário que toda mulher receba ferramentas que envolvem a promoção e prevenção da sua saúde, incluindo um acompanhamento nutricional, durante a sua gestação (SILVA *et al.*, 2018).

Esse acompanhamento acontece no pré-natal e é realizado por uma equipe de profissionais capacitados para realizar a avaliação antropométrica, onde é feito o cálculo de idade gestacional e IMC (SILVA *et al.*, 2018).

Entende-se que a avaliação nutricional das gestantes deve ser realizada na Unidade Básica de Saúde durante as consultas de pré-natal, por enfermeiros e médicos, conforme as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde (MARTINS; BENICIO, 2011).

O principal objetivo da avaliação nutricional é identificar nas gestantes se existem riscos nutricionais ao longo da gestação, tais como: ganho de excesso de peso, obesidade e baixo peso, isso é diagnosticado de acordo com o IMC e idade gestacional (FAZIO *et al.*, 2011).

Reforça-se ainda que a avaliação contribua diretamente para a queda no índice nas taxas de mortalidade perinatal e neonatal, sendo que estudos comprovam que gestantes com IMC equivalente a 35 kg possuem maiores pré-disponibilidade a hipertensão, causada basicamente pelo ganho ponderal (PADILHA *et al.*, 2007).

Uma das principais preocupações da qual a equipe de profissionais lida diariamente com clientes que fazem o acompanhamento na unidade básica de saúde, é justamente as temidas intercorrências, pois o excesso de açúcares, carboidratos e gorduras, causam problemas à saúde gestacional (PADILHA *et al.*, 2007).

Vale ressaltar ainda que profissionais nutricionistas presente nas consultas de pré-natal, são eficazes e com a ajuda e intervenção deles, poderia fazer várias

prevenções em relação às intercorrências, o qual esses profissionais exercem papéis fundamentais é importantes, quanto às orientações alimentares e hábitos saudáveis (BROGNOLI; NEME; PASSONI, 2010).

2.2 GESTAÇÃO

A gestação é um momento marcante, caracterizada como período de desenvolvimento do embrião, o qual a mulher passa por uma fase de inúmeras alterações e demandas fisiológicas, biológicas, físicas, psicológicas e metabólicas, em fase de transformações, sendo que, devido a essas alterações a gestante necessita de uma demanda nutricional aumentada, para que assim haja um desenvolvimento fetal saudável (MELERE *et al.*, 2013).

O corpo antes mesmo que a mulher descubra uma futura gestação, a mulher passa por diversos processos e aspectos, que se modificam todos os meses para que, para que haja uma possível fecundação humana, a qual seria o encontro do ovulo com o espermatozoide (BAIÃO; DESLANDE, 2008).

Somente a partir da implantação dos blastocistos no endométrio uterino a mulher iniciará um processo chamado de gestação, no momento que existir esse encontro, o corpo automaticamente terá alterações e reajustes fisiológicos, totalmente diferentes, movido por adaptações hormonais, anatômicas e fisiológicas, que ocorrerão ao longo de nove meses (STRAPASON; NEDEL, 2010).

Assim, a gestação possui três fases e desse o seu início, o corpo sofre um turbilhão de sensações, trazendo consigo prazer, desconforto, oscilação de aceitação e/ou recusa, além de sinais e sintomas clínicos como o aumento do volume das mamas e abdome, sonolência, excesso de apetite e enjoos, sendo que estes indicadores são considerados normais e não implica conceito (BRASIL, 2016).

Ao segundo trimestre de gestação a mulher passa por momentos onde o feto começa a se movimentar e dar sinais de existência, também se criam laços maternos, e expectativas, fazendo com que todos os desconfortos sejam superados com satisfação, ou seja, cria-se vínculo emocional e aceitação da nova fase, por arte da mulher (BRASIL, 2014).

O final da gestação se caracteriza pelo terceiro trimestre, que ocorre a partir da 27ª semana de gestação, esta fase acontece à adequação de espaço existente dentro da barriga da gestante e preparação do nascimento do bebê (BRASIL, 2014).

De todas as fases existentes o parto sempre será o de maior expectativa para

a mulher, devido o misto de sensações como: medo, ansiedade, o cessar de dores, e o momento mais esperado, que é o nascimento do feto, onde a puérpera já, estará com o recém-nascido em seus braços, e partir daí crescem laços permanentes entre mãe e filho (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

2.3 PRÉ-NATAL

Ressalta-se que o pré-natal foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde para atender a mulher desde o início da gravidez de forma abrangente, onde todos os aspectos apresentados nesse período pudessem ser atendidos de acordo com as condições locais da gestante (BRASIL, 2014).

O pré-natal tem como principal objetivo dar suporte assistencial necessário durante todo o período gestacional e puerperal, correspondendo toda ou qualquer assistência de saúde oferecida a mulher, assegurando que a mãe e a criança tenham um índice minimizado de possíveis riscos à saúde, onde o contato direto é feito nas comunidades através das Unidades Básica de Saúde, com suporte de profissionais, dentre eles o enfermeiro (BORNIA; SILVA; AMIM-JUNIOR, 2013).

O contato com a comunidade, faz com que o profissional de saúde consiga fazer com que eles possam criar uma confiança em relação a abertura em algumas de suas intimidades, para que assim a equipe de enfermagem possa até mesmo fazer uma prévia de investigação de seus hábitos alimentares, cultura e costumes. (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Pois a consulta de pré-natal é o momento que a gestante disponibiliza uma abertura de relacionamento com o profissional da saúde, onde colocará suas dúvidas, medos, angustias e outros problemas enfrentados, sendo necessário um profissional competente para lidar com tais situações, e ao mesmo tempo prestar toda assistência de saúde com boa qualidade (BRASIL, 2000b).

O qual uma atenção de qualidade no período do pré-natal é quando se possibilita o início precoce, periódico e completo do pré-natal, pois isso fará com que a gestante tenha uma cobertura ideal para seu acompanhamento, evitando assim algumas intercorrências, feito através do SISPRENATAL (BRASIL, 2011b).

Quando a gestação é descoberta no início, a primeira consulta deve ser realizada antes da 12ª semana e alguns fatores devem ser identificados, devido à importância dos dados para o acompanhamento correto (BRASIL, 2006).

Sendo assim, é preciso identificar a data da última menstruação (DUM), que é

utilizada para calcular a da idade da gravidez e identificação de qual será a data provável do parto e realizar a ultrassonografia, que é considerada o exame mais importante, já que certifica ou corrige a idade menstrual, realiza diagnóstico de gravidez gemelar, identifica malformações (BRASIL, 2010).

As demais consultas devem ser mensais até que a gestante entre na 32ª semana, após, deverão ser quinzenais até completar a 36ª semana, por fim, semanais até o momento do parto, em todas as consultas devem ser avaliados alguns dados, como peso, PA, batimentos cardíacos e o fundo do útero (BRASIL, 2010).

Uma atenção de qualidade no período do pré-natal é quando se faz o início precoce, periódico e completo do pré-natal, pois isso fará com que a gestante tenha uma cobertura ideal para seu acompanhamento, evitando assim algumas intercorrências e este controle é contínuo feito através do sistema SISPRENATAL (BRASIL, 2006).

O pré-natal dá o direito ao paciente de práticas humanizadas, atendimento e condutas que fazem de o paciente ter uma relação saudável, tenha acesso à promoção, prevenção, e o atendimento desde o básico até mesmo ambulatorio e hospitalar (BRASIL, 2005).

Oliveira e Mandú (2015) dizem que para o pré-natal ter sucesso nos atendimentos é preciso aprender compreender cada gestante, em específico avaliar condições socioeconômicas e culturais para assim, fazer um pré-natal com qualidade, nunca deixando de dar relevância às opiniões e às considerações pessoais, tanto para si quanto para com seu filho.

Estudam apontam que os benefícios obtidos com a realização do pré-natal têm números significativos quando comparado às gestantes que não realizaram nenhuma consulta, onde a assistência adequada diminui complicações materno-fetais, abortamentos, óbitos fetais e mortalidade materna (BRASIL, 2016,).

2.3.1 Pré-natal de baixo risco

O pré-natal de baixo risco é dedicado a mulheres que apresentam característica fisiológica de gestação saudável, sendo que esta medida diminui um número considerável de intercorrências, indicado para gestantes saudáveis e livres de qualquer dano (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o programa tem com o intuito de melhorar ou até mesmo reduzir taxas de morbimortalidade materno-infantil, o Ministério da Saúde criou o Programa

da Rede Cegonha no qual tem como objetivo, realizar a inclusão de cuidados na gravidez, parto e pós-parto, com variadas finalidades, tendo como base no seu desenvolvimento a rede cegonha (BRASIL, 2011b).

De acordo com portaria nº 1.459, Art. 2º, a rede cegonha tem como princípios: respeito, proteção e realização dos direitos humanos, diversidade cultural, étnica e racial, bem como promoção de equidade, enfoque de gênero e garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, por compatibilização com atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil (BRASIL, 2011b).

Assim, a Rede Cegonha descrita busca fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil durante o parto e puerpério (BRASIL, 2011b).

2.3.2 Pré-Natal de alto risco

Como objetivo central do pré-natal, proporcionar uma gestação sem qualquer complicação a fim de fornecer o nascimento de uma criança saudável, é válido também para gestações que apresentam intercorrências, sendo assim, importante à identificação de riscos e a tentativa de encontrar soluções (BRASOL, 20016).

Contudo, apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico, sabemos que existem gestantes que desenvolvem patologias associadas à gestação, caracterizando-as como gravidez de alto risco, pois há risco de morte para a mãe e/ou feto (COSTA, 2002).

Assim, o pré-natal de alto risco é indicado para gestantes com risco no bem-estar físico ou mesmo na qualidade de vida, quando surgia a necessidade de hospitalização ou de encaminhamento para referência (SILVA; CARVALHO, 2011).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a avaliação de risco pode ser um trabalho complicado, uma vez que o conceito de risco se associa a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado.

Portanto, o enfermeiro detém, com mais ênfase, nos aspectos fisiológicos das gestantes como avaliação de peso, mensuração da altura uterina, verificação da pressão arterial, ausculta dos batimentos fetais, orientação quanto à alimentação correta e a prática de exercícios físicos, demonstrando interesse pelos aspectos emocionais destas gestantes (COSTA, 2002).

No Brasil há um número significativo de gestantes de alto risco, aproximadamente 15% das gestações caracterizam-se como tal, considerando a complexidade que envolve a gestação de alto risco, acredito que esta não deve ser limitada apenas ao aspecto biológico (BRASIL, 2000a).

O próprio Ministério da Saúde no ano de 2000, objetivando uma discriminação dos determinantes de risco na gestação, buscando atender as diferenças socioeconômicas e culturais existentes no Brasil, e evidencia fatores de risco.

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis (Idade menor que 15 e maior que 35 anos, esforço físico, carga horária extensa, rotatividade do horário, exposição a agentes químicos e biológicos, estresse, situação familiar insegura e não aceitação da gravidez), Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular), condições ambientais desfavoráveis, Altura menor que 1,45m e Peso menor que 45kg ou maior que 75kg (BRASIL, 2002)

Tendo em vista característica a história reprodutiva anterior à gestação atual como: morte perinatal, recém-nascido com restrição de crescimento (pré-termo ou malformado), abortamento habitual, esterilidade/Infertilidade, intervalo inter-partal menor que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade ou multiparidade, síndromes hemorrágicas, pré-eclampsia/eclampsia e macrosomia fetal (BRASIL, 2006).

2.4 DOENÇAS ASSOCIADAS AOS DESIQUILÍBRIOS NUTRICIONAIS

As mudanças no padrão alimentar nos últimos anos, reflete no aumento da ingestão de alimentos hipercalóricos, levando incidência de doenças cardiovasculares e obesidade, uma dieta hiperlipídica induz nos descendentes, o aumento da pressão sanguínea, dislipidemia e obesidade (CAMPOS; PALANCH, 2017).

Tais mudanças no estilo de vida estão afetando drasticamente a saúde das pessoas, onde dietas hipercalóricas aliadas ao sedentarismo alteram a dinâmica energética do organismo. Mais de 90% da população não consome a quantidade recomendada de frutas, verduras e legumes, sendo alto o consumo de bebidas açucaradas, alimentos calóricos (PALOMBARINI *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2016).

Caníço (2008) corrobora que a dieta materna tem influência direta na saúde dos filhos, onde a restrição do crescimento intrauterino e o baixo peso ao nascer, acompanhados de ganho de peso excessivo na infância e na adolescência, estão

associados à obesidade, resistência insulínica, cardiopatias, hipertensão arterial, hiperfagia entre outras (CAMPOS; PALANCH, 2017).

Neste contexto o acolhimento humanizado aliado há um acompanhamento de qualidade durante a gestação é o principal fator de prevenção da morbidade e da mortalidade perinatal, pois garante a promoção da saúde da mulher e permite um prognóstico preciso da situação de saúde da criança (TEIXEIRA *et al.*, 2015b).

Evitando assim intercorrências clínicas crônicas como : cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus), hemopatias; hipertensão arterial moderada ou grave e ou/ fazendo uso de anti-hipertensivo epilepsia, infecção urinária, portadoras de doenças infecciosas, doenças auto-imunes, e ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais) (BRASIL, 2002).

Assim também doença obstétrica na gravidez: quanto em relação ao volume de líquido amniótico trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, amniorrêia prematura e hemorragias da gestação (BRASIL, 2000b).

As alterações metabólicas, endócrinas e imunológicas permanentes podem ocorrer em decorrência de fatores intrínsecos e extrínsecos durante a fase intrauterina, que se tornam mais evidente na fase adulta, acreditam-se que há um período crítico do desenvolvimento intrauterino onde o embrião e o feto são mais sensíveis as informações provenientes do ambiente (CAMPOS; PALANCH, 2017).

No final da gestação o feto está mais suscetível a alterações na sensibilidade à insulina e tolerância a glicose, visto que é o período de amadurecimento do metabolismo glicídico, ambientes intrauterinos adversos podem ocorrer devido a uma variedade de situações, como má nutrição ou excesso nutricional materno, doenças e estresse psicológico (CAMPOS; PALANCH, 2017).

A qualidade da alimentação da gestante e da lactante está diretamente ligada ao desenvolvimento da prole e a prevalência de doenças crônicas na fase adulta dos descendentes, onde a subnutrição e o excesso nutricional materno aumentam a suscetibilidade dos filhos a alterações metabólicas, neuronais e no crescimento (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a atenção com a nutrição materna deve ser mais valorizada e discutida, divulgando de maneira mais ampla a importância de uma alimentação saudável nesses períodos críticos do desenvolvimento (CAMPOS; PALANCH 2017).

2.4.1 Deficiência nutricional

A deficiência nutricional se caracteriza pelas alterações que reduzem de peso do feto ou do neonato, nesse caso, o feto, provavelmente, reduz o seu peso, por reorganizar a energia disponível para processos vitais (BRASIL, 2016).

O fenótipo econômico, onde a má nutrição materna durante a gestação levava o feto a desencadear alterações no metabolismo energético pressupondo o ambiente malnutrido que ele encontrara após o nascimento, isso corrobora com epidemias de adultos com diabetes tipo II e doenças coronarianas (CAMPOS; PALANCH, 2017).

2.4.2 Excesso nutricional

Segundo Campos e Palanch (2017), no último trimestre à composição corporal do feto sofre influência direta da alimentação materna, já no primeiro ano de vida, este recebe influência direta do aleitamento materno e no crescimento, cuja fase de estiramento está ligada aos hábitos alimentares e de atividade física.

Brasil (2012) afirma que existem três períodos críticos relacionados à hiperplasia do tecido adiposo, o que dificulta a perda de peso aumentando a tendência à obesidade em adultos. Sendo que fazer dietas durante esse período consiste em uma prática não recomendada, mesmo quando em prognóstico de obesidade.

2.5 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO E COMPORTAMENTAL DAS GESTANTES

Na cidade de Fortaleza, Berlamino *et al.* (2009) realizaram um estudo com 40 gestantes, e observaram que a faixa etária variou entre 12 a 19 anos de idade; 60,0% delas se titularam casadas ou viviam em união estável; 90,5% consumiam com maior frequência nos períodos da manhã alimentos como: pão, cereais, leite, iogurte, queijo, gorduras, óleos e doces; 77,5% consumiam leite, iogurte, queijo, gorduras, óleos e doces; 10,0% vegetais e frutas; 100,0% das entrevistadas consumiam frequentemente os grupos de cereais, carne, aves, peixes, ovos, feijão e nozes.

Rosa; Molz e Pereira (2014) realizaram no Município de Taquari (RS) com 60 gestantes e identificaram que o arroz, feijão e pão foram os alimentos de maior consumo durante sete dias da semana; massas e aipim foram os segundos alimentos de preferência durante quatro vezes na semana; relatam ainda que o consumo de carnes, leites, cereais e leguminosas, são consumidos cinco (05) ou mais vezes durante a semana.

Para avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar das gestantes, Arboit (2017) estudou 30 gestantes no centro integrado de saúde da mulher no Município de Várzea Grande, com idades media entre 16 e 45 anos; e observou que os alimentos básicos que se destacaram foram: feijão, arroz, leite e carne vermelha, já os alimentos considerado saudáveis eram consumidos esporadicamente como: vegetais, legumes e frutas, oque pode concluir, que mesmo 50% das gestantes possuem renda mensal, elas tinham o habito de alimentos básicos.

As condições socioeconômicas das gestantes influenciam diretamente nas necessidades nutricionais adequadas para a manutenção de mãe e feto. Contudo a escassez de leguminosas e excesso do consumo alimentar trazem malefícios para a gestação como doces em geral, açúcares e carnes (BROGNOLI; NEME; PASSONI, 2010).

O consumo e comportamento alimentar de 712 gestantes de 13 a 42 anos, foi assistido de perto nas cidades Porto Alegre e Bento Gonçalves em 2010, 78,5% era casada ou união estável, com media de renda 1,1 referente ao salario mínimo, segundo estudos 62,6% apresentarão falta de alimentos considerados saudáveis à gestação (MELERE *et al.*, 2013).

2.6 A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS NUTRICIONAS

Por questões fisiológicas e nutricionais a gestação fará com que a mulher, precise de um amparo, seja ele, familiar, psicológico e principalmente, o auxílio do enfermeiro, pois este profissional de saúde, trará consigo uma maior segurança e cuidados que serão primordiais para a saúde da gestante e concepto, fazendo com que venha transcorrer uma boa gestação e um parto seguro é saudável (BRASIL, 2011a).

Por conta desses motivos o enfermeiro tem como principal objetivo, da assistência de saúde dentro do acompanhamento do pré-natal, cuja necessidade de auxiliar desde a descoberta de uma gravidez, até o momento que antecede o nascimento do feto, o enfermeiro sempre informará e esclarecerá sobre duvidas e todo o processo da gestação, amamentação é cuidados com o recém-nascido (LISBOA *et al.*, 2017).

Considerando a fundamental importância do enfermeiro dentro do controle de algumas intercorrências que pode ser adquirida durante o período gestacional, o enfermeiro bem como um profissional que tem como papel, de traçar estratégias

continuas para promover e estimular a comunidade em geral, bem como obtenham hábitos é um estilo de vida mais saudáveis (LUGÃO *et al.*, 2010).

Para que isso aconteça, o enfermeiro entrar em uma luta constante contra vários aspectos de uma sociedade moderna, como a industrialização de produtos alimentícios, exemplo disso o consumo exagerado de gorduras, açúcares, carboidratos simples, entre outros vilões que fazem com que uma gestação saudável não aconteça (BRASIL, 2006).

O enfermeiro, juntamente com a equipe de profissionais de saúde, promove a saúde da gestante, realizam ações dentro do sistema de pré-natal, que visam acompanhar todo o desenvolvimento da gestante, solicitando exames, aferindo dados antropométricos, conferindo o IMC, caso a gravidez padecer de qualquer anormalidade, cabe sempre buscar apoio especializado (LUGÃO *et al.*, 2010).

Porem cabe ressaltar que o enfermeiro tem o papel de promover e contribuir para a reeducação alimentar e uma melhora da construção de hábitos alimentares considerados saudáveis a gestante e feto, acreditando ainda que a participação efetiva de um profissional nutricionista e de suma importância neste momento de constantes fases da gestante (LISBOA *et al.*, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo trata-se de uma pesquisa de levantamento, com abordagens quanti-qualitativa, do tipo descritiva, teórico-empírico, com a finalidade de abordar os hábitos alimentares das gestantes em questão, com auxílio de um questionário estruturado.

Prodanov e Freitas (2013) a pesquisa de campo, é procura de coletar dados, que lhe permitam compreender uma realidade específica de um determinado grupo, para responder, até mesmo solucionar problemas relacionados ao grupo, comunidades ou instituições, o objetivo de compreender e captar os mais diferentes aspectos de uma determinada realidade.

O Berlamino *et al.* (2009) a Pesquisa qualitativa é de fundamental importância pois estudos experimentais e clínicos comprovam que a nutrição equilibrada e adequada é indispensável para saúde da gestante é conceito.

De acordo com Gerhardt e Silveira (2009) a pesquisa quantitativa é aquilo que se preocupa com a mensuração de dados, representativos com relatos colhidos com veracidade.

Na Pesquisa descritiva é utilizada para relatar os fatos e fenômenos pesquisados com exatidão, por meio dos registros e análise respectivos das realidades. Respondendo tais questões: o que ocorre, tanto no âmbito social, quanto econômico, político, cultural, não podendo manipular os dados (PRODANOV; FREITAS, 2013)

O estudo empírico se baseia em experiências na observação dos fatos, e não somente em teorias e métodos científicos. É caracterizado pelo senso comum, pela forma espontânea e direta de entendermos as diversas situações (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O questionário estruturado é uma técnica que usa perguntas previamente estabelecidas e ordenadas, respondidas de forma objetivo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 LOCAL/CONTEXTO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Itaituba-PA, pertencente à Mesorregião do Sudoeste Paraense, localizada no norte brasileiro, considerado o décimo quarto município mais populoso do estado com 97. 343 habitantes em 2010, de acordo com

o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e um dos principais centros econômicos do oeste paraense, possuindo o décimo terceiro maior produto interno bruto (PIB) no estado (BRASIL, 2010).

O local de estudo, foi a Casa de Saúde da Mulher, o qual foi escolhido por receber todas as gestantes das 13 unidades de saúde básica, a CSM funciona como centro de referência em pré-natal de alto risco e acompanhamento de intercorrências gravídico- puerperais, localizada na Av. Getúlio Vargas, 281, realizando atividades como triagem/acolhimento, atendimento médico-ginecológico (profilaxias e interrupção de gestação), atendimento psicológico, assistência Jurídica e atendimento de enfermagem (ITAITUBA, 2018).

3.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A amostra deste foi constituída por 40 gestantes, que concordaram responder as perguntas do estudo apêndice que realizaram acompanhamento de pré-natal, na Casa de Saúde da mulher, durante o ano de 2018, onde o instrumento de coleta foi por meio de questionário estruturado, aplicado durante o período de espera entre as consultas clínicas, com auxílio de palestra sobre o tema em questão.

3.4 TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para levantamento dos dados foram aplicados questionários, contendo oito (08) questões objetivas e subjetivas, aplicadas entre outubro e novembro de 2018, através de encontros previamente agendados para coletar as informações referentes às dificuldades encontradas pelas gestantes no período gestacional, quanto aos hábitos alimentares e informações nutricionais.

Após a coleta de questionário, realizou-se avaliação das gestantes, por meio de cálculo do índice de massa corporal, a fim de identificar os hábitos alimentares e o parâmetro nutricional da amostra participante, conforme o objetivo do estudo.

Foi utilizado método estatístico, com auxílio de cálculos matemáticos e de porcentagem e para estruturação do texto de proposto, utilizaram-se gráficos, quadros e tabelas, com auxílio do sistema operacional Windows XP 2010 e Microsoft's Word e Excel, 2010.

3.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Utilizou-se como critério de inclusão, gestantes que realizam pré-natal de alto

risco, devido o acompanhamento de alto risco está relacionado a problemas nutricionais e intercorrências gravídicas, que realizam acompanhamento na Casa de Saúde da Mulher e aceitaram participar do estudo.

3.6 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Utilizou-se como critério de exclusões gestantes que realizam acompanhamento no pré-natal de baixo risco das 13 Unidades Básicas de Saúde do município e que não aceitaram participar do estudo.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho seguiu todos os preceitos para realização de pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/2012, que assegura pesquisas livres de fraude, roubo, troca de informações e plágio (BRASIL, 2012b).

Foi encaminhado um ofício para a Secretaria Municipal de Saúde, solicitando autorização para aplicação da pesquisa, pós a autorização foi comunicado a equipe de gerencia do local e posteriormente realizado a ação para obtenção de dados.

Para as gestantes foram repassadas todas as informações relacionadas a pesquisa e repasse o termo de consentimento livre esclarecido de participação em pesquisa (TCLE), assegurando as condições éticas, informações dos dados obtidos, e mínimo possível de risco ou prejuízo, sendo confiada somente a pesquisadora.

3.8 ANÁLISES DE BENEFÍCIOS

O desenvolvimento do presente estudo oferecerá possibilidade de gerar melhoria na qualidade da atenção à saúde nutricional da gestante e do feto, bem como, traçar estratégias para alcançar a diminuição dos índices das taxas de morbimortalidades neonatal e perinatal.

Trazendo ao conhecimento da categoria o que pode melhorar em seu trabalho através da pesquisa, como a aquisição de profissionais especializados, bem como nutricionista presente no âmbito da UBS, para acompanhamento da gestante, capacitar profissionais de enfermagem a especialização em nutrição, além de melhorias de matérias para realização de antropometria entre outros.

3.9 ANÁLISES DE RISCOS

Com base no Artigo V da Resolução nº 466/2012 toda pesquisa com seres

humanos envolve risco em tipos e graduações variados, devendo ser avaliados os riscos e benefícios, sendo que o último deve superar o primeiro (BRASIL, 2012b).

Portanto, com base no que foi citado, este estudo apresenta os menores riscos aos participantes, levando em conta que o instrumento de pesquisa é a entrevista em local fechado, onde apenas o pesquisador e o pesquisado terão consciência do for relatado, e seu resultado será explanado apenas para comunidade acadêmica.

O pesquisador responsável suspenderá a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária das gestantes entrevistadas variou entre 14 e 40 anos, com média de 26,9 anos. A faixa etária predominante foi de 23 a 31 e 32 a 40 anos, ambas com 40,0% (n = 16) cada, seguida da idade entre 14 e 22 anos com 20,0% (n = 8) (Tabela 1).

Um estudo desenvolvido no Município Francisco Beltrão (PR), entre janeiro e junho de 2015 com 61 entrevistadas, mostrou que 82,0% (n = 50) das gestantes tinham entre 15 e 35 anos, e 18,0% (n = 11) maior que 35 anos (COSTA *et al*, 2016).

No Município de Taquari (RS) um estudo realizado por Rosa; Molz e Pereira (2014) com 60 gestantes de idade variando entre 15 e 41 anos, com media de 26,2 anos, indicou que 13,3% são adolescentes; 71,7% 19 a 35 anos; e 15,0% tinham mais 35 anos.

Berlamino *et al*. (2009) através de estudos na cidade de Fortaleza (CE) com 40 gestantes com a idade variando entre 12 e 19 anos, descreveram que 12,5%(n = 5) entre 12 a 15 anos de idade; e 87,5%(n = 35) tinham entre 16 e 19 anos.

O presente estudo se assemelha aos trabalhos de Rosa; Molz e Pereira (2014) e Costa *et al*. (2016), diferindo de apenas Berlamino *et al*. (2009) que acharam um idade muito inferior.

Segundo Aldrighi; Wall e Souza (2017), o adiamento da gestação acima de 35 anos esta relacionado às mulheres serem decididas emocionalmente, estáveis, segura de si, e preparadas para novos desafios, adaptáveis e flexíveis em relação a criação de filhos.

A qualificação profissional, conflitos amorosos e a busca pela estabilidade financeira, são indicativos como principal motivo de adiar associados à convivência da não maternidade (FIDELIS; MOSMANN, 2013).

Quanto ao estado civil das gestantes, 55,0% (n = 22) se intitularam estar na união estável; 23,0% (n = 9) eram casadas; 20,0% (n = 8) solteiras; e 2,0% (n = 1) viúvas (Tabela 1).

Nochieri *et al*. (2008) realizaram um estudo com 219 gestantes na cidade de São Paulo, e notaram que 38,8% (n = 85) eram solteiras; 29,2% (n = 64) relataram estar na união estável; 27,4%(n = 60) eram casadas; 3,2% (n = 7) divorciadas; 0,5% (n = 1) viúvas; e 0,9% (n = 2) não informaram.

Tabela 1 – Dados pessoais de gestantes que realizam pré-natal de alto risco, na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.

DADOS PESSOAIS		
FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE	%
14 a 22	8	20,0
23 a 31	16	40,0
32 a 40	16	40,0
TOTAL	40	100,0
ESTADO CIVIL	QUANTIDADE	%
Casada	9	23,0
Solteiro	8	20,0
União estável	22	55,0
Viúva	1	2,0
TOTAL	40	100
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	%
Ensino Fundamental Incompleto	5	13,0
Ensino Fundamental Completo	3	8,0
Ensino Médio Incompleto	10	25,0
Ensino Médio Completo	13	32,0
Ensino Superior Incompleto	2	5,0
Ensino Superior Completo	6	15,0
Desconhece sua escolaridade	1	2,0
TOTAL	40	100

Para identificar o acometimento de riscos nutricionais em gestantes, Berlamino *et al.* (2009) colheram dados com 40 entrevistadas na cidade de Fortaleza (CE), e identificaram que 60,0% viviam em união estável e 40,0% eram solteiras.

Rigon e Rios (2011) em Tucunduva (RS) entrevistaram nove (09) gestantes, e observaram que 66,0% (n = 6) das gestantes eram casadas; 22,2% (n = 2) viviam em união estável; e 11,1%(n = 1) eram solteiras.

Pesquisa feita por Costa *et al.* (2016) com 61 gestantes no Município de Francisco Beltrão (PR), traçou o perfil epidemiológico das gestantes, e como resultado obtiveram 52,5% (n = 32) de casadas; 37,7% (n = 23) em união estável; 6,6% (n = 4) eram solteira; e 3,3% (n = 2) separadas.

Esse estudo se assemelhou ao trabalho de Berlamino *et al.* (2009), que registraram como predominante as gestantes com união estável. Os outros estudos registraram informações diferentes, com predominância do estado civil casado. Ser casada traz benefícios como amparo emocional, estrutura familiar estável, e vínculo familiar afetivo (ALVES *et al.*, 2017).

Em relação ao nível de escolaridade das entrevistadas, 13,0% (n = 5) tinham

ensino fundamental incompleto; 8,0% (n = 3) com ensino fundamental completo; 25,0% (n = 10) com ensino médio incompleto; 32,0% (n = 13) tinham ensino médio completo; 5,0% (n = 2) ensino superior incompleto; 15,0% (n = 6) ensino superior completo; e 2,0% (n = 1) desconheciam seu grau de escolaridade (Tabela 1).

Na cidade de São Paulo, Nochieri *et al.* (2008) entrevistaram 219 gestantes, e registraram que 1,8% (n = 4) sem escolaridade; 32,9% (n = 7) ensino fundamental; 62,1% (n = 136) tinham o ensino médio; 3,2% (n = 7) ensino superior.

Em Fortaleza (CE), Berlamino *et al.* (2009) realizaram um estudo com 40 gestantes e identificaram que 32,5%(n = 13) tinham o ensino fundamental incompleto; 15,0%(n = 6) ensino fundamental completo; 32,5%(n = 13) ensino médio incompleto; e 20,0% (n = 8) ensino médio completo.

Rigon e Rios (2011) no Município de Tucunduva (RS) realizaram um estudo com nove (09) gestantes e notaram que 11,0% possuía ensino fundamental; 33,0% ensino médio; e 55,0% delas possuíam ensino superior.

O presente estudo assemelha-se a pesquisa de Nochieri *et al.* (2008) quanto ao grau de escolaridade, e difere bastante de Rigon e Rios (2011) que registraram predominância nos estudo superior.

Talvez essas gestantes para ter uma escolaridade maior, tinham ajuda familiar e financeiramente, sendo assim, não havendo a necessidade de interromper os estudos; e aquelas com menos estudos, deviam ter mais interferências no percurso da educação, devido necessitar trabalhar (BERLAMINO *et al.*, 2009).

Muitas mulheres estão percebendo que sem profissão, as chances diminuem bastante de se manterem no mercado de trabalho, dificultando assim, o sustento familiar (Carniel *et al.*, 2006).

Em relação ao consumo de cereais ingerido pelas gestantes, os hábitos mais frequentes entre as 40 entrevistadas foram, 17,5% (n = 7) o arroz; 17,5% (n = 7) arroz, macarrão, pão e farinha; 10,0% (n=4) arroz, pão, aveia e milho; 10,0% (n = 4) arroz, pão, farinha, aveia; 7,5% (n = 3) arroz, macarrão e farinha; 7,5% (n = 3) arroz, macarrão e pão; 5,0% (n = 2) arroz e pão; 5,0% (n = 2) arroz e macarrão; 2,5% (n = 1) arroz e aveia; 2,5% (n = 1) arroz, farinha e aveia; 2,5% (n = 1) arroz, pão e farinha; 2,5% (n = 1) aveia; 2,5% (n = 1) macarrão; 2,5% (n = 1) pão e farinha; e com 5,0% (n = 2) cereais ignorados. Em se tratando apenas do arroz, esse item foi observado em 87,5% das entrevistadas nesse estudo (Gráfico 01).

Em uma pesquisa com 40 gestantes na cidade de Fortaleza (CE), foi

identificado que 87,5% consomem arroz e massas; 87,0% pão francês, 47,5% farofas (MOURA *et al.*, 2010).

Estudos com 60 gestantes do Município de Taquari (RS) têm como resultados de 68,3% das gestantes consomem o arroz de cinco ou mais vezes na semana; massas com 51,6%; e 70,0% consomem cinco ou mais vezes por semana de pão (ROSA; MOLZ; PEREIRA, 2014).

O presente estudo se assemelha aos demais quanto ao consumo de cereais, estando o arroz entre os principais alimentos das gestantes entrevistadas. Segundo Ministério da saúde o arroz é o principal cereal consumido, pois os brasileiros possuem uma vasta diversidade de consumir o arroz, um dos exemplos citados e o arroz doce, além de ser um cereal de fácil acesso a todos (BRASIL, 2014).

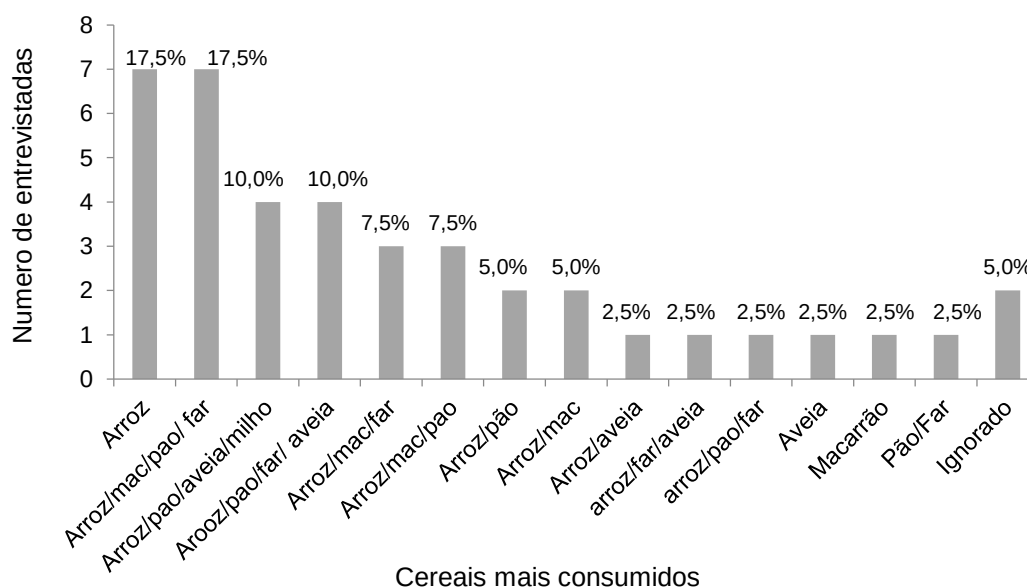


Gráfico 1 – Cereais mais consumidos, por gestantes de alto risco, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.

Os resultados mostraram que as entrevistadas em um consumo variado de fonte proteica, 22,5% (n = 9) preferem como proteínas o ovo, peixe, carne vermelha e frango, 15,0% (n = 6) peixe, carne vermelha e frango, 15,0% (n = 6) carne vermelha, 10,0% (n = 4) peixe e carne vermelha, 7,5% (n = 3) ovo, carne vermelha e frango, 7,5% (n = 3) ovo, peixe e carne vermelha, apenas 5,0% (n = 2) consomem o frango, 2,5% (n = 1) ovo e peixe, apenas 2,5% (n = 1) peixe, 2,5% (n = 1) carne vermelha e frango, 5,0% (n = 2) peixe e frango, 2,5% (n = 1) ovo e carne vermelha, 2,5% (n = 1) ovo, peixe e frango (Gráfico 02).

Estudos com 40 gestantes hospitalizadas na Cidade de Fortaleza, dizem que proteínas mais consumidas por elas antes de serem hospitalizadas com pré-eclâmpsia foram, frango com 25,0% (n = 10); carne bovina 22,5% (n = 9); leite 10,0% (n = 4) (MOURA *et al.*, 2010).

Após análise do resultado de Rigon e Rios (2011) no Município de Tucunduva (RS) com nove (09) gestantes, perceberam que todas as gestantes tinham um adequado consumo de proteínas, com 77,7% de carne e 22,2% de peixes.

Beckenkamp; Sulzbach e Granada (2007) investigaram no Município de Santa Cruz do Sul (RS), com 12 gestantes e perceberam um baixo índice de fonte proteica, no qual 24,0% não consumiam carne; 17,0% consumiam diariamente; 17,0% uma vez por semana; 17,0% duas vezes na semana; 17,0% três vezes na semana; e apenas 8,0% consumiam cinco vezes na semana. Essa redução de ingestão de algumas fontes proteicas pode gerar distúrbios e provavelmente é devido baixo poder econômico

O presente estudo obteve um resultado diferente dos autores citados acima, mostrando que as gestantes entrevistadas apresentam uma alimentação bastante variada.

Assim como todas as vitaminas são importantes, as fontes proteicas exercem funções vitais, Baião e Deslandes (2008), em seus estudos puderam perceber que mulheres gestantes, tinham algumas interferências no consumo de proteínas em geral muitas das vezes por questões fisiológicas, socioeconômicas e culturais.

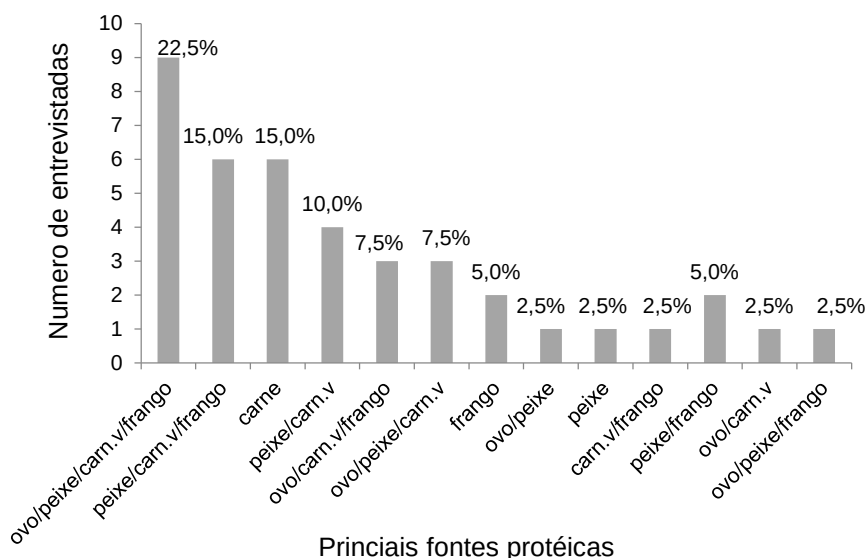


Gráfico 02 – Consumo de alimentos com fonte proteica mais consumidas das gestantes entrevistadas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.

Quanto ao consumo de leguminosas, o feijão que se sobressaiu com um percentual de 77,5% (n = 31) entre as entrevistadas; as oleaginosas foram consumidas por 12,5% (n = 5); a castanha e linhaça com 5,0% (n = 2); e ignoraram a pergunta 5,0% (n = 2) das gestantes (Gráfico 03).

Segundo investigação com 74 gestantes em Santo André (SP), Fujimori *et al.* (2000), notaram que do grupo de leguminosas 70,8% das entrevistadas consumiam o feijão diariamente.

Berlamino *et al.* (2009) na cidade de Fortaleza (CE) com 40 gestantes, encontraram como principais leguminosas consumidas pelas gestantes o feijão e nozes com 75,0% (n = 30) consumidos no almoço e 42,5% (n = 17) no jantar.

Moura *et al.* (2010) realizaram um estudo com 40 gestantes na cidade de Fortaleza (CE) e constataram que 57,5% consomem apenas o feijão como leguminosa.

Rigon e Rios (2011) através de estudo no Município de Tucunduva (RS) com nove (09) gestantes, observaram que 55,5% relataram que consumiam 2 colheres de leguminosas; 44,0% ingeriram pelo menos 1 colher ao dia.

Os dados confrontados neste estudo e possível destacar que o feijão é a principal fonte leguminosa pertencente entre as gestantes como prato popular e entre os resultados equiparados com, Moura *et al.* (2010), Fujimori *et al.* (2000), e Berlamino *et al.* (2009) confirmamos nesta corroboração.

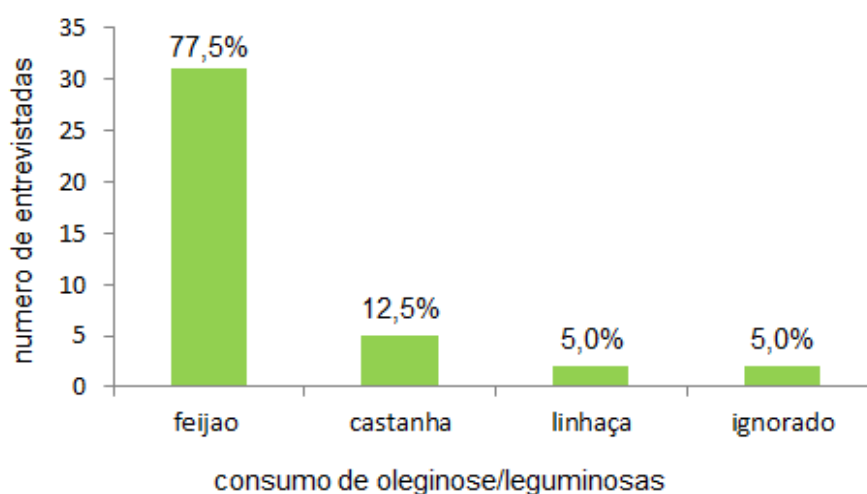


Gráfico 03 - consumo de oleaginosas e leguminosas, consumidos por gestantes de alto riscos, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.

O feijão além de ser uma leguminosa importante no prato brasileiro, compartilha propriedades nutricionais, porém, é preconizado sempre o uso moderado, tanto quanto, no preparo desse alimento em relação ao excesso de óleo e sal (BRASIL, 2014).

Em relação ao consumo de frutas, 58,0% (n = 23) das entrevistadas preferem o horário dos lanches para se alimentar de frutas; 7,0% (n = 3) consomem no almoço; 10,0% (n = 4) preferem comer apenas no jejum; 18,0% (n = 7) relataram que nunca comem frutas (Tabela 02).

Quanto a ingestão de verduras e legumes, 23,0% (n = 9) preferem ingerir no almoço e jantar; 2,0%, (n = 1) consomem verduras e legumes em seu lanche; 12,0% (n = 5) afirmam consumir em todas as refeições; e 20,0% da amostra (n = 8), relataram que consomem dificilmente verduras e legumes (Tabela 02).

Ao investigar 74 gestantes em Santo André (SP), Fujimori *et al.* (2000) observaram que 52,0% (n = 39) consumiam frutas; 76,2% (n = 32) legumes; e 66,7% (n = 28) folhas verdes.

Beckenkamp; Sulzbach e Granada (2007) em sua pesquisa com 12 gestantes no Município de Santa Cruz do Sul (RS), notaram que 41,0% não consumiam nenhum tipo de vegetais; 25,0% não consumiam diariamente; 17,0% apenas uma vez na semana.

Tabela 02 – Consumo de verduras, legumes e frutas por gestantes de alto risco, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.

Consumo de verduras/legumes	Número de entrevistadas	%
Almoço	17	43,0
Almoço ou jantar	9	23,0
Lanches	1	2,0
Todas refeições	5	12,0
Dificilmente	8	20,0
TOTAL	40	100
Consumo de frutas	Número de entrevistadas	%
Almoço	3	7,0
Jejum	4	10,0
Lanches	23	58,0
Todas as refeições	3	7,0
Nunca	7	18,0
TOTAL	40	100

Berlamino *et al.* (2009) na cidade de Fortaleza (CE) com 40 gestantes, classificaram em grupos os alimentos e como resultado de vegetais e frutas, 25,0% (n = 10) lanches; 20,0% (n = 8) almoço; 10,0% (n = 4) café da manhã; e 5,0% (n = 2) jantar.

Apesar de existem fatores que impedem a ingestão de frutas, como: sabor não agradável, a falta de hábito, comer pouco e achar consumo suficiente, tempo disponível e entre outras (SCHÄTZER *et al.*, 2010); também existem razões que motivam o consumo de frutas e hortaliças, como: serem saudáveis, sabor agradável e auxiliarem na manutenção ou perda de peso (SILVA, 2011).

A suplementação durante o período gestacional é de fundamental importância, pois o consumo de verduras, legumes e folhagens, não é suficiente para evitar alguns distúrbios para a gestação (BECKENKAMP; SULZBACH; GRANADA, 2007).

Quanto a ingestão de ultraprocessados pelas gestantes, pôde-se constatar que 22,5% (n = 9) consumiram bolo e biscoito recheado; 10,0%(n = 4) enlatados, salgadinhos, biscoito recheado e chocolate; 10,0% (n = 4) enlatados, biscoito recheado e chocolate; 7,5% (n = 3) apenas biscoito recheado; 7,5%(n = 3) biscoito, chocolate e sorvete; 7,5%(n = 3) apenas bolo; 7,5%(n = 3) biscoito recheado, bolo e sorvete; 7,5% (n = 3) pizza, chocolate, bolo e sorvete; 7,5%(n = 3) salgadinhos e chocolate; 5,0% (n = 2) apenas sorvete; 5,0% (n = 2) apenas chocolates; e 2,5% (n = 1) no momento não consumiam.

Em um estudo realizado por Barros *et al.* (2004) em Rio de Janeiro com 1.228 adolescentes a domicílios, e identificaram que 36,1% consumiam chocolate diariamente e 65,8% semanalmente; 26,3% consumiam biscoito diariamente e 65,1% semanalmente; 5,1% consumiam salgadinhos diariamente e 47,6% semanalmente; 2,5% consumiam salsicha diariamente e 48,9% semanalmente; 2,5% consumiam pizza diariamente e 34,7% semanalmente.

O modo em que as gestantes se alimentam tem muito haver com influencias e questões fisiológicas, emocionais, culturais e questões socioeconômicas, assim observa-se ainda que as gestantes podem sofrer influencias nos seus hábitos alimentares (BAIÃO; DESLANDES, 2008). Afirmam ainda que a dificuldade para as gestantes tem uma alimentação considerada saudável era justificada por não sentirem sabor por estes alimentos e pela fome exagerada (BAIÃO; DESLANDES, 2008).

Beckenkamp; sulzbach e Granada (2007) concluíram que a gestante ao adotar um estilo de vida saudável e um equilíbrio em suas refeições diárias, evita riscos à saúde e a seu conceito, pois o uso exagerado de açúcares em geral, pode gerar doenças não transmissíveis, causando uma preocupação à saúde pública.

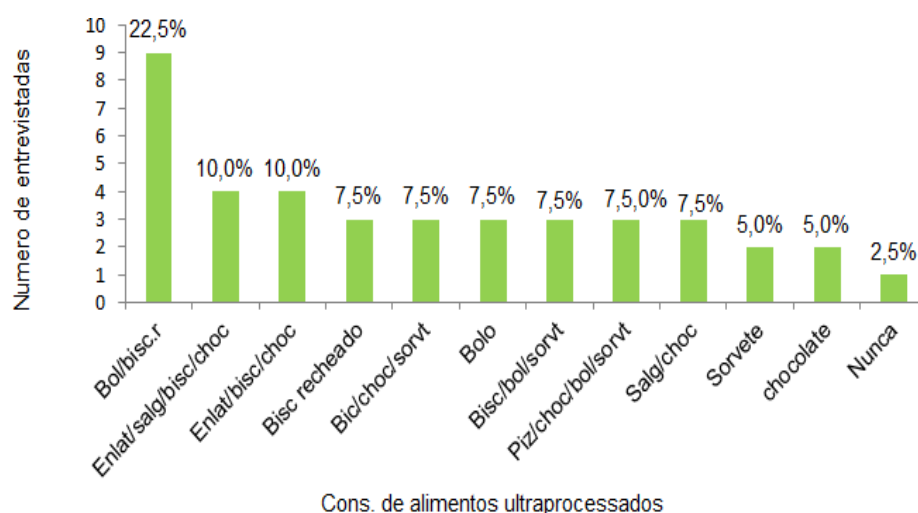


Gráfico 04 - Alimentos ultraprocessados consumidos por gestantes de alto risco, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.

Em relação aos refrigerantes, as entrevistadas relataram que consomem dificilmente (72,5%; n = 29); nunca consumirem refrigerantes em nenhuma fase de sua vida (17,5%; n = 7); consomem 1 vez ao dia (7,5%; n = 3); 2,5% (n = 1) três vezes ao dia (Gráfico 5).

Barros *et al.* (2004) em Rio de Janeiro realizaram um estudo com 1.228 adolescentes a domicílios, e descobriram que 64,3% consumiam refrigerante diariamente e 89,6% semanalmente.

Pesquisas feitas por Moura com 40 gestantes, na cidade de Fortaleza (CE), foi observado que 75,0% das entrevistadas o consomem refrigerantes (MOURA *et al.*, 2010).

Pesquisa preliminar sobre o consumo de refrigerante demonstrou que apenas 6,7% referiram à ingestão diária; 73,3% ingerem raramente e 20% disseram que não bebem refrigerante (SAMUEL, 2011).

O presente estudo obteve resultado diferente de todos os autores citados acima, encontrando baixo consumo de refrigerante. Essas gestantes de alguma

forma buscam evitar o consumo excessivo de bebidas consideradas não saudáveis.

Bebidas açucaradas como o refrigerante e cafeína, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes, além de que, o consumo excessivo destas bebidas aumenta o risco de complicações durante a gestação, como: excesso de peso, obesidade, diabetes gestacional e pressão alta, que acabam prejudicando o adequado crescimento do feto (BRASIL, 2015).

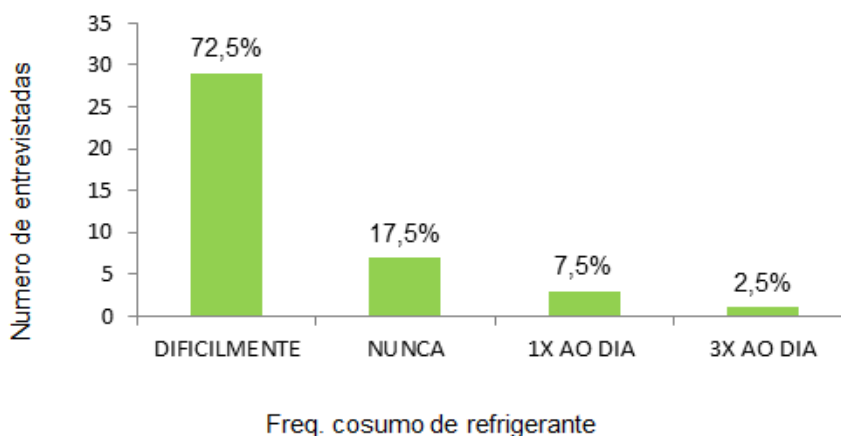


Gráfico 05 – Consumo de refrigerantes por gestantes de alto risco, atendidas na Casa de Saúde da Mulher, no Município de Itaituba, Pará.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que a faixa etária das gestantes entrevistadas variou entre 14 e 40 anos, com predominância entre 23 e 40 anos e estado civil identificado como união estável.

Em relação ao nível de escolaridade a maioria tinha ensino médio completo, possivelmente, esse seja um dos motivos da maioria ter uma alimentação mais saudável, evitando, por exemplo, o refrigerante. Grande parte das gestantes consomem arroz, como fonte de carboidrato; ovo, peixe, carne vermelha e frango, como fonte proteica; feijão como fonte de oleaginosas.

Preferem consumir frutas no horário dos lanches e, verduras e legumes no almoço e jantar. Os alimentos ultraprocessados, como bolo e biscoito recheado, são consumidos por 22,5% das gestantes e os refrigerantes são evitados pela maioria das entrevistadas.

Com esse estudo foi possível observar que a maioria das entrevistadas balanceia as refeições variando os alimentos, evitando produtos com baixo índice nutricional.

As gestantes necessitam de uma alimentação completamente equilibrada e variada, adaptada as necessidades da mulher, assegurando a mãe os valores nutricionais e energéticos necessários, diminuindo assim, as complicações intraparto de muitas doenças, neonatais e natimortos.

Para ter uma alimentação saudável e balanceada faz se necessário adquirir algumas práticas alimentares. O Ministério da Saúde preconiza, para uma vida considerada saudável, os alimentos minimamente processados, são ideia para manutenção e aporte nutricional, evitando assim produtos alimentícios ultraprocessados e excessos de açúcares sal e gorduras, procurando realizar refeições sempre em horários semelhantes todos os dias, e em ritmo lento, não se esquecendo da hidratação com bastante água.

O enfermeiro entra em uma luta constante contra vários aspectos de uma sociedade moderna, porém, está a serviço para traçar estratégias e cuidados que serão primordiais para a saúde da gestante e do feto, fazendo com que venha transcorrer uma boa gestação e um parto seguro e saudável.

Diante disso, a abordagem dos hábitos nutricionais se mostrou útil no reconhecimento do padrão alimentar de grupos específicos, revelando a importância da assistência nutricional, na promoção, proteção e intervenção de saúde, que pode

ser feito nas consultas de pré-natal. Contudo, a gestante ao adotar um estilo de vida mais saudável e um equilíbrio em suas refeições diárias, evita intercorrências durante todo o processo gestacional e fase puerperal.

REFERÊNCIAS

ALVES, N. C. C.; FEITOSA, K. M. A.; MENDES, M. E. S.; CAMINHA, M. F. C.; Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017.

ALDRIGH, J. D.; WAL, M L.; SOUZA, S. R. R. K. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. **Rev. Gaúcha Enferm**, Curitiba, Paraná, v. 39, p. 01-12, 2017.

ARBOIT, A. R C. S; ARAUJO, J. D. N; BRITO, M. M. V; PEREIRA, R. F; TAKI, M. S. **Perfil nutricional e hábitos alimentares de gestantes atendidas no centro integrado de saúde da mulher do município de Várzea Grande.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Curso de Nutrição. Centro Universitário Várzea Grande, 2017.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2633- 2642, 2008.

BARROS, D. C; SAUNDERS, C; LEAL, M. C. Avaliação nutricional antropométrica de gestantes brasileiras: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.8, n. 4, 2008.

BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Saúde Materno-Infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões das comparações de coortes de nascimento de 1982, 1993 e 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 461-467, 2004.

BECKENKAMP, J; SULZBACH, M; GRANADA, G. G. Perfil alimentar das gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família do Menino Deus do município de Santa Cruz do Sul. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 2, p. 13-20, 2007.

BERLAMINO, G. O.; MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, N. C.; FREITAS, G. L. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, Fortaleza, v. 22, n. 2, p.169-75, 2009.

BONFIM, C. F. A. Estado nutricional e intercorrências gestacionais: uma revisão. **Rev. Saúde.com**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 10, p. 409-421, 2014.

BORNIA, R. G; SILVA, N. R; AMIM-JUNIOR. Assistência pré-natal in: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO. J. **Obstetrícia**. Rio de janeiro:

Guanabara. Koogan, p. 186-197, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N.º 569/GM, de 1º de junho de 2000. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1º jun. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – SPS. **Manual Técnico: Assistência Pré-Natal**. 3º Ed. Brasília, Ministério da Saúde, p. 66, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas**. Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Gerência de saúde comunitária atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, Brasília, Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Guia alimentar para a população brasileira. 2º Ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Caderneta da Gestante. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Área Técnica de Saúde da Mulher, Brasília, Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Senado Federal. **Orientações Nutricionais: Da gestação à primeira infância**. Brasília, Senado Federal, 2017.

BROGNOLI, A. F.; NEME, L. C. L. H.; PASSONI, C. M. S. Relação da dieta de gestantes com o estado nutricional. **Caderno da Escola de Saúde**. Curitiba, v.3 n.1 p.1-14, 2010.

CAMARGO, R. M. S.; PEREIRA, R. A.; YOKOO, E. M.; SACHS, A.; SCHIRMER, J. Consumo alimentar de gestantes atendidas em ambulatório pré-natal da rede publica. **Cienc. Cuid. Saud.**, Maringá, v. 11, n. 3, p.489-496, 2012.

CAMPOS, C. B. S.; PALANCH, A. C. Nutrição materna e programação fetal: o papel dos hábitos alimentares no desenvolvimento embrionário e pós- natal. **Saud. em Rev.**, Piracicaba, v. 17, n. 45, p. 49- 59, jan.- abr., 2017.

CANIÇO, L. **Alimentação e nutrição em grávidas adultas**. Porto, 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto, 2008.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ALMEIDA, C. A. A.; MORILLO, A. M. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006.

COSTA, I. G. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. **Rev. Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, .v. 23, n. 1, p.30-46, Jan, 2002.

COSTA, D.L; CURA, C C; PERONDI, A. D; FRANÇA, V. F; BORTOLOTI, D. S. Perfil epidemiológico de alto risco. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 01-08, abr-jun 2016.

DEMETRIO, F. Pirâmide alimentar para gestantes eutróficas de 19 a 30 anos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 5, p.763-778, 2010.

FAZIO, E. S; NOMUR, R. M. Y; DIAS, M. C.; G; ZUGAIB, M. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Rev. Bras.**

Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 33, p. 87-92, 2011.

FERREIRA, M. M. D; DUARTE, J. C; FERREIRA, L. S. C. L. Ganho ponderal gestacional: estudo de algumas variáveis intervenientes. **Millenium**, Viseu, n. 44, p. 99-126, 2013.

FIDELIS, D. A.; MOSMANN, C. P. A não maternidade na contemporaneidade: um estudo com mulheres sem filhos acima dos 45 anos. **Aletheia**, Canoas, 42, p.122-135, set./dez. 2013.

FUGIMORI, E.; LAURENTI, D.; CASSANA, L. M.; OLIVEIRA, I. M V; SZARFARCA, S. C. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 177-184, 2000.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1º Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

LISBOA, C. S.; BITTENCOURT, L. J.; SANTANA, J. M.; SANTOS, D. B. Assistência nutricional no pré-natal de mulheres atendidas em unidades de saúde da família de um município do Recôncavo da Bahia: um estudo de coorte. **Demetra: Alim, Nutr. & Saud.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 713-731, 2017.

LUGÃO, M. A. S; FERREIRA, T. V. S; AGUIAR, O. V.; ANDRÉ, K. M. A importância da atuação do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 976-988, 2010.

MARTINS, A. P. B.; BENICIO, M. H. D. Influência do consumo alimentar na gestação sobre retenção de peso pós- parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 870-77, 2011.

MELERE, C.; HOFFMANN, J. F.; NUNES, M. A. A.; DREHMER, M.; BUSS, C.; OZCARIZ, S. G. I.; MANZOLLI, P. P.; DUNCAN, B. B.; CAMEY, S. A. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. **Rev. Saúde Publica**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 20-8, 2013.

MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, C. G. S.; DAMASCENO, A. K. C.; PEREIRA, M. M. Q. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 250-5, 2010.

NOCHIERI, A. C. M.; ASSUNPÇÃO, M. F.; BELMONTE, F. A. L.; LEUNG, M. C. A. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 443-451, 2008.

OLIVEIRA, D.C; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Esc. Anna Nery Rev. De Enferm.**, Cuiabá, v. 19, n. 1, p. 93-101, jan-mar, 2015.

OLIVEIRA, T; MARQUITTI, F. D; CARVALHAES, M. A. B. L; SARTORELLI, D. S. Desenvolvimento de um questionário quantitativo de frequência alimentar (QQFA) para gestantes usuárias de unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2296-2306, 2010.

PADILHA, P. C; SAUNDERS, C; MACHADO, R. C. M; SILVA, C. L; BULL, A; SALLY, E. O. F; ACCIOLY, E. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 511-518, 2007.

PALOMBARINI, A. F.; MALTA, M. B.; PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L; BENÍCIO, M. H. D; TONETE, V. L. P. Práticas alimentares de gestantes acompanhadas em unidades de saúde da família: estudo exploratório. Universidade Federal Fluminense. **Online Brazilian Journal of Nursing.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 186-197, 2014.

POLGLIANE, R. B. S; LEAL, M. C; AMORIN, M. H. C; ZANDONADE, E; NETO, E. T.S. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critério do programa de humanização do pré-natal e nascimento e da organização mundial de saúde. **Rev. Cienc. & Saúd. Col.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico**: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2º Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIS, D. M; PITTA, D. R; FERREIRA, H. M. B; JESUS, M. C. A; MORAES, M. E. L; SOARES, M. G. Educação em saúde como estratégias de promoção de saúde bucal em gestantes. **Rev. Cienc. & Saúd. Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

RIGON, D; RIOS, K. R. **Análise do consumo alimentar de grávidas que participam do grupo de gestantes de Tucunduva- RS**, Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Curso de Nutrição. Departamento de Ciências da Vida.

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, 2011.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAUJO, A. Protocolo na assistência Pré-Natal: Ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, Divinópolis, v. 45, n. 5, p.1041-1047, 2011.

ROSA, R, L; MOLZ, P; PEREIRA, C, S. Perfil nutricional de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde. **Cinergis**. Santa Cruz do Sul, v.15, n. 2, 2014.

SCHÄTZER, M.; RUST, P.; ELMADFA, I. Fruit and vegetable intake in Austrian adults: intake frequency, serving sizes, reasons for and barriers to consumption, and potential for increasing consumption. **Public. Health Nutr.**, v. 13, n. 4, p. 480-87, 2010.

SILVA, C. L. **Consumo de frutas e hortaliças e conceito de alimentação saudável em adultos de Brasília**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 2011.

SILVA, M. G.; HOLANDA, V. R.; LIMA, L. S. V.; MELO, G. P. Estado nutricional de gestantes atendidas na atenção primária de saúde. **Rev. Bras. Cienc. Saud.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 349-356, 2018.

SILVEIRA, R. A. M.; VELHO, A. P. M.; MARQUES, A. G. Percepção de gestantes sobre o auto cuidado e o cuidado materno. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 17, n. 6, p. 758-765, 2016.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério Imediato: Desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 421-428, 2010.

TEIXEIRA, C. S. S.; CABRAL, A. C. V. Avaliação nutricional de gestante sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 27-34, 2016.

TEIXEIRA, D; PESTANA, D.; CALNAU, C.; VICENTE, L.; GRAÇA, P. Alimentação e Nutrição na gravidez. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. **Direção-Geral da Saúde de Portugal.**, Lisboa, 2015b.

TEIXEIRA, D; PESTANA, D; CALHAU, C; VICENTE, L; GRAÇA, P; PALANCH, A. C. Nutrição Materna e Programação Fetal: O papel dos hábitos alimentares no desenvolvimento embrionário e pós-natal. **Saud. em Rev.** Piracicaba, v. 17, n. 45. p. 49-59, 2015a.

APÊNDICE

Questionário

01. Como você se identifica?

a. Gênero:

☐ Masculino

☐ Feminino

b. Estado Civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Viúvo(a)

☐ União estável

☐ Casado(a)

☐ Divorciado(a)

☐ Outro/Qual: _____

c. Escolaridade:

☐ Fundamental Incompleto

☐ Fundamental completo

☐ Médio Incompleto

☐ Médio completo

☐ Superior Incompleto

☐ Superior completo

☐ Pós graduação

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Outro/qual: _____

d. Idade: _____

02. Quais as oleaginosas/ leguminosas mais consumidas?

☐ Feijão

☐ castanha

☐ Linhaça

☐ Desconhece ou não sabe informar.

03. Consome alimentos industrializados/ ultraprocessados?

Quais são esses alimentos?

☐ Enlatados

☐ Pizza

☐ Salgadinhos

☐ Chocolate

☐ Sorvete

☐ Biscoitos Recheado

(...) Bolo

☐ Nunca

04. Quais cereais mais consumidos?

☐ Arroz

☐ Macarrão

☐ Aveia

☐ Pães

☐ Milho

☐ Farinha

☐ Desconhece ou não sabe informar.

05. Fontes proteicas mais consumidas?

☐ Ovo

☐ Peixe

☐ Carne vermelha

☐ Frango

☐ Desconhece ou não sabe informar.

06. Em quais refeições consome mais verduras, legumes e hortaliças?

☐ Dejejum

☐ Almoço

☐ Jantar

☐ Lanches

☐ Todas as refeições

☐ Dificilmente

☐ Diariamente

☐ Nunca.

07. Em quais refeições consome frutas com mais frequência?

☐ Dejejum

☐ Almoço

☐ Jantar

☐ Lanches

☐ Todas as refeições

☐ Nunca

08. Com qual frequência consome refrigerante?

☐ 1 vez ao dia

☐ 2 vezes ao dia

☐ 3 vezes ao dia

☐ 4 ou mais vezes ao dia

☐ Dificilmente

☐ Nunca

